

Veranderingen in de urgentietoekenning door de triagist na wijzigingen in de triagecriteria Nederlandse Triage Standaard

De resultaten van zes verschillende ingangsklachten

Corinne Rijpkema
Robert Verheij
Lotte Ramerman



NIVEL
Kennis voor betere zorg



Het Nivel levert kennis om de gezondheidszorg in Nederland beter te maken. Dat doen we met hoogwaardig, betrouwbaar en onafhankelijk wetenschappelijk onderzoek naar thema's met een groot maatschappelijk belang. 'Kennis voor betere zorg' is onze missie. Met onze kennis dragen we bij aan het continu verbeteren en vernieuwen van de gezondheidszorg. We vinden het belangrijk dat mensen in staat zijn om deel te nemen aan de samenleving. Ons onderzoek draait uiteindelijk om de vraag hoe we de zorg voor de patiënt kunnen verbeteren. Alle onderzoeken publiceert het Nivel openbaar, dat is statutair vastgelegd.

September 2021

ISBN 978-94-6122-694-5

030 272 97 00

nivel@nivel.nl

www.nivel.nl

© 2021 Nivel, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

Gegevens uit deze uitgave mogen worden overgenomen onder vermelding van Nivel en de naam van de publicatie. Ook het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning in artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

Voorwoord

Dit onderzoek is uitgevoerd in opdracht van stichting de Nederlandse Triage Standaard (NTS). De NTS is een standaard voor triage in de acute zorgketen, waaronder de huisartsenposten. Tijdens de triage wordt een urgentiecategorie toegekend aan ingangsklacht(en) waarvoor een patiënt belt naar de huisartsenpost en wordt hier een vervolgactie aan verbonden. De NTS heeft in 2018 en 2019 voor verschillende ingangsklachten veranderingen doorgevoerd in de triagecriteria, die ten grondslag liggen aan de toekenning van de urgentiecategorie en de daaraan gekoppelde vervolgactie. Met deze veranderingen is getracht de toekenning van de urgentiecategorie verder te optimaliseren. De NTS wilde met dit onderzoek meer zicht krijgen op de toekenning van urgentiecategorieën door de triagist op de huisartsenpost en of dit is veranderd naar aanleiding van de wijzigingen in de NTS.

Corinne Rijkema, Robert Verheij en Lotte Ramerman

Inhoud

Voorwoord	3	
Samenvatting	5	
1	Introductie	7
1.1	De Nederlandse Triage Standaard	8
1.2	Aanpassingen van de urgentietoekenning	8
1.3	Effect van wijzigingen in NTS	8
1.3	Doel en vraagstelling	9
2	Resultaten	11
2.1	Veranderingen in de toekenning van urgentiecategorieën op de huisartsenpost door de triagist	11
2.2	Veranderingen in toegewezen urgentiecategorieën door de triagist bij ingangsklachten met wijzigingen in de triagecriteria	14
3	Beschouwing	21
Literatuur	23	
Bijlage A Tabellenboek	24	

Samenvatting

Patiënten kunnen voor huisartsenzorg buiten kantooruren terecht bij de huisartsenpost. Patiënten dienen voorafgaand aan een consult met de huisartsenpost te bellen met een triagist. De triagist maakt op basis van de (ernst van de) klachten, die de patiënt benoemd, een inschatting van de urgentie categorie (U0 uitval vitale functies – U5 geen kans op schade). De urgentie categorie bepaald hoe snel een patiënt geholpen wordt met zijn zorgvraag en op welke manier (telefonisch, consult op de HAP of visite). Voor de indeling van de urgentie categorieën gebruikt de triagist de Nederlandse Triage Standaard (NTS); met protocollen en triagecriteria. Wanneer de triagist een andere inschatting maakt van de urgentie categorie dan in eerste instantie vanuit de NTS staat aangegeven, kan de triagist de urgentie categorie nog achteraf aanpassen (verhogen of verlagen).

In september 2018 en 2019 hebben er een aantal wijzigingen plaatsgevonden in de NTS voor bepaalde ingangsklachten: braken, trauma, oogklachten, arm/been klachten en wond. In september 2018 is een nieuwe ingangsklacht geïntroduceerd: drain/sonde/katheter verstopt of gesneuveld. Het is echter onbekend of deze wijzigingen effect hebben gehad op de toekenning van de urgentie categorie en of hierdoor triagisten minder vaak achteraf de urgentie categorie aanpassen in de jaren na de veranderingen.

De effecten op de urgentietoekenning door de triagist na wijzigingen in de NTS triage criteria

Met dit onderzoek is meer inzicht verkregen in 1) de toekenning van urgentie categorieën door de triagist op de huisartsenpost, 2) of de wijzigingen in het NTS-protocol effect hebben gehad op de toekenning van de urgentie categorie en 3) de mate waarin deze achteraf nog wordt aangepast. Dit beschrijvende onderzoek is uitgevoerd met gegevens over de triage op de huisartsenpost die verzameld zijn in het kader van Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn in de jaren 2017-2019. Triagisten van huisartsenposten hebben tijdens een focusgroep meer verdieping gegeven aan de gevonden resultaten. Hieronder de belangrijkste bevindingen:

- Tussen 2017 en 2019 wordt steeds minder vaak de urgentie categorie achteraf nog aangepast door de triagist. Triagisten vermoeden dat dit komt door verbeteringen in de NTS-protocollen en in de triagegesprekken, waardoor een betere inschatting van de urgentie wordt gemaakt.
- Na de wijziging van de triagecriteria voor de ingangsklachten *braken* en *trauma* wordt de urgentie categorie achteraf minder vaak aangepast door de triagist en is een duidelijke verandering in welke urgentie categorie wordt toegekend. Volgens de triagisten was dit een direct gevolg van de aanpassingen in de NTS.
- De ingangsklacht *oogklachten* is in zijn geheel gereviseerd in september 2019. Kort daarna vond er tijdelijk verandering in de toegekende urgentie categorieën plaats. Het is echter nog onduidelijk wat het effect is van de wijziging op de lange termijn, omdat er slechts data beschikbaar was van enkele maanden.
- Voor de ingangsklachten *drain/sonde/katheter verstopt of gesneuveld*, *wond* en *arm/been klachten* wordt veelal U3 (reële kans op schade) toegekend. Bij deze klachten verwijst de triagist door naar een ander specialisme, zoals de spoedeisende hulp of naar specialistische thuiszorg. Er wordt door triagisten verschillend omgegaan met de toegekende urgentie bij doorverwijzing naar een ander specialisme; bij sommige huisartsenposten blijft de oorspronkelijk urgentie U3 staan, omdat de patiënt binnen enkele uren gezien moet worden, terwijl bij andere huisartsenposten de urgentie wordt aangepast naar U5 (geen kans op schade), omdat de huisartsenpost zelf niet meer de zorg biedt.

Conclusie

Uit dit onderzoek blijkt dat wijzigingen in de NTS een positief effect kunnen hebben op het toekennen van de juiste urgentiecategorie door de triagist. Dit resulteerde in een afname van het aantal contacten waarbij later de urgentiecategorie alsnog moest worden aangepast. Daarnaast heeft het verbeteren van de triagegespreken ook een positief effect gehad op de urgentietoekenning. Er is nog ruimte voor verbetering in het eenduidig registreren van de urgentie en een eventuele aanpassing daarvan, wanneer er wordt doorverwezen naar een ander specialisme. Aanvullend onderzoek moet duidelijk maken welke veranderingen in de triagecriteria wel of niet van invloed zijn geweest en de achterliggende redenen waarom triagisten achteraf de urgentiecategorie nog aanpassen.

1 Introductie

Wanneer in de avond, nacht of in het weekend huisartsenzorg nodig is, kunnen patiënten terecht bij de huisartsenpost. Huisartsenposten zijn in Nederland georganiseerd in Huisartsendienstenstructuren (HDS). In 2019 waren er in totaal 118 huisartsenposten (de fysieke locatie van de zorg) georganiseerd in deze 51 HDSen (InEen, 2020). Voorafgaand aan een consult met de huisartsenpost dienen patiënten eerst te bellen naar de huisartsenpost. Ze komen dan terecht bij een triagist. De triagist bespreekt de klacht, geeft een urgentiecategorie aan de klacht en bepaalt de vervolgactie. Het doel van de triage is om een zo goed mogelijke inschatting te maken van de klacht(en) van de patiënt en daarmee te zorgen voor de juiste zorg op de juiste plek. Voor de indeling van de urgentie en de vervolgactie gebruikt de triagist de Nederlandse Triage Standaard (NTS). Het doel van deze standaard is om de kwaliteit en doelmatigheid van de triage in de acute zorgketen te verhogen, waarbij de patiënt en zijn zorgvraag centraal staan.

Voor het toekennen van de urgentiecategorie kan de triagist kiezen uit zes categorieën: U0, uitval vitale functies – reanimatie; U1, direct levensgevaar – onmiddellijk; U2, bedreiging vitale functies of orgaanschade – zo snel mogelijk; U3, reële kans op schade – binnen enkele uren; U4, verwaarloosbare kans op schade – dezelfde dag; en U5, geen kans op schade – volgende werkdag. Vervolgacties zijn onder andere: telefonisch advies, een consult op de huisartsenpost, visite door de huisarts, een oproep van een ambulance of een doorverwijzing naar een ander specialisme (de spoedeisende hulp of de verpleeg- en verzorgingshuizen en thuiszorg).

De triage op de huisartsenpost speelt een belangrijke rol in het beheersen van de patiënten toestroom naar de huisartsenpost en in het bieden van de juiste zorg voor patiënten op de juiste plek (Rijksoverheid, 2018). De triage wordt in de toekomst steeds belangrijker om de toenemende zorgvraag die verwacht wordt door de vergrijzing en het langer thuis wonen van ouderen met complexere problematiek aan te kunnen bij een gelijkblijvend of zelfs krimpend aanbod van zorgmedewerkers op de huisartsenpost, zowel in de triage als op de huisartsenpost zelf (InEen, 2020; NHG, 2016). Verwacht wordt dat de toename van patiënten bij de triage en op de huisartsenpost de komende jaren niet zal afnemen (InEen, 2020). Triagisten hebben de laatste jaren een grotere rol in de toenemende hoeveelheid telefonische contacten. De taak van de triagist hierbij is niet alleen het aannemen van de telefoon, het toekennen van de urgentie en de vervolgactie, maar triagisten handelen ook zelfstandig telefoontjes af en geven advies aan patiënten. Hierdoor neemt de duur van de triagegesprekken toe en hebben triagisten een uitdagende taak om alle patiënten op tijd te voorzien van de juiste zorg (InEen, 2020). Hierbij is het belangrijk om te zorgen voor een triageprotocol die de triagist optimaal ondersteunt in het toekennen van de juiste urgentiecategorie, om de patiënt op tijd te helpen met de juiste zorg op de juiste plek.

Momenteel is de ontwikkeling rond digitale zelftriage van patiënten in volle gang. Dit kan een goede oplossing bieden om de toenemende hoeveelheid telefonische contacten aan te kunnen (Verzantvoort et al., 2018). Met de digitale zelftriage, bijvoorbeeld de applicatie ‘moet ik naar de dokter?’, kunnen de laag urgente zorgvragen goed afgehandeld worden en heeft de triagist meer tijd voor de hoog urgente zorgvragen. Digitale zelftriage is enkel mogelijk wanneer het onderliggende protocol zo eenduidig mogelijk is en goed aansluit bij de zorgvraag van de patiënt (Verzantvoort et al., 2018).

1.1 De Nederlandse Triage Standaard

De NTS probeert met de standaard de toekenning van de urgentie categorie te standaardiseren, door middel van protocollen. Deze protocollen zorgen ervoor dat de patiënt zo snel mogelijk bij de juiste hulpverlener terecht komt en daarbij de juiste zorg of behandeling ontvangt. Wanneer nodig worden de criteria van deze protocollen aangepast. Dit wordt aangepast wanneer de triagecriteria niet toereikend zijn voor triagisten of wanneer de triagecriteria niet meer de (NHG) richtlijnen volgen. Deze aanpassingen worden opgesteld door triage-experts uit de belangrijkste domeinen in de spoedzorg en op basis van kennis vanuit wetenschappelijke verenigingen (NTS, 2021). De protocollen zijn opgesteld aan de hand van zorginhoudelijk argumenten, op basis van evidence-based-medicine en expert opinion.

1.2 Aanpassingen van de urgentietoekenning

Wanneer de triagist een andere inschatting maakt van de urgentie categorie dan vanuit de NTS in eerste instantie staat aangegeven of wordt doorverwezen naar een andere zorgvoorziening, kan de triagist de urgentie categorie achteraf nog aanpassen. Deze kan zowel worden verhoogd als worden verlaagd. De verwachting is dat naarmate de NTS-protocollen verder worden geoptimaliseerd en aansluiten bij de zorgvraag van de patiënt, er minder vaak achteraf een aanpassing plaatsvindt door de triagist in de toegekende urgentie categorie. De NTS vermoedt dat er een onderschatting kan zijn van het aantal keer dat de urgentie categorie achteraf nog wordt aangepast en dat de registratie hiervan kan verschillen tussen HDSen.

1.3 Effect van wijzigingen in NTS

In eerder onderzoek van het Nivel werden veranderingen gevonden in de toekenning van de urgentie categorie bij een aantal ingangsklachten over de periode 2013-2016. Het vermoeden was dat bij deze ingangsklachten een wijziging in de NTS had plaatsgevonden (Smits & Verheij, 2017). Daarom wordt in dit onderzoek gekeken of de wijzigingen die recent hebben plaatsgevonden in de NTS ook daadwerkelijk veranderingen in de toekenning van de urgentie categorieën door de triagist tot gevolg hebben.

In september 2018 en 2019 hebben wijzigingen plaatsgevonden in de NTS voor een aantal ingangsklachten: braken, trauma, oogklachten, arm/been klachten en wond (tabel 1). Daarnaast is in september 2018 een nieuwe ingangsklacht geïntroduceerd: drain/sonde/katheter verstopt of gesneuveld. Met deze wijzigingen is getracht de toekenning van de urgentie categorie verder te optimaliseren en standaardiseren, zodat de uitkomst eenduidig is en aansluit bij de zorgvraag van de patiënt. Het is echter onbekend in hoeverre deze wijzigingen effect hebben gehad op het toekennen van de urgentie categorie door de triagist bij deze ingangsklachten. Het is van belang om te kijken of de wijzigingen in de triagecriteria de gewenste effecten hebben gehad op de toekenning van de urgentie categorie en of deze eenduidiger zijn geworden, waardoor minder vaak achteraf de urgentie nog aangepast wordt.

Tabel 1 Wijzigingen in triagecriteria bij verschillende ingangsklachten in de NTS in september 2018/2019.

Ingangsklacht	Wijziging	Wanneer
Braken	Aan het triagecriterium is toegevoegd of de patiënt tot een risicogroep* behoort. Hierbij moet direct een U3 (reële kans op schade) toegekend worden, anders een U4 (verwaarloosbare kans op schade) of U5 (geen kans op schade).	September 2018
Trauma (algemeen, aangezicht, schedel, buik, thorax, rug, nek)	Er is een antwoord mogelijkheid toegevoegd bij het triagecriteria 'Trauma': de optie 'niet acuut' is nieuw toegevoegd met U2 (bedreiging vitale functies of orgaanschade). 'Acuut' heette eerder 'Hoogenergetisch trauma (HET)**' en krijgt nog steeds een U1 (direct levensgevaar).	September 2018
Trauma algemeen/extremititeit	Niet normaal kunnen belasten. Hierbij werd altijd een U3 toegekend, na de wijziging krijgt dit een U4.	September 2019
Oogklachten	In zijn geheel gereviseerd, waarbij veel veranderingen zijn doorgevoerd.	September 2019
Drain/sonde/katheter verstopt of gesneuveld	Deze ingangsklacht is nieuw toegevoegd en krijgt een U3.	September 2018
Arm/been klachten	Verband/gips klachten is nieuw toegevoegd aan het triagecriterium en krijgt een U3.	September 2018
Wond	Wondklachten na ingreep is nieuw toegevoegd aan het triagecriterium en krijgt bij de antwoord optie 'ja' een U5 en bij optie 'ja, ernstig' een U3.	September 2018

*Patiënten met een hoge leeftijd, met een leeftijd onder de drie maanden, zwangere vrouwen, chronisch zieken, patiënten met een verminderde weerstand (chemotherapie, aids), patiënten die recent een operatie hebben ondergaan of zijn opgenomen of patiënten met een inconsistent verhaal (NTS, 2017).

** Hoogenergetisch trauma (HET) = een trauma dat is ontstaan doordat iemand iets met grote kracht/snelheid tegen het lichaam heeft aangekregen.

1.3 Doel en vraagstelling

Het doel van het onderzoek is om meer zicht te krijgen op de toekenning van de urgentie categorie door de triagist op de huisartsenpost, of de wijzigingen in de Nederlandse Triage Standaard effect hebben gehad op de toekenning van de urgentie categorie en de mate waarin deze achteraf nog wordt aangepast. Daarnaast is het doel om na te gaan hoe triagisten op de huisartsenpost deze veranderingen hebben ervaren om tot een verdieping van deze cijfers te komen.

Daartoe worden de volgende vragen beantwoord:

1. Hoe vaak en bij welke klachten wordt de urgentie categorie achteraf nog aangepast door de triagist?
2. Hoe is de urgentietoekenning veranderd bij ingangsklachten waarbij een wijziging heeft plaatsgevonden in de triagecriteria?

3. Wordt de nieuwe ingangsklacht drain/sonde/katheter verstopt of gesneuveld (september 2018) geregistreerd door de triagist en wordt er een urgentiecategorie toegekend die aansluit bij de triagecriteria van deze ingangsklacht?
4. Hoe worden de veranderingen in de NTS door triagisten ervaren in de praktijk?

Methoden

Het onderzoek bestond uit twee fasen. In fase 1 werd de toekenning van de urgentiecategorieën over de tijd in kaart gebracht voor de ingangsklachten met een wijziging. In fase 2 zijn de resultaten van fase 1 gespiegeld in een focusgroep, waar triagisten aan hebben deelgenomen.

1. Beschrijvende gegevens over toekenning van urgentiecategorieën door de triagist voor 2017-2019

De beschrijvende gegevens over de triage zijn gebaseerd op routinematig elektronisch geregistreerde gegevens van (afhankelijk van welk jaar het betreft) 9 tot 13 Huisartsendienstenstructuren (HDSen) die gebruik maakten van de software Topicus, met een gezamenlijk verzorgingsgebied van ongeveer 3 tot 6 miljoen inwoners, uit Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn (Ramerman & Verheij, 2021). Alleen de triagegegevens van HDSen die gebruik maakten van Topicus zijn geïnccludeerd in de analyses, omdat binnen dit systeem de NTS automatisch wordt geactualiseerd en deze meteen beschikbaar zijn voor de triagist. Deze gegevens worden gebruikt om voor 2017, 2018 en 2019 het voortschrijdend gemiddelde in percentage van de toekenning van urgentiecategorieën per maand in kaart te brengen in het algemeen en voor een aantal ingangsklachten: braken, trauma, oogklachten, drain/sonde/katheter verstopt of gesneuveld, arm- en beenklachten en wond. Het voortschrijdend gemiddelde werd berekend door per maand het gemiddelde percentage te berekenen met de voorgaande twee maanden. Hierbij zijn de periodieke verschijnselen uitgemiddeld zodat het verloop op de lange termijn meegenomen wordt. In de bijlage zijn de achterliggende originele waarden van de resultaten opgenomen.

2. Verdieping en duiding van de cijfers

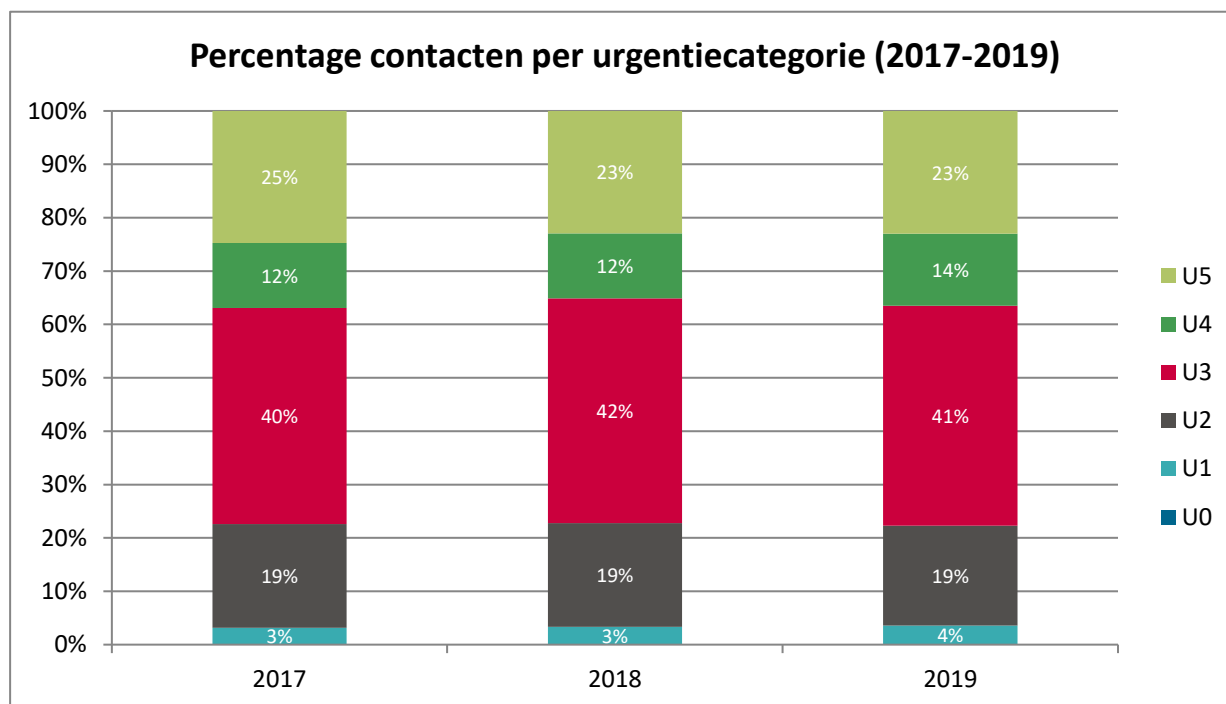
Om de gevonden resultaten meer duiding en verdieping te geven zijn de resultaten uit bovenstaande analyses gepresenteerd in een focusgroep aansluitend op de gebruikersbijeenkomst van de NTS. Triagisten konden zich aanmelden voor deelname aan de focusgroep, waarbij alle zeven aangemelde triagisten uiteindelijk hebben deelgenomen. De triagisten zijn werkzaam op huisartsenposten verspreid over heel Nederland en sommige triagisten hebben naast hun werkzaamheden als triagist ook een coördinerende functie. Aan de hand van vraagstellingen zijn de triagisten gevraagd toelichting te geven op de gevonden resultaten, en of veranderingen naar aanleiding van wijzigingen in triagecriteria overeenkomen met de eigen ervaringen. De focusgroep is samengevat aan de hand van een audio-opname die is gemaakt tijdens de focusgroep. De samenvatting is teruggekoppeld aan de triagisten ter goedkeuring. De samenvatting diende als leidraad voor de ondersteuning en interpretatie van de gevonden resultaten uit fase 1.

2 Resultaten

In 2017 waren er negen HDSen die gebruik maakten van het softwarepakket Topicus voor het elektronisch patiëntendossier, met een verzorgingsgebied van ruim 3 miljoen inwoners. Voor het jaar 2018 waren dit negen HDSen met Topicus en een verzorgingsgebied van ongeveer 3,5 miljoen inwoners en in het jaar 2019 waren dat dertien HDSen met een verzorgingsgebied van ruim 6 miljoen inwoners. Onderstaand wordt gerapporteerd over de (procentuele) verdeling van de toegekende urgentiecategorieën over de tijd, in het algemeen en voor ingangsklachten (door middel van het voortschrijdend gemiddelde) waarvoor een wijziging in de triage protocollen heeft plaatsgevonden. Daarnaast wordt over de tijd weergegeven bij hoeveel procent van de triage contacten de toegekende urgentiecategorie achteraf nog weer werd aangepast. De achterliggende cijfers bij de figuren zijn opgenomen in een tabellenboek in de bijlage. Alle gerapporteerde cijfers zijn gereflecteerd door triagisten in een focusgroep en tevens hieronder beschreven.

2.1 Veranderingen in de toekenning van urgentiecategorieën op de huisartsenpost door de triagist

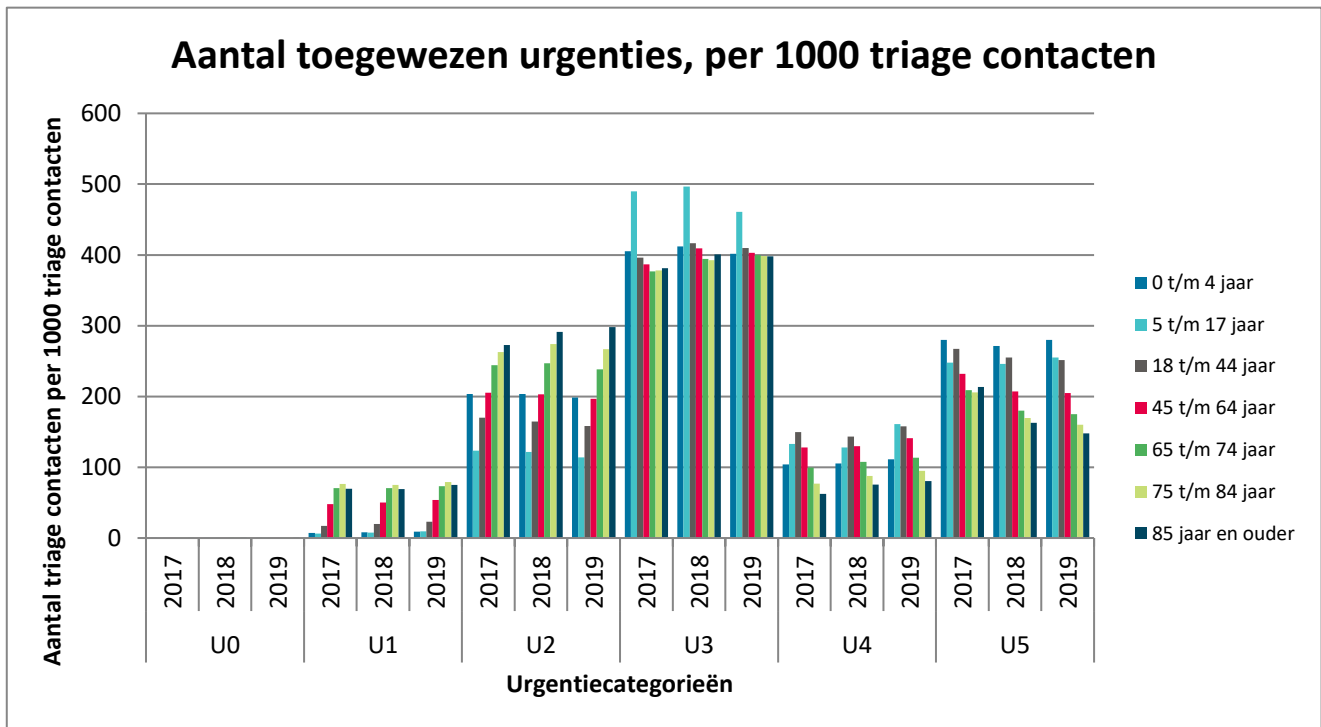
In figuur 1 wordt het percentage triage contacten per urgentiecategorie weergegeven voor de jaren 2017-2019. De mate waarin de verschillende urgentiecategorieën werden toegekend, veranderde over de afgelopen jaren nagenoeg niet.



Figuur 1 Procentuele verdeling van triage contacten met de huisartsenpost naar urgentie, voor de jaren 2017, 2018 en 2019

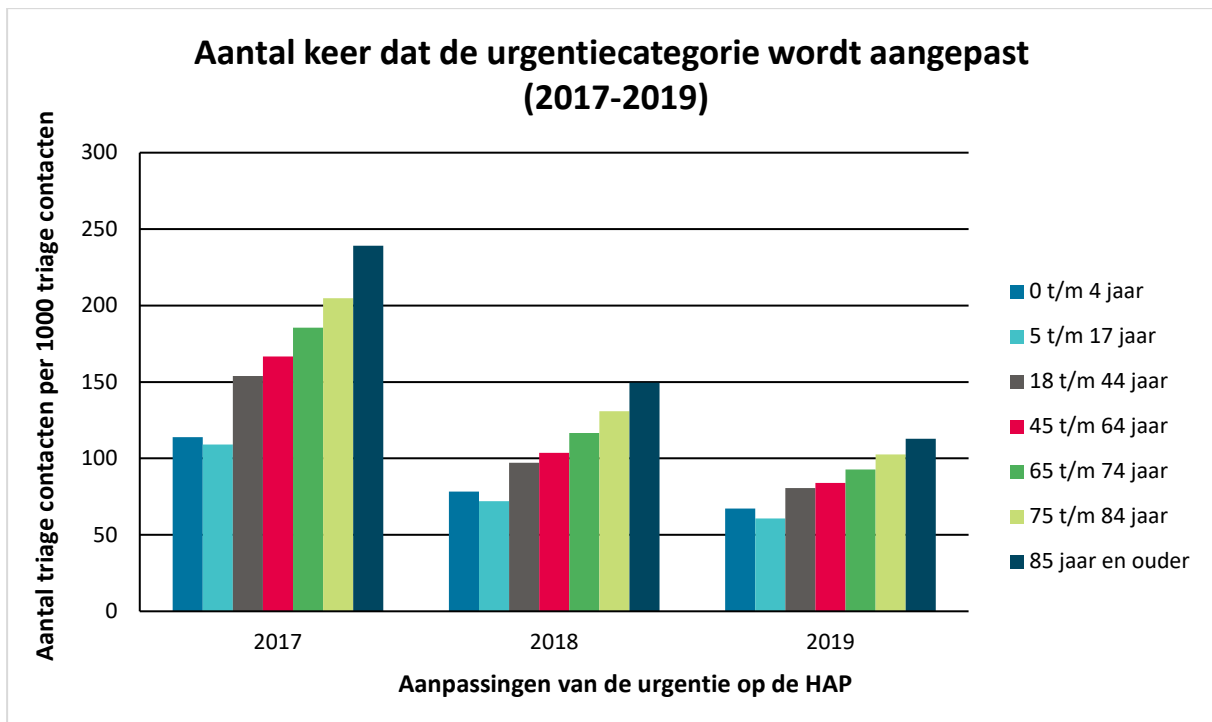
Opmerking bij figuur: de categorie U0 werd zelden toegekend en is daarom niet met percentage opgenomen in het figuur.

In de periode 2017-2019 zijn voor alle leeftijdscategorieën het aantal urgenties per 1000 triage contacten voor de categorieën U0 (uitval vitale functies) tot U5 (geen kans op schade) nauwelijks veranderd (figuur 2). Echter, voor de leeftijd van 5 t/m 17 jaar is er een afname van U3 (reële kans op schade) en een toename van U4 (verwaarloosbare kans op schade) in 2019 ten opzichte van 2017 en 2018.



Figuur 2 Het aantal toegewezen urgenties per urgentie categorie weergegeven per 1000 triage contacten en uitgesplitst naar leeftijd, voor de jaren 2017, 2018 en 2019

In 2019 wordt de urgentie categorie, toegekend door de triagisten, minder vaak aangepast in vergelijking met voorgaande jaren (figuur 3). Dit geldt voor alle leeftijdscategorieën. Opvallend is dat bij ouderen vaker de urgentie categorie later alsnog wordt aangepast dan bij jongere leeftijdscategorieën. Het kan zijn dat het aantal toegekende urgentie categorieën die later zijn aangepast een onderschatting is, doordat het niet eenduidig geregistreerd wordt in het triage registratiesysteem.



Figuur 3 Het aantal keer dat de urgentiecategorie wordt aangepast. Weergegeven per 1000 triage contacten en uitgesplitst naar leeftijd, voor de jaren 2017, 2018 en 2019

Ervaringen van triagisten

De triagisten in de focusgroep gaven aan dat de afgelopen jaren de urgentiecategorie steeds minder vaak achteraf wordt aangepast, doordat de NTS-protocollen wijzigen en verbeteren. Daarnaast zijn er ook ontwikkelingen en veranderingen geweest in de uitvoer van triagegesprekken, waarbij de nadruk meer is komen te liggen op het in kaart brengen van het toestandsbeeld van een patiënt. Een duidelijker toestandsbeeld in de eerste fase draagt bij aan de rest van de triage: de triagist kan de triagecriteria beter beoordelen en inschatten, waardoor de triagist in een later stadium minder vaak nog de urgentiecategorie hoeft aan te passen. Verder wordt benoemd dat het aantal jaren werkervaring van een triagist ook een belangrijke rol speelt in het juist toepassen van de NTS en daarmee de mate waarin de urgentiecategorie in een later stadium nog aangepast moet worden.

De triagisten herkennen dat bij oudere mensen de urgentiecategorie vaker wordt aangepast. Ouderen hebben vaak complexere problematiek met ziektebeelden die al langer spelen. Het toestandsbeeld van de patiënt maakt dat er een bepaalde urgentiecategorie uitkomt, die toch afgeschaald kan worden op basis van klachten die soms al langer spelen. Daarnaast wordt sinds een aantal jaren vaker direct overlegd met regieartsen tijdens de triage, waardoor bij deze doelgroep een betere urgentieschatting gemaakt kan worden.

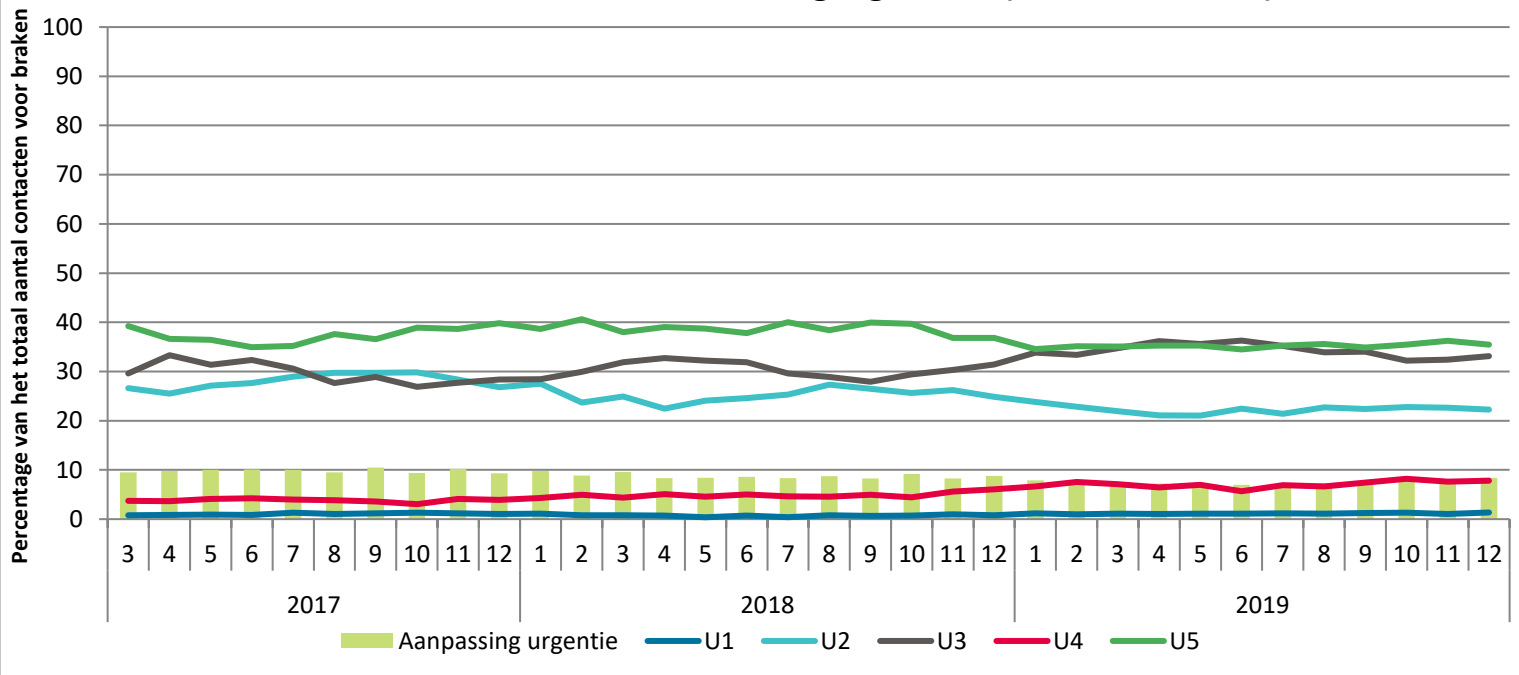
Wanneer de urgentiecategorie achteraf nog wordt aangepast kan dit in de eigen agenda worden aangepast en/of in het triage registratiesysteem gerapporteerd worden. De triagisten gaven aan dat dit afhankelijk is van de afspraken die op organisatieniveau zijn gemaakt en verschilt dus tussen huisartsenposten. De triagisten benoemen dat bij de meeste huisartsenposten de aanpassing van de urgentie wordt gerapporteerd in het triage registratiesysteem met een bijbehorende motivatie. Bij audits wordt ook gelet op de juiste registratie in het triage systeem, waaronder de registratie rond het achteraf aanpassen van de urgentiecategorie.

2.2 Veranderingen in toegewezen urgentiecategorieën door de triagist bij ingangsklachten met wijzigingen in de triagecriteria

Braken

Van alle contacten met een triagist, is 2,5% in verband met de ingangsklacht braken. In september 2018 is het triagecriterium 'risicogroep direct U3, anders U4 of U5' toegevoegd aan deze ingangsklacht. Nadat het triagecriterium van deze ingangsklacht is aangepast, was er een lichte afname in het aantal keer dat de triagist achteraf de urgentiecategorie nog moest aanpassen; van 8% naar 5%, zie hiervoor de tabel in de bijlage. Daarnaast was er een toename in het toekennen van U3 (reële kans op schade) en een afname van U2 (bedreiging vitale functies of orgaanschade) en U5 (geen kans op schade), zie figuur 4. De toename van U3 lijkt in lijn met de aanpassing in het triagecriterium waarbij een risicogroep U3 toegekend krijgt in plaats van U4 (verwaarloosbare kans op schade) of U5.

Urgentiecategorieën en aanpassingen voor braken in percentage van het totaal aantal contacten voor deze ingangsklacht (2017-2018-2019)



Figuur 4 Het voortschrijdend gemiddelde voor de urgentiecategorieën (lijnen) en aanpassingen van urgentiecategorieën (balkjes) voor de ingangsklacht braken, weergegeven als percentage van het totaal aantal contacten van deze ingangsklacht voor de jaren 2017, 2018 en 2019. Opmerking figuur: In september 2018 is het triagecriterium 'risicogroep direct U3, anders U4 of U5' toegevoegd aan deze ingangsklacht.

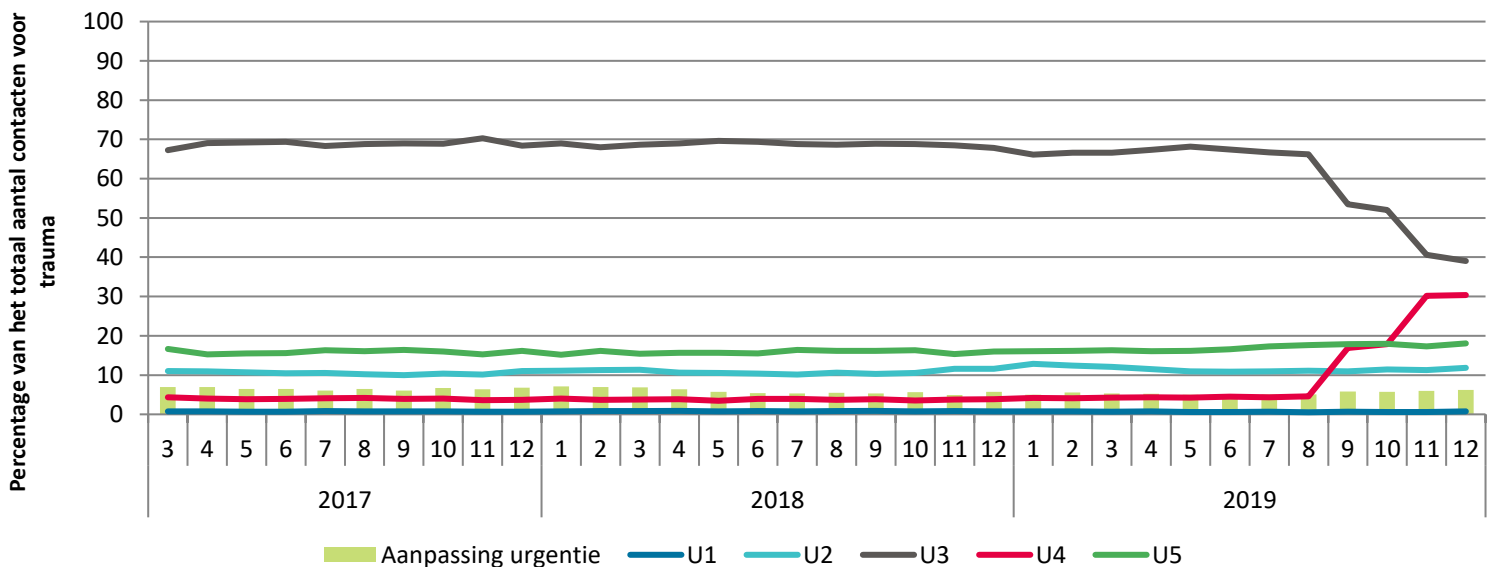
Ervaringen van triagisten

De triagisten gaven aan tevreden te zijn over de aanpassing in het triageprotocol voor deze ingangsklacht, omdat ook de triagisten vanaf dat moment een betere inschatting van de urgentie konden maken. Ook herkenden zij vanuit de praktijk de toename van U3 en een afname van U5 en U2. Doordat de gesprekstechnieken in de laatste vijf jaar dusdanig zijn veranderd en het gebruik van de NTS weer verder verfijnd is, weten triagisten de triagecriteria beter te duiden en hoeven ze minder vaak achteraf nog de initiële urgentiecategorie aan te passen. Dit geldt zowel in het algemeen als specifiek voor de ingangsklacht braken.

Trauma

Van alle contacten met de triagist, is 14-15% in verband met de ingangsklacht trauma. In september 2018 is de antwoordmogelijkheid 'niet acuut' nieuw toegevoegd met U2 (bedreiging vitale functies of orgaanschade) aan de triagecriteria en in september 2019 is bij trauma algemeen/extremiteit 'het niet normaal kunnen belasten veranderd van U3 (reële kans op schade) naar U4 (verwaarloosbare kans op schade)'. Vanaf september 2019 is een aanzienlijke afname van U3 toekenning en een toename van U4 toekenning, wat aansluit bij de gemaakte wijziging (figuur 5). De wijziging in de triagecriteria in september 2018 lijkt geen verandering te hebben veroorzaakt in de toekenning van de urgentiecategorie. Verder wordt relatief weinig de urgentiecategorie achteraf nog aangepast door de triagist bij de ingangsklacht trauma (tot 7%), zowel voor als na de verandering in de triagecriteria.

Urgentiecategorieën en aanpassingen voor trauma in percentage van het totaal aantal contacten voor deze ingangsklacht (2017-2018-2019)



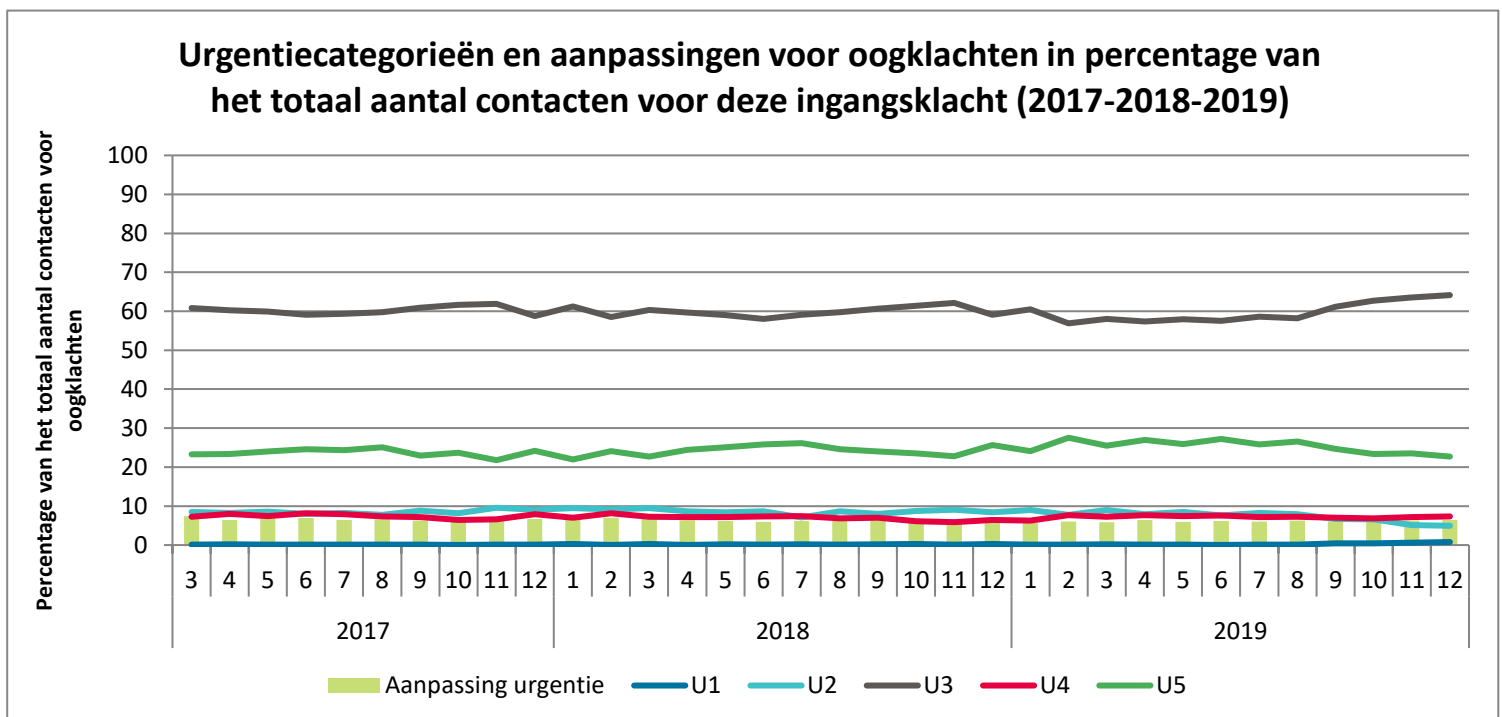
Figuur 5 Het voortschrijdend gemiddelde voor de urgentie categorieën (lijnen) en aanpassingen van urgentie categorieën (balkjes) voor de ingangsklacht trauma, weergegeven in percentage van het totaal aantal contacten van deze ingangsklacht voor de jaren 2017, 2018 en 2019. Opmerking figuur: In september 2018 is de antwoordmogelijkheid 'niet acuut' nieuw toegevoegd met U2 en in september 2019 is bij trauma algemeen/extremiteit 'het niet normaal kunnen belasten veranderd van U3 naar U4'.

Ervaringen van triagisten

De ingangsklacht algemeen/extremiteit wordt veel gebruikt door de triagisten. Zij herkennen de verschuiving van U3 naar U4, nadat het triage criterium van 'niet normaal kunnen belasten' is gewijzigd. Eén van de triagisten geeft aan dat deze aanpassing in de triagecriteria vaak wordt toegepast bij patiënten die bellen met een enkeldistorsie (enkelverstuiking). Wanneer tijdens de triage een patiënt aangeeft de enkel niet normaal te kunnen belasten, dan kent de triagist een U3 toe. Bij dit eerste moment van contact kan dan al vaak worden uitgeweken naar U4, waardoor een patiënt niet naar de huisartsenpost hoeft te komen. Er wordt dan eerst advies gegeven (het been koelen en omhoog leggen) en als dat geen verlichting geeft van de van klachten, kan de patiënt opnieuw contact opnemen met de huisartsenpost.

Oogklachten

Van alle contacten met de triagist, is 3,5-3,8% in verband met oogklachten. In september 2019 is de ingangsklacht oogklachten in zijn geheel herzien. Rond de jaarwisseling (december) is er altijd een tijdelijke toename in contacten voor oogklachten van U4 (verwaarloosbare kans op schade) en U5 (geen kans op schade) en een afname in U3 (reële kans op schade) (figuur 6). Vanaf het moment dat deze ingangsklacht in zijn geheel is aangepast, is een korte stijging van U3 toekenning en een daling van U2 en U5. Het is nog onduidelijk of de veranderingen op lange termijn standhouden of misschien zelfs nog toenemen.



Figuur 6 Het voortschrijdend gemiddelde voor de urgentiecategorieën (lijnen) en aanpassingen van urgentiecategorieën (balkjes) voor de ingangsklacht oogklachten, weergegeven in percentage van het totaal aantal contacten van deze ingangsklacht voor de jaren 2017, 2018 en 2019.

Opmerking figuur: in september 2019 is oogklachten in zijn geheel herzien.

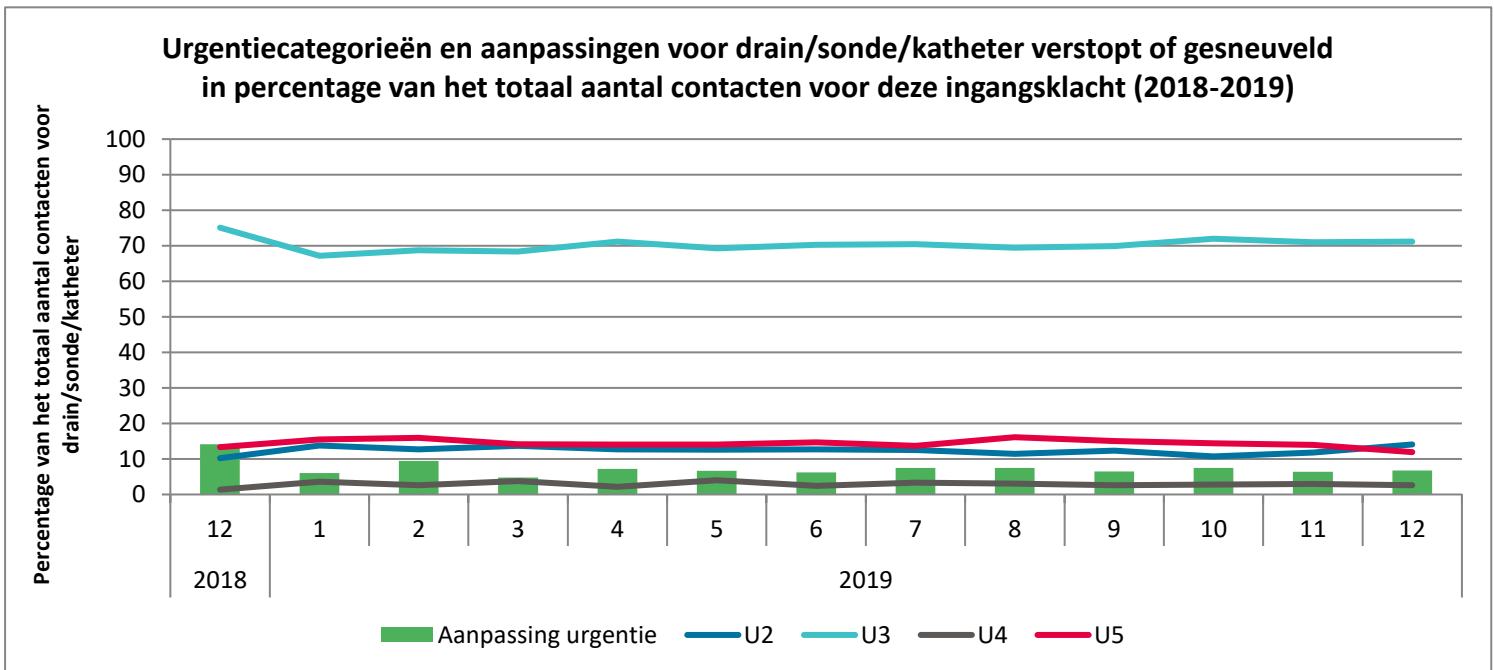
Ervaringen van triagisten

Eén van de triagisten benoemd dat de verandering waarbij U3 toeneemt en U5 afneemt vooral voorkomt bij mensen met corpus alienum (vreemd lichaam in het oog). Volgens de NTS, wordt een U5 toegekend bij corpus alienum. Omdat toch vaak het corpus alienum verwijderd moet worden op de huisartsenpost, wordt een U3 toegekend.

De aanpassing in het triagecriterium bij oogklachten lijkt maar een tijdelijke verandering in het toekennen van de urgentie categorie te hebben veroorzaakt. Een mogelijke verklaring is dat het voor triagisten in het begin lastig is om met een geheel nieuwe ingangsklacht te werken. Ook de triagisten hebben nog weinig zicht op de lange termijn impact van de wijziging in het triagecriterium bij deze ingangsklacht.

Drain/sonde/katheter verstopt of gesneuveld

Van alle contacten met de triagist, is 0,07-0,37% in verband met de ingangsklacht drain/sonde/katheter verstopt of gesneuveld. In september 2018 is de ingangsklacht drain/sonde/katheter verstopt of gesneuveld opgenomen in de NTS als nieuwe ingangsklacht. In de eerste maand (oktober 2018) hebben triagisten bij 18% van de contacten voor drain/sonde/katheter verstopt of gesneuveld achteraf nog de urgentie categorie gewijzigd, zie hiervoor de tabel in de bijlage. In 2019 was dit in alle gevallen minder dan 10%. Bij deze ingangsklacht wordt voornamelijk U3 (reële kans op schade) toegekend, bij ongeveer 70% van alle contacten (figuur 7). Opvallend is dat in enkele gevallen ook U5 (geen kans op schade) wordt toegekend, ondanks dat U5 geen optie is bij deze ingangsklacht.



Figuur 7 Het voortschrijdend gemiddelde voor de urgentiecategorieën (lijnen) en aanpassingen van urgentiecategorieën (balkjes) voor de ingangsklacht drain/sonde/katheter verstopt of gesneuveld, weergegeven in percentage van het totaal aantal contacten van deze ingangsklacht voor december 2018 en alle maanden van het jaar 2019.

Opmerking figuur: In september 2018 is deze opgenomen in de NTS als nieuwe ingangsklacht.

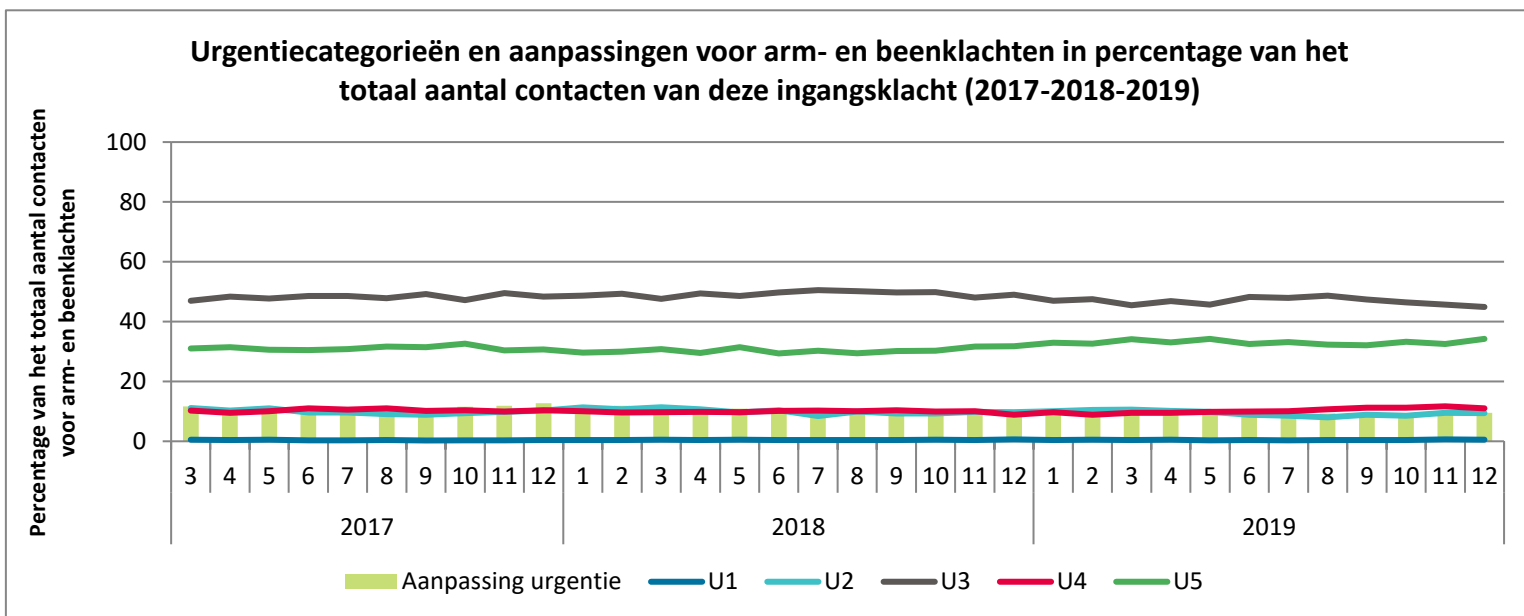
Ervaringen van triagisten

De triagisten benoemen dat een U5 bij deze ingangsklacht in sommige gevallen toch wordt toegekend, omdat wordt doorverwezen naar een ander specialisme, zoals het medisch technisch handelen team, die meer specialistische thuiszorg bieden. Bij sommige huisartsenposten blijft de urgentie (U3) staan die bij deze ingangsklacht hoort, omdat de patiënt binnen een aantal uren gezien moet worden, ondanks dat de zorg niet via de huisartsenpost wordt geboden. Bij andere huisartsenposten wordt de urgentie aangepast van U3 naar U5 als de zorg niet meer door de huisartsenpost zelf wordt geboden. Vanuit de triagisten wordt voorgesteld om een kopje "thuiszorg" toe te voegen in het triage registratiesysteem als geadviseerde vervolgactie, net als bij doorverwijzing naar de spoedeisende hulp is gedaan. Dit geeft inzicht in waar een patiënt naar wordt doorverwezen.

Eén van de triagisten gaf een voorbeeld; een patiënt met een katheter die hematurie (bloed in de urine) klachten had, waarbij U5 wordt toegekend. Dit komt eigenlijk uit op een U3, maar indien de katheter wel goed werkt, de patiënt een goed toestandbeeld en verder geen klachten heeft, dan kan ook een U5 toegekend worden.

Arm- en beenklachten

Van alle contacten met de triagist, is 5% in verband met arm- en been klachten. In september 2018 is 'verband/gips klachten (U3 reële kans op schade)' nieuw toegevoegd aan de triagecriteria van deze ingangsklacht. De wijziging in het triagecriterium heeft geen grote veranderingen teweeggebracht in het toekennen van de urgentiecategorie. Er is enkel een lichte stijging van U5 (geen kans op schade) en een lichte daling van U3 (figuur 8). Het aantal keren dat triagisten achteraf de urgentiecategorie hebben aangepast is nagenoeg gelijk gebleven over de periode 2017-2019; deze ligt rond de 10%.



Figuur 8 Voortschrijdend gemiddelde voor de urgentiecategorieën (lijnen) en aanpassingen van urgentiecategorieën (balkjes) voor de ingangsklacht arm- en beenklachten, weergegeven in percentage van het totaal aantal contacten van deze ingangsklacht voor de jaren 2017, 2018 en 2019.

Opmerking figuur: in september 2018 is 'verband/gips klachten (U3)' toegevoegd.

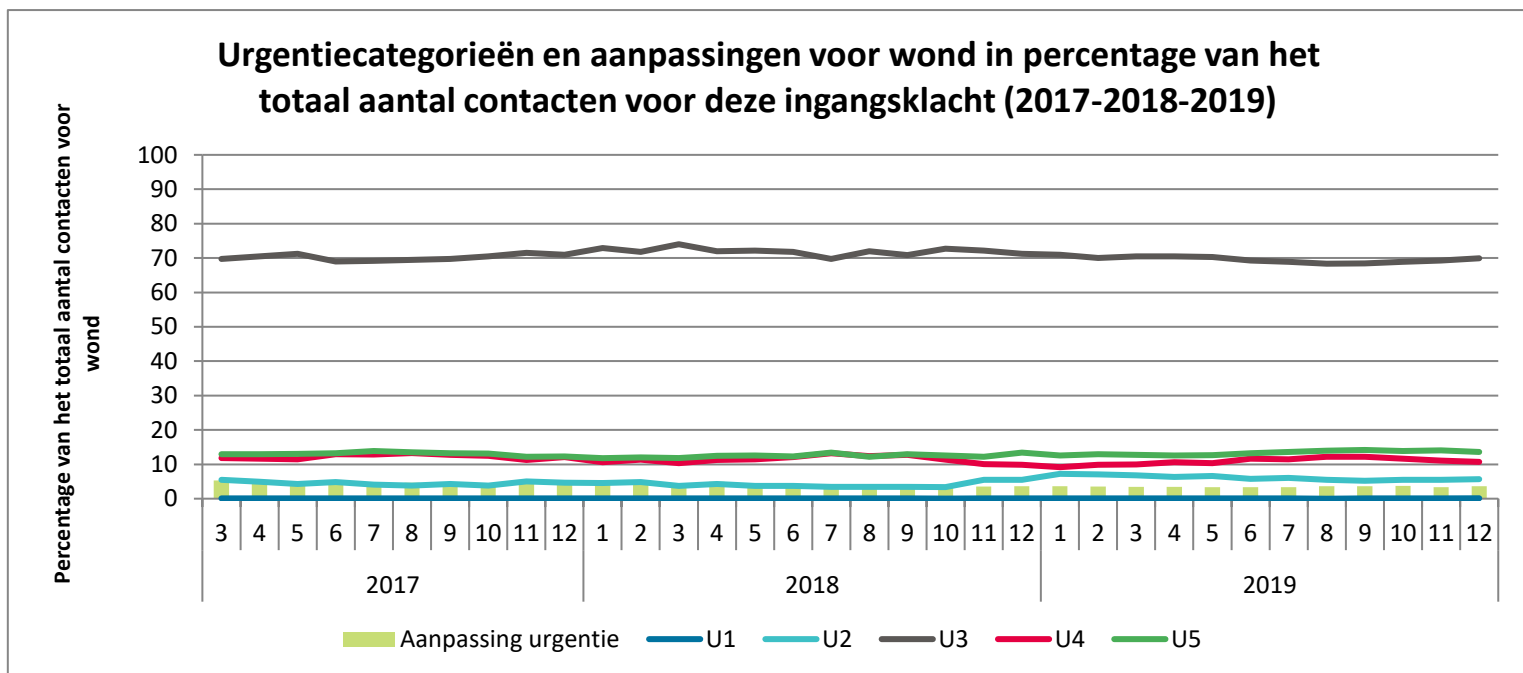
Ervaringen van triagisten.

De triagisten geven aan dat op sommige huisartsenposten bij een doorverwijzing naar de spoedeisende hulp van een patiënt met gipsklachten de toegekende U3 blijft staan. Op andere huisartsenposten wordt bij deze doorverwijzing de U3 veranderd in een U5, omdat de zorgvraag van de patiënt telefonisch is afgehandeld bij de huisartsenpost en de aanvullende zorg ergens anders wordt geboden.

Daarnaast is het lastig voor triagisten om de pijnscore van de patiënt bij deze ingangsklacht in te schatten en wordt deze in sommige gevallen te hoog ingeschat. De urgentie kan dan vaak worden afgeschaald in overleg met een regiearts naar een advies met pijnstilling en een vangnet voor eventueel terugbellen.

Wond

Van alle contacten met de triagist, is 7% in verband met de ingangsklacht wond. In september 2018 is 'wondklachten na ingreep optie 'ja' een U5 (geen kans op schade) en optie 'ja, ernstig' een U3 (reële kans op schade)' toegevoegd aan de triagecriteria van deze ingangsklacht. Bij deze ingangsklacht wordt door de triagist de urgentiecategorie achteraf niet vaak aangepast, ongeveer 5% van het aantal contacten van deze ingangsklacht (figuur 9). De ingangsklacht wond krijgt in de meeste gevallen een U3 toegekend; ongeveer 70% van alle contacten. Nadat het triagecriterium voor de ingangsklacht wond is gewijzigd in september 2018, is een (tijdelijke) lichte stijging te zien in het aantal contacten die een U2 toegekend krijgen, van 3% naar 9%, zie hiervoor de tabel in de bijlage.



Figuur 9 Voortschrijdend gemiddelde voor de urgentie categorieën (lijnen) en aanpassingen van urgentie categorieën (balkjes) voor de ingangsklacht wond, weergegeven in percentage van het totaal aantal contacten van deze ingangsklacht voor de jaren 2017, 2018 en 2019. Opmerking figuur: In september 2018 is 'wondklachten na ingreep optie 'ja' een U5 en optie 'ja, ernstig' een U3 toegevoegd

Ervaringen van triagisten

Bij de ingangsklacht wond speelt, net als bij de ingangsklachten drain/sonde en arm- en beenklachten, het doorverwijzen naar een ander specialisme een rol bij het al dan niet achteraf nog aanpassen van de urgentiecategorie. Triagisten benoemen dat wanneer wordt doorverwezen naar een ander specialisme, sommige huisartsenposten de U3 veranderen in een U5. De urgentie blijft bij het doorverwijzen naar de spoedeisende hulp vaker staan, omdat met de spoedeisende hulp intern wordt samengewerkt en gecommuniceerd.

Deze ingangsklacht wordt in toenemende mate door triagisten met beeldbellen afgehandeld, waarbij een U3 wordt toegekend. Volgens triagisten maakt het ook uit op welke dag iemand contact zoekt met de huisartsenpost voor deze ingangsklacht. Wanneer een patiënt op zondagavond belt, zullen triagisten sneller de patiënt verwijzen naar de eigen huisarts op maandag, waardoor de patiënt niet naar de huisartsenpost hoeft te komen (U5). Wanneer iemand op vrijdagavond belt dan duurt het voor de patiënt langer om naar de eigen huisarts te gaan en wordt sneller een U3 toegekend en komt de patiënt op de huisartsenpost langs voor een consult.

3 Beschouwing

Het doel van dit onderzoek was om meer inzicht te krijgen op de toekenning van de urgentie categorie door de triagist op de huisartsenpost, of de wijzigingen in de Nederlandse Triage Standaard effect hebben gehad op de toekenning van de urgentie categorie, de mate waarin deze achteraf nog wordt aangepast en om na te gaan hoe triagisten deze veranderingen hebben ervaren.

Bij de ingangsklachten waarbij de wijzigingen effect hadden (braken, trauma algemeen/extremiteit), bleek ook het aantal aanpassingen door de triagist achteraf te zijn verminderd. Daaruit kunnen we opmaken dat de NTS-triagecriteria van deze ingangsklachten beter zijn gaan aansluiten op de praktijk en daarmee bijdragen aan de juiste zorg op de juiste plek voor de patiënt. Bij geen enkele ingangsklacht zagen we na een wijziging van de triagecriteria dat vaker werd afgeweken van de urgentie categorie door de triagist. Niet alle wijzigingen in de triagecriteria hebben een direct effect op de toekenning van de urgentie categorie. Uit een eerder onderzoek van Rolink et al. (2019) bleek dat de urgentie-indeling in de ambulancezorg en de acute eerstelijnszorgketen verschilt met andere landen in de differentiatie en het onderscheidend vermogen van de urgentie-indeling (Rolink et al., 2019). Mogelijk komen de kleine effecten van de wijzigingen in de NTS niet terug in de urgentie-indeling van de NTS, maar wanneer er een meer gedifferentieerde urgentie-indeling wordt gebruikt zoals in het buitenland, konden er mogelijk wel effecten van de wijzigingen worden waargenomen.

Wanneer triagisten achteraf de urgentie categorie aanpassen dan wordt dit op de meeste huisartsenposten geregistreerd in het triagesysteem. Ondanks twijfel over onder registratie van deze aanpassingen op de uitkomst van de triage, blijken deze goed geregistreerd te worden. Het later aanpassen van de toegekende urgentie categorie in de triage, hoeft niet altijd een opschaling te betekenen. In sommige gevallen wordt later een lagere urgentie toegekend, doordat de patiënt is verwezen naar een andere zorgaanbieder. Ook suggereert eerder onderzoek (Smits & Verheij, 2017) dat de NTS bij een aantal ingangsklachten een defensief karakter heeft. Het afwijken naar een minder hoge urgentie kan in die gevallen beter aansluiten bij de zorgvraag van de patiënt en bijdragen aan het ontlasten van de zorg via de huisartsenpost.

Naast de continue verbetering van de triagecriteria, is de laatste jaren ook veel aandacht geweest voor het verbeteren van de triagegesprekken waarmee het toestandsbeeld van de patiënt in kaart wordt gebracht. Dit toestandsbeeld zorgt ervoor dat triagisten een betere urgentieschatting kunnen maken en minder vaak de urgentie categorie achteraf nog moeten aanpassen.

Dit onderzoek geeft ook nog een aantal aanknopingspunten voor verbetering van de NTS, met name het eenduidig registreren van vervolgacties en de daarbij behorende urgentie categorieën. De triagisten geven aan dat bij doorverwijzing naar een ander specialisme op de huisartsenposten wisselend wordt omgegaan met de toegekende urgentie categorie bij de ingangsklachten drain/sonde/katheter verstopt of gesneuveld, wond en arm/been klachten. Bij sommige huisartsenposten blijft de urgentie U3 (reële kans op schade) staan, omdat de patiënt binnen een aantal uren gezien moet worden, maar bij andere huisartsenposten wordt deze urgentie aangepast van U3 naar U5 (geen kans op schade), als de zorg niet meer door de huisartsenpost wordt geboden. De triagisten stellen voor om de geadviseerde vervolgactie in het triage registratiesysteem uit te breiden, om beter zicht te krijgen op doorverwijzingen.

Tot slot, de triagisten zijn tevreden over het gebruik van de NTS en geven aan dat wanneer NTS-protocollen wijzigen en verbeteren, ze daardoor bij hun beoordeling minder vaak hoeven af te wijken van de urgentiecategorie zoals die is aangegeven door het NTS-protocol. De veranderingen in het NTS-protocol helpen triagisten de triagecriteria beter te duiden en een juiste urgentieschatting te maken. Dit onderzoek heeft laten zien dat het waardevol is om triagisten te betrekken bij het reflecteren op de wijzigingen van de triagecriteria in het NTS-protocol. Aanvullend onderzoek is nodig om te achterhalen waarom sommige veranderingen in de triagecriteria wel van invloed zijn geweest en anderen niet. Ook is er meer kennis nodig over achterliggende redenen waarom triagisten achteraf de urgentiecategorieën nog aanpassen en hoe de NTS hier in de triagecriteria beter op kan aansluiten.

Literatuur

InEen. (2020). *Benchmark huisartsenposten 2019*.

NHG. (2016). *Plan van Aanpak 'Grip op triage.'* 2–3.

NTS. (2017). *Visie en werkwijze NTS*.

NTS. (2021). *Kwaliteit*. <https://de-nts.nl/organisatie/kwaliteit/>

Ramerman, L., & Verheij, R. (2021). *Cijfers zorgverlening huisartsenposten - Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn*. <https://www.nivel.nl/nl/nivel-zorgregistraties-eerste-lijn/cijfers-zorgverlening-huisartsenposten>

Rijksoverheid. (2018). *De juiste zorg op de juiste plek - wie durft?* 167.

Rolink, M., Bos, N., & Boer, D. de. (2019). *Urgentie in de ambulancezorg en de acute eerstelijns zorgketen Urgentie in de ambulancezorg en de acute eerstelijns zorgketen*.

Smits, M., & Verheij, R. (2017). Veranderingen in de urgentie van contacten met de huisartsenpost 2013-2016. *Nivel Rapport, September, September*, 1–18.

Verzantvoort, N. C. M., Teunis, T., Verheij, T. J. M., & Velden, A. W. van der. (2018). Self-triage for acute primary care via a smartphone application: Practical, safe and efficient? *PLoS ONE*, 13(6). <https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PONE.0199284>

Bijlage A Tabellenboek

Onderstaande tabellen beschrijven de achterliggende cijfers bij de gepresenteerde figuren in de resultatensectie:

- Tabel 1: beschrijft het aantal triage contacten per urgentie categorie voor de jaren 2017, 2018 en 2019.
- Tabel 2: beschrijft het aantal toegekende urgenties per 1000 triage contacten, uitgesplitst per leeftijdscategorie voor de jaren 2017, 2018 en 2019.
- Tabel 3: beschrijft de toegekende urgentie categorieën voor verschillende ingangsklachten (wond, arm- en beenklachten, braken, trauma en oogklachten) per 1000 triage contacten voor de jaren 2017, 2018 en 2019.
- Tabel 4: beschrijft de toekenning van de urgentie categorieën voor de nieuwe ingangsklacht drain/sonde/katheter verstopt/gesneuveld vanaf oktober 2018 t/m 2019, in absoluut aantal triagecontacten.

Tabel 1 De triage contacten per urgentie categorie in aantallen en percentages, voor de jaren 2017, 2018 en 2019

Toegewezen urgentie	Aantal triage contacten 2017 (%)		Aantal triage contacten 2018 (%)		Aantal triage contacten 2019 (%)	
U0	89	0,01%	363	0,05%	394	0,03%
U1	23815	3,17%	24719	3,31%	44930	3,52%
U2	145647	19,40%	144674	19,40%	238581	18,72%
U3	303816	40,47%	313932	42,10%	525254	41,21%
U4	91650	12,21%	90865	12,18%	172622	13,54%
U5	185697	24,74%	171166	22,95%	292830	22,97%
Totaal	750714	100%	745719	100%	1274611	100%

Tabel 2 Het aantal toegekende urgenties door de triage per leeftijdscategorie weergegeven per 1000 triage contacten

	U0			U1			U2			U3			U4			U5			Afwijking op HAP		
	2017	2018	2019	2017	2018	2019	2017	2018	2019	2017	2018	2019	2017	2018	2019	2017	2018	2019	2017	2018	2019
1. 0 tm 4	0	0	0	7	8	9	203	203	198	405	412	402	104	105	111	280	271	280	114	78	67
2. 5 tm 17	0	0	0	6	7	10	124	121	114	490	497	461	133	128	161	248	246	255	109	72	61
3. 18 tm 44	0	1	0	17	20	23	170	165	158	396	417	410	150	143	158	267	255	251	154	97	81
4. 45 tm 64	0	0	0	48	50	54	205	203	197	387	409	403	128	130	141	232	207	205	167	104	84
5. 65 tm 74	0	1	1	70	70	73	244	247	238	377	394	400	99	108	113	209	180	175	185	117	93
6. 75 t/m 84	0	1	1	76	75	79	263	274	267	378	393	399	77	88	95	206	169	160	205	131	103
7. 85 en ouder	1	1	1	70	69	75	273	291	298	381	401	398	62	76	81	213	163	148	239	149	113
Totaal	0	0	0	32	33	35	194	194	187	405	421	412	122	122	135	247	230	230	155	99	81

Tabel 3 Toegekende urgentie categorieën voor verschillende ingangsklachten per 1000 triage contacten voor de jaren 2017, 2018 en 2019

Maand		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Wond-2017	U1	1	1	0	0	1	1	1	0	0	1	1	0
	U2	70	46	39	52	46	45	36	31	49	45	51	48
	U3	671	718	724	692	700	688	684	701	711	709	718	710
	U4	121	107	114	125	115	133	141	132	114	117	112	124
	U5	137	128	122	131	138	134	138	136	126	128	118	118
Wond-2018	U1	1	1	1	0	1	1	1	0	0	1	1	0
	U2	40	48	35	39	39	35	30	33	38	34	72	76
	U3	740	725	740	713	703	723	691	716	726	738	717	686
	U4	101	104	106	121	124	121	141	127	113	100	88	98
	U5	117	123	119	126	133	120	136	124	123	128	121	140

- Tabel 3 gaat verder op de volgende pagina -

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Wond-2019	U1	1	0	1	1	1	0	1	0	0	1	1	2
	U2	72	65	63	61	68	54	53	55	51	55	59	58
	U3	702	715	707	694	699	693	678	674	690	704	695	694
	U4	96	99	103	114	103	120	125	125	118	108	104	105
	U5	130	120	125	131	129	134	143	146	140	132	141	141
Arm/been klachten-2017	U1	5	7	6	2	5	4	2	4	3	3	4	4
	U2	109	106	114	98	107	95	86	88	91	101	106	104
	U3	468	479	472	488	483	483	488	473	496	471	494	496
	U4	109	89	97	103	104	117	109	103	95	105	104	102
	U5	309	319	312	309	301	301	315	333	315	319	292	294
Arm/been klachten-2018	U1	4	5	7	4	4	3	5	4	4	7	4	5
	U2	120	110	108	104	85	103	84	95	102	91	95	103
	U3	478	491	474	497	498	499	512	505	483	491	478	489
	U4	97	90	97	107	97	95	109	106	98	93	103	84
	U5	301	304	315	288	315	299	290	289	312	317	321	318
Arm/been klachten-2019	U1	4	6	4	5	3	4	3	4	5	5	7	5
	U2	106	106	105	96	92	81	79	79	98	93	92	95
	U3	461	460	448	476	465	488	494	485	455	445	460	453
	U4	91	93	98	98	99	102	102	112	123	114	111	107
	U5	338	335	344	325	340	325	322	321	319	344	331	340
Braken-2017	U1	11	8	5	9	14	7	12	14	12	12	11	9
	U2	263	256	270	255	272	298	307	298	288	299	279	237
	U3	284	320	309	346	318	301	294	253	284	285	271	283
	U4	35	34	39	39	43	46	36	31	36	30	45	48
	U5	408	382	377	350	352	348	352	404	379	374	394	422

- Tabel 3 gaat verder op de volgende pagina -

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Braken-2018	U1	11	7	5	7	3	7	5	9	8	7	12	9
	U2	271	237	227	212	255	281	252	266	278	247	247	250
	U3	298	316	340	340	304	298	288	280	271	308	336	321
	U4	41	50	47	52	45	48	48	44	50	46	61	76
	U5	379	390	381	390	394	366	407	402	393	392	344	344
Braken-2019	U1	12	11	11	10	12	12	12	10	13	16	9	11
	U2	230	207	209	214	212	234	216	220	232	236	221	209
	U3	341	347	355	377	357	349	346	329	334	315	314	347
	U4	71	76	71	53	68	60	71	72	78	92	75	65
	U5	346	359	355	346	351	344	355	368	343	341	382	368
Trauma-2017	U1	8	8	7	7	7	7	9	8	7	7	7	7
	U2	115	113	106	106	109	103	101	101	98	106	105	115
	U3	653	685	692	696	692	691	675	685	705	693	701	676
	U4	48	42	38	38	40	41	42	43	36	37	37	37
	U5	176	152	157	153	153	158	173	163	155	157	150	166
Trauma-2018	U1	8	10	9	7	7	9	8	8	9	8	7	7
	U2	117	111	109	101	101	106	101	107	106	104	126	128
	U3	679	684	694	695	698	693	678	680	699	695	671	661
	U4	43	37	33	40	36	38	42	36	34	35	41	41
	U5	153	158	156	156	157	154	170	169	152	158	155	163
Trauma-2019	U1	8	7	6	7	6	4	8	6	6	7	6	8
	U2	131	121	110	110	108	108	111	113	109	116	117	120
	U3	652	671	681	677	682	673	652	652	418	389	393	392
	U4	42	40	43	47	41	44	46	48	292	310	312	297
	U5	167	161	160	160	163	171	183	181	175	179	171	182

- Tabel 3 gaat verder op de volgende pagina -

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Oogklachten-2017	U1	1	2	1	2	1	1	2	1	1	0	2	1
	U2	87	83	83	82	88	78	78	76	98	87	93	94
	U3	608	609	608	595	591	587	596	608	622	624	616	551
	U4	73	76	72	85	76	78	82	69	62	59	70	99
	U5	230	231	236	237	244	256	243	245	216	229	219	255
Oogklachten-2018	U1	3	0	3	1	2	1	1	1	3	4	0	0
	U2	97	89	93	84	75	89	66	84	94	91	87	1
	U3	610	620	597	574	584	587	599	608	614	620	629	78
	U4	71	65	74	79	70	68	79	69	62	52	55	563
	U5	220	226	234	263	268	254	255	238	226	233	229	77
Oogklachten-2019	U1	3	2	2	0	1	1	1	1	7	0	5	280
	U2	93	77	87	81	83	72	81	86	53	7	49	9
	U3	581	575	579	573	580	577	592	587	632	47	639	52
	U4	70	76	75	78	74	74	71	70	70	668	74	615
	U5	253	271	257	268	261	276	256	256	238	66	233	81

Tabel 4 Toekenning van de urgentie categorieën voor drain/sonde/katheter verstopt/gesneuveld vanaf oktober 2018 t/m 2019, absolute aantal triagecontacten

Jaar	Maand	U1	U2	U3	U4	U5	Totaal
2018	Oktober	0	1	9	0	1	11
	November	0	30	140	8	40	218
	December	0	29	175	7	45	256
2019	Januari	0	52	265	13	48	378
	Februari	0	45	221	8	46	320
	Maart	0	46	226	14	53	339
	April	0	42	273	7	51	373
	Mei	0	45	277	15	48	385
	Juni	0	58	275	12	64	409
	Juli	1	58	301	12	65	437
	Augustus	0	36	298	13	69	416
	September	0	47	291	10	62	410
	Oktober	1	51	291	10	49	402
	November	2	51	299	15	54	421
	December	1	69	312	12	52	446