

Triage op de huisartsenpost met de Nederlandse Triage Standaard

De invloed van wijzigingen in triagecriteria en externe factoren op
de urgentietoekenning

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.

Oktober 2023

ISBN 978-94-6122-822-2

030 272 97 00

nivel@nivel.nl

www.nivel.nl

© 2023 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 de stichting Nederlandse Triage Standaard (NTS). Met dit onderzoek wil de NTS meer inzicht krijgen in de toekenning van urgenties op de huisartsenpost, hoe vaak triagisten achteraf de urgentiecategorie nog aanpassen, hoe wijzigingen in de triageprotocollen doorwerken in de urgentietoekenning en wat de invloed is van externe factoren op het toepassen van triagecriteria. We willen alle triagisten bedanken die hebben deelgenomen aan de focusgroep en de vragenlijst. Ook willen we de huisartsendienstenstructuren bedanken voor het aanleveren van de data.

De auteurs

Inhoud

Voorwoord	3	
Samenvatting	5	
1	Introductie	7
1.1	Triage op de huisartsenpost	7
1.2	De Nederlandse Triage Standaard	7
1.3	Aanpassingen urgentiecategorie door triagist	8
1.4	Wijzigingen in NTS triagecriteria	8
1.5	Invloed externe factoren op urgentietoekenning	9
1.6	Doel en vraagstellingen	10
2	Methoden	11
2.1	Beschrijvende data-analyses	11
2.2	Focusgroep	11
2.3	Vragenlijstonderzoek	12
3	Resultaten	13
3.1	De toekenning en registratie van urgenties	14
3.2	Invloed van wijzigingen in NTS triagecriteria	16
3.3	Invloed van externe factoren op het toepassen van triagecriteria	19
4	Beschouwing	21
	Literatuur	23
	Bijlage A Tabellenboek	24
	Bijlage B Resultaten vragenlijst	27

Samenvatting

Patiënten die in de avond, nacht en in het weekend huisartsenzorg nodig hebben, kunnen terecht bij de huisartsenpost. Voordat patiënten langsgaan, bellen ze eerst om hun gezondheidsklachten te bespreken met een triagist, die de telefonische triage uitvoert volgens de Nederlandse Triage Standaard (NTS) en de urgentie beoordeelt op een schaal van 0-5: U0 (uitval vitale functies) tot en met U5 (geen kans op schade). Dit bepaalt hoe snel de patiënt wordt geholpen en op welke manier (ook wel vervolgactie), zoals een consult op de huisartsenpost, telefonisch advies, huisartsbezoek of ambulance-inzet. Een goed triageprotocol is van groot belang, omdat dit de basis vormt waarop triagisten urgenties en vervolgacties bepalen. Triagisten spelen een belangrijke rol in het beheersen van patiëntenstromen en de werkdruk op de huisartsenpost en in de rest van de zorg. Als een triagist afwijkt van het NTS-advies, kan hij of zij de urgentie achteraf naar eigen inzicht aanpassen (bijv. wanneer vanuit de triage een U3 komt, maar de triagist de klachten beter vind passen bij een U5, kan de urgentie worden aangepast (in dit geval worden verlaagd). De mate waarin triagisten afwijken van het urgentie advies vanuit de NTS, kan inzicht geven of protocollen goed aansluiten bij de inschatting van triagisten van de zorgbehoefte van de patiënt.

In juni 2021 zijn wijzigingen aangebracht in de NTS triagecriteria voor bepaalde gezondheidsklachten; trauma schedel, geslachtsorganen en drain/sonde/katheter verstopt of gesneuveld. Deze wijzigingen beoogden de urgentietoekenning te optimaliseren zodat deze beter aansluit bij de zorgbehoefte van de patiënt. Het is nog onbekend hoe deze wijzigingen de urgentietoekenning door de triagist hebben beïnvloed. Externe factoren, zoals de COVID-19-pandemie of initiatieven om de werkdruk op de huisartsenpost te verlagen, kunnen ook een belangrijke rol spelen in de mate waarop (geprotocolleerde) triage aansluit bij de zorgvraag van de patiënt en hoe deze wordt vastgelegd. Het is belangrijk om te onderzoeken hoe deze externe factoren de urgentietoekenning beïnvloeden. Het doel van dit onderzoek was om inzicht te krijgen in 1) de toekenning en registraties van urgenties door triagisten op de huisartsenpost, 2) hoe wijzigingen in de NTS doorwerken in de dagelijkse praktijk op de huisartsenposten en 3) de invloed van externe factoren op het toepassen van triagecriteria.

Methode

Het onderzoek bestond uit drie fases met verschillende methoden. In fase 1 werden beschrijvende gegevens gebruikt uit elektronische patiëntendossiers van huisartsenposten die deelnamen aan Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn (2019-2021) om de urgentietoekenning te onderzoeken, zowel algemeen als voor verschillende ingangsklachten met een wijziging. Fase 2 omvatte focusgroep gesprekken met triagisten van verschillende huisartsenposten om verdieping en duiding te verkrijgen op de gegevens uit fase 1. In fase 3 werd een vragenlijstonderzoek uitgevoerd onder een breder aantal triagisten om inzicht te krijgen in de urgentietoekenning, de wijzigingen in de triagecriteria, de verschillen in het toepassen van de NTS en externe factoren die van invloed zijn op de uitkomsten van de NTS.

Resultaten

De toekenning van registraties en urgenties op de huisartsenpost

De verdeling van toegekende urgenties (U0 tot U5) bleef grotendeels stabiel gedurende 2019-2021, met een lichte afname van U3-contacten en een lichte toename van U4/U5-contacten. Het aantal

aanpassingen van de urgenties daalde van 10,7% in 2020 naar 9,6% in 2021. Triagisten schreven deze veranderingen toe aan de COVID-19-pandemie, die leidde tot meer advies via de telefoon of via beeldbellen en het afschalen van urgenties naar U4 en U5. Triagisten in de vragenlijst gaven echter aan de urgentie vaker aan te passen (34% verlagen en 18% verhogen). Triagisten passen de urgentie vaker aan op basis van de ernst van de klachten dan op basis van wat de vervolgactie is. De meeste triagisten registreerden de aanpassingen in het EPD/NTS, en slechts een minderheid deed dit in de agenda van de huisartsenpost.

De invloed van wijzigingen in de NTS triagecriteria op de urgentietoekenning

Een krappe meerderheid (52%) van de triagisten geeft in de vragenlijst aan dat de wijzigingen in de NTS triagecriteria doorgaans een verbetering zijn, 46% vindt dat soms en 2% bijna nooit. De wijzigingen in de triagecriteria voor *trauma schedel* en *geslachtsorganen* resulteerden meteen in een duidelijke verandering: *trauma schedel* – vaker U3 (reële kans op schade) en minder vaak U5 (geen kans op schade), *geslachtsorganen* – een afname van U4 (verwaarloosbare kans op schade) en een toename van U5. Triagisten waren tevreden met deze veranderingen, omdat de wijzigingen hen in staat stelden de urgentie beter toe te kennen die past bij de zorgvraag van de patiënt. Voor de wijzigingen in de triagecriteria van *drain/sonde/katheter verstopt of gesneuveld* waren geen grote veranderingen zichtbaar, enkel een kleine toename van U3 en een afname van U2 (bedreiging vitale functies of orgaanschade). Toch gaven triagisten in de focusgroep aan tevreden te zijn met de aanpassingen in de triagecriteria voor deze ingangsklacht.

De invloed van externe factoren op het toepassen van de urgentietoekenning

Tijdens de COVID-19-pandemie pasten triagisten (30%) de urgentie categorie vaker aan, 22% gaf aan de urgentie vaker te verlagen. Dit gebeurde vanwege de overbelasting op de huisartsenpost door de beperkte mogelijkheid voor fysieke consultaties en tekorten aan persoonlijke beschermingsmiddelen. Tijdens de pandemie werden urgenties ook vaker verhoogd, omdat het voor triagisten moeilijk was in te schatten hoe ernstig een COVID-19-infectie was. Een initiatief om de werkdruk op de huisartsenpost te verminderen, genaamd "Spoed=Spoed", richtte zich op het beperken van nachtelijke spoedzorg tot U1 (direct levensgevaar), U2 en in sommige gevallen U3-patiënten. Uit de beschrijvende analyses bleek dat dit project niet leidde tot een toename van U2-patiënten. Triagisten gaven aan dat bij veel huisartsenposten dit project niet is geïmplementeerd doordat er al een goede werkdrukverdeling is op de desbetreffende huisartsenpost.

Conclusie

De verdeling van toegekende urgenties verschilde weinig over de jaren. De kleine verschillen die er zichtbaar waren komen door externe factoren, zoals in dit geval de COVID-19-pandemie. De pandemie leidde tot meer aanpassingen van de urgentie door de triagist. Bovendien gaven triagisten zelf aan vaker de urgentie aan te passen dan uit de registratiedata naar voren kwam. Over het algemeen hebben de wijzigingen in de NTS triagecriteria een positieve impact gehad op het toekennen van de juiste urgentie categorie, omdat de criteria nu beter aansluiten bij de beoordeling van de urgentie door triagist. De NTS triagecriteria spelen hierbij dus een cruciale rol bij het toewijzen van zorg en het sturen van patiëntenstromen. Dit onderzoek heeft de verschillende interpretaties en benaderingen van de NTS inzichtelijk gemaakt, wat de mogelijkheid biedt voor NTS om huisartsenposten te informeren over het optimale gebruik van de NTS. Toekomstig onderzoek kan de toegepaste methode in dit onderzoek gebruiken om veranderingen in triageprocedures op huisartsenposten te analyseren.

1 Introductie

1.1 Triage op de huisartsenpost

Wanneer patiënten in de avond, nacht en het weekend (ANW) huisartsenzorg nodig hebben, kunnen zij terecht bij de huisartsenpost. In Nederland zijn huisartsenposten georganiseerd in Huisartsendienstenstructuren (HDS). In 2021 waren dit 52 HDSen, waaronder 107 huisartsenpostlocaties vallen (InEen, 2022). Voorafgaand aan een contact met de huisartsenpost dienen patiënten eerst naar de huisartsenpost te bellen. Ze komen dan terecht bij een triagist, die telefonisch de triage uitvoert. De triagist bespreekt de gezondheidsklacht(en) met de patiënt en maakt op basis van de (ernst van de) klachten een inschatting van de urgentie op een schaal lopend van 0-5: U0 (uitval vitale functies) tot en met U5 (geen kans op schade), zie Tabel 1. De urgentie bepaalt hoe snel een patiënt geholpen zal worden en op welke manier, bijvoorbeeld een consult op de huisartsenpost, telefonisch advies, visite van een huisarts of ambulance inzet (ook wel de vervolgactie). Voor de indeling van de urgentiecategorieën en de vervolgacties gebruikt de triagist de Nederlandse Triage Standaard (NTS); een protocol met triagecriteria bij verschillende ingangsklachten.

Tabel 1 Overzicht en omschrijving van de urgenties op de huisartsenpost

Urgentie	Omschrijving urgentie
U0	Uitval vitale functies – resuscitatie (reanimatie)
U1	Instabiele vitale functies – direct levensgevaar (onmiddellijk)
U2	Bedreiging vitale functies of orgaanschade (zo snel mogelijk)
U3	Reële kans op schade/humane redenen (binnen enkele uren)
U4	Verwaarloosbare kans op schade (dezelfde dag)
U5	Geen kans op schade (volgende werkdag)

Triage is een belangrijk onderwerp in het onlangs door zorgpartijen gesloten Integraal Zorgakkoord (IZA). De toenemende druk op de zorg benadrukt het belang van triage als cruciaal instrument in het houdbaar houden van deze zorg (Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport, 2022). Triage op de huisartsenpost speelt een belangrijke rol in het sturen en beheersen van patiëntenstromen en de werkdruk op de huisartsenpost en in de rest van de zorg. Dit wordt mede beïnvloed door een gelijkblijvend of zelfs krimpend aanbod van zorgprofessionals op de huisartsenpost in de toekomst, zowel op het gebied van triage als op de huisartsenpost zelf (InEen, 2022). Deze uitdagingen worden tevens versterkt door de vergrijzing en het groeiende aantal oudere mensen met complexere gezondheidsproblematiek die ervoor kiezen om langer thuis te blijven wonen.

1.2 De Nederlandse Triage Standaard

De Nederlandse Triage Standaard biedt ondersteuning om met beperkte capaciteit de spoedzorg te coördineren (NTS, 2017). De NTS probeert met de standaard de toekenning van de urgenties en vervolgacties tijdens de triage te standaardiseren, door middel van protocollen. De protocollen bestaan uit verschillende triagecriteria voor ingangsklachten waarmee een patiënt belt naar de huisartsenpost. Deze zorgen ervoor dat de patiënt zo snel mogelijk bij de juiste hulpverlener terecht komt en daarbij de juiste zorg of behandeling ontvangt. De NTS blijft voortdurend in ontwikkeling,

waarbij jaarlijks updates worden doorgevoerd in de triagecriteria omdat deze niet meer toereikend zijn of wanneer de criteria niet meer de (NHG) richtlijnen volgen. Hiermee probeert de NTS aan te sluiten bij de zorgbehoefte van patiënten (NTS, 2017). De wijzigingen worden opgesteld door triage-experts afkomstig uit de belangrijkste domeinen van de spoedzorg en door kennis van wetenschappelijke verenigingen (NTS, 2014). Deze wijzigingen zijn gebaseerd op het principe van evidence-based-medicine (EBM), waarbij zowel expert-opinion als consensus een rol spelen (NTS, 2014). Daarnaast wordt ook de feedback uit het werkveld meegenomen en informatie uit bijeenkomsten met triagisten (NTS, 2014).

1.3 Aanpassingen urgentiecategorie door triagist

Wanneer een triagist een andere inschatting maakt op basis van de (ernst van de) klachten van een patiënt dan vanuit de NTS wordt geadviseerd, dan kan de triagist naar eigen inzicht de urgentie achteraf nog aanpassen (verhogen of verlagen). De urgentie kan zowel worden verhoogd als verlaagd. Bijvoorbeeld wanneer vanuit de triage een U3 komt, maar de triagist de klachten beter vindt passen bij een U5, kan dit worden aangepast (in dit geval worden verlaagd). De mate waarin triagisten de urgentie aanpassen kan inzicht verschaffen in de mate waarin de protocollen aansluiten bij de gepercipieerde zorgbehoefte van de patiënt. Wanneer de NTS veranderingen in de triagecriteria doorvoert om die aansluiting te verbeteren, zouden triagisten de urgentie minder vaak achteraf hoeven aan te passen. Dit vormt een reden voor de NTS om wijzigingen in NTS triagecriteria nader te bekijken.

1.4 Wijzigingen in NTS triagecriteria

In eerder onderzoek van het Nivel werden veranderingen gevonden in de toekenning van de urgentie bij een aantal ingangsklachten over de periode 2013-2016 (Smits & Verheij, 2017). Het vermoeden was dat bij sommige ingangsklachten een wijziging in de NTS had plaatsgevonden (Smits & Verheij, 2017). Dit werd bevestigd in een vervolgonderzoek, waaruit bleek dat er een betere urgentie-inschatting werd gemaakt na wijzigingen in de NTS triagecriteria. Na invoering van de wijzigingen bij de ingangsklachten *'braken'* en *'trauma'* kwam het voor dat triagisten de urgentiecategorie minder vaak aanpasten (Rijpkema et al., 2021). Uit het meest recente onderzoek kwam naar voren dat het verschilde per ingangsklacht of veranderingen in de triagecriteria direct van invloed waren op de urgentietoekenning (Rijpkema et al., 2022). Het is daarom belangrijk om de veranderingen in de NTS triagecriteria te blijven monitoren zodat passende zorg voor patiënten geleverd kan worden.

Daarnaast is er nog weinig onderzoek gedaan naar de effectiviteit van wijzigingen in triagesystemen van huisartsenposten. In bestaande literatuur wordt veelal de effectiviteit van de triagesystemen onderzocht bij specifieke aandoeningen (Erkelens et al., 2020; Kuenen et al., 2022), maar wordt niet onderzocht hoe veranderingen in triagecriteria kunnen doorwerken in de toewijzing van zorg. Dit onderzoek draagt bij aan de kennisontwikkeling op dat terrein. Triage is een instrument om patiëntenstromen te sturen (Brasseur et al., 2019). Het belang van kennis daarover beperkt zich niet tot de huisartsenpost maar is meer in het algemeen van belang bij het streven naar juiste zorg op de juiste plek en voor de houdbaarheid van ons zorgstelsel.

In juni 2021 zijn opnieuw wijzigingen doorgevoerd in de NTS triagecriteria voor onder andere de ingangsklachten; trauma schedel, geslachtsorganen en drain/sonde/katheter verstopt/gesneuveld (Tabel 2). Met deze wijzigingen is getracht de urgentietoekenning verder te optimaliseren zodat deze

beter aansluit bij de gepercipieerde zorgbehoefte van de patiënt. Het is echter nog onbekend of deze wijzigingen de urgentietoekenning door de triagist ook hebben beïnvloed. Het is van belang om er achter te komen wat het effect van deze wijzigingen is geweest en of de urgentie achteraf minder vaak wordt aangepast.

Tabel 2 Wijzigingen in de NTS triagecriteria bij verschillende ingangsklachten

Ingangsklacht	Wijziging
Trauma schedel	Voor kinderen tot 2 jaar is bij deze ingangsklacht het triagecriterium 'schedelhematoom' opgenomen. Dit wordt een U3 (reële kans op schade) met vervolgtactie Huisarts.
Geslachtsorganen	Bij het triagecriterium 'pijn testis' zijn de antwoordmogelijkheden aangepast: 'Nee of gering (<4)' en 'Ja (>5)' is vervangen door 'nee', 'ja' Pijn testis wordt daarmee een U2.
Drain/sonde/katheter verstopt/gesneuveld	De ingangsklacht is veranderd naar 'Drain/sonde/katheter verstopt/eruit'. Gesneuveld kan verschillend geïnterpreteerd worden; als verstopt en als eruit. Eruit vereist een hogere urgentie (U2) dan verstopt (U3). Daarom is dit verschil opgenomen in de antwoordmogelijkheden bij de 2 triagecriteria: Het triagecriterium 'Katheter verstopt/gesneuveld' is veranderd in 'Katheter verstopt/eruit' met de antwoordmogelijkheden: 'nee', 'katheter verstopt/eruit (U3)', 'SP katheter verstopt (U3)', 'SP katheter eruit (U2)'. Het triagecriterium 'Drain/sonde verstopt/gesneuveld' is veranderd in 'Drain/sonde verstopt/eruit' met de antwoordmogelijkheden: 'nee', 'drain/sonde verstopt/eruit (U3)', 'PEG sonde verstopt (U3)', 'PEG sonde eruit (U2)'.

1.5 Invloed externe factoren op urgentietoekenning

Externe factoren kunnen een belangrijke rol spelen in de mate waarop (geprotocolleerde) triage aansluit bij de zorgvraag van de patiënt en hoe deze wordt vastgelegd. Een voorbeeld hiervan is de COVID-19-pandemie. Uit voorgaand onderzoek bleek dat de COVID-19-pandemie invloed heeft gehad op de mate waarop (geprotocolleerde) triage aansloot bij de zorgvraag van de patiënt, doordat triagisten vaker de initiële urgentie achteraf moesten aanpassen tijdens de COVID-19-pandemie (Rijkema et al., 2022). Hoewel dit inzicht heeft geboden in de effecten van de COVID-19-pandemie op de urgentietoekenning, is het belangrijk om verder meer te weten over de bredere gevolgen van de pandemie op dit vlak.

Een ander voorbeeld van een externe factor die invloed kan hebben op de urgentietoekenning is geleidelijke invoer van het 'Spoed=Spoed'-beleid (LHV, 2023). Dit is er op gericht om de (ervaren) werkdruk/werklast te verminderen op de huisartsenpost door alleen zeer urgente zorg te leveren in de nacht. Alleen patiënten met U1, U2 en in noodzakelijke gevallen U3 worden gezien op de huisartsenpost, overige patiënten dienen te wachten tot de volgende werkdag waarop de eigen huisarts weer beschikbaar is. Voor de triage vergt dit een aanscherping van het triageproces, waarin de (regie)huisarts en de triagist moeten leren anders te reageren op de U3-vragen. Het is belangrijk om te onderzoeken in hoeverre Spoed=Spoed wordt toegepast in de praktijk en in hoeverre dit invloed heeft op de urgentietoekenning en de aanpassingen die de triagist achteraf nog maakt ten aanzien van de urgentiecategorie.

1.6 Doel en vraagstellingen

Het doel van dit onderzoek is om inzicht te krijgen in 1) de toekenning en registraties van urgenties door triagisten op de huisartsenpost, 2) hoe wijzigingen in de Nederlandse Triage Standaard doorwerken in de dagelijkse praktijk op de huisartsenposten en 3) de invloed van externe factoren op het toepassen van triagecriteria. De volgende onderzoeksvragen worden per doel beantwoord:

De toekenning en registratie van urgenties

1. Hoe zijn de toekenning van urgenties op Nederlandse huisartsenposten veranderd tussen 2019-2021?
2. Hoe vaak wordt de urgentie na het doorlopen van het triageprotocol achteraf nog aangepast door de triagist?
3. Wat zijn de verschillen in het registreren van urgenties tussen triagisten / huisartsendienstenstructuren?

De invloed van wijzigingen in de NTS triagecriteria

1. In hoeverre stellen de wijzigingen in de NTS triagecriteria triagisten in staat om de urgentie beter toe te passen bij de zorgvraag van de patiënt?
2. Hoe is de urgentietoekenning veranderd bij de ingangsklachten 'trauma schedel', 'geslachtsorganen' en 'drain/sonde/katheter verstopt/gesneuveld' waarbij in juni 2021 een wijziging heeft plaatsgevonden in de NTS triagecriteria?
3. Hoe vaak wordt de urgentie achteraf nog aangepast bij de ingangsklachten waarbij een wijziging heeft plaatsgevonden?

De invloed van externe factoren op het toepassen van NTS triagecriteria

1. Wat is de invloed van externe factoren (zoals de COVID-19-pandemie) op het toepassen van de NTS triagecriteria?

Geldend voor alle onderzoeksvragen

1. Hoe worden de veranderingen in triagecriteria van de NTS door triagisten ervaren in de praktijk?

2 Methode

Het onderzoek bestond uit drie verschillende fases. Allereerst werd een onderzoek uitgevoerd met beschrijvende analyses over de toekenning van urgenties op de huisartsenpost, in het algemeen en voor verschillende ingangsklachten met een wijziging. In de tweede fase zijn de uitkomsten uit fase 1 voorgelegd aan triagisten om een verdieping en duiding te geven aan de uitkomsten. Tot slot is een vragenlijstonderzoek uitgevoerd waarbij een grotere groep triagisten bevraagd werd over de toekenning van urgenties en de wijzigingen in de triagecriteria, de verschillen in het toepassen van de NTS en welke externe factoren een rol spelen in de uitkomsten van de NTS.

2.1 Beschrijvende data-analyses

Voor de beschrijvende data-analyses zijn triagegegevens gebruikt, afkomstig van routinematig elektronisch geregistreerde gegevens van Huisartsendienstenstructuren (HDSen) die deelnamen aan Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn tussen 2019-2021 (Ramerman & Overbeek, 2023). Alle HDSen die gebruik maakten van de software van Topicus werden geïnccludeerd, omdat binnen dit systeem de NTS automatisch geactualiseerd wordt en wijzigingen direct beschikbaar zijn voor triagisten. Overige softwarepakketten werden niet meegenomen in de beschrijvende analyses. In 2019 waren er 14 HDSen aangesloten bij Nivel Zorgregistraties met een verzorgingsgebied van 7,2 miljoen inwoners, in 2020 waren er 15 HDSen aangesloten met een verzorgingsgebied van 8,2 miljoen inwoners en in 2021 waren er 20 HDSen aangesloten met een verzorgingsgebied van 9,4 miljoen inwoners. De analyse omvatte alleen triagecontacten waarbij ook een contact met de huisartsenpost was gedeclareerd.

De gegevens werden gebruikt om de verdeling van toegekende urgenties te berekenen, evenals de mate waarin deze achteraf werden aangepast, als een percentage van het totaal aantal contacten en per leeftijdscategorie. Voor de verschillende ingangsklachten (trauma schedel, pijn testis en drain/sonde/katheter verstopt of gesneuveld) werd de procentuele verdeling van toegekende urgenties weergegeven met een voortschrijdend gemiddelde over de afgelopen twee maanden om toevalsfluctuaties te elimineren en onderliggende trends beter zichtbaar te maken. De analyses zijn uitgevoerd op gegevens uit de periode 2019-2021. In bijlage A zijn de absolute aantallen weergegeven.

2.2 Focusgroep

De resultaten van de beschrijvende data-analyse werden besproken in een online focusgroep gesprek op 17 april 2023 met zes triagisten die gebruik maken van de NTS. De stichting NTS heeft de triagisten geworven via de mail en Facebook. Het focusgroep gesprek begon met een korte introductie over triage op de huisartsenpost, wijzigingen in de triagecriteria, en Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn. Vervolgens werden de urgentieverdeling en aanpassingen van urgenties in de periode 2019-2021 gepresenteerd, zowel voor alle triagecontacten als per leeftijdscategorie. Vragen werden gesteld om de resultaten te verduidelijken. Tot slot werden de wijzigingen voor verschillende ingangsklachten, waaronder trauma schedel, geslachtsorganen, drain/sonde/katheter verstopt of gesneuveld, besproken, met aanvullende vragen om dieper inzicht te verkrijgen in de achterliggende redenen voor de resultaten.

Gedurende de focusgroep werden zowel een audio-opname als notities gemaakt om alle besproken punten vast te leggen. Op basis van deze gegevens werd een samenvatting gemaakt van de focusgroep, die diende als leidraad voor de interpretatie van de verkregen resultaten uit de beschrijvende data-analyse. De samenvatting werd aan de triagisten verstrekt voor hun goedkeuring, voordat de resultaten werden gerapporteerd.

2.3 Vragenlijstonderzoek

Om de beschrijvende data-analyse nog beter te kunnen duiden, werd een aanvullend vragenlijstonderzoek uitgevoerd onder triagisten. Ook werden aanvullende vragen gesteld die uit voorgaande onderzoeken naar voren kwamen (Rijkema et al., 2021, 2022), bijvoorbeeld over hoe de urgenties worden aangepast in het systeem, hoe veranderde triagecriteria worden toegepast in de praktijk, welke verschillen er bestaan in het toepassen van de NTS tussen HDSen en de rol van externe factoren op de uitkomsten van de NTS.

De vragenlijst was gericht op triagisten die werkzaam zijn bij huisartsenposten en werd verspreid via verschillende kanalen, waaronder communicatie via de NTS (via Facebook en nieuwsbrief), de onderzoekers (via LinkedIn), en promotie op het NTS-congres in april 2023. De enquête was beschikbaar voor invulling gedurende de periode april tot juli 2023 en is uiteindelijk ingevuld door 108 triagisten, waarvan 56 triagisten de vragenlijst volledig hebben ingevuld.

De vragenlijst omvatte vier hoofdthema's met in totaal 25 vragen en stellingen. Aan het einde werden achtergrondgegevens van de triagisten verzameld. In de vragenlijst werden voornamelijk Likertschalen met vijf punten gebruikt (Altijd – vaak – soms – bijna nooit – nooit), evenals percentagevragen (0 – 100%). Elk hoofdthema bevatte minstens één open vraag, waardoor de triagisten extra toelichting konden geven. Hieronder een overzicht van de hoofdthema's:

1. De toekenning en registraties van urgenties

Hierbij werd gevraagd in hoeverre het NTS urgentieadvies past bij de eigen inschatting van de urgentie, de reden waarom de triagist de urgentiecategorie aanpast, hoe vaak de urgentiecategorie wordt gewijzigd en waar de triagisten de aangepaste urgentiecategorie noteren (in de NTS of in de eigen agenda).

2. Invloed van wijzigingen in triagecriteria

De vragen hierbij gingen over de manier waarop triagisten op de hoogte worden gesteld van wijzigingen in de triagecriteria en in hoeverre ze tevreden zijn met de wijzigingen in de triagecriteria in het algemeen. Voor de ingangsklachten trauma schedel en geslachtsorganen werd gevraagd of de wijzigingen hebben geleid tot een betere inschatting van de urgentiecategorie, in hoeverre de urgentiecategorie nog aangepast werd en welke aanpassing er dan meestal werd gemaakt.

3. Invloed externe factoren op het toepassen van triagecriteria

Hierbij werd gevraagd in hoeverre het elektronische patiëntendossier (EPD) de triagist ondersteunt, in hoeverre de COVID-19-pandemie invloed had op het aanpassen van de urgentie en of er nog andere factoren van invloed zijn om al dan niet af te wijken van de NTS.

4. Verder optimalisatie NTS

Bij dit thema werd gevraagd of triagisten bepaalde ingangsklachten misten en of er nog ingangsklachten zijn waarbij de triagist wijzigingen wil doorvoeren.

3 Resultaten

Dit onderzoek richtte zich op; 1) de toekenning en registratie van urgenties, 2) de invloed van wijzigingen in de NTS triagecriteria op de urgentietoekenning en 3) de invloed van externe factoren op het toepassen van de NTS triagecriteria. De resultaten zijn opgedeeld aan de hand van deze onderwerpen, waarbij de resultaten van de beschrijvende data-analyse, de focusgroep en de vragenlijst zijn geïntegreerd.

Overzicht beschrijvende data analyse

In 2019 waren er 202 contacten met de triagist per 1.000 inwoners van het verzorgingsgebied die uiteindelijk tot een huisartsenpostcontact hebben geleid. In 2020 waren dat 164 contacten per 1.000 inwoners van het verzorgingsgebied en in 2021 waren dat er 177 contacten per 1.000 inwoners van het verzorgingsgebied.

Deelnemende triagisten aan focusgroep

In totaal hebben zes triagisten deelgenomen aan de focusgroep. Deze zes triagisten zijn werkzaam op verschillende huisartsenposten door heel Nederland. Vijf triagisten hebben ook coördinerende functies op hun huisartsenpost, zoals teamleider of een rol bij het inwerken van nieuwe medewerkers.

Deelnemende triagisten aan vragenlijst

In totaal zijn 108 triagisten begonnen met het invullen van de vragenlijst, waarvan 56 triagisten de vragenlijst volledig hebben ingevuld. Een gedetailleerde beschrijving van de vragenlijstresultaten is opgenomen in de tabel in bijlage B, evenals het aantal respondenten per vraag. In Tabel 3 staan de karakteristieken van de triagisten die de vragenlijst volledig hebben ingevuld.

Tabel 3 Karakteristieken triagisten vanuit vragenlijst

	Aantal (n=56)	%
Functie		
Triagist	43	77%
Triagist teamleider	4	7%
Triagist in opleiding	6	11%
Anders*	3	5%
Werkervaring (in jaren)		
0-2 jaar	15	27%
2-5 jaar	6	11%
5-10 jaar	9	16%
10 jaar of langer	26	46%
Laatste keer scholing gevolgd		
Afgelopen jaar	30	54%
1-2 jaar geleden	17	30%
2-5 jaar geleden	6	11%
5-10 jaar geleden	2	3%
Meer dan 10 jaar geleden	1	2%

* Drie respondenten gaven aan een andere functie te hebben, zoals mentor voor inwerking, audits en waarborging van kwaliteit, doktersassistent of junior triagist.

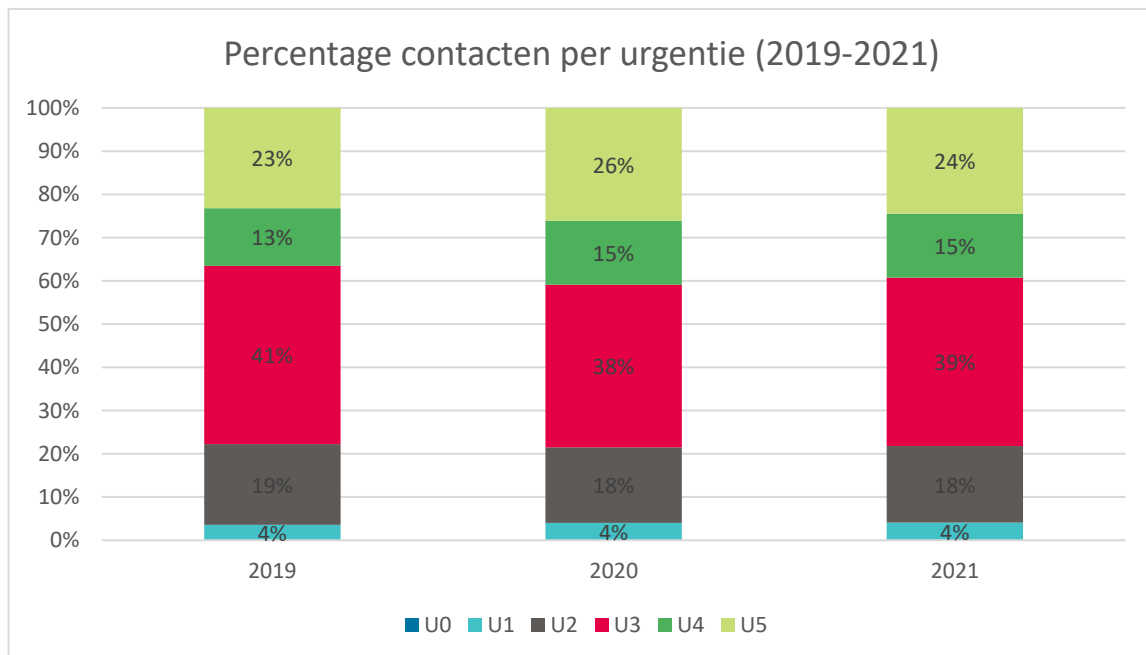
3.1 De toekenning en registratie van urgenties

Patiënten dienen voorafgaand aan een contact met de huisartsenpost te bellen met een triagist, die de telefonische triage uitvoert volgens de NTS en de urgentie inschat voor de patiënt gebaseerd op de (ernst van de) gezondheidsklacht(en). Triagisten gaven in de vragenlijst aan dat het urgentieadvies van de NTS *altijd* of *vaak* overeenkomt met de urgentie inschatting die ze zelf maken en vinden deze passen bij de zorgvraag van de patiënt (82%). Voor 16% van de triagisten komt dit *soms* overeen, terwijl 2% aangeeft dat het bijna nooit overeenkomt.

3.1.1 De toekenning van urgenties door de triagist op de huisartsenpost

De procentuele verdeling van de urgenties die door triagisten op de huisartsenpost werden toegekend, vertoonde weinig variatie over de jaren (Figuur 1). Het merendeel van de hulpvragen kreeg een U3 (reële kans op schade) of een U5 (geen kans op schade) urgentie toegekend. Er was echter een lichte afname in het aandeel van U3 en een kleine toename in het aandeel van zowel U5 als U4 (verwaarloosbare kans op schade) in de jaren 2020 en 2021 in vergelijking met 2019. Tijdens de focusgroep gaven triagisten de COVID-19-pandemie als verklaring voor de afname van U3 in 2020, omdat er minder zorg op de huisartsenpost mogelijk was. Hierdoor werden meer patiënten voorzien van een advies via de telefoon of via beeldbellen en werden urgenties afgeschaald naar U4 of U5 (voor een uitgebreidere beschrijving over de gevolgen van de COVID-19-pandemie, zie de vorige [rapportage](#)). Vanuit de focusgroep gaven triagisten aan dat vanaf 2021 beeldbellen werd ingezet om een betere inschatting te maken van de urgentie bij bijvoorbeeld wonden of plekjes op de huid. Hierdoor konden triagisten vaker advies verstrekken zonder dat een direct contact met een huisarts op de huisartsenpost nodig was. Een neveneffect hiervan was dat de wachttijden aan de telefoon langer werden.

*Figuur 1 Procentuele verdeling van urgentie van contacten op de huisartsenpost (2019-2021)
Opmerking: U0 wordt nagenoeg niet toegekend. Daarom is het percentage niet zichtbaar in het figuur.*



Voor alle leeftijden is in 2021 weer een toename van U3-contacten (reële kans op schade) ten opzichte van 2020, hoewel deze over het algemeen nog lager blijven dan in 2019 (Bijlage A Tabel 2). Een uitzondering is de leeftijdscategorie 5 t/m 17 jaar, waar het aandeel U3-contacten nog

aanzienlijk lager is dan in 2019, maar nagenoeg gelijk is aan die van 2020. Triagisten in de focusgroep gaven aan dat er in 2021 wijzigingen waren doorgevoerd in de triagecriteria voor de ingangsklacht *trauma extremiteit* bij kinderen van 5 t/m 17 jarigen. Deze wijzigingen hebben mogelijk bijgedragen aan een afname in het toekennen van U3 in vergelijking met 2019. Triagisten verklaarden dat de toename in de andere leeftijdscategorieën werd veroorzaakt door een heropleving van sportactiviteiten tijdens de COVID-19-pandemie in 2021, wat resulteerde in een toename van sportblessures. Bovendien is er voor alle leeftijden opnieuw een daling opgetreden in het aantal U5-contacten (geen risico op schade) in 2021 in vergelijking met 2020, maar meestal ligt het aantal contacten nog wel hoger dan in 2019 (Bijlage A Tabel 2).

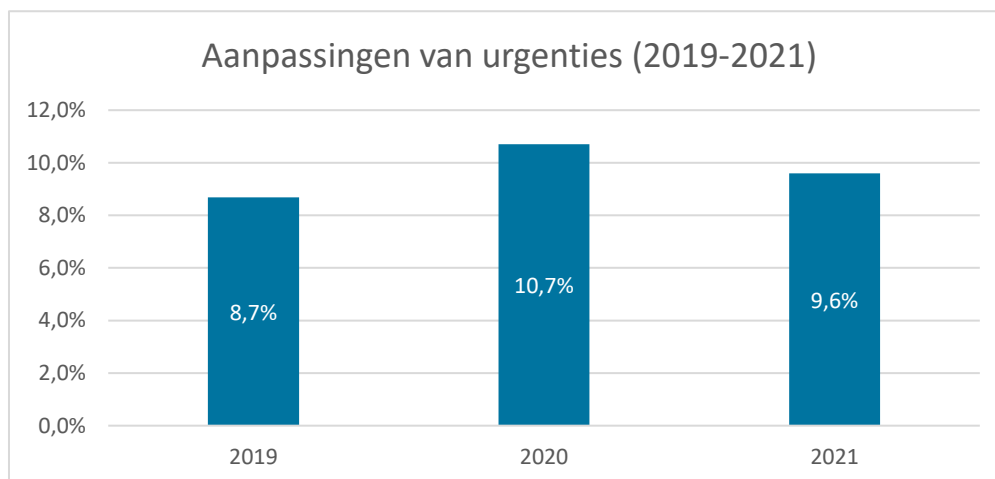
3.1.2 De aanpassingen van urgenties door de triagist op de huisartsenpost

Wanneer een triagist een andere inschatting maakt op basis van de (ernst van de) gezondheidsklacht(en) van een patiënt dan vanuit de NTS wordt geadviseerd, dan kan de triagist op eigen inzicht de urgentie achteraf nog verhogen (bijv. van U5 naar U3) of verlagen (bijv. van U3 naar U5). De mate waarin triagisten de urgentie aanpassen, kan gezien worden als een indicator voor de mate waarin de protocollen overeenkomen met de urgentie-inschatting die de triagist in de praktijk maakt. Uit de vragenlijst blijkt dat triagisten aangeven vaker de urgentie te verlagen (34% van alle triagecontacten) dan te verhogen (18% van alle triagecontacten). Triagisten passen de urgentiecategorie vaker aan op basis van de (ernst van de) klachten van de patiënt (85%) dan op basis van welke vervolgactie nodig is (64%). Dit wordt ook bevestigd vanuit de focusgroep, waarin werd aangegeven dat de context en ingangsklacht bepalend zijn voor het aanpassen van de urgentiecategorie. Het merendeel van de triagisten (ruim 83%) registreert het aanpassen van de urgentiecategorie in het EPD/NTS. Een aanzienlijk kleiner aantal triagisten (11%) past dit niet aan in het EPD/NTS, maar in de agenda van de huisartsenpost.

In tegenstelling tot wat triagisten aangeven in de vragenlijst, blijkt vanuit de beschrijvende data-analyse dat de urgentiecategorie minder vaak achteraf nog wordt aangepast (tussen 8,7% en 10,7%), zoals te zien is in Figuur 2. Er zijn variaties waarneembaar over de jaren; in 2020 nam het percentage triagecontacten waarbij de urgentiecategorie achteraf werd aangepast toe van 8,7% naar 10,7% (Figuur 2). In 2021 werd daarentegen minder vaak de urgentie achteraf aangepast (9,6%). Deze veranderingen gelden voor alle leeftijdscategorieën. In welke richting de urgentie werd aangepast kon niet uit de beschikbare data worden afgeleid. In de focusgroep gesprekken kon daar wel naar worden gevraagd. Triagisten in de focusgroep gaven aan dat in 2021 de COVID-19-pandemie nog niet over was. Urgenties werden daardoor nog vaker naar beneden bijgesteld, om onnodig contact op de huisartsenpost te voorkomen.

Triagisten gaven in de focusgroep aan dat de huisartsenzorg tijdens kantooruren ook van invloed kan zijn op de zorgvraag bij de huisartsenpost. Als de eigen huisarts een consult niet nodig vond, kan de patiënt alsnog de huisartsenpost bellen. Daarnaast werd opgemerkt dat mensen veel mondiger zijn geworden, geen genoegen nemen met een advies en daardoor soms een consult afdwingen. Ook in de vragenlijst gaven een aantal triagisten dit als reden voor het aanpassen van de urgentiecategorie, evenals het verzoek van de regiearts om de patiënt toch langs te laten komen.

Figuur 2 Het percentage aanpassingen van de urgentie (2019-2021)



3.2 Invloed van wijzigingen in NTS triagecriteria

Triagisten in de vragenlijst gaven aan dat ze op verschillende manieren op de hoogte worden gesteld van wijzigingen in de triagecriteria van specifieke ingangsklachten; onder andere via de mail, nieuwsbrieven (NTS of werkgever), social media, de website van NTS, het welkomtscherm in Topicus, via de teamleider, het management team of ze komen de wijziging tegen als ze aan het werk zijn met de specifieke ingangsklachten. Het merendeel van de triagisten (66%) vindt deze manier voldoende om op de juiste manier de wijzigingen toe te passen tijdens de triage. Een krappe meerderheid van de triagisten (52%) vindt de wijzigingen in de NTS triagecriteria *altijd* of *vaak* een verbetering, 46% vindt dat *soms* en 2% vindt dat *bijna nooit*. Hieronder is de impact van recente wijzigingen in triagecriteria voor drie ingangsklachten verder onderzocht: trauma schedel, geslachtsorganen en drain / sonde / katheter verstopt / gesneuveld.

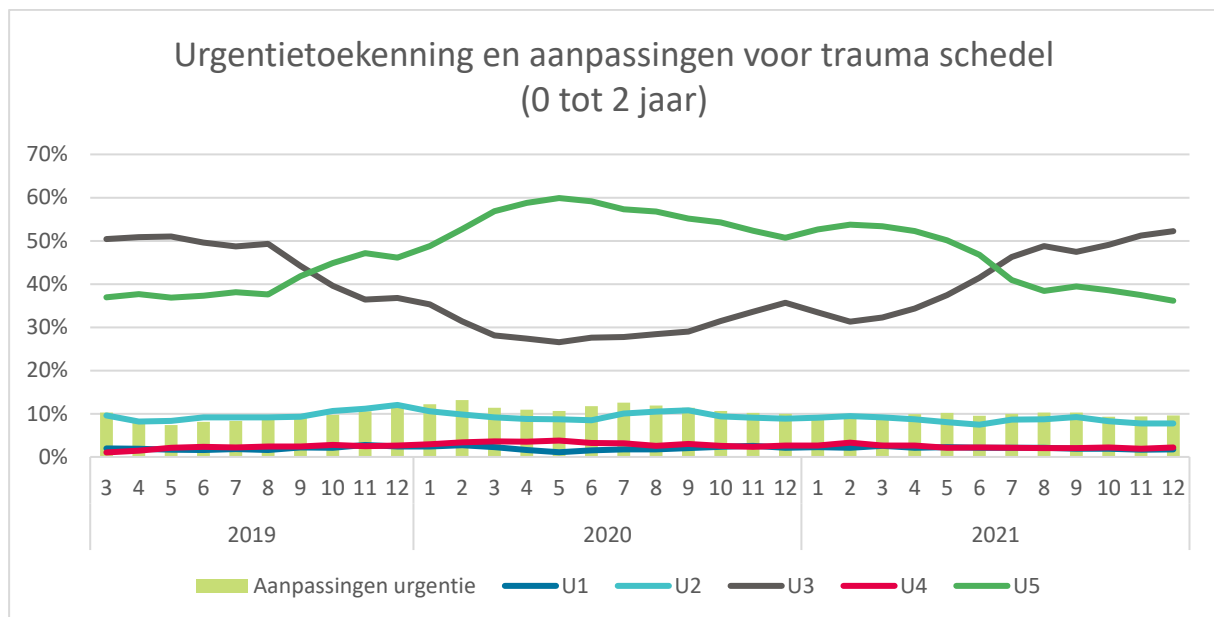
3.2.1 Trauma schedel

Van alle contacten met een triagist, is ongeveer 2,3-2,6% in verband met de ingangsklacht trauma schedel. In juni 2021 is het triagecriterium 'schedelhematoom' opgenomen bij kinderen tot 2 jaar. Dit wordt U3 met vervolgactie huisarts. Bij kinderen van 2 jaar en ouder en volwassenen is dit criterium niet opgenomen. Vanaf het moment van de wijziging in juni 2021 is er een duidelijke verandering in de toekenning van urgenties, zie Figuur 3; er werd vaker U3 (reële kans op schade) toegekend en minder vaak U5 (geen kans op schade). In september 2019 was dit effect tegenovergesteld, waarbij eerst vaker U3 werd toegekend en na september 2019 vaker U5. Triagisten gaven tijdens de focusgroep aan dat het triagecriterium 'schedelhematoom' werd gemist, nadat deze in 2019 was verwijderd. Verder gaven triagisten aan dat de context belangrijk is voor het bepalen van de urgentie, bijvoorbeeld wat de toedracht van het ongeval is geweest. Triagisten benadrukten dat het belangrijk is om na te gaan of er een reden is voor U3 bij deze patiënten. Ook kwam uit de focusgroep naar voren dat het al dan niet zien van de patiënt op de huisartsenpost, alsnog afhankelijk was van de huisarts. Bij sommige huisartsenposten ontvingen triagisten terugkoppeling van de huisarts dat een consult niet noodzakelijk was. Bij andere huisartsenposten was de beslissing van de triagist leidend.

In de vragenlijst gaf de helft van de triagisten aan dat de wijzigingen in de triagecriteria voor trauma schedel hen altijd of vaak (48%) beter in staat stelden om de urgentie toe te kennen die overeenkomt met de zorgvraag van de patiënt. Twee-derde van de triagisten past de urgentie

minder vaak aan na de wijziging in de triagecriteria voor trauma schedel. Triagisten gaven aan dat na de wijziging gemiddeld 24% van de triagecontacten nog werden aangepast en dat dit vaak wordt afgeschaald van U3 naar een U4/U5, terwijl de urgentie wordt opgeschaald wanneer er veel onduidelijkheid is over de context en toedracht. Tijdens de focusgroep gaven triagisten de volgende redenen om de urgentiecategorie aan te passen bij deze ingangsklacht; het mechanisme van het ongeval, de status van het kind, de ongerustheid bij ouders en het tijdstip van het ongeval. Beeldbellen helpt hierbij voor triagisten om de ernst van het hematoom te bepalen.

Figuur 3 Het voortschrijdend gemiddelde (3 maanden) voor de procentuele verdeling van urgentieniveau (lijnen) en het procentueel aantal aanpassingen van urgenties (balkjes) voor trauma schedel, weergegeven als percentage van het totaal aantal contacten voor trauma schedel (2019-2021)



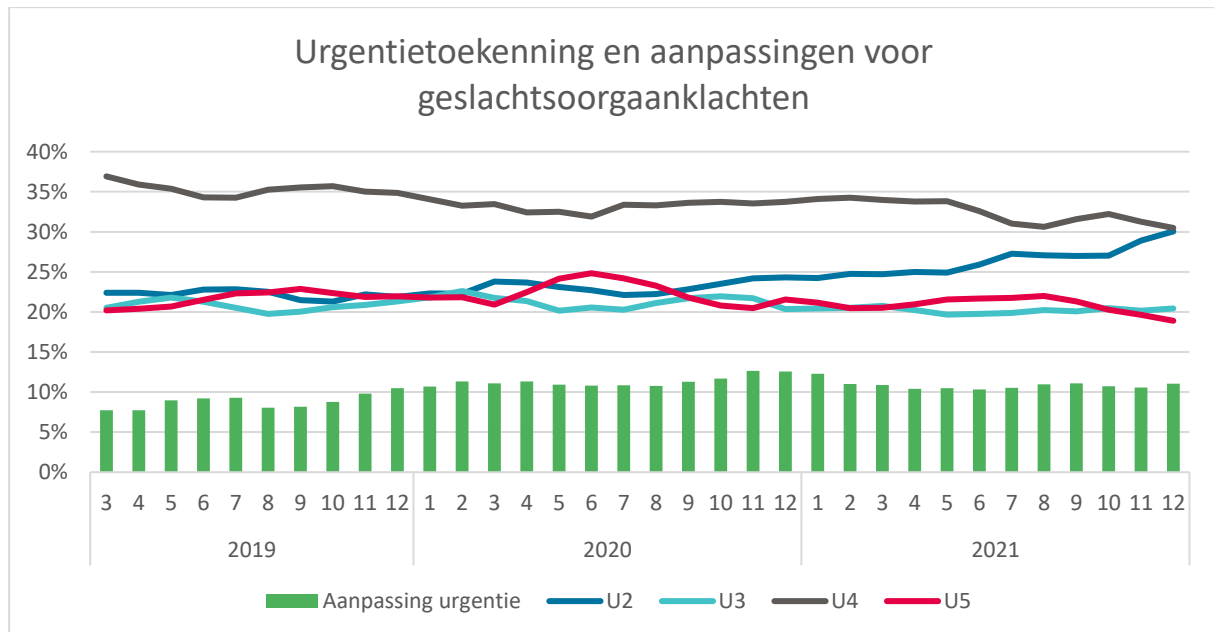
3.2.2 Geslachtsorganen

Van alle contacten met de triagist, is 1% in verband met de ingangsklacht geslachtsorganen. In juni 2021 zijn bij het triagecriterium 'pijn testis' de antwoordmogelijkheden aangepast: 'Nee of gering (<4)' en 'Ja (>5)' is vervangen door 'Nee', 'Ja'. Pijn testis wordt daarmee U2. De reden van de aanpassing is dat er veel calamiteiten waren over een gemiste torsio testis (een gedraaide testis in de balzak). Triagisten gaven tijdens de focusgroep aan dat de wijziging voor hun meer duidelijkheid gaf. Wanneer een patiënt nu aangeeft pijn te hebben, moet daar ook iets meegedaan worden. Vanaf het moment van de wijziging in de ingangsklacht, veranderde ook de toekenning van urgenties, een afname van U4 (verwaarloosbare kans op schade) en een toename van U2 (bedreiging vitale functies of orgaanschade), zie Figuur 4.

In de vragenlijst gaven triagisten aan dat de wijzigingen in de triagecriteria voor geslachtsorganen hen *altijd* of *vaak* (61%) in staat stelden om beter de urgentie toe te kennen die past bij de zorgvraag van de patiënt, voor 20% van de triagisten was dit *soms* of *bijna nooit*. Ruim 60% past de urgentiecategorie na de wijziging in de triagecriteria voor geslachtsorganen minder vaak aan. Na de wijziging pasten triagisten gemiddeld 14% van de triagecontacten nog aan. Tijdens de focusgroep gaven triagisten aan dat de urgentiecategorie wordt afgeschaald bij patiënten als de klachten minder goed passen bij een torsio testis, bijvoorbeeld als iemand al langer klachten heeft. Dit wordt vaak in overleg met een arts gedaan. Triagisten benoemden dat artsen het vaak niet eens zijn met het

afschalen van de urgentie categorie en houden vaak U2 aan, ongeacht de omstandigheden van de patiënt.

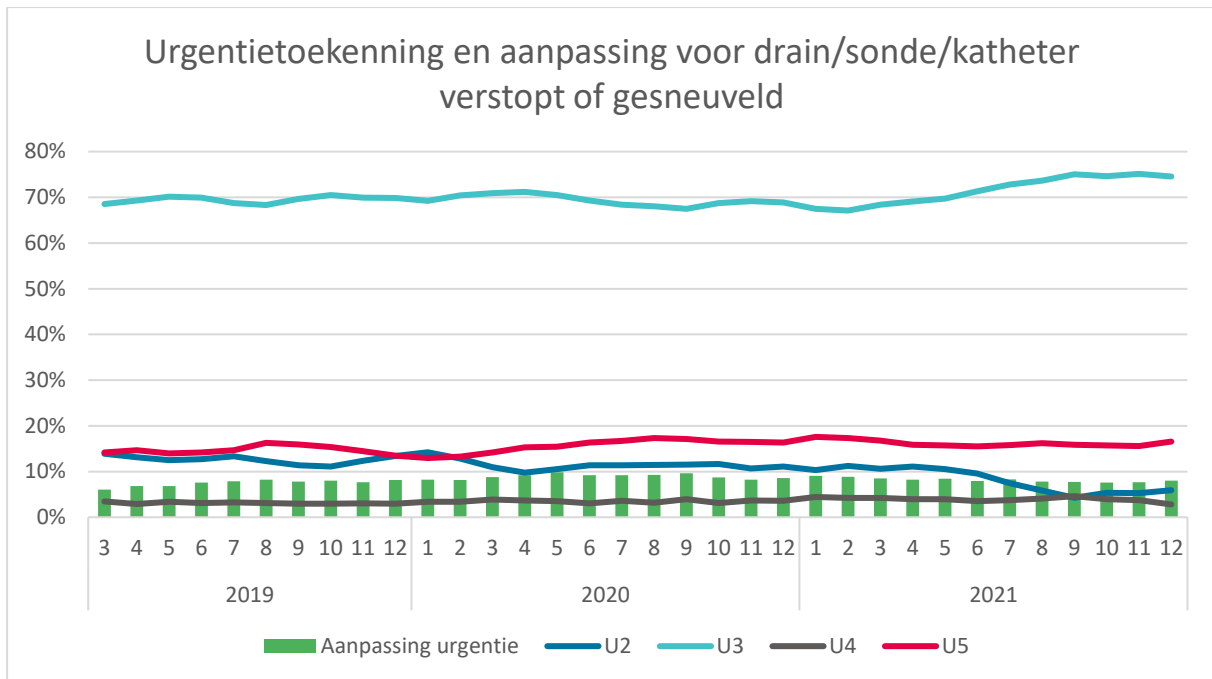
Figuur 4 Het voortschrijdend gemiddelde (3 maanden) voor de procentuele verdeling van urgentieniveau (lijnen) en het procentueel aantal aanpassingen van de urgentie (balkjes) voor geslachtsorganen, weergegeven als percentage van het totaal aantal contacten voor geslachtsorganen (2019-2021)



3.2.3 Drain/sonde/katheter verstopt of gesneuveld

Van alle contacten met de triagist, is 0,4% in verband met de ingangsklacht drain / sonde / katheter verstopt / gesneuveld. Gesneuveld kan verschillend geïnterpreteerd worden; als verstopt en als eruit. Eruit vereist een hogere urgentie (U2) dan verstopt (U3). Daarom is 'Katheter verstopt / gesneuveld' nu gewijzigd naar 'Katheter verstopt / eruit' met antwoordopties: 'Nee', 'Katheter verstopt / eruit' (U3), 'SP katheter verstopt' (U3), 'SP katheter eruit' (U2). 'Drain / sonde verstopt / gesneuveld' is nu gewijzigd naar 'Drain / sonde verstopt / eruit' met antwoordopties: 'Nee', 'Drain / sonde verstopt / eruit' (U3), 'PEG sonde verstopt' (U3), 'PEG sonde eruit' (U2). Voor deze ingangsklacht zijn geen grote veranderingen waargenomen (Figuur 5). Er is enkel een kleine toename van U3 en een kleine afname van U2. Ondanks de kleine veranderingen in de urgentietoekenning, geven triagisten in de focusgroep aan tevreden te zijn met de aanpassingen in de triagecriteria voor deze ingangsklacht. De triagisten benoemen dat huisartsenposten goede afspraken hebben met de VVT (verpleeg- en verzorgingstehuizen en thuiszorg) als er sprake is van een verstopte katheter. De thuiszorg kan dan laagdrempelig ingeschakeld worden. Triagisten gaven ook aan dat bij deze ingangsklacht vaak naar de intensieve zorg in het ziekenhuis wordt verwezen. Hiervoor zijn afspraken gemaakt waarin is bepaald dat als er problemen optreden met de drain, er binnen twee weken na het plaatsen van de drain een doorverwijzing naar het ziekenhuis mogelijk is. Deze doorverwijzingen zorgen ervoor dat sommige triagisten de urgentie categorie dan ook afschalen, andere triagisten laten de urgentie categorie staan. In Figuur 5 is dan ook te zien dat triagisten de urgentie aanpassen waardoor in enkele gevallen een U4 of U5 wordt toegekend, hoewel dit niet vanuit de NTS wordt geadviseerd voor deze ingangsklacht.

Figuur 5 Het voortschrijdend gemiddelde (3 maanden) voor de procentuele verdeling van urgentieniveaus (lijnen) en het procentueel aantal aanpassingen van urgenties (balkjes) voor drain / sonde / katheter verstoppt of gesneuveld, weergegeven als percentage van het totaal aantal contacten voor drain / sonde / katheter verstoppt of gesneuveld (2019-2021)



3.2.4 Verdere optimalisatie NTS

In de vragenlijst benoemden triagisten verschillende ingangsklachten waarbij zij vinden dat ook aanpassingen in de triagecriteria nodig zijn. Een aantal triagisten wilde graag voor algehele malaise de voormalig uitgebreidere triagecriteria weer terug zien (deze zijn verplaatst naar specifieke ingangsklachten). Ze geven aan dat vooral bij onduidelijke focus of vage klachten de uitgebreidere triagecriteria onder deze ingangsklacht helpen de urgentie beter in te schatten. Bij trauma extremiteit betekent een afwijkende stand meteen een U2 (bedreiging vitale functies of orgaanschade), deze urgentie vinden triagisten vaak te hoog omdat de vitale organen niet in gevaar zijn. Triagisten vinden dat bij pijn op de borst vaak een te hoge urgentie uit het NTS-advies komt en bij een mogelijke blindedarmonsteking een te laag urgentieadvies; vaak U5. Verder zouden triagisten graag meer vangnet willen bij de ingangsklacht aneurysma, zoals dat ook bij de ingangsklachten als koorts, duizeligheid en pijn op de borst wordt gedaan. Tot slot gaven triagisten aan verschillende (ingang)klachten te missen binnen de NTS. Ze zouden graag specifieke triagecriteria willen voor; medicatie (bijwerkingen), terminale patiënten, afwijkende waarden zoals hypertensie, pijn lies (liesbreuk), klachten extremiteiten (wanneer er geen trauma is), misselijkheid (zonder braken), hartklachten (geen hartkloppingen), psychische problematiek, palliatieve zorg en maagpijn.

3.3 Invloed van externe factoren op het toepassen van triagecriteria

Triagisten in de vragenlijst gaven aan dat de gebruiksvriendelijkheid van het elektronisch patiëntendossier (EPD) invloed kan hebben op het toepassen van de triagecriteria. De meeste triagisten vinden dat het EPD op de huisartsenpost *altijd of vaak* (65%) ondersteunt in het juist registreren van de NTS triagecriteria en de urgentie, 35% (N=21) vindt dat *soms of bijna nooit*.

De COVID-19-pandemie heeft veel invloed gehad op de urgentietoekenning en de mate waarin deze achteraf nog werden aangepast door de triagist. Zo gaf 30% van de triagisten in de vragenlijst aan dat ze tijdens de COVID-19-pandemie de urgentiecategorie vaker aanpasten. De redenen om de urgentie te verlagen waren onder andere overbelasting op de huisartsenpost tijdens de pandemie en de beperkte mogelijkheid om iedereen fysiek op de huisartsenpost te zien vanwege tekorten aan persoonlijke beschermingsmiddelen. Triagisten gaven ook redenen om de urgentie te verhogen, zo vonden ze het moeilijk om de mate van benauwdheid bij COVID-19-patiënten in te schatten en werd de urgentie vaker verhoogd doordat het beloop van COVID-19 onbestendig kon zijn. Een minderheid van de triagisten (22%) schaalde de urgentie tijdens de COVID-19-pandemie vaker af naar een lagere urgentie, terwijl 45% van de triagisten aangaf dat niet te doen.

Een derde van de triagisten (31%, N=19) gaven nog andere factoren die van invloed zijn op het al dan niet af wijken van het NTS urgentie advies, zoals de gemaakte afspraken tussen de verschillende (regionale) zorgorganisaties (bijvoorbeeld bij vermoeden ablatio), na overleg met een huisarts, de capaciteit (mankracht, beschikbaarheid auto/ambulance, videoconsult), de protocollen van de huisartsenpost, gekende voorgeschiedenis, wanneer iemand langer dan een week klachten heeft, op basis van de context / toestandsbeeld van de patiënt en wanneer er sprake is van een taalbarrière.

Een andere externe factor is dat de afgelopen jaren het Spoed=Spoed beleid is ingevoerd op een deel van de huisartsenposten. Om de druk in de nacht te verlagen, wordt onder Spoed=Spoed alleen hoog urgente zorg geleverd in de nacht (U1 en U2) en in noodzakelijke gevallen ook U3-patiënten. Dit kan gevolgen hebben voor de urgentietoekenning in de nacht op de huisartsenpost. Om patiënten toch langs te laten komen is de verwachting dat vaker een U2 gegeven zal worden. We zien de afgelopen jaren (2019-2021) echter nagenoeg geen veranderingen in de toekenning van U2 (Figuur 1), 19% van alle triagecontacten in 2019 kreeg een U2, in 2020 en 2021 was dit 18%. Het lijkt erop dat niet meer U2 is getrieerd om binnen het beleid van Spoed=Spoed te blijven. Triagisten in de focusgroep geven aan dat bij veel huisartsenposten het Spoed=Spoed beleid niet is geïmplementeerd. Een adequate personeelsbezetting was voor één van de huisartsenposten een reden om dit niet in te voeren, omdat Spoed=Spoed volgens deze triagist vaak wordt gedreven door personeelstekort. Een triagist benadrukte dat een zorgvraag op het grensgebied U3 en U4 makkelijker wordt afgeschaald naar een U4 in de nacht dan een zorgvraag die ergens tussen U2 en U3 uitkomt. Deze laatste persoon wordt sneller gezien door een huisarts op de huisartsenpost. Een aantal triagisten gaven aan dat wanneer iemand belt met een terechte U3 aan het begin van de avond (zoals een retentie van de blaas) en niet kan wachten tot de volgende (werk)dag, diegene toch wordt gezien door een huisarts. Het tijdstip waarop een patiënt belt is daarom belangrijk of iemand gezien wordt. Triagisten in de vragenlijst gaven ook aan dat bij urineretentie vaak U3 wordt gegeven en deze personen toch altijd langskomen in de nacht. Volgens protocol mag er enkele uren gewacht worden, maar dat wordt in de praktijk niet gedaan vanwege het ongemak en de pijn. Triagisten raden aan om mogelijk de tijd van binnen het uur naar maximaal 1,5 uur te vergroten. Volgens triagisten beperkt Spoed=Spoed hen om onafhankelijk te triëren, vooral wanneer alleen nog maar patiënten met U2 gezien mogen worden. Dit leidt volgens triagisten er vaak toe dat ze eerder geneigd zijn om een U2 toe te kennen, zodat de patiënt toch een afspraak kan maken. Zo blijkt het Spoed=Spoed beleid als onbedoeld effect te hebben dat de urgentie-inschatting wordt aangepast.

4 Beschouwing

Het doel van dit onderzoek was om inzicht te krijgen in de toekenning en registraties van urgenties door de triagist op de huisartsenpost, wat het effect is geweest van de wijzigingen in de triagecriteria van de Nederlandse Triage Standaard (NTS) en hoe deze doorwerken in de dagelijkse praktijk op de huisartsenposten. De NTS weet met de aanpassingen in triagecriteria goed aan te sluiten op de ervaringen van de triagisten. De verdere optimalisatie van de NTS is een continu proces die niet alleen wordt beïnvloed door de steeds veranderende zorgvraag van patiënten, maar ook door andere contextuele ontwikkelingen, zoals landelijk beleid (Integraal Zorgakkoord (IZA), Spoed=Spoed), de COVID-19-pandemie, de zorg die in de huisartsenpraktijk overdag wordt geleverd en samenhang met de rest van ons gezondheidsstelsel.

Registratie en aanpassingen urgentie advies

In 2021 werd minder vaak het urgentie advies dat uit de NTS kwam aangepast dan in 2020. Dit geeft aan dat de NTS protocollen beter overeenkomen met de urgentie-inschatting die triagisten maken, met in achtneming dat triagisten altijd een afwijkende urgentie moeten kunnen kiezen om aan te sluiten op de zorgvraag van een individuele patiënt. Het huidige onderzoek liet zien dat wanneer triagisten de urgentie aanpassen de overgrote meerderheid dit registreert in het EPD/NTS. Een aanzienlijk kleiner aantal triagisten past dit niet aan in het EPD/NTS, maar in de agenda van de huisartsenpost. Het is dus denkbaar dat het werkelijke aantal aanpassingen hoger is dan wat dit onderzoek heeft laten zien. Dit bleek ook uit de vragenlijst waar triagisten aangaven veel vaker de urgentie aan te passen dan uit de registratiedata naar voren kwam. Evenals in voorgaande onderzoeken (Rijkema et al., 2021, 2022) werd de urgentie meestal aangepast op basis van de ernst van de klachten. Een deel van de triagisten past echter ook de urgentie aan, als ze de vervolgactie wijzigen. Dit gebeurt bijvoorbeeld op verzoek van (mondige) patiënten of wanneer een patiënt eerder die dag niet door de eigen huisarts gezien kon worden. De triagist maakt dus continu, met ondersteuning van de NTS, een afweging tussen de zorgvraag van de patiënt, de ernst van de klachten en de juiste zorg.

Wijzigingen in de NTS triagecriteria

Het onderzoek laat zien dat de wijzigingen in de NTS triagecriteria over het algemeen positief bijdragen aan een verdere optimalisatie van de toekenning van urgenties en vervolgacties, zodat deze beter aansluit bij de zorgbehoefte van de patiënt. Triagisten waren tevreden met de wijzigingen voor de ingangsklachten trauma schedel en geslachtsorganen en konden daardoor een betere inschatting maken van de urgentie. Dit wijst erop dat de NTS triagecriteria voor deze ingangsklachten beter aansluiten bij de praktijk en daarmee hebben bijgedragen aan het bieden van passende zorg voor patiënten. Het is echter voor de NTS belangrijk om te blijven ontwikkelen, zodat triage-uitkomsten aansluiten bij het veranderende zorglandschap en patiënten de juiste zorg blijven ontvangen. Hierbij kan de NTS rekening houden met de veranderingen die triagisten willen doorvoeren in de triagecriteria voor verschillende ingangsklachten. Deze wensen hoeven om verschillende redenen niet altijd tot een verandering van de NTS te leiden. Zo worden alleen acute klachten opgenomen in de NTS of zijn de gewenste criteria al onderdeel van de NTS. In dit laatste geval kan scholing bijdragen aan verdere optimalisatie bij de toepassing van de NTS. Waar dit onderzoek nog geen inzicht in geeft, is hoe veranderingen in triagecriteria de uiteindelijk geleverde zorg beïnvloeden: wordt de patiënt door de huisarts gezien of ontvangt hij/zij advies van de triagist? Welk symptoom of diagnose wordt geregistreerd en was het noodzakelijk om medicatie voor te

schrijven? Antwoord op deze vragen geeft uiteindelijk meer zicht op de impact van veranderingen in triagecriteria op de zorg die uiteindelijk geleverd wordt via de huisartsenpost.

Invloed van externe factoren op de urgentietoekenning

Uit dit onderzoek bleek dat de urgentietoekenning ook beïnvloed wordt door een reeks factoren die buiten de invloedssfeer van de NTS liggen. Zo zijn patiënten mondiger geworden, is er soms overloop vanuit de huisartsenzorg overdag, werd er anders getrieerd tijdens de COVID-19-pandemie en zijn er verschillende beleidsveranderingen die de triage beïnvloeden. Met name het Integraal Zorgakkoord (IZA) en de steeds verdere invoer van het Spoed=Spoed beleid zullen van invloed zijn op het werk van de triagist (LHV, 2023; Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport, 2022). Het doel van Spoed=Spoed is het verlagen van de werkdruk op de huisartsenposten in de nacht. Echter werden er in dit onderzoek signalen gegeven dat de invoer niet overal wenselijk of noodzakelijk is en dat het de vrijheid van triagisten om de juiste zorg toe te kennen verder beperkt. Om de impact op de toepassing van de NTS door Spoed=Spoed en andere afspraken rond triage in het IZA beter in kaart te brengen, is verdere monitoring noodzakelijk.

Beperkingen onderzoeksmethoden

De resultaten van dit onderzoek moeten gezien worden in het licht van zowel de sterke punten van dit onderzoek, als wel de beperkingen. Het gebruik van verschillende onderzoeksmethoden had meerwaarde, doordat de kwantitatieve en kwalitatieve methoden elkaar aanvulden (Malina et al., 2011), voor een vollediger beeld van de wijzigingen in de triagecriteria en de effecten van externe factoren. De verschillende methoden hebben ook beperkingen hebben ten opzichte van elkaar, bijvoorbeeld de discrepantie tussen de resultaten vanuit de registratiedata en de vragenlijst met betrekking tot hoe vaak triagisten achteraf de urgentie aanpassen. De verschillen hierin kunnen zijn ontstaan doordat in de vragenlijst ook triagisten hebben geantwoord die werkzaam zijn bij HDSen waarvan geen data beschikbaar was (bijvoorbeeld doordat de software leverancier geen gegevens aanlevert). Het is hierdoor mogelijk dat de registraties een onderschatting geven van het werkelijk aantal urgentie-aanpassingen die triagisten maken. Daarnaast heeft de helft van de triagisten de vragenlijst niet volledig ingevuld, wat mogelijk te wijten was aan de lengte en de vraagstelling. Daarnaast was er bij de focusgroep een kans op selectiebias, aangezien triagisten zich zelf konden aanmelden.

Samengevat, de wijzigingen in de NTS triagecriteria zorgden er doorgaans voor dat het advies van de NTS beter aansluit bij de urgentie inschatting die triagisten maken. De NTS triagecriteria spelen hierbij dus een belangrijke rol in de toewijzing van zorg en het sturen van patiëntenstromen. Het is daarbij belangrijk dat triagisten altijd de mogelijkheid krijgen de urgentie aan te kunnen passen naargelang de zorgvraag van de patiënt, zodat patiënten altijd passende zorg kunnen ontvangen. Het proces van de NTS om te blijven vernieuwen is noodzakelijk om aan te blijven sluiten bij de alsmaar veranderende zorgvragen. Daarnaast zijn er een groot aantal factoren rond de patiënt, zorgverleners en landelijk beleid die in relatie tot triage inzichtelijk gemaakt moeten worden, zodat de NTS ook in de toekomst bij kan blijven dragen aan een de juiste zorg op de juiste plek. De inzichten over triage op de huisartsenpost en de Nederlandse Triage Standaard beperken zich niet alleen tot de huisartsenpost, maar zijn ook relevant voor andere domeinen binnen de gezondheidszorg. Het gebruik van triage als instrument om patiëntenstromen te kunnen sturen naar de juiste zorg en wanneer nodig te kunnen beperken, kan een significante bijdrage leveren aan het houdbaar houden van onze gezondheidszorg voor de toekomst. Dit onderzoek geeft inzicht in de wijze waarop dat nu gebeurt op de huisartsenpost, en deze inzichten zijn ook relevant voor andere sturingsvraagstukken in de zorg.

Literatuur

- Brasseur, E., Servotte, J. C., Donneau, A. F., Stipulante, S., d'Orio, V., & Ghuyssen, A. (2019). Triage for out-of-hours primary care calls: a reliability study of a new French-language algorithm, the SALOMON rule. [Http://Www.Manuscriptmanager.Com/Sjphc](http://www.manuscriptmanager.com/Sjphc), 37(2), 227–232. <https://doi.org/10.1080/02813432.2019.1608057>
- Erkelens, D. C., Rutten, F. H., Wouters, L. T., Dolmans, L. S., de Groot, E., Damoiseaux, R. A., & Zwart, D. L. (2020). Accuracy of telephone triage in patients suspected of transient ischaemic attack or stroke: a cross-sectional study. *BMC Family Practice*, 21(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/S12875-020-01334-3/TABLES/4>
- InEen. (2022). InEen benchmark huisartsenposten 2021.
- Kuenen, M., Loots, S. F. J., Smits, M. S., & Venekamp, R. P. (2022). Adequacy of telephone triage using the Netherlands Triage Standard in out-of-hospital primary care patients with sepsis : a retrospective study . 1–22.
- LHV. (2023). Wat is Spoed = Spoed? <https://www.lhv.nl/veranderingen-in-de-anw-zorg/wat-is-spoed-spoed/>
- Malina, M. A., Norreklit, H. S. O., & Selto, F. H. (2011). Lessons learned: advantages and disadvantages of mixed method research.
- Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport. (2022). Integraal Zorg Akkoord.
- NTS. (2014). Kwaliteit. <https://de-nts.nl/organisatie/kwaliteit/>
- NTS. (2017). Visie en werkwijze NTS.
- Ramerman, L., & Overbeek, L. (2023). De zorg die de huisartsenpost verleent - aard en omvang. Nivel. <https://www.nivel.nl/nl/resultaten-van-onderzoek/zorg-verleend-de-eerste-lijn-aard-en-omvang/zorg-huisartsenpost>
- Rijkema, C., Verheij, R. A., & Ramerman, L. (2021). Veranderingen in de urgentietoekenning door de triagist na wijzigingen in de triagecriteria Nederlandse Triage Standaard.
- Rijkema, C., Verheij, R. A., & Ramerman, L. (2022). Veranderingen in de toekenning van urgenties en vervolgacties tijdens de triage op de huisartsenpost - gevolgen van de COVID-19-pandemie en veranderingen in triagecriteria van de Nederlandse Triage Standaard.
- Smits, M., & Verheij, R. (2017). Veranderingen in de urgentie van contacten met de huisartsenpost 2013-2016. Nivel Rapport, September, September, 1–18.

Bijlage A Tabellenboek

Resultaten beschrijvende data-analyse

De volgende tabellen beschrijven de achterliggende cijfers bij de gepresenteerde figuren in de resultatensectie:

1. Tabel 1: beschrijft het aantal triagecontacten per urgentie voor de jaren 2019, 2020 en 2021.
2. Tabel 2: beschrijft het aantal toegekende urgenties per 1.000 triagecontacten en de afwijkingen van de urgentie, uitgesplitst per leeftijdscategorie voor de jaren 2019, 2020 en 2021.
3. Tabel 3: beschrijft de toegekende urgenties voor verschillende ingangsklachten (trauma schedel, pijn testis en drain/sonde/katheter verstopt of gesneuveld) per 1.000 triagecontacten voor de jaren 2019, 2020 en 2021.

Tabel 1 Triagecontacten per urgentie in aantallen (#) en percentages (%), voor de jaren 2019, 2020 en 2021

Toegewezen urgentie	Aantal triagecontacten 2019 (# en %)		Aantal triagecontacten 2020 (# en %)		Aantal triagecontacten 2021 (# en %)	
U0	459	0,0%	367	0,0%	261	0,0%
U1	51808	3,5%	53528	4,0%	68398	4,1%
U2	273165	18,7%	236989	17,5%	296731	17,7%
U3	603621	41,3%	507711	37,6%	653857	39,0%
U4	194981	13,3%	200336	14,8%	248542	14,8%
U5	339739	23,2%	352673	26,1%	410172	24,4%
Totaal	1463773	100,0%	1351604	100,0%	1677961	100,0%

Tabel 2 Het aantal toegekende urgenties door de triage per leeftijdscategorie weergegeven per 1.000 triagecontacten

	U0			U1			U2			U3			U4			U5			Afwijking urgentie		
	2019	2020	2021	2019	2020	2021	2019	2020	2021	2019	2020	2021	2019	2020	2021	2019	2020	2021	2019	2020	2021
1. 0 t/m 4	0	0	0	9	10	9	198	169	170	403	363	384	110	123	119	281	335	318	75	90	80
2. 5 t/m 17	0	0	0	9	8	9	113	106	113	461	393	391	158	206	220	258	287	267	66	84	74
3. 18 t/m 44	0	0	0	23	24	28	158	149	151	411	375	390	155	170	170	254	283	260	86	103	95
4. 45 t/m 64	0	0	0	54	59	64	196	183	185	404	373	390	138	147	144	207	238	217	90	110	97
5. 65 t/m 74	1	0	0	74	79	82	237	217	221	399	374	389	112	118	118	178	212	190	99	118	106
6. 75 t/m 84	1	1	0	79	82	86	266	248	250	397	380	394	94	97	95	163	193	174	109	132	122
7. 85 en ouder	1	1	1	76	72	76	300	286	294	393	378	391	80	87	80	150	175	158	120	154	145
Totaal	0	0	0	35	40	41	187	175	177	412	376	390	133	148	148	232	261	244	87	107	96

Tabel 3 Toegekende urgenties voor verschillende ingangsklachten per 1.000 triagecontacten voor de jaren 2019, 2020 en 2021

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Trauma schedel-2019	U1	25	21	13	21	15	12	29	7	31	27	25	20
	U2	132	91	66	88	96	91	86	97	97	125	114	123
	U3	497	487	529	511	491	487	483	508	336	345	411	348
	U4	13	5	13	24	26	19	22	33	18	33	23	22
	U5	333	396	379	356	371	392	380	356	519	470	427	487
Trauma schedel-2020	U1	27	36	5	7	20	19	13	19	29	22	26	14
	U2	80	91	102	69	89	97	115	103	105	73	95	99
	U3	299	294	250	276	270	281	282	290	298	356	355	361
	U4	43	36	31	40	43	14	38	25	27	24	19	36
	U5	551	543	612	607	578	589	552	563	540	525	505	490
Trauma schedel-2021	U1	27	22	28	13	26	25	12	27	18	12	21	18
	U2	78	107	91	63	87	74	98	89	90	68	73	90
	U3	288	292	388	351	385	508	495	460	468	545	523	499
	U4	23	41	16	23	26	17	20	25	16	25	15	25
	U5	584	539	478	551	476	376	375	400	407	350	367	368

Tabel 3 Vervolg

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Geslachtsorganen-2019	U2	226	225	221	226	217	240	228	207	210	222	234	200
	U3	194	200	221	217	215	207	193	193	215	210	201	228
	U4	374	368	365	343	352	334	342	382	342	348	360	338
	U5	206	207	193	213	215	218	236	219	232	220	204	235
Geslachtsorganen-2020	U2	235	233	246	231	217	233	213	221	250	233	242	253
	U3	226	225	202	214	189	214	206	214	231	213	206	191
	U4	324	336	344	292	339	326	337	337	335	340	332	340
	U5	215	206	206	262	256	227	242	228	183	213	219	216
Geslachtsorganen-2021	U2	232	258	252	240	255	283	280	250	280	281	305	315
	U3	216	208	199	201	190	201	204	201	197	216	191	206
	U4	351	337	332	344	338	295	298	326	323	317	298	300
	U5	201	198	217	215	216	220	217	223	199	185	204	178
Drain / sonde / katheter-2019	U2	137	146	135	113	126	143	131	94	116	123	132	148
	U3	700	686	669	724	713	662	686	701	703	711	683	701
	U4	37	25	41	22	40	32	25	36	28	25	38	26
	U5	126	143	155	142	121	162	156	169	153	139	143	124
Drain / sonde / katheter-2020	U2	147	91	91	111	114	117	110	117	119	113	87	133
	U3	694	717	715	704	695	679	678	685	661	716	697	653
	U4	37	38	42	29	35	25	47	23	48	21	41	46
	U5	122	151	152	156	156	179	166	175	172	149	175	167
Drain / sonde / katheter-2021	U2	90	114	113	105	97	83	44	49	35	77	46	54
	U3	676	684	691	698	703	738	742	729	781	730	744	763
	U4	47	35	45	38	35	32	44	45	49	25	39	21
	U5	186	167	149	159	164	142	168	175	131	166	170	162

Bijlage B Resultaten vragenlijst

De toekenning en registratie van urgenties		
Het urgentieadvies van de NTS komt overeen met mijn eigen inschatting van de urgentie die past bij de zorgvraag van de patiënt (n=108)	Altijd / vaak	82%
	Soms	16%
	(bijna) Nooit	2%
Indien ik de urgentiecategorie aanpas motiveer ik dat in het EPD/NTS (n=108)	Altijd / vaak	83%
	Soms	8%
	(bijna) Nooit	8%
Indien ik de urgentiecategorie aanpas noteer ik dat in de agenda van de huisartsenpost en pas ik het niet aan in de NTS (n=108)	Altijd / vaak	11%
	Soms	8%
	(bijna) Nooit	81%
In hoeveel % van alle triagecontacten verhoogt u de urgentiecategorie? (n=95)	Gemiddelde (sd)	18% (15,5)
In hoeveel % van alle triagecontacten verlaagt u de urgentiecategorie? (n=95)	Gemiddelde (sd)	33% (22,7)
Indien ik de urgentiecategorie aanpas dan doe ik dat op basis van wat ik vind dat de vervolgactie moet zijn (n=95)	Altijd / vaak	64%
	Soms	33%
	(bijna) Nooit	3%
Indien ik de urgentiecategorie aanpas dan doe ik dat naar de urgentie die ik noodzakelijk vind voor de (ernst van de) klachten van de patiënt (n=95)	Altijd / vaak	85%
	Soms	13%
	(bijna) Nooit	2%
Invloed wijzigingen in triagecriteria		
De wijze waarop ik geïnformeerd wordt over wijzigingen is voor mij voldoende om op de juiste manier de wijzigingen in mijn werk toe te passen (n=83)	Altijd / vaak	66%
	Soms	23%
	(bijna) Nooit	11%
Ik vind de wijzigingen in de triagecriteria een verbetering? (n=83)	Altijd / vaak	52%
	Soms	46%
	(bijna) Nooit	2%
De wijzigingen in de triagecriteria voor trauma schedel in juni 2021 stellen mij in staat om beter een urgentie toe te kennen die past bij de zorgvraag van de patiënt (n=66)	Altijd / vaak	48%
	Soms	29%
	(bijna) Nooit	9%
	Gebruik ingangsklacht niet / weet ik niet	14%
Past u de urgentiecategorie na de wijziging in de triagecriteria voor trauma schedel minder vaak aan? (n=57)	% ja	65%
Hoe vaak past u de urgentiecategorie aan voor de ingangsklacht trauma schedel na de wijziging van juni 2021? (n=54)	Gemiddelde (sd)	24% (23,8)

Vervolg - De toekenning en registratie van urgenties		
De wijzigingen in de triagecriteria voor geslachtsorganen in juni 2021 stellen mij in staat om beter een urgentie toe te kennen die past bij de zorgvraag van de patiënt. (n=62)	Altijd / vaak	61%
	Soms	15%
	(bijna) Nooit	8%
	Gebruik ingangsklacht niet / weet ik niet	16%
Past u de urgentiecategorie na de wijziging in de triagecriteria voor geslachtsorganen minder vaak aan? (n=52)	% ja	62%
Hoe vaak past u de urgentiecategorie aan voor de ingangsklacht geslachtsorganen na de wijziging van juni 2021? (n=46)	Gemiddelde (sd)	14% (20,3)
Invloed externe factoren op het toepassen van triagecriteria		
Het elektronisch patiëntendossier (EPD) dat op mijn huisartsenpost wordt gebruikt ondersteunt mij in het juist registreren van de NTS triagecriteria en de urgentie (n=60)	Altijd / vaak	65%
	Soms	27%
	(bijna) Nooit	8%
Tijdens de COVID-19-pandemie paste ik de urgentie vaker aan dan voor de COVID-19-pandemie (n=60)	% ja	30%
Van alle triagecontacten schaalde ik tijdens de COVID-19-pandemie (2020) de urgentie vaker af naar een lagere urgentiecategorie (n=60)	% ja	22%
Verdere optimalisatie NTS		
Zijn er ingangsklachten die u mist in de NTS? (n=56)	% ja	45%
Is er een ingangsklacht waarbij u iets aan de triagecriteria zou willen veranderen? (n=56)	% ja	34%