

Veranderingen in toekenning van urgenties en vervolgacties tijdens triage op de huisartsenpost

Gevolgen van de COVID-19-pandemie en veranderingen in triagecriteria van de Nederlandse Triage Standaard

Corinne Rijkema
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 2022

ISBN 9789461227584

030 272 97 00

nivel@nivel.nl

www.nivel.nl

© 2022 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 zicht krijgen op de toekenning van urgenties en vervolgacties door de triagist op de huisartsenpost naar aanleiding van de COVID-19-pandemie en de wijzigingen in de triagecriteria. We willen alle triagisten die hebben deelgenomen aan de focusgroep bedanken voor hun deelname en de huisartsendienstenstructuren voor het aanleveren van de data.

Corinne Rijpkema, Robert Verheij, Lotte Ramerman

Inhoud

Voorwoord	3	
Samenvatting	5	
1	Introductie	8
1.1	Triage op de huisartsenpost	8
1.2	De Nederlandse Triage standaard	9
1.3	Aanpassingen in urgentie en vervolgactie	9
1.4	Effecten COVID-19-pandemie op toekenning urgenties en vervolgacties na triage	10
1.5	Effecten wijzigingen in de NTS op toekenning urgentie na triage	10
1.6	Doel en vraagstellingen	11
2	Methode	12
3	Resultaten	13
3.1	Veranderingen in de toekenning van urgenties en vervolgacties door de triagist op de huisartsenpost tijdens de COVID-19-pandemie	13
3.2	Veranderingen in de toekenning van urgenties door de triagist bij ingangsklachten met een wijziging in de triagecriteria	20
4	Beschouwing	24
	Literatuur	26
	Bijlage A Tabellenboek	27

Samenvatting

Patiënten kunnen voor huisartsenzorg in de avond, nacht en het weekend terecht bij de huisartsenpost. Voorafgaand aan een contact met de huisartsenpost dienen patiënten te bellen met een triagist, die telefonisch de triage uitvoert volgens de Nederlandse Triage Standaard; een protocol met triagecriteria bij verschillende ingangsklachten. De triagist maakt op basis van de (ernst van de) gezondheidsklacht(en) een inschatting van de urgentie (U0 uitval vitale functies – U5 geen kans op schade) en de vervolgactie (een consult op de huisartsenpost, telefonisch, of een visite door een huisarts). Een goed triageprotocol is van groot belang, omdat dit de basis is waarop triagisten de urgenties en vervolgacties toekennen. 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 op eigen inzicht de urgentie of vervolgactie achteraf nog aanpassen (verhogen of verlagen). De mate waarin triagisten de urgentie of vervolgactie aanpassen kan inzicht geven of protocollen goed aansluiten bij de zorgvraag van de patiënt.

In 2020 begon de COVID-19-pandemie in Nederland. De pandemie heeft veel verschillende veranderingen teweeggebracht in de huisartsenzorg en de verwachting is dat dit invloed heeft gehad op de toekenning van urgenties en vervolgacties en de mate waarin triagisten hebben afgeweken van urgenties en vervolgacties. Daarnaast was er in september 2019 een wijziging voor de ingangsklacht oogklachten en in maart 2020 voor de ingangsklacht zwangerschap. Met deze wijzigingen was getracht de urgentietoekenning verder te optimaliseren zodat deze beter aansluit bij de zorgbehoefte van de patiënt. Het is echter onbekend in welke mate de COVID-19-pandemie en de wijzigingen in de triagecriteria van invloed zijn geweest op de toekenning van urgenties en vervolgacties door de triagist.

Het doel van het onderzoek was om inzicht te krijgen in de toekenning van urgenties en vervolgacties door de triagist op de huisartsenpost, hoe vaak deze achteraf nog werden aangepast en hoe veranderingen in de NTS triagecriteria en veranderingen door de COVID-pandemie door triagisten werden ervaren in de praktijk. De volgende onderzoeksvragen werden beantwoord:

1. Hoe is de toekenning van urgenties en gekozen vervolgacties tijdens de COVID-19-pandemie veranderd?
2. Hoe is de toekenning van urgenties veranderd bij ingangsklachten waarbij een wijziging heeft plaatsgevonden in de triagecriteria?
3. Hoe worden de veranderingen in de triagecriteria van de NTS en de veranderingen door de COVID- pandemie door triagisten ervaren in de praktijk?

Methodie

Het onderzoeksproject bestond uit twee fases waarin verschillende methoden zijn gebruikt. In fase 1 is met beschrijvende gegevens de verdeling van de toekenning van urgenties en vervolgacties onderzocht, in het algemeen, tijdens de COVID-19-pandemie en voor ingangsklachten met een wijziging. Hiervoor zijn de beschrijvende gegevens uit elektronische patiëntendossiers over de triage van huisartsenposten die deelnemen aan Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn (NZR) gebruikt (2018-2020). In fase 2 zijn de beschrijvende gegevens in een focusgroepgesprek voorgelegd aan triagisten van verschillende huisartsenposten, die verdieping en duiding gaven aan deze gegevens.

Resultaten

Veranderingen in urgenties en vervolgacties tijdens de COVID-19-pandemie

In 2020 werd vaker een minder urgente categorie toegekend, met name bij 0 t/m 4 jarigen (vaker U5 en minder vaak U2 of U3) en bij 5 t/m 17 jarigen (vaker U4 en minder vaak U3) in vergelijking met 2018 en 2019. Triagisten verklaarden dat dit voornamelijk met de COVID-19-pandemie had te maken, waarbij veel gebeld werd met vragen over COVID-19. In vele gevallen kon dit telefonisch afgehandeld worden, waardoor triagisten de urgentie verlaagden. Een voorbeeld van een ingangsklacht waarbij de COVID-19-pandemie een grote rol speelde was 'pijn thorax'. In mei 2020 was een toename van de urgentere categorie U1 (direct levensgevaar) en een afname van U2 (bedreiging vitale functies of orgaanschade).

In 2020 werd vaker de urgentie achteraf door de triagist aangepast in vergelijking met 2018 en 2019. Triagisten vertelden dat dit kan komen doordat veel mensen tijdens de pandemie belden met benauwdheidsklachten, griep of (angst voor) COVID-19. Hierbij was het beleid om een lagere urgentie toe te kennen na triage, zodat deze mensen niet beoordeeld hoefden te worden op de huisartsenpost en met een zelfzorgadvies geholpen konden worden. Een aantal andere triagisten gaven echter aan dat de mate van ziek zijn leidend was voor de toekenning van de urgentie en niet de vervolgactie. De urgentie werd niet afgeschaald ook al werd een zelfzorgadvies gegeven.

Vanuit de triage wordt bepaald welke zorg nodig is (de vervolgactie), zoals een telefonisch advies of een consult op de HAP. In 2020 is een kleine afname te zien van het aantal patiënten dat een consult op de huisartsenpost had en een kleine toename van patiënten die zijn geholpen met een telefonisch advies ten opzichte van 2018 en 2019. Volgens triagisten speelde de pandemie hierbij een rol; alles wat enigszins met een advies op afstand afgehandeld kon worden werd telefonisch of met beeldbellen gedaan. Daarnaast wilden patiënten liever zelf niet langskomen uit angst om besmet te raken met het COVID-19 virus. Triagisten passen de vervolgactie nauwelijks achteraf nog aan, omdat volgens triagisten een extra handeling hiervoor nodig is.

Veranderingen in urgenties door de wijzigingen in de triagecriteria

In september 2019, het moment van de wijziging van de triagecriteria voor oogklachten, was gedurende een korte periode een kleine stijging te zien van urgentere contacten (U3, reële kans op schade) en een kleine afname van minder urgente contacten (U5, geen kans op schade). Vanaf mei 2020 werd dezelfde korte trend waargenomen. Triagisten verklaarden dat dit niet perse kwam door de wijzigingen in de triagecriteria, maar door het mooie weer gingen meer mensen naar buiten, waarbij gemakkelijker iets in het oog beland wat voor klachten kon zorgen.

In maart 2020 is de ingangsklacht zwangerschap en partus uitgebreid met verschillende ingangsklachten betreffende de zwangerschap. Na de wijziging van de triagecriteria werden de urgentere contacten (U2, bedreiging vitale functies of orgaanschade en U3, reële kans op schade) vaker toegekend en was er een afname van U5 (geen kans op schade). Triagisten gaven aan dat door de nieuwe triagecriteria zwangere vrouwen al snel verwezen worden naar een verloskundige wanneer ze bellen met de huisartsenpost. Hierdoor werd na de wijziging van de triagecriteria vaker een hoge urgentie toegekend. De wijzigingen creëren voor triagisten meer bewustwording wanneer een zwangere vrouw belt met buikpijn, doordat ze specifieke vragen krijgen gerelateerd aan zowel buikpijn als de zwangerschap. Triagisten krijgen hierdoor het gevoel extra veilig aan het werk te zijn voor de zwangere vrouw.

Conclusie

De COVID-19-pandemie heeft veel invloed gehad op de toekenning van urgenties en vervolgacties en de mate waarin deze achteraf nog werden aangepast door de triagist. Er waren meer laag urgente contacten, er werd vaker telefonisch advies gegeven en urgenties werden vaker achteraf nog aangepast. Daarnaast vond dit onderzoek dat het verschilde per ingangsklacht of veranderingen in de triagecriteria direct van invloed zijn op de urgentietoekenning en hoe deze ervaren worden door triagisten. Zowel de effecten van veranderingen in triagecriteria als de effecten van de COVID-19-pandemie bleken te verschillen tussen HDSen. Er is aanvullend onderzoek nodig om meer inzicht te krijgen hoe verschillen ontstaan en of de verschillen van invloed zijn op het zorggebruik via de huisartsenpost.

1 Introductie

1.1 Triage op de huisartsenpost

Voor huisartsenzorg in de avond, nacht en weekenden (buiten kantooruren) kunnen patiënten terecht bij de huisartsenpost (HAP). In Nederland zijn huisartsenposten georganiseerd in Huisartsendienstenstructuren (HDS). In 2020 waren er in totaal 118 huisartsenposten (de fysieke locatie van de zorg) georganiseerd in 50 HDSen (Ineen, 2021). Patiënten dienen voorafgaand aan een bezoek met de huisartsenpost te bellen met een triagist. De triagist bespreekt de gezondheidsklacht(en) met de patiënt en maakt op basis van de (ernst van de) klachten een inschatting van de urgentie, U0 (uitval vitale functies) tot en met U5 (geen kans op schade), zie Tabel 1. De urgentie is bepalend voor hoe snel een patiënt geholpen wordt. Vanuit de triage wordt ook bepaald op welke manier de zorg zal plaatsvinden, ook wel de vervolgactie (Tabel 2). 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).

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)

Tabel 2 Overzicht en omschrijving van de vervolgacties op de huisartsenpost

Vervolgactie	Omschrijving vervolgactie
Ambulance	Stabilisatie en vervoer
Advies	Telefonisch zelfzorgadvies
Fasttrack	Geprotocolleerde verpleegkundige zorg
GGZ	Crisisdienst
Huisarts	Generalistische zorg
SEH	Complexe zorg
Tandarts	Tandheelkundige zorg
Verloskundige	Verloskundige zorg
Politie	Inschakelen politie

Triage op de huisartsenpost speelt een belangrijke rol in het beheersen van patiëntenstromen en de werkdruk op de huisartsenpost. Een te hoge werkdruk kan leiden tot negatieve resultaten voor de kwaliteit van zorg en de motivatie van huisartsen om dienst te doen op de huisartsenpost (Smits et al., 2014). 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 (Ineen, 2021). Dat in combinatie met een gelijkblijvend of zelfs krimpend aanbod van zorgmedewerkers op de huisartsenpost, zowel in de triage als op de huisartsenpost zelf (Ineen, 2021). Daar komt bij dat door de toename van complexere zorgvragen de duur van de triagegesprekken is toegenomen (Ineen, 2021). Triagisten hebben hierdoor de uitdagende taak om passende zorg toe te kennen aan patiënten die hulp zoeken bij acute gezondheidsproblemen. Een goed triageprotocol is hierbij van groot belang, omdat dit de basis is waarop triagisten de urgenties en vervolgacties toekennen. De huisartsenzorg krijgt naar verwachting de komende jaren relatief minder geld van de overheid, waardoor de triage extra belangrijk is om ervoor te zorgen dat patiënten op de juiste plaats zorg ontvangen en onnodige zorg wordt voorkomen (Baltesen, 2022). Het is dus belangrijk om te weten in hoeverre veranderingen in het triageprotocol resulteren in veranderingen in het aantal mensen met een hoge dan wel lage urgentie, en in hoeverre hiermee kan worden bijgedragen aan de landelijke beweging naar meer passende zorg (Zorginstituut Nederland, 2022).

1.2 De Nederlandse Triage standaard

De Nederlandse Triage Standaard (NTS) is een standaard voor triage in de acute zorg (NTS, 2012). Triagisten op de huisartsenpost maken gebruik van de NTS om ervoor te zorgen dat de patiënt zo snel mogelijk bij de juiste hulpverlener terecht komt en de juiste behandeling of zorg ontvangt. 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. De NTS biedt ondersteuning om met beperkte capaciteit de spoedzorg te organiseren (NTS, 2017). De NTS is voortdurend in ontwikkeling en wanneer nodig worden triagecriteria aangepast indien deze niet meer toereikend zijn of wanneer deze criteria niet meer de (NHG) richtlijnen volgen. De aanpassingen worden opgesteld door triage-experts uit de belangrijkste domeinen van de spoedzorg en door kennis van wetenschappelijke verenigingen (NTS, 2014). Deze aanpassingen zijn gebaseerd op evidence-based-medicine (EBM), expert opinions of op basis van consensus (NTS, 2014). Uit recent onderzoek is gebleken dat de NTS een goede betrouwbaarheid en validiteit heeft voor het maken van een urgentieschatting voor gezondheidsklachten van patiënten die zich melden in de spoedzorg (Smits et al., 2022).

1.3 Aanpassingen in urgentie en vervolgactie

Wanneer een triagist een andere inschatting maakt van de urgentie op basis van de (ernst van de) klachten van een patiënt dan vanuit de NTS wordt geadviseerd, dan kan de triagist op eigen inzicht de urgentie achteraf nog aanpassen. De urgentie kan zowel worden verhoogd als verlaagd. Ook voor de vervolgactie geldt wanneer een patiënt moet worden doorverwezen naar een andere zorgvoorziening, dan kan de triagist achteraf de vervolgactie nog aanpassen. De mate waarin triagisten de urgentie of vervolgactie aanpassen kan inzicht geven of protocollen goed aansluiten bij de zorgvraag van de patiënt. Wanneer de NTS verbeteringen doorvoert in de triagecriteria, is de verwachting dat triagisten de urgentie en vervolgactie minder vaak achteraf nog aanpassen. Een specifiek voorbeeld van een ingangsklacht waarbij vaak een wijziging achteraf plaatsvindt in de urgentie is 'pijn thorax'. Deze ingangsklacht is lastig te beoordelen voor triagisten, omdat bij jongeren vaak de oorzaak van de klachten anders is dan een hartaanval. Daarnaast wordt vanuit de huisartsenpost vaak preventief een ambulance gestuurd. Dit zijn redenen voor de NTS om deze ingangsklacht nader te bekijken.

1.4 Effecten COVID-19-pandemie op toekenning urgenties en vervolgacties na triage

In 2020 begon de COVID-19-pandemie in Nederland. De pandemie heeft verschillende veranderingen teweeg gebracht in de huisartsenzorg, zo was er een toename van minder urgente zorg via de huisartsenpost (Ramerman et al., 2022). Naast de toename van urgente zorg, werd er ook meer zorg op afstand geleverd (Bos et al., 2020), waardoor triagisten mogelijk vaker een telefonisch advies hebben toegekend aan contacten. Daarnaast is het mogelijk dat triagisten vaker van de urgentie moesten afwijken, omdat er bij sommige huisartsenposten strenger getrieerd werd zodat patiënten niet onnodig op de huisartsenpost gezien werden (LHV, 2020). Het is dus mogelijk dat veranderingen in de toekenning van urgenties en vervolgacties het gevolg kunnen zijn van de COVID-19-pandemie.

1.5 Effecten wijzigingen in de NTS op toekenning urgentie na triage

Uit voorgaand onderzoek van het Nivel bleek dat de wijzigingen in de NTS een positief effect hebben gehad op het toekennen van de juiste urgentie door de triagist. Dit resulteerde tussen 2017 en 2019 in een afname van het aantal contacten waarbij de urgentie achteraf nog werd gecorrigeerd (Rijkema et al., 2021). Volgens triagisten was dit een direct gevolg van aanpassingen in de NTS triageprotocollen. Daarnaast was er in die periode ook meer aandacht voor het voeren van triagegesprekken, waardoor triagisten een betere inschatting van de urgentie konden maken (Rijkema et al., 2021).

In de afgelopen jaren zijn opnieuw wijzigingen doorgevoerd in de NTS triagecriteria. In september 2019 was er een wijziging in de triagecriteria voor de ingangsklacht oogklachten en in maart 2020 was er een wijziging voor de ingangsklacht zwangerschap (Tabel 3). Met deze wijzigingen is getracht de urgentietoekenning verder te optimaliseren zodat deze beter aansluit bij de zorgbehoefte van de patiënt. Het is echter onbekend hoe deze wijzigingen in de triagecriteria de urgentietoekenning door de triagist hebben beïnvloed. Het is van belang om te onderzoeken wat het effect van deze wijzigingen is geweest en of de urgentie achteraf minder vaak wordt aangepast.

Tabel 3 Wijzigingen in de NTS triagecriteria bij verschillende ingangsklachten

Ingangsklacht	Wijziging	Wanneer
Oogklachten	In zijn geheel gereviseerd, waarbij veranderingen zijn doorgevoerd.	September 2019
Zwangerschap	Bij de ingangsklachten buikpijn volwassene, urinewegproblemen, vaginaal bloedverlies, hoofdpijn, trauma buik zijn de triagecriteria 'Zwanger' of 'Zwangerschapsduur' weggehaald en is de ingangsklacht zwangerschap en partus uitgebreid met verschillende ingangsklachten betreffende zwangerschap; 'Zwangerschap en vaginaal vochtverlies', 'Zwangerschap en vaginaal bloedverlies', 'Zwangerschap en buikpijn', 'Zwangerschap en bezorgdheid' en 'Zwangerschap en overige klachten'.	Maart 2020

1.6 Doel en vraagstellingen

Het doel van dit onderzoek is om na te gaan hoe urgenties en vervolgacties worden toegekend in de periode 2018-2020 en hoe vaak deze achteraf worden aangepast. De mate waarin achteraf, na het doorlopen van het triageprotocol, de urgentie wijzigt is een indicator in hoeverre de triageprotocollen aansluiten bij de beoordeling van de triagist. We kijken zowel in de volle breedte naar de toekenning van urgenties en vervolgacties en de effecten van de COVID-19-pandemie, als specifiek naar de ingangsklacht 'pijn thorax'. Om het effect van de wijzigingen in NTS triagecriteria te onderzoeken zoomen we verder in op de ingangsklachten 'oogklachten' en 'zwangerschap'. Tot slot reflecteren we samen met triagisten op de gevolgen van de COVID-19-pandemie voor de toekenning van urgenties en vervolgacties en de wijzigingen in de triageprotocollen.

1. Hoe is de toekenning van urgenties en gekozen vervolgacties tijdens de COVID-19-pandemie veranderd?

- a. Welke urgenties worden er toegekend (2018-2020)?
- b. Hoe vaak wordt de urgentie nog aangepast na de triage (2018-2020)?
- c. Welke vervolgacties worden er toegekend (2018-2020) en hoe vaak worden deze nog aangepast na triage?
- d. Welke urgenties en vervolgacties worden toegekend bij pijn thorax (2018-2020)?

2. Hoe is de urgentietoekenning veranderd bij ingangsklachten waarbij een wijziging heeft plaatsgevonden in de triagecriteria?

- a. Wat is het effect op de urgentietoekenning na de wijziging in de triagecriteria voor oogklachten en hoe vaak wordt de urgentie nog aangepast?
- b. Wat is het effect op de urgentietoekenning na de wijziging in de triagecriteria voor zwangerschap en hoe vaak wordt de urgentie nog aangepast?

3. Hoe worden bovenstaande veranderingen in de triagecriteria van de NTS en de veranderingen door de COVID-19-pandemie door triagisten ervaren in de praktijk?

2 Methode

Het onderzoek bestond uit twee fases. In fase 1 is met beschrijvende gegevens de toekenning van urgenties en vervolgacties onderzocht, in het algemeen, als gevolg van de COVID-19-pandemie en voor ingangsklachten met een wijziging. In fase 2 zijn de beschrijvende gegevens in een focusgroep voorgelegd aan triagisten, die verdieping en duiding gaven aan deze gegevens.

Fase 1: Beschrijvende gegevens over de toekenning van urgenties en vervolgacties door de triagist

Voor de beschrijvende gegevens over de triage (jaren 2018-2020) is gebruik gemaakt van routinematig elektronisch geregistreerde gegevens van Huisartsendienstenstructuren (HDSen) die gebruik maakten van de software Topicus en deelnamen aan Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn (NZR) (Ramerman & Verheij, 2021). Alleen de triagegegevens van HDSen die gebruik maakten van Topicus zijn geïncludeerd in de analyses, omdat binnen dit systeem de NTS automatisch wordt geactualiseerd en wijzigingen meteen beschikbaar zijn voor de triagist. In 2018 waren er 8 HDSen (aangesloten bij de NZR) die het softwarepakket Topicus gebruikten voor de registratie van gegevens in het elektronisch patiëntendossier, met een verzorgingsgebied van ruim 3,3 miljoen inwoners. In 2019 waren dit 13 HDSen met een verzorgingsgebied van meer dan 6,1 miljoen inwoners en in 2020 maakten 15 HDSen gebruik van Topicus, met een verzorgingsgebied van ruim 7,9 miljoen inwoners. De onderzoekers hadden uitsluitend beschikking over de triagecontacten waarbij ook een contact met de huisartsenpost was gedeclareerd voor de patiënt.

Met deze gegevens kon de verdeling van toegekende urgenties en de mate waarin deze achteraf nog wordt aangepast worden berekend als percentage van het totaal aantal contacten of per 1.000 inwoners van het verzorgingsgebied. De gekozen vervolgacties en de aanpassingen van de vervolgacties zijn weergegeven in percentages van het totaal aantal contacten. De verdeling van urgenties en vervolgacties zijn ook uitgesplitst naar verschillende leeftijdscategorieën. Voor de verschillende ingangsklachten (oogklachten, zwangerschap en pijn thorax) is de procentuele verdeling van de urgenties weergegeven met een voortschrijdende gemiddelde. Dit werd berekend door per maand het gemiddelde percentage te berekenen met de voorgaande twee maanden. Hierbij worden toeval-fluctuaties uitgemiddeld, waardoor onderliggende trends beter zichtbaar worden. Alle analyses zijn gedaan voor de jaren 2018-2020. Zie de bijlage voor de absolute aantallen.

Fase 2: Verdieping en duiding van de beschrijvende gegevens

In fase 2 is een online focusgroepgesprek gehouden met triagisten die gebruik maken van de NTS. Tijdens het focusgroepgesprek zijn de resultaten uit fase 1 gepresenteerd aan de triagisten, met als doel meer duiding en verdieping te verkrijgen op de beschrijvende gegevens. De stichting NTS heeft via de mail de triagisten geworven voor de focusgroep. Zes triagisten die zich hebben gemeld bij de NTS om mee te doen met het focusgroepgesprek, hebben uiteindelijk deelgenomen. De triagisten waren werkzaam op verschillende huisartsenposten door heel Nederland en vijf triagisten hadden ook een coördinerende functie. Tijdens de focusgroep zijn vraagstellingen aan triagisten voorgelegd over veranderingen in de toekenning van urgenties en vervolgacties, waarbij triagisten met elkaar konden discussiëren of veranderingen het gevolg zijn van de COVID-19-pandemie en of veranderingen naar aanleiding van wijzigingen in triagecriteria overeenkomen met eigen ervaringen. De focusgroep is opgenomen met een audio-opname en aan de hand daarvan is een samenvatting geschreven. De samenvatting is aan de triagisten ter goedkeuring voorgelegd en diende als leidraad voor de interpretatie van de gevonden resultaten uit fase 1.

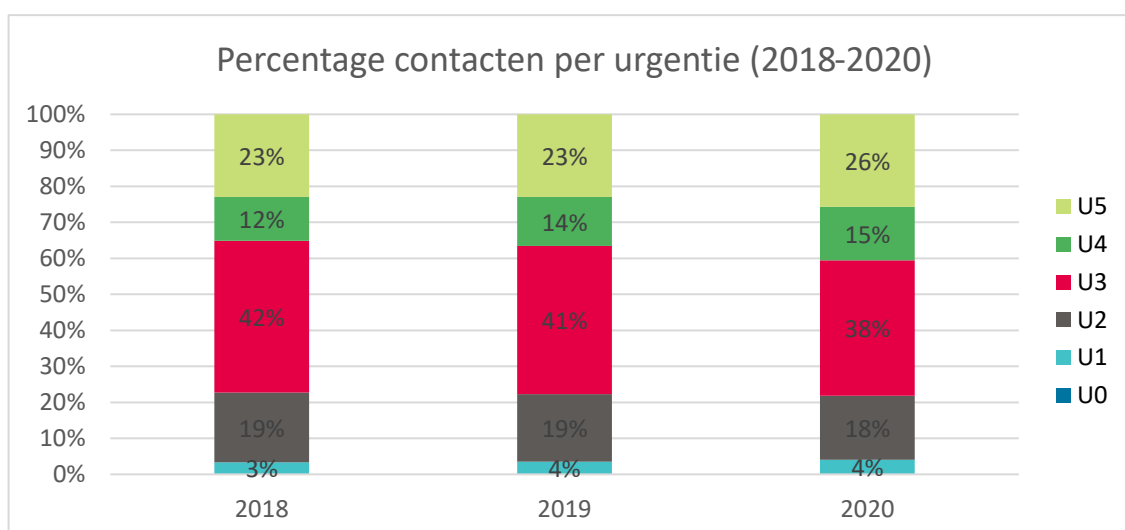
3 Resultaten

In het onderzoek is gekeken naar veranderingen in de toekenning van urgenties en vervolgacties door de triagist op de huisartsenpost tijdens de COVID-19-pandemie en naar de veranderingen door de aanpassingen in triagecriteria. Er wordt gestart met het presenteren van de resultaten rond de toekenning van urgenties en vervolgacties, de effecten van de COVID-19-pandemie en specifiek voor 'pijn thorax'. Vervolgens wordt er verder ingegaan op de veranderingen in urgentietoekenning die hebben plaatsgevonden na wijzigingen in de triagecriteria voor oogklachten en zwangerschap. Bij elk resultaat wordt de ervaringen vanuit de praktijk van triagisten weergegeven.

3.1 Veranderingen in de toekenning van urgenties en vervolgacties door de triagist op de huisartsenpost tijdens de COVID-19-pandemie

3.1.1 De toekenning van urgenties door de triagist op de huisartsenpost

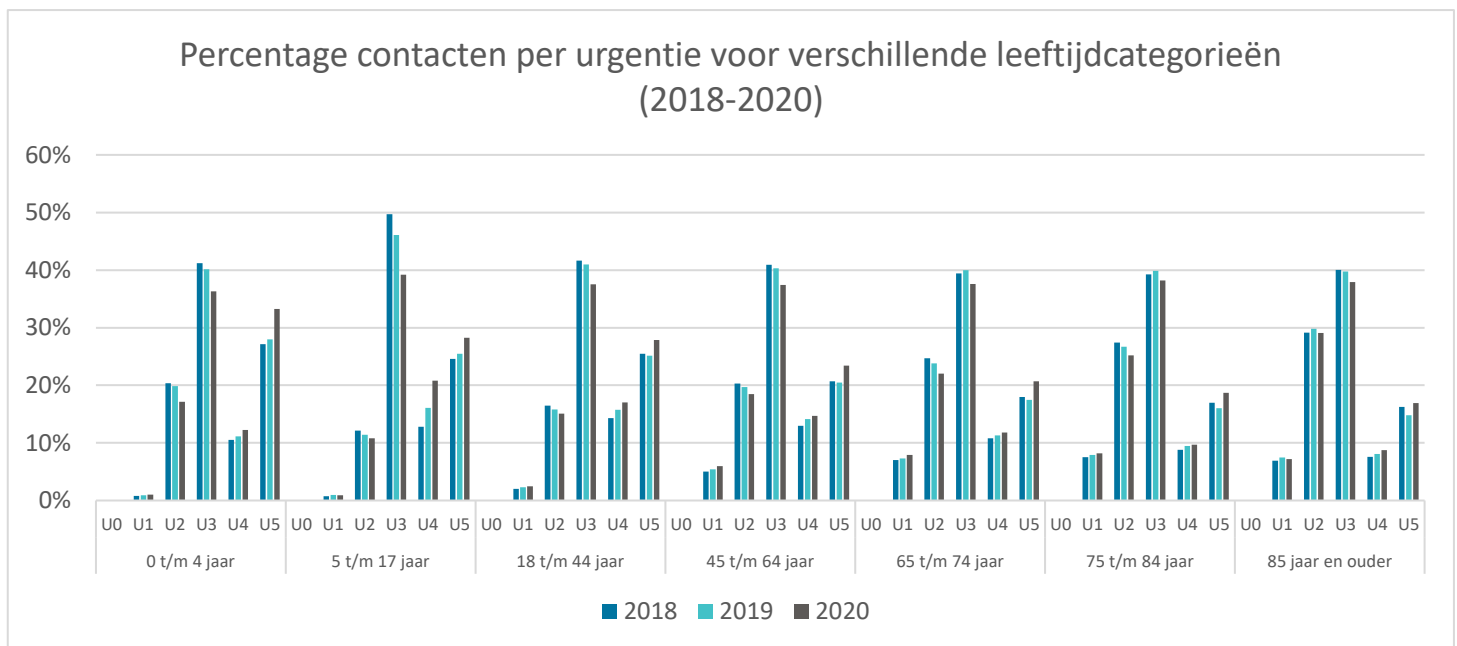
Voorafgaand aan een contact met de huisartsenpost dienen patiënten eerst te bellen met een triagist. De triagist maakt op basis van de (ernst van de) gezondheidsklacht(en) een inschatting van de urgentie. In 2018 waren er 225 contacten met de triagist per 1.000 inwoners van het verzorgingsgebied, wat heeft geleid tot 223 contacten met de huisartsenpost. In 2019 waren er 208 contacten per 1.000 inwoners van het verzorgingsgebied en heeft geleid tot 207 contacten per 1.000 inwoners van het verzorgingsgebied. In 2020 waren dit 192 contacten per 1.000 inwoners van het verzorgingsgebied en heeft geleid tot 191 contacten per 1.000 inwoners van het verzorgingsgebied. De procentuele verdeling van de toegekende urgenties door triagisten verschilde niet veel over de jaren (Figuur 1). Vooral tussen 2018 en 2019 waren weinig verschillen in de procentuele verdeling van de toegekende urgenties. In 2020 was een toename van U5 (geen kans op schade) en een afname van U3 (reële kans op schade).



Figuur 1 Procentuele verdeling van de toegekende urgenties, voor 2018, 2019 en 2020.

Opmerking: U0 wordt nagenoeg niet toegekend en daarom is het percentage niet weergegeven in het figuur.

Met name bij de leeftijdscategorieën 0 t/m 4 jaar en 5 t/m 17 jaar zijn grote verschillen te zien in de procentuele verdeling van urgenties tussen de jaren 2018-2020 (Figuur 2). In 2020 werd bij de jongste leeftijdscategorie (0 t/m 4 jaar) U2 (bedreiging vitale functies of orgaanschade) en U3 (reële kans op schade) minder vaak toegekend in vergelijking met de jaren daarvoor. Terwijl voor deze leeftijdscategorie U5 (geen kans op schade) vaker werd toegekend. Voor U3 is bij alle leeftijdscategorieën een afname te zien in 2020 ten opzichte van 2019, maar de grootste afname is voor 5 t/m 17 jarigen. Daarentegen werden U4 (verwaarloosbare kans op schade) en U5 vaker toegekend bij 5 t/m 17 jarigen in 2020, in vergelijking met 2018 en 2019.



Figuur 2 Het percentage contacten per urgentie voor verschillende leeftijdscategorieën in 2018, 2019 en 2020.

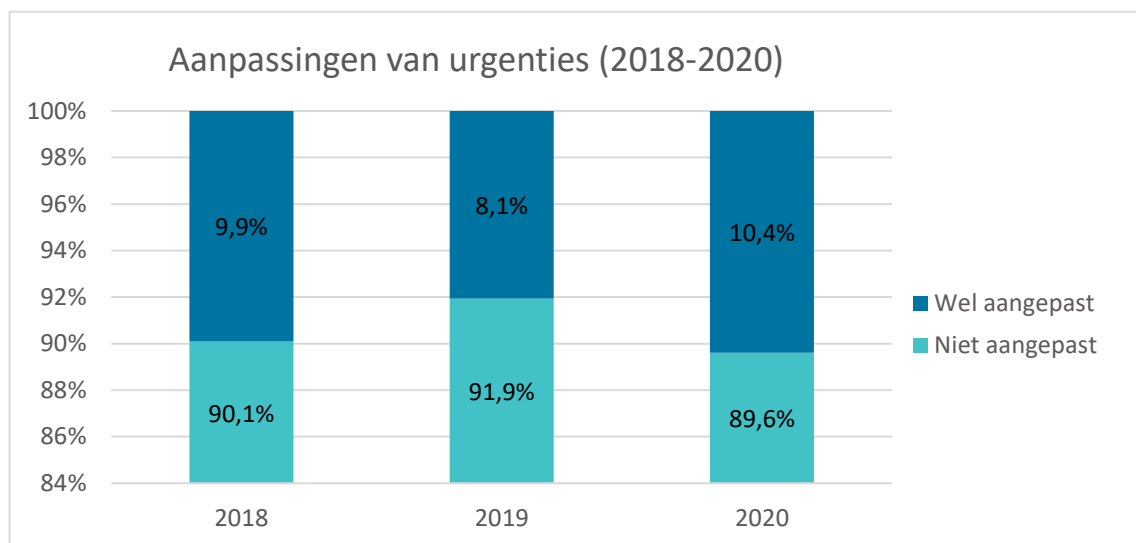
Ervaringen triagisten

De toename van U5 en de afname van U2 en U3 bij 0 t/m 4 jarigen komt volgens de triagisten doordat er tijdens de COVID-19-pandemie veel gebeld werd met vragen over COVID-19 die telefonisch beantwoord konden worden. Ook werd benoemd dat tijdens de pandemie beeldbellen is ingezet bij een aantal huisartsenposten tijdens de triage. Met beeldbellen krijgt de triagist gelijk een compleet beeld van de situatie van het kind. De ouder kan hierdoor beter gerust gesteld worden, zodat het kind niet gezien hoeft te worden op de huisartsenpost. Het beeldbellen is volgens triagisten een reden dat de urgentie bij kinderen afgeschaald kan worden en dat een advies voldoende is. Niet alle triagisten herkenden de toename van U5 bij kleine kinderen door meer beeldbellen. Als de triage wordt gedaan via beeldbellen en de triagist komt uit op een U3 dan wordt er een advies beeldbellen van gemaakt en laat de triagist de U3 staan. De triagist verandert de urgentie niet naar U5, ondanks dat er uit de triage een advies volgt. Dit heeft ermee te maken dat op deze huisartsenpost beeldbellen gezien wordt als consultvervangend. De triagist gaf aan dat de ernst van de klachten bepalend is voor welke urgentie wordt toegekend en dat de urgentie niet wordt aangepast omdat de vervolgactie niet zou passen bij de urgentie vanuit de triage.

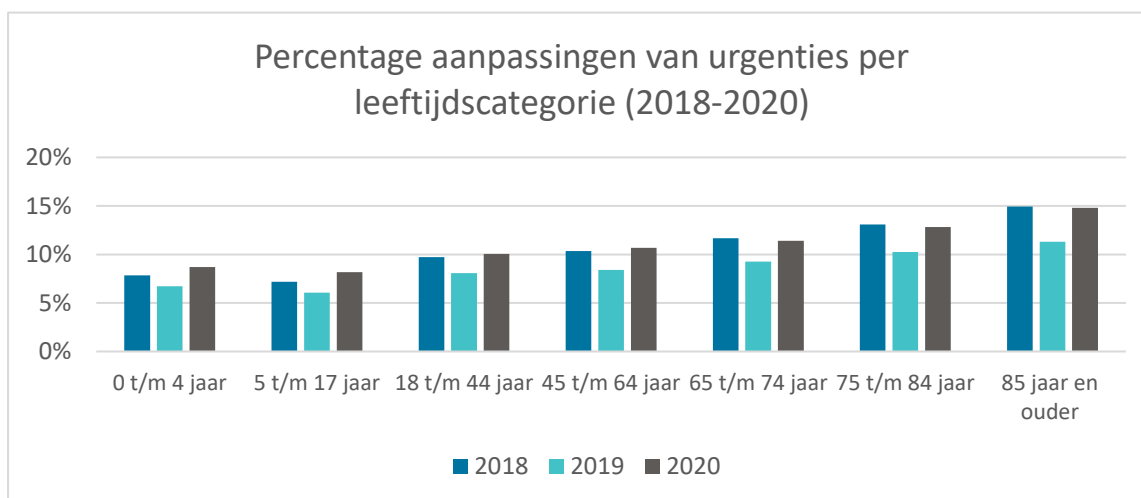
De triagisten geven verschillende verklaringen voor de relatieve toename van U4 en de afname van U3 bij 5 t/m 17 jarigen. Allereerst geven triagisten aan dat de COVID-19-pandemie ook een rol hierbij kan spelen, omdat er minder sportblessures waren, vanwege het sluiten van sportvoorzieningen. Triagisten benoemden dat er een duidelijke afname was in enkel- en knieklachten. Daarnaast kunnen triagisten zich voorstellen dat de afname van U3 en de toename van U4 kan komen door striktere triage in deze leeftijdscategorie bij trauma's door sporten, bijvoorbeeld een trauma enkel of knie. Als laatste wordt genoemd dat de aanpassing in september 2019 ook een rol gespeeld kan hebben in de toename van U4 en de afname van U3. Bij deze aanpassing moesten triagisten bij 'niet normaal kunnen belasten' een U4 toekennen in tegenstelling tot de jaren daarvoor, waarbij een U3 toegekend moest worden.

3.1.2 Aanpassingen van urgenties achteraf 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 aanpassen (verhogen of verlagen). De mate waarin triagisten de urgentie of vervolgactie aanpassen kan dienen als indicator voor het aansluiten van de protocollen bij de zorgvraag van de patiënt. In 2019 daalde het percentage triagecontacten waarvoor achteraf de urgentie nog werd aangepast naar 8,1% ten opzichte van 2018, toen de urgentie bij 9,9% van de triagecontacten achteraf nog werd aangepast (Figuur 3). In 2020 nam het aantal aanpassingen van de urgentie weer toe tot 10,4%. Dit geldt voor alle leeftijdscategorieën (Figuur 4). Met name voor de jongste leeftijdscategorieën (0 t/m 4 jaar en 5 t/m 17 jaar) zien we ook meer aanpassingen van de urgenties in 2020 ten opzichte van 2018.



Figuur 3 Het percentage aanpassingen van de urgentie voor 2018, 2019 en 2020



Figuur 4 Het percentage aanpassingen van de urgentie voor verschillende leeftijdscategorieën, uitgesplitst voor 2018, 2019 en 2020

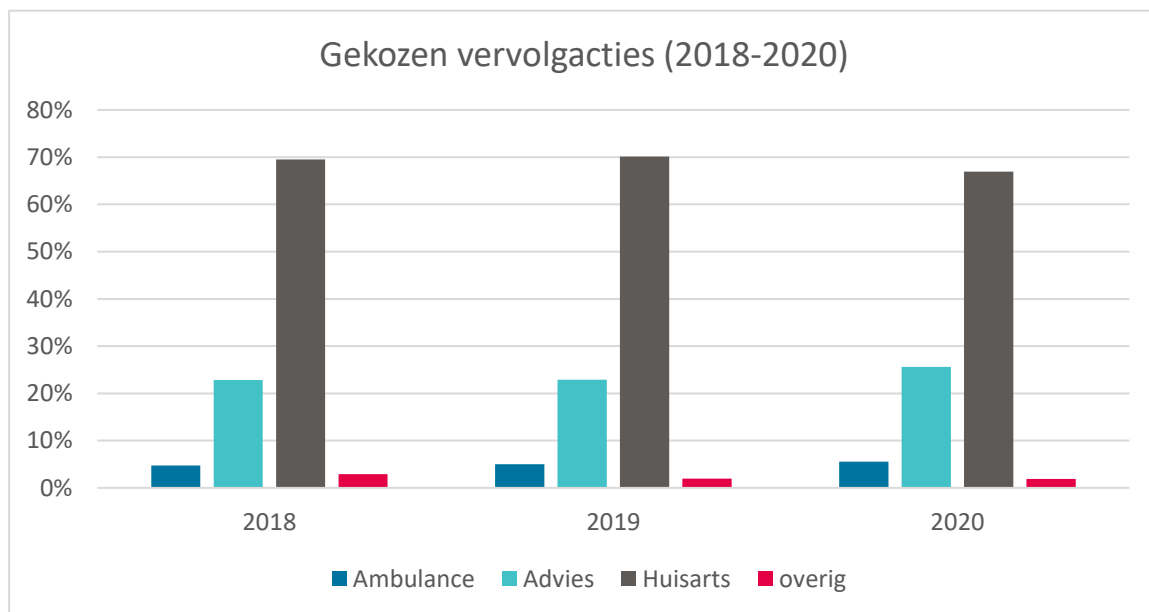
Ervaringen triagisten

In 2020 werden de urgenties vaker aangepast dan in 2018 en 2019. Triagisten gaven aan dat dit kwam door de COVID-19-pandemie. Uit de reactie van de triagisten bleek dat er tussen huisartsenposten verschillend werd omgegaan met griep of COVID-19 en de daaraan gerelateerde klachten, zoals benauwdheid of koorts. Op sommige huisartsenposten was het beleid om een lagere urgentie toe te kennen na triage, zodat mensen niet beoordeeld hoefden te worden op de huisartsenpost en met een zelfzorgadvies geholpen konden worden. Op andere huisartsenposten was de (ernst van de) klachten leidend voor de toekenning van de urgentie en werd niet afgeschaald als een zelfzorgadvies werd gegeven. De urgentie werd wel aangepast als de klachten minder ernstig bleken of wanneer patiënten belden vanwege ongerustheid. Bij de ene huisartsenpost is dus de ernst van de klacht alleen leidend, bij andere huisartsenposten speelt ook de vervolgactie een rol. Ook tussen triagisten onderling zijn er verschillen met betrekking tot het aanpassen van de urgentie, bleek uit het focusgroepgesprek.

De urgentie voor de jongste leeftijdscategorieën (0 t/m 4 en 5 t/m 17 jarigen) werd vaker aangepast in 2020 ten opzichte van 2018. Triagisten gaven aan dat er minder vaak werd gebeld voor kinderen tijdens de COVID-19-pandemie. Volgens triagisten werden kinderen minder vaak gezien op de huisartsenpost omdat de lockdown maatregelen, zoals het sluiten van scholen en kinderdagverblijven, naast het voorkomen van het overdragen van COVID-19, ook als gevolg had dat andere infectieziekten minder vaak werden overgedragen. Het aantal aanpassingen van de urgentie is volgens triagisten daarom niet veranderd, maar doordat er minder kinderen contact hadden met de huisartsenpost, werd relatief vaker afgeweken van de urgentie voor deze leeftijdscategorieën.

3.1.3 De toekenning van vervolgacties en de aanpassingen achteraf door de triagist op de huisartsenpost

Vanuit de triage wordt bepaald op welke manier de zorg zal plaatsvinden (ook wel vervolgactie), bijvoorbeeld via een consult op de huisartsenpost, telefonisch, of een visite door een huisarts. Figuur 5 laat zien dat in de meeste gevallen de vervolgactie een contact met de huisarts was (ongeveer 70%), gevolgd door een telefonisch advies (25%). Voor een kleiner deel van de contacten met de huisartsenpost werd een ambulance ingezet of een andere zorgverlener. Tussen 2018 en 2019 zijn geen verschillen in de gekozen vervolgacties. In 2020 is wel een afname te zien van de vervolgactie 'huisarts' en een toename van 'advies' ten opzichte van 2018 en 2019. De vervolgactie kan door inzicht van de triagist achteraf nog worden aangepast, dit gebeurde echter niet vaak: 0,23-0,35% van alle triagecontacten.



*Figuur 5 De procentuele verdeling van de meest gekozen vervolgacties voor 2018, 2019 en 2020
Opmerking: overige vervolgacties zijn GGZ, fasttrack, SEH, tandarts, verloskundige of politie*

Ervaringen triagisten

Triagisten gaven als verklaring voor de toename van de vervolgactie 'advies' in 2020 dat tijdens de COVID-19-pandemie meer telefonisch werd afgehandeld. Alles wat enigszins met een advies afgehandeld kon worden werd telefonisch gedaan of met beeldbellen. Hiervoor werden protocollen opgesteld en werd een regiearts ingezet die mensen terug kon bellen bij complexere hulpvragen om een juiste inschatting te maken voor de vervolgactie van een patiënt. Een andere triagist benadrukte dat ook veel patiënten zelf niet wilden komen. De hulpvraag van patiënten was dan ook vaak een telefonisch advies, omdat ze liever niet langskwamen.

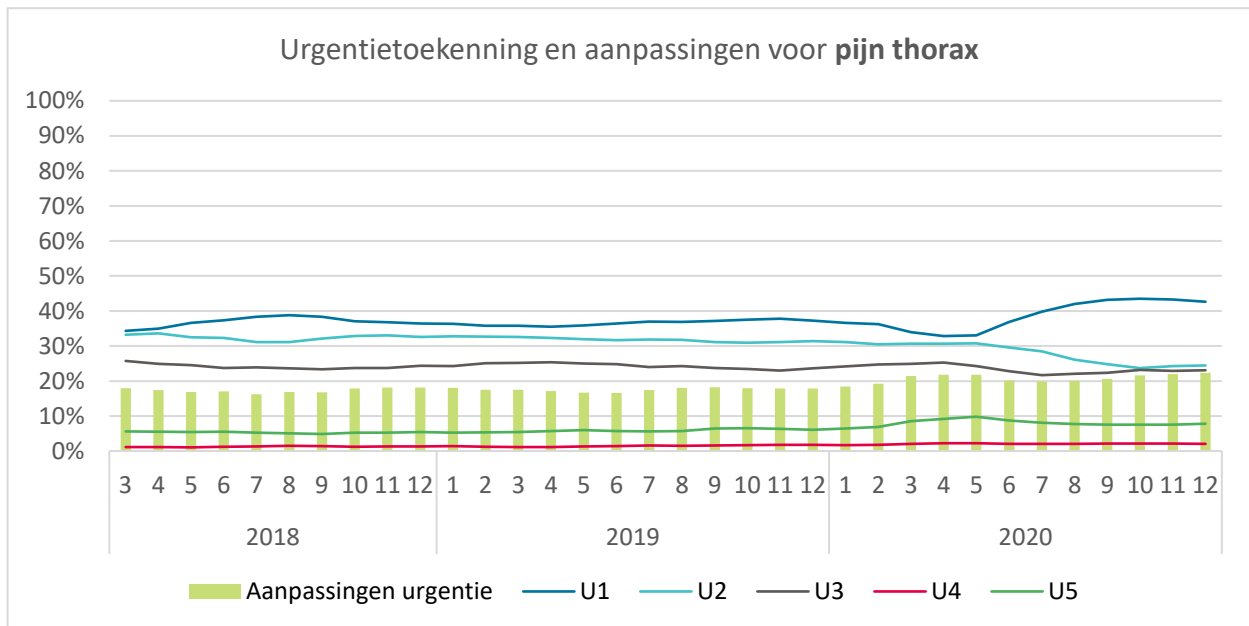
Patiënten die vanuit de triage 'ambulance' als vervolgactie kregen, hebben in sommige gevallen toch een contact met de huisartsenpost gehad. Triagisten gaven aan dat wanneer een ambulance gestuurd is en de situatie van de patiënt meevalt de patiënt na overleg met de regiearts alsnog op de huisartsenpost wordt behandeld. In deze gevallen wordt afgeweken van de vervolgactie, zonder dat deze wordt aangepast in de registratie. Daarnaast zijn er een aantal situaties die de triagisten beschreven waarbij de inzet van een ambulance volgt uit de NTS, maar waarbij toch voor een contact met de huisartsenpost wordt gekozen; ten eerste heeft een aantal huisartsenposten afspraken

gemaakt met de ambulancedienst dat bij hypo's (sterke daling van de bloedsuikerspiegel) van diabetespatiënten of epilepsieaanvallen de huisartsenpost wordt ingeschakeld. Ten tweede wordt bij terminale patiënten met bijvoorbeeld benauwdheidsklachten, waarbij een U1 uit de triage komt, niet altijd een ambulance gestuurd. De urgentie wordt bij sommige huisartsenposten dan verlaagd van U1 naar U2 en de vervolgactie gaat dan automatisch mee. Ten derde, wordt bij jonge patiënten met pijn op de borst ook niet altijd een ambulance ingezet, omdat de klachten niet altijd gerelateerd zijn aan een hartaanval.

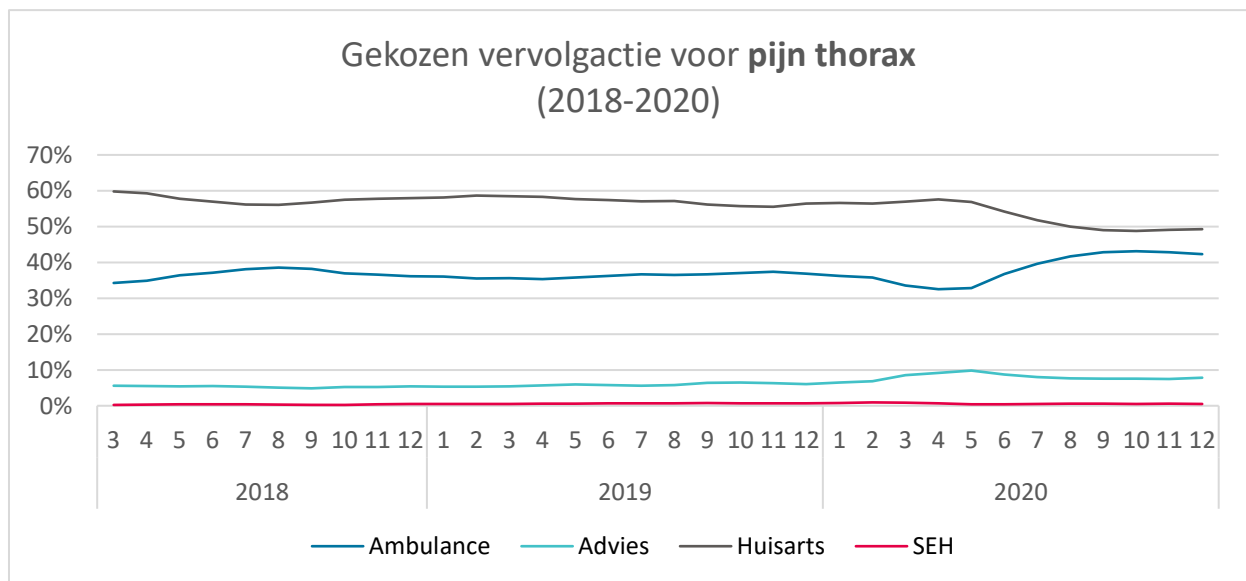
Triagisten van andere huisartsenposten vertelden dat ze de vervolgactie 'ambulance' niet aanpassen naar 'huisarts' vanwege de gebruiksvriendelijkheid van het softwaresysteem. Er is een extra handeling nodig om een andere vervolgactie te kiezen en voor de triagist zijn er geen zichtbare consequenties om de vervolgactie aan te passen. Hierdoor is er weinig motivatie voor de triagist om de vervolgactie aan te passen. In de agenda van de huisartsenpost wordt dit wel aangepast, omdat een consult alleen ingepland kan worden als de vervolgactie 'ambulance' is omgezet naar 'huisarts'.

3.1.4 De toekenning van urgenties en vervolgacties bij pijn thorax door de triagist op de huisartsenpost

Pijn thorax is een ingangsklacht waarbij vaak achteraf een aanpassing plaatsvindt van de urgentie. Deze ingangsklacht is lastig te beoordelen voor triagisten, omdat bij jongeren vaak de oorzaak van de klachten anders is dan een hartaanval. Daarnaast wordt vanuit de huisartsenpost vaak preventief een ambulance gestuurd. Dit waren redenen om deze ingangsklacht nader te bekijken, ook in relatie tot de COVID-19-pandemie. Voor alle triagecontacten met een triagist, was in 2018 4,8% in verband met pijn thorax. In 2019 was dit eveneens 4,8% en in 2020 was dit nog meer, 5,5%. In Figuur 6 is te zien dat vanaf mei 2020 vaker U1 (direct levensgevaar) werd toegekend en minder vaak U2 (bedreiging vitale functies of orgaanschade) en U3 (reële kans op schade). Daarnaast werd bij deze ingangsklacht de urgentie in 15-20% van de triagecontacten aangepast, een teken dat er ruimte is voor verbetering van de triagecriteria bij deze ingangsklacht. Vanaf februari 2020 is te zien dat de vervolgactie 'advies' tijdelijk vaker werd toegekend bij pijn thorax en minder vaak de vervolgactie 'ambulance' (Figuur 7). Vanaf mei 2020 veranderde dit weer, waarbij een toename was van de vervolgactie 'ambulance' en een afname van de vervolgactie 'huisarts'.



Figuur 6 Het voortschrijdend gemiddelde voor de urgenties (lijnen) en aanpassingen van urgenties (balkjes) voor de ingangsklacht pijn thorax, weergegeven als percentage van het totaal aantal contacten van deze ingangsklacht voor de jaren 2018-2020.



Figuur 7 Het voortschrijdend gemiddelde voor de meest gekozen vervolgacties voor de ingangsklacht pijn thorax, weergegeven als percentage van het totaal aantal contacten van deze ingangsklacht voor de jaren 2018-2020.

Ervaringen triagisten

De toename van U1 en de vervolgactie ‘ambulance’ in mei 2020 was volgens triagisten mogelijk gerelateerd aan de COVID-19-pandemie. Wanneer een patiënt belt met COVID-19 en pijn op de borst, dan wordt al snel U1 toegekend. Eén triagist gaf aan dat het ook een verkeerde verklaring kan zijn voor benauwdheid, de vraag daarbij is waar dat vandaan komt, vanwege COVID-19, vanwege longproblematiek of vanwege cardiale klachten. Een door triagisten genoemde verklaring was dat er in die periode meer gevolgen waren van uitgestelde en gemiste zorg aan het begin van de pandemie.

In mei kunnen de gezondheidsklachten van de uitgestelde en gemiste zorg erger zijn geworden, waardoor bij deze mensen meer cardiale klachten tot uiting zijn gekomen.

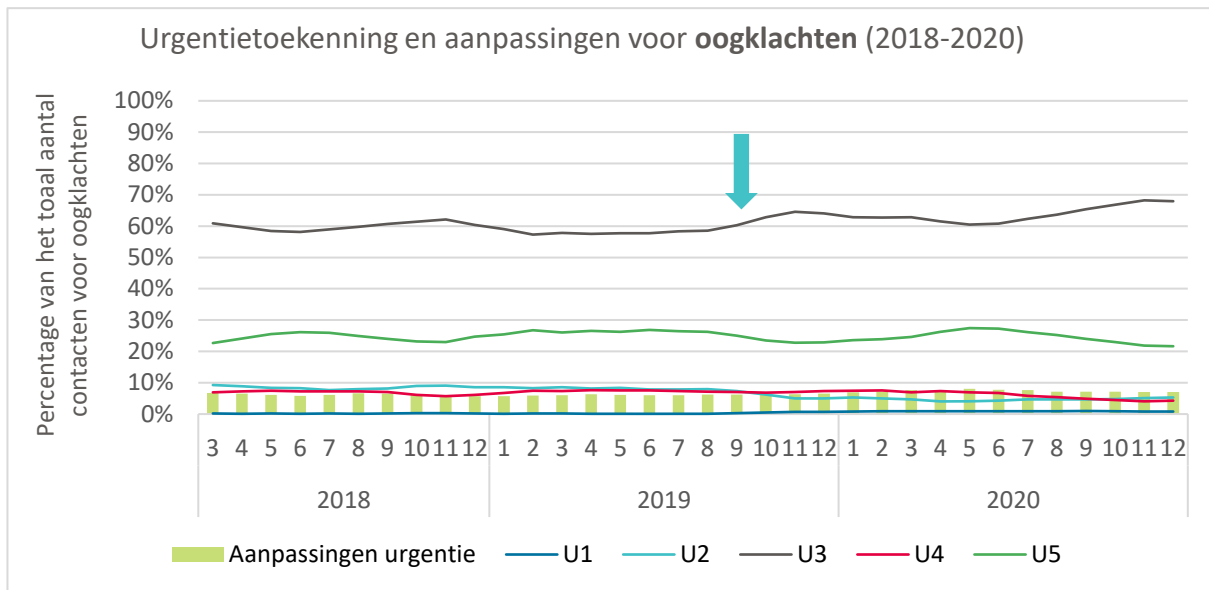
De urgenties bij de ingangsklacht pijn thorax wordt volgens triagisten vooral bij jonge patiënten verlaagd. Door triagisten werd aangegeven dat mogelijk leeftijd aan het triagecriterium toegevoegd kan worden voor een beter urgentietoekenning. Hier moet wel voorzichtig mee worden omgegaan, want wanneer een jong persoon met pijn op de borst belt en een familiere belasting heeft, dan moet dat meegenomen worden in de triage.

3.2 Veranderingen in de toekenning van urgenties door de triagist bij ingangsklachten met een wijziging in de triagecriteria

De NTS is voortdurend in ontwikkeling en wanneer nodig worden triagecriteria aangepast indien deze niet meer toereikend zijn of wanneer deze criteria niet meer de (NHG) richtlijnen volgen. Met de wijzigingen 'oogklachten' en 'zwangerschap' was getracht de urgentietoekenning verder te optimaliseren zodat deze beter aansluit bij de zorgbehoefte van de patiënt.

3.2.1 Oogklachten

In 2018 was 3,6% van alle triagecontacten met een triagist in verband met oogklachten. In 2019 was dit 3,8% en in 2020 daalde dit naar 3,6%. In september 2019 is de ingangsklacht oogklachten in zijn geheel herzien. In Figuur 8 is te zien dat vanaf het moment van de wijziging gedurende een korte periode een stijging is te zien van U3 (reële kans op schade) en een korte afname van U2 (bedreiging vitale functies of orgaanschade) en U5 (geen kans op schade). Vanaf mei 2020 is dezelfde korte trend te zien, waarbij weer vaker U3 werd toegekend en minder vaak U5.



Figuur 8. Het voortschrijdend gemiddelde voor de urgenties (lijnen) en aanpassingen van urgenties (balkjes) voor de ingangsklacht oogklachten, weergegeven als percentage van het totaal aantal contacten van deze ingangsklacht voor de jaren 2018, 2019 en 2020. Opmerking figuur: in september 2019 (blauwe pijl) is oogklachten in zijn geheel herzien.

Ervaringen triagisten

Deze ingangsklacht had nagenoeg geen veranderingen in urgentietoekenning na de wijziging in de triagecriteria. Er waren enkel kleine verschillen waar te nemen. In mei 2020 was er een tijdelijke toename van U3 en een afname van U5 voor oogklachten. Triagisten verklaarden dat dit niet perse kwam door wijzigingen in de triagecriteria, maar het mooie weer speelde in die periode een rol. Mensen gingen weer veel naar buiten om te fietsen of te wandelen, of gingen meer klussen en de mogelijkheid bestaat dat daarbij iets in het oog is gevolgen. Ook mensen die ongerust opbelden met een bepaalde klacht en een voorgeschiedenis van oogklachten hebben, mochten volgens triagisten mogelijk eerder langskomen, waardoor bij sommige huisartsenposten de urgentie werd verhoogd (naar U3).

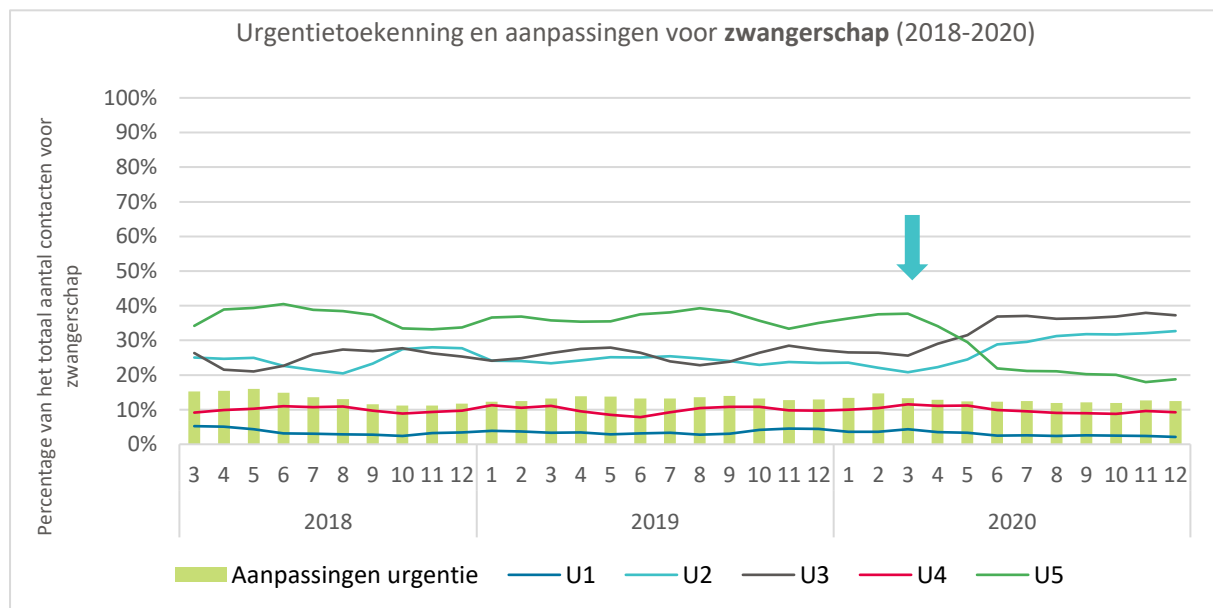
3.2.2 Zwangerschap

In 2018 was 0,2% van alle triagecontacten met een triagist in verband met klachten gerelateerd aan zwangerschap. In 2019 was dit 0,3% en in 2020 steeg dit naar 0,4%. In maart 2020, zijn bij verschillende ingangsklachten (buikpijn volwassene, urinewegproblemen, vaginaal bloedverlies, hoofdpijn en trauma buik) de triagecriteria 'Zwanger' of 'Zwangerschapsduur' weggehaald, omdat er niet makkelijk onderscheid gemaakt kon worden in de triagecriteria tussen gewoon buikpijn en zwangerschap. Daarom is de bestaande ingangsklacht 'Zwangerschap en partus' uitgebreid met verschillende nieuwe ingangsklachten betreffende zwangerschap; 'Zwangerschap en vaginaal vochtverlies', 'Zwangerschap en vaginaal bloedverlies', 'Zwangerschap en buikpijn', 'Zwangerschap en bezorgdheid' en 'Zwangerschap en overige klachten'. De nieuwe ingangsklachten geven een beter beeld wat er rondom de zwangerschap op de huisartsenpost gebeurt. In Tabel 4 is het aantal triagecontacten per 1.000 vrouwelijke inwoners van het verzorgingsgebied voor de verschillende ingangsklachten bij zwangerschap weergegeven. In Figuur 9 is tot aan maart 2020 de ingangsklacht 'Zwangerschap en partus' weergegeven, vanaf maart 2020 is de som van alle ingangsklachten rond zwangerschap weergegeven. De nieuwe ingangsklachten werden normaal geregistreerd onder

andere ingangsklachten, dus we hebben geen zicht of de toekenning van urgenties is veranderd bij de nieuwe ingangsklacht. In maart 2020, na de wijziging van de ingangsklachten, werden U2 (bedreiging vitale functies of orgaanschade) en U3 (reële kans op schade) vaker toegekend (Figuur 9). Tevens was er een afname van U5 (geen kans op schade). Wanneer we enkel kijken naar zwangerschap en partus in 2020, dan werd in het merendeel van de triagecontacten U5 toegekend en in een enkel geval werd U1 (direct levensgevaar) (Figuur 10). Bij zwangerschap en partus is de verwachting dat vanuit de NTS enkel U1 toegekend kan worden.

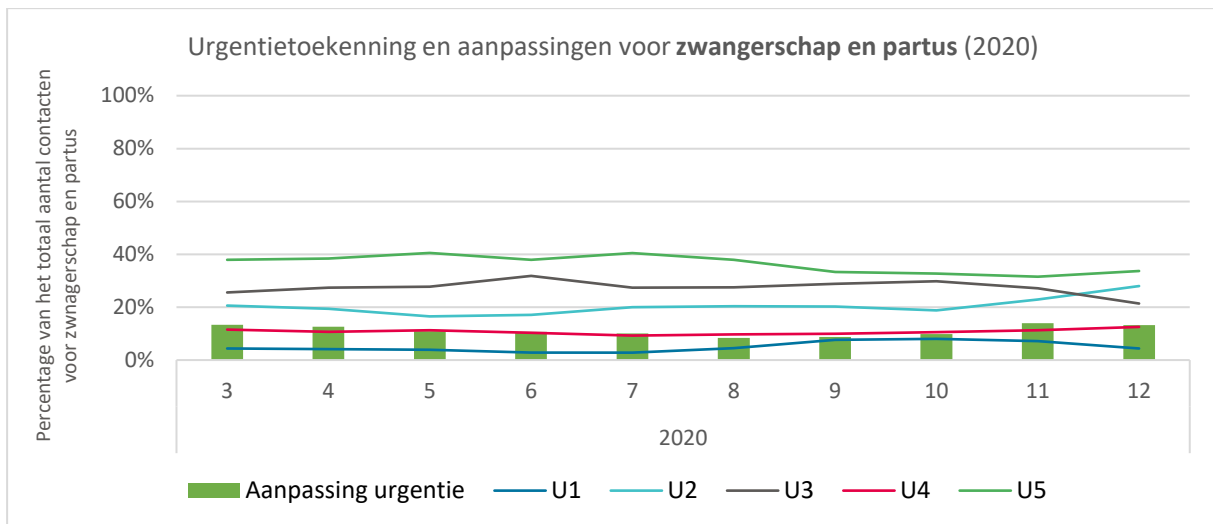
Tabel 4 Het aantal triagecontacten voor de verschillende ingangsklachten bij zwangerschap per 1.000 vrouwelijke inwoners van het verzorgingsgebied

	2018	2019	2020
Zwangerschap en partus	0.98 (100%)	1.10 (100%)	0.37 (22,1%)
Zwangerschap en bezorgdheid	-	-	0.09 (5,6%)
Zwangerschap en buikpijn	-	-	0.57 (33,9%)
Zwangerschap en overige klachten	-	-	0.32 (19,1%)
Zwangerschap en vaginaal bloedverlies	-	-	0.30 (17,9%)
Zwangerschap en vochtverlies	-	-	0.02 (1,4%)
Totaal	0.98 (100%)	1.10 (100%)	1.67 (100%)



Figuur 9 Het voortschrijdend gemiddelde voor de urgenties (lijnen) en aanpassingen van urgenties (balkjes) voor de ingangsklacht zwangerschap, weergegeven als percentage van het totaal aantal contacten van deze ingangsklacht voor de jaren 2018-2020.

Opmerking: in maart 2020 (blauwe pijl) is de ingangsklacht zwangerschap en partus uitgebreid met verschillende ingangsklachten betreffende zwangerschap; 'Zwangerschap en vaginaal vochtverlies', 'Zwangerschap en vaginaal bloedverlies', 'Zwangerschap en buikpijn', 'Zwangerschap en bezorgdheid' en 'Zwangerschap en overige klachten.'



Figuur 10 Het voortschrijdend gemiddelde voor de urgenties (lijnen) en aanpassingen van urgenties (balkjes) voor zwangerschap en partus, weergegeven als percentage van het totaal aantal contacten van deze ingangsklacht voor 2020.

Ervaring triagisten

De uitbreiding van de triagecriteria speelde een rol in de toename van urgente zorg voor zwangere vrouwen, volgens triagisten kwam dat doordat 'zwangerschap' uit de triagecriteria van de ingangsklacht buikpijn is gehaald. Voorheen vielen de klachten onder buikpijn en werd het criteria 'zwanger' aangevinkt, maar nu wordt zwangerschap als ingangsklacht gekozen, waardoor de triagist op een hogere urgentie uitkomt. De aanpassing in de triagecriteria heeft er volgens triagisten ook voor gezorgd dat wanneer een zwangere vrouw belt met de huisartsenpost al snel een advies 'verloskundige' volgt. Hierdoor werd na de wijziging van de triagecriteria ook vaker U2 en U3 toegekend en minder vaak U5. Aanvullend vertelde een triagist dat bij urinewegproblemen zwangere vrouwen vaak eerst contact hebben met een verloskundige en vervolgens contact opnemen met de huisartsenpost om een antibioticakuur te krijgen.

Triagisten zijn tevreden met de wijziging in de triagecriteria van deze ingangsklacht. Ze gaven aan dat het meer bewustwording creëert als een zwangere vrouw belt met buikpijn en ze meteen naar de nieuwe ingangsklacht kunnen gaan. Triagisten krijgen hierbij specifieke vragen gerelateerd aan zowel buikpijn als de zwangerschap. Hierdoor krijgen triagisten het gevoel extra veilig aan het werk te zijn voor de zwangere vrouw.

Triagisten gaven verschillende verklaringen voor zwangere vrouwen die contact hebben met de huisartsenpost voor hoog urgente zorgvragen. Eén triagist kon zich voorstellen dat zwangere vrouwen eerst contact met de verloskundige hebben opgenomen en naar aanleiding daarvan bellen met de huisartsenpost, bijvoorbeeld voor een verwijzing naar de gynaecoloog. Een andere verklaring volgens triagisten is dat de vrouw mogelijk een prille zwangerschap heeft, wat uiteindelijk resulteert in een miskraam met hevig bloedverlies. Hierbij is dan nog geen verloskundige in beeld.

Na het invoeren van de nieuwe ingangsklachten rondom zwangerschap, gaven triagisten aan de oude ingangsklacht zwangerschap en partus niet meer te gebruiken. Voor triagisten is het onduidelijk waarom er toch lage urgenties worden gekozen bij deze ingangsklacht. Triagisten zouden graag extra onderzoek willen over wanneer deze ingangsklacht nog wordt gekozen tijdens de triage.

4 Beschouwing

Het doel van dit onderzoek was om inzicht te krijgen in de toekenning van urgenties en vervolgacties door de triagist op de huisartsenpost, tijdens de COVID-19-pandemie en voor verschillende ingangsklachten waarbij een wijziging is geweest in de triagecriteria. Daarbij is gekeken wat het effect was van de COVID-19-pandemie op de toekenning van urgenties en vervolgacties, of veranderingen in de triagecriteria effect hebben gehad op de toekenning van urgenties en zijn ervaringen van triagisten meegenomen voor verdere duiding van de resultaten.

In 2020, tijdens de COVID-19-pandemie, hebben verschillende veranderingen plaatsgevonden in de toekenning van urgenties en vervolgacties in vergelijking met de jaren daarvoor. Er was een toename van de minder urgente zorgvragen (U5 - geen kans op schade) en een afname van de urgentere zorgvragen (U3 - reële kans op schade). Ook werd de urgentie vaker achteraf nog aangepast, werd er vaker telefonisch advies gegeven en hadden patiënten minder vaak een consult op de huisartsenpost. Triagisten gaven aan dat de COVID-19-pandemie een (grote) rol heeft gespeeld in deze veranderingen. Tijdens de pandemie werd in de huisartsenzorg zoveel mogelijk fysiek contact met patiënten vermeden (NHG, 2022), al dan niet op verzoek van de patiënt zelf, waardoor mogelijk tijdens de triage minder urgente categorieën werden toegekend en vaker een telefonisch advies werd gegeven in plaats van een consult op de huisartsenpost. Daarnaast werd er vaker gebeld in verband met zorgen over COVID-achtige klachten als benauwdheid, hoesten en koorts. Triagisten zullen dan ook vaker van de initiële urgentie zijn afgeweken. Externe factoren, zoals de COVID-19-pandemie, kunnen dus een belangrijke rol spelen in de mate waarop (geprotocolleerde) triage aansluit bij de zorgvraag van de patiënt en de zorg die geboden kan worden door de huisartsenpost. Triagisten spelen daardoor een belangrijke rol in het zoeken naar passende zorg voor de patiënt.

Triagisten kunnen op eigen inzicht de urgentie of vervolgactie aanpassen. De mate waarin triagisten de urgentie of vervolgactie aanpassen kan duiden of protocollen goed aansluiten bij de zorgvraag van de patiënt. In het focusgroepgesprek gaven triagisten aan dat op huisartsenposten verschillend wordt omgegaan met het aanpassen van urgenties en vervolgacties. Sommige huisartsenposten passen de urgentie aan op basis van wat de vervolgactie moet zijn, waarbij andere huisartsenposten de urgentie aanpassen vanwege de (ernst van de) klachten van de patiënt. Dit verschilt echter wel tussen patiënten en de ingangsklachten. Het is belangrijk om te achterhalen wat deze verschillende interpretaties en omgangsvormen van de NTS voor invloed hebben op de belasting van de huisartsenposten en uitkomsten voor de patiënten.

De wijzigingen in de triagecriteria zorgen ervoor dat de toekenning van urgenties en vervolgacties verder wordt geoptimaliseerd, zodat deze beter aansluit bij de zorgbehoefte van de patiënt. De wijzigingen in de triagecriteria werden door de triagisten goed ontvangen. Het is noodzakelijk voor de NTS om steeds verder te blijven ontwikkelen, zodat de uitkomsten van de triage blijven passen bij het veranderde zorglandschap en patiënten passende zorg blijven ontvangen. Triage speelt in de toekomst een belangrijke rol om de stijgende zorgvraag en de verwachte reducerende inkomsten (Baltesen, 2022) aan te kunnen. De reeds krappe arbeidsmarkt voor zowel huisartsen als triagisten, maakt dat eerstelijnsorganisaties voor een enorme uitdagingen komen te staan (Ineen, 2021). Eerder onderzoek heeft uitgewezen dat de NTS bij sommige ingangsklachten een te defensief karakter heeft waardoor mensen onnodig op de huisartsenpost terecht komen (Smits & Verheij, 2017). Ongeveer de helft van de contacten met de huisartsenpost krijgt een lage urgentie (U4/U5) toegekend (Ineen, 2021). Deze zorg is misschien niet altijd nodig, maar zorgt wel voor een hoge werkdruk voor de

triagist. Digitale zelftriage (zoals ‘Moet ik naar de dokter?’) biedt hierin mogelijkheden om patiënten te begeleiden bij het contacteren van zorg via de huisartsenposten (Verzantvoort et al., 2018). Hierbij kunnen patiënten met een laag-urgente zorgvraag inzien dat een contact met de huisartsenpost niet altijd nodig is en heeft de triagist meer tijd voor de hoog urgente zorgvragen.

Dit onderzoek geeft een aantal aanknopingspunten voor vervolgonderzoek en voor verbetering van de NTS. Ten eerste, bij een aantal ingangsklachten, zoals zwangerschap en partus, worden urgenties toegekend die niet aansluiten bij de triagecriteria uit de NTS. Triagisten hadden vooralsnog geen verklaring voor deze afwijking, maar zijn wel benieuwd hoe deze ontstaan zijn. Ten tweede gaven triagisten aan dat de leeftijd en familiäre belasting toegevoegd moeten worden aan het triagecriterium bij pijn thorax. Bij deze ingangsklacht moet de urgentie vaak verlaagd worden wanneer het gaat om een jong persoon met pijn op de borst. Daarnaast is gebleken dat mannen een verhoogde kans hebben op een acuut coronair syndroom wanneer ze bellen tussen middernacht en 9.00 uur met pijn op de borst (Wouters, 2020). Verder onderzoek is nodig om inzicht te krijgen of deze factoren, en mogelijk nog andere factoren, het beter mogelijk maken om met de NTS onderscheid te maken tussen patiënten met acuut coronair syndroom en andere redenen voor pijn op de borst. Tot slot, vervolgonderzoek zou gericht moeten zijn op het verkrijgen van meer inzicht in motivaties voor verschillende interpretaties en omgangsvormen van de NTS.

Samengevat, de COVID-19-pandemie heeft veel invloed gehad op de toekenning van urgenties en vervolgacties en de mate waarin deze achteraf nog werden aangepast door de triagist. Er werden lagere urgenties toegekend, vaker een telefonisch advies gegeven en urgenties werden vaker achteraf nog aangepast. Verder onderzoek naar de gezondheidsuitkomsten van strengere triage moet meer zicht geven op de mogelijkheid om strengere triage ook in te zetten om de werkdruk te verlagen. Daarnaast vond dit onderzoek dat het verschil per ingangsklacht of veranderingen in de triagecriteria direct van invloed zijn op de urgentietoekenning en hoe deze ervaren worden door triagisten. De ervaringen van triagisten zijn hierin belangrijk om inzicht te krijgen of wijzigingen in triagecriteria effectief worden bevonden. Zowel de effecten van veranderingen in triagecriteria als de effecten van de COVID-19-pandemie bleken te verschillen tussen huisartsenposten. Er is aanvullend onderzoek nodig om meer inzicht te krijgen hoe verschillen ontstaan en of de verschillen van invloed zijn op het zorggebruik via de huisartsenpost. Dit is belangrijk met het oog op de toenemende zorgvraag op de huisartsenposten en de spanning op de arbeidsmarkt voor triagisten en huisartsen.

Literatuur

- Baltesen, F. (2022). *Concept-IZA: dit zijn de belangrijkste maatregelen*. Zorgvisie. <https://www.zorgvisie.nl/concept-iza-dit-zijn-de-belangrijkste-maatregelen/>
- Bos, N., Ramerman, L., Flinterman, L., & Verheij, R. (2020). *Toename telefonische consulten en visites op de huisartsenpost in coronatijd. - Zorggebruik huisartsenpost in coronatijd. Week 1-25, 1 januari - 21 juni 2020*. 1–7.
- Ineen. (2021). *Benchmark - 2020*. <https://benchmarkhap.ineen.nl/>
- LHV. (2020). *Praktische tips voor in de huisartsenpraktijk tijdens COVID-19 - scheiden van patiëntenstromen: triage, niet-COVID-zorg en COVID-zorg*. <https://www.lhv.nl/product/praktische-tips-voor-in-de-huisartsenpraktijk-tijdens-covid-19/>
- NHG. (2022). *Inzet van digitale communicatiemiddelen en applicaties - Coronavirus (COVID-19)*. <https://corona.nhg.org/hulpmiddelen-voor-uw-praktijk/inzet-van-digitale-communicatiemiddelen-en-applicaties/>
- NTS. (2012). *Triage acute zorg op één golflengte Wat is NTS?* www.de-nts.nl
- NTS. (2014). *Kwaliteit*. <https://de-nts.nl/organisatie/kwaliteit/>
- NTS. (2017). *Visie en werkwijze NTS*.
- Ramerman, L., Rijpkema, C., Bos, N., Flinterman, L. E., & Verheij, R. A. (2022). The use of out-of-hours primary care during the first year of the COVID-19 pandemic. *BMC Health Services Research* 22:1, 22(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/S12913-022-08096-X>
- Rijpkema, C., Verheij, R., & Ramerman, L. (2021). *Veranderingen in de urgentietoekenning door de triagist na wijzigingen in de triagecriteria Nederlandse Triage Standaard*.
- Smits, M., Keizer, E., Huibers, L., & Giesen, P. (2014). GPs' experiences with out-of-hours GP cooperatives: a survey study from the Netherlands. *The European Journal of General Practice*, 20(3), 196–201. <https://doi.org/10.3109/13814788.2013.839652>
- Smits, M., Plat, E., Alink, E., Vries, M. de, Apotheker, M., Overdijk, S. van, & Giesen, P. (2022). Reliability and validity of the Netherlands Triage Standard in emergency care settings: a case scenario study. *Emergency Medicine Journal*, emermed-2021-211359. <https://doi.org/10.1136/EMERMED-2021-211359>
- 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>
- Wouters, L. T., Zwart, D. L., Erkelens, D. C., Cheung, N. S., De Groot, E., Damoiseaux, R. A., Hoes, A. W., & Rutten, F. H. (2020). Chest discomfort at night and risk of acute coronary syndrome: cross-sectional study of telephone conversations. *Family Practice*, 37(4), 473–478. <https://doi.org/10.1093/FAMPRA/CMAA005>
- Zorginstituut Nederland. (2022). *Kader Passende zorg*. <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/adviezen/2022/06/28/kader-passende-zorg>

Bijlage A Tabellenboek

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 2018, 2019 en 2020.
2. Tabel 2: beschrijft het aantal toegekende urgenties per 1000 triagecontacten, uitgesplitst per leeftijdscategorie voor de jaren 2018, 2019 en 2020.
3. Tabel 3: beschrijft het aantal triagecontacten per vervolgactie voor de jaren 2018, 2019 en 2020.
4. Tabel 4: beschrijft het aantal afwijkingen en percentage voor de vervolgacties, voor de jaren 2018, 2019 en 2020.
5. Tabel 5: beschrijft de toegekende urgenties voor verschillende ingangsklachten (oogklachten, zwangerschap (en partus) en pijnthorax) per 1000 triagecontacten voor de jaren 2018, 2019 en 2020.
6. Tabel 6: beschrijft de toegekende vervolgacties voor pijn thorax per 1000 triagecontacten voor de jaren 2018, 2019 en 2020.

Tabel 1 De triagecontacten per urgentie in aantallen en percentages, voor de jaren 2018, 2019 en 2020

Toegewezen urgentie	Aantal triagecontacten 2018 (# en %)		Aantal triagecontacten 2019 (# en %)		Aantal triagecontacten 2020 (# en %)	
U0	363	0,0%	394	0,0%	422	0,0%
U1	24719	3,3%	44930	3,5%	61358	4,0%
U2	144674	19,4%	238581	18,7%	272105	17,8%
U3	313932	42,1%	525254	41,2%	576543	37,6%
U4	90865	12,2%	172622	13,5%	227674	14,9%
U5	171166	23,0%	292830	23,0%	393920	25,7%
Totaal	745719	100%	1274611	100%	1532022	100%

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

	U0			U1			U2			U3			U4			U5			Afwijking urgentie		
	2018	2019	2020	2018	2019	2020	2018	2019	2020	2018	2019	2020	2018	2019	2020	2018	2019	2020	2018	2019	2020
1. 0 t/m 4	0	0	0	8	9	10	203	198	171	412	402	363	105	111	123	271	280	332	78	67	87
2. 5 t/m 17	0	0	0	7	10	9	121	114	108	497	461	392	128	161	208	246	255	283	72	61	82
3. 18 t/m 44	1	0	0	20	23	25	165	158	151	417	410	375	143	158	170	255	251	279	97	81	100
4. 45 t/m 64	0	0	0	50	54	60	203	197	185	409	403	374	130	141	147	207	205	234	104	84	107
5. 65 t/m 74	1	1	1	70	73	79	247	238	220	394	400	376	108	113	118	180	175	207	117	93	114
6. 75 t/m 84	1	1	1	75	79	82	274	267	252	393	399	382	88	95	97	169	160	187	131	103	128
7. 85 en ouder	1	1	1	69	75	72	291	298	291	401	398	379	76	81	88	163	148	169	149	113	148
Totaal	0	0	0	33	33	33	194	194	194	421	421	421	122	122	122	230	230	230	99	81	104

Tabel 3 De triagecontacten per vervolgactie in aantallen en percentages, voor de jaren 2018, 2019 en 2020

Gekozen vervolgactie	2018		2019		2020	
Advies	170120	22,8%	291510	22,9%	392175	25,6%
Ambulance	35525	4,8%	64183	5,0%	85445	5,6%
Huisarts	518456	69,5%	894051	70,1%	1025919	67,0%
Overig	21618	2,9%	24867	2,0%	28483	1,8%
Totaal	745719	100%	1274611	100%	1532022	100%

Tabel 4 Aantal afwijkingen en percentage voor de vervolgacties, voor de jaren 2018, 2019 en 2020

	2018		2019		2020	
Aantal afwijkingen	1703	0,2%	4306	0,3%	5334	0,3%
Totaal	745719	100%	1274611	100%	1532022	100%

Tabel 5 Toegekende urgenties voor verschillende ingangsklachten per 1000 triagecontacten voor de jaren 2018, 2019 en 2020

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Oogklachten-2018	U1	3	0	3	1	2	1	1	1	3	4	0	1
	U2	97	89	93	84	75	89	66	84	94	91	87	78
	U3	609	620	597	574	584	587	599	608	614	620	629	563
	U4	71	65	74	79	70	68	79	69	62	52	55	77
	U5	220	226	234	263	268	254	255	238	226	233	229	280
Oogklachten-2019	U1	3	2	2	0	1	1	1	1	7	7	5	9
	U2	93	77	87	81	83	72	81	86	53	47	49	52
	U3	581	575	579	573	580	577	592	587	632	668	639	615
	U4	70	76	75	78	74	74	71	70	70	66	74	81
	U5	253	271	257	268	261	276	256	256	238	212	233	243
Oogklachten-2020	U1	10	8	8	11	9	8	11	9	9	8	6	10
	U2	56	40	44	37	43	49	50	43	49	53	50	55
	U3	633	634	620	592	604	627	639	645	678	683	686	670
	U4	68	76	66	78	66	59	50	54	42	38	41	50
	U5	233	242	262	283	279	257	250	250	220	218	217	215
Zwangerschap-2018	U1	33	65	59	28	43	23	26	35	22	16	60	27
	U2	261	220	271	248	230	202	211	202	287	336	217	279
	U3	301	252	237	156	237	287	254	281	272	280	235	246
	U4	85	98	93	106	108	116	96	114	81	72	127	93
	U5	320	366	339	461	381	372	412	368	338	296	361	355
Zwangerschap-2019	U1	29	55	16	31	40	24	35	24	31	71	34	28
	U2	228	213	259	254	241	257	265	221	236	230	247	228
	U3	243	257	291	277	270	247	201	236	278	279	298	241
	U4	118	107	109	69	77	89	112	112	101	112	82	99
	U5	382	368	324	369	372	384	387	408	354	309	339	404

- Tabel 5 gaat verder op de volgende pagina -

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Zwangerschap-2020	U1	45	37	49	21	29	25	24	23	31	20	22	22
	U2	232	201	191	276	268	321	300	316	338	298	327	356
	U3	258	294	215	361	369	376	366	345	379	382	377	357
	U4	118	96	132	103	101	93	92	86	93	86	110	81
	U5	347	373	412	239	233	185	218	229	160	214	165	184
Zwangerschap en partus-2020	U1	45	37	50	39	29	17	40	77	111	53	50	29
	U2	232	201	185	195	116	203	280	128	200	237	250	353
	U3	258	294	216	312	304	339	180	308	378	211	225	206
	U4	118	96	132	91	116	102	60	128	111	79	150	147
	U5	347	373	417	364	435	339	440	359	200	421	325	265
Pijn thorax-2018	U1	350	326	353	368	376	375	400	388	363	361	380	351
	U2	324	353	321	335	319	316	297	320	345	319	326	331
	U3	259	252	261	234	240	237	240	230	229	251	232	249
	U4	12	11	12	11	9	16	15	13	13	10	15	13
	U5	55	58	54	53	55	56	47	49	50	59	47	56
Pijn thorax-2019	U1	358	362	352	352	373	368	369	369	377	379	379	360
	U2	325	323	328	318	311	321	322	309	303	316	315	310
	U3	249	254	251	254	244	245	232	250	230	222	236	249
	U4	13	11	11	12	16	15	17	13	18	18	17	18
	U5	55	49	58	64	56	52	61	59	72	65	53	63
Pijn thorax-2020	U1	359	368	292	325	373	408	414	439	443	422	431	425
	U2	309	294	315	309	299	280	274	229	241	240	247	246
	U3	240	254	254	250	223	212	215	235	219	239	227	227
	U4	16	17	27	21	19	21	21	21	22	21	21	18
	U5	76	66	112	96	86	79	76	75	74	77	73	84

Tabel 6 Toegekende vervolgacties voor pijn thorax per 1000 triagecontacten voor de jaren 2018, 2019 en 2020

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Pijn thorax-2018	Ambulance	348	330	351	367	375	373	396	389	361	359	376	349
	Advies	56	58	54	53	55	56	47	49	50	59	47	56
	Huisarts	593	610	591	576	564	566	554	561	586	578	570	590
	SEH	3	2	4	3	5	5	3	1	3	4	7	5
Pijn thorax-2019	Ambulance	357	360	351	350	372	365	364	365	372	375	375	356
	Advies	55	49	58	64	56	52	60	59	71	65	54	63
	Huisarts	584	585	585	579	566	577	568	570	548	553	565	574
	SEH	5	5	6	7	6	7	8	6	8	7	6	7
Pijn thorax-2020	Ambulance	355	363	290	323	373	405	411	435	439	420	428	423
	Advies	76	67	113	96	86	79	76	75	75	77	73	84
	Huisarts	560	559	591	578	538	510	506	485	481	498	493	488
	SEH	9	12	6	3	3	6	8	5	5	5	6	5