

# Toepassing van de Nederlandse Triage Standaard op de huisartsenspoedpost

Effecten van wijzigingen in de triagestandaard en Spoed=Spoed op  
de urgentietoekenning

Lotte Ramerman  
Corinne Rijkema  
Robert Verheij



**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 2024

ISBN 978-94-6122-866-6

030 272 97 00

[nivel@nivel.nl](mailto:nivel@nivel.nl)

[www.nivel.nl](http://www.nivel.nl)

© 2024 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 huisartsenspoedpost, hoe vaak triagisten achteraf de urgentiecategorie nog aanpassen, hoe wijzigingen in de triageprotocollen doorwerken in de urgentietoekenning en wat het effect is van de beleidsinvoering Spoed=Spoed op het toekennen van de urgentie. 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

<b>Voorwoord</b>	<b>3</b>
<b>Samenvatting</b>	<b>5</b>
<b>1    <b>Introductie</b></b>	<b>7</b>
<b>2    <b>Methoden</b></b>	<b>10</b>
2.1    Onderzoeksmethode fase 1 (kwantitatief)	10
2.2    Onderzoeksmethode fase 2 (kwalitatief)	11
<b>3    <b>Resultaten</b></b>	<b>12</b>
3.1    Urgentietoekenning op de huisartsenspoedpost	12
3.2    Effecten van wijzigingen in triagecriteria op urgentietoekenning	14
3.3    Effecten van Spoed=Spoed op triage in de nacht	17
<b>4    <b>Beschouwing</b></b>	<b>22</b>
<b>Literatuur</b>	<b>25</b>
<b>Bijlage A Tabellenboek</b>	<b>26</b>
<b>Bijlage B Wijzigingen in triagecriteria</b>	<b>33</b>

# Samenvatting

Patiënten die in de avond, nacht en in het weekend huisartsenzorg nodig hebben, kunnen terecht bij de huisartsenspoedpost. Voordat patiënten langsgaan, bellen ze eerst om hun gezondheidsklachten te bespreken met een triagist. Deze voert telefonische triage uit volgens de Nederlandse Triage Standaard (NTS) en beoordeelt de urgentie op een schaal van 0-5: U0 (hoog urgent: uitval vitale functies) tot U5 (laag urgent: geen kans op schade). Dit bepaalt hoe snel en op welke manier de patiënt wordt geholpen, bijvoorbeeld door een consult op de huisartsenspoedpost, telefonisch advies, huisartsbezoek of ambulance-inzet. Een goed triageprotocol is van groot belang, omdat triagisten hiermee urgenties en vervolgacties bepalen, wat helpt bij het beheersen van patiëntenstromen en de werkdruk op de huisartsenspoedpost en in de rest van de zorg.

In juni 2022 zijn wijzigingen aangebracht in de NTS-triagecriteria voor bepaalde gezondheidsklachten; *Braken, Buikpijn kind, Buikpijn volwassene, Diarree, Hoofdpijn, Huidklachten, Armklachten en Wond*. 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. Ook landelijke beleidsmaatregelen, zoals Spoed=Spoed, beïnvloeden de triage. Spoed=Spoed, sinds 2020 steeds vaker ingevoerd, heeft als doel de werkdruk op huisartsenspoedposten te verlagen door 's nachts alleen patiënten met een acute zorgvraag (U2 of een hogere urgentie en in uitzonderlijke gevallen U3) te zien, waardoor het aantal consulten op de huisartsenspoedpost in de nacht minder wordt. Het is echter onduidelijk of Spoed=Spoed dit gewenste effect heeft. Het doel van dit project was om inzicht te krijgen in hoe veranderingen in de NTS en de landelijke beleidsmaatregel Spoed=Spoed doorwerken in de dagelijkse praktijk op de huisartsenspoedposten.

## Methode

Het onderzoek bestond uit twee fases met verschillende methoden. In fase 1 werden beschrijvende gegevens uit elektronische patiëntendossiers van huisartsenspoedposten, die deelnamen aan Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn (2021-2023), gebruikt om de urgentietoekenning te onderzoeken, zowel in het algemeen als voor verschillende ingangsklachten met een wijzigingen in de triagecriteria. Daarnaast onderzochten we specifiek voor de nachtelijke uren de urgentietoekenning, het aantal aanpassingen van de urgentie en de omvang van het zorggebruik om meer inzicht te krijgen op het effect van Spoed=Spoed. Fase 2 omvatte focusgroepgesprekken met triagisten van verschillende huisartsenspoedposten om verdieping en duiding te verkrijgen op de gegevens uit fase 1.

## Resultaten

### Effecten van wijzigingen in triagecriteria op de urgentietoekenning

In juni 2022 is het triagecriterium 'aanhoudend braken' aangepast voor klachten zoals braken, buikpijn bij kinderen en volwassenen, diarree en hoofdpijn. Dit criterium leidt nu tot een urgentieadvies van U3 (reële kans op schade) in plaats van U2 (bedreiging vitale functies of orgaanschade). Sinds deze wijziging is het percentage triagecontacten met een U3 voor braken toegenomen, terwijl de percentages voor U2 en U5 (geen kans op schade) zijn afgenomen. Triagisten herkenden de verandering naar aanleiding van de wijziging. De afname van U5 vonden triagisten

echter opvallend. Dit kan komen doordat aanhoudend braken eerder tot U2 leidde, maar zonder trauma of ernstige symptomen vaak werd verlaagd naar U5. Momenteel wordt braken als U3 geclassificeerd en minder vaak naar U5 verlaagd, omdat U3 al minder urgent is.

In juni 2022 is bij de ingangsklacht buikpijn bij volwassenen het triagecriterium 'zieke indruk' toegevoegd, wat leidt tot U3 (reële kans op schade), of bij een ernstig zieke indruk, U2 (bedreiging vitale functies of orgaanschade). Bij huidklachten, armlklachten en wond is het triagecriterium 'rode streep zichtbaar' toegevoegd, wat resulteert in een U4 (verwaarloosbare kans op schade). Deze wijzigingen hebben niet geleid tot veranderingen in de urgentietoekenning.

### **Effecten van Spoed=Spoed op triage in de nacht**

Triagisten verwachtten dat Spoed=Spoed het aantal contacten in de nacht met de huisartsenspoedpost zou verminderen en de zorg de volgende dag zou beïnvloeden. Vooral nog lijkt er geen verandering te zijn in het aantal nachtelijke contacten en de urgentietoekenning vergeleken met voor de invoering van Spoed=Spoed. Er zijn wel verschillen zichtbaar tussen huisartsenspoedposten; sommige hebben minder nachtelijke huisartscontacten, terwijl anderen juist meer contacten hebben. Ook zijn er huisartsenspoedposten waar het aandeel contacten voor gezondheidsproblemen met een hoge urgentie toenam, terwijl anderen meer contacten voor minder dringende problemen zagen. Ondanks dat dit onderzoek geen grote verschillen in cijfers laat zien, geven triagisten aan het gevoel te hebben dat er in de nacht zinnigere zorg wordt geboden nu Spoed=Spoed is ingevoerd. Ook hebben triagisten het gevoel dat het door Spoed=Spoed rustiger is geworden in de nacht. De 24/7 maatschappij zorgt er echter wel voor dat mensen dwingender zijn geworden en dit kan ervoor zorgen dat niet urgente patiënten toch worden gezien op de huisartsenspoedpost. Een triagist waarbij Spoed=Spoed nog niet is ingevoerd, gaf aan dat de gesprekken over een mogelijke invoering toch onrust oplevert onder triagisten, omdat ze bang zijn dat dit het werkplezier zal beïnvloeden.

## **Conclusie**

Bij de ingangsklacht 'braken' leidde de wijziging tot de gewenste verschuiving van U2 naar U3, maar ook tot een bijeffect in een afname van U5. Bij andere ingangsklachten met wijzigingen in de triagecriteria waren weinig veranderingen, mogelijk doordat deze criteria zelden de urgentie bepalen. De invoering van Spoed=Spoed lijkt op korte termijn slechts bij enkele huisartsenspoedposten effectief: sommigen zijn terughoudend, terwijl anderen na invoering positieve effecten ervaren. Dit onderzoek toont aan dat, hoewel de wijzigingen in de triagecriteria en de beleidswijzigingen gericht zijn op het optimaliseren van het triageproces, vaak ook bredere zorgcontextfactoren het beoogde effect beïnvloeden, zoals variaties in werkafspraken tussen HDS'en met betrekking tot het toekennen van urgenties. Bovendien werden bij de wijzigingen in de triagecriteria neveneffecten waargenomen die mogelijk niet wenselijk zijn bij de ingangsklacht 'braken'. Desondanks weet de NTS met de aanpassingen in triagecriteria goed aan te sluiten bij de ervaringen van de triagisten. Bij Spoed=Spoed was de impact op de zorg via de huisartsenspoedpost nog beperkt in cijfers; de behaalde winst ligt vooral in de ervaringen van triagisten. De effectiviteit in cijfers kan mogelijk duidelijker worden bij een langere follow-up. Spoed=Spoed voorkomt niet dat patiënten met laag urgente gezondheidsproblemen bellen. De verwachting is dan ook dat er in de toekomst minder consulten en visites zijn en meer triage consulten. Noodzaak van een dergelijke beleidsregel zou altijd regionaal afgewogen moeten worden. Het is waarschijnlijk dat de uitvoering van Spoed=Spoed verschilt tussen HDS'en. Om echt grip te krijgen op de effectiviteit, moeten ook de regionale afspraken rond Spoed=Spoed in kaart gebracht worden.

# 1 Introductie

Bij acute gezondheidsproblemen in de avond, nacht en het weekend kunnen mensen terecht bij de huisartsenspoedpost. Vooraf aan een contact met de huisartsenspoedpost is er telefonisch contact met een triagist. De triagist maakt met behulp van een vast protocol, de Nederlandse Triage Standaard (NTS), een inschatting van de urgentie van de klacht en de noodzakelijke vervolgactie. Met behulp van de NTS zorgt de triagist ervoor dat de patiënt zo snel mogelijk bij de juiste hulpverlener terecht komt en daarbij de juiste zorg of behandeling ontvangt. Daarnaast speelt triage op de huisartsenspoedpost een belangrijke rol in het beheersen van patiëntenstromen en de werkdruk op de huisartsenspoedpost. De NTS biedt ondersteuning om met beperkte capaciteit de spoedzorg te organiseren (NTS, 2017). Dit gebeurt door het standaardiseren van de toekenning van urgenties en vervolgacties tijdens triage, door middel van protocollen. Deze protocollen bestaan uit verschillende triagecriteria voor gezondheidsklachten waarmee een patiënt belt, ook wel ingangsklachten. De triagist doorloopt deze met de patiënt om uiteindelijk tot een urgentieadvies te komen. Als deze volgens de triagist niet past bij de zorgvraag van de patiënt, kan de urgentie altijd worden aangepast (verhogen of verlagen). 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. Uit voorgaande onderzoeken is gebleken dat de NTS continu in ontwikkeling is, zowel door wijzigingen in de triagecriteria voor verdere optimalisatie van de protocollen, als door externe invloeden, zoals landelijk- of regionaalbeleid, de werkwijzen van de verschillende huisartsenspoedposten en steeds veeleisender wordende patiënten (Rijkema, et al. 2023; 2022; 2021).

## Nederlandse Triage Standaard

De Nederlandse Triage Standaard (NTS) is opgebouwd uit ingangsklachten. Deze ingangsklachten bestaan uit een reeks acute gezondheidsproblemen, waarmee mensen in de avond, nacht en het weekend terecht kunnen bij de huisartsenspoedpost (bijvoorbeeld braken, trauma extremiteit, benauwdheid, et cetera). Bij elke ingangsklacht is een set aan triagecriteria opgesteld die de triagist doorloopt en die uiteindelijk tot een urgentieadvies en bijbehorende vervolgactie leiden.

### Urgentie categorieën

Tijdens triage kunnen zes urgentieniveaus toegekend worden, lopend van U0 tot U5:

Urgentie	Omschrijving
U0	Uitval vitale functies – reanimatie
U1	Direct levensgevaar – onmiddellijk
U2	Bedreiging vitale functies of orgaanschade – zo snel mogelijk
U3	Reële kans op schade – binnen enkele uren
U4	Verwaarloosbare kans op schade – dezelfde dag
U5	Geen kans op schade – volgende werkdag

## Vervolgactie

Daarnaast kan de triagist met behulp van de NTS verschillende vervolgacties toekennen: een consult op de huisartsenspoedpost, telefonisch advies, visite van een huisarts, ambulance-inzet, verpleegkundige, GGZ, spoedeisende hulp, tandarts, verloskundige of politie.

## Wijzigingen in triagecriteria

De NTS wordt continu doorontwikkeld. In juni 2022 vonden de volgende wijzigingen plaats die in dit onderzoek verder worden onderzocht:

Ingangsklacht(en)	Wijziging
Braken, Buikpijn kind, Buikpijn volwassene, Diarree, Hoofdpijn	Triagecriteria aangepast: Als braken aanhoudend is, urgentie aangepast van U2 naar U3. Bijingangsklachten Diabetes, Duizelig en Trauma schedel blijft U2.
Buikpijn volwassene	Triagecriteria 'Zieke indruk' toegevoegd. Bij ja U3, bij ernstig U2.
Huidklachten, Armklachten, Wond	Triagecriteria 'Rode streep' zichtbaar toegevoegd. Bij ja U4.

## Wijzigingen in triagecriteria

De aanpassingen aan de NTS-triagecriteria worden gedaan op basis van NHG-richtlijnen, feedback uit het veld en op basis van evidence-based medicine (EBM), inclusief expert opinions of consensus (NTS, 2024). Uit eerdere onderzoeken door het Nivel kwam naar voren dat de wijzigingen in triagecriteria een wisselend effect hebben op de urgentietoekenning. Na invoering van de wijzigingen bij de ingangsklachten braken en trauma, paste de triagist minder vaak de urgentie aan (Rijkema et al., 2021), terwijl bij andere ingangsklachten een direct effect uitbleef. Het is echter vaak onbekend welk effect de wijzigingen hebben op de daadwerkelijke zorg die geleverd wordt via de huisartsenspoedpost. Het is daarom belangrijk om de impact van wijzigingen in de NTS te blijven monitoren en om meer zicht te krijgen op de geleverde zorg na triage, ter ondersteuning van de verdere optimalisatie van de protocollen. In juni 2022 zijn opnieuw wijzigingen doorgevoerd in de NTS-triagecriteria (versie 9.30), onder andere voor de ingangsklachten *Braken, Buikpijn kind, Buikpijn volwassene, Diarree, Hoofdpijn, Huidklachten, Armklachten en Wond* (Kader 1). Het is momenteel nog onduidelijk welke impact de wijzigingen in de triagecriteria van 2022 hebben gehad op de toekenning van urgenties door triagisten en de daaropvolgende zorg via de huisartsenspoedpost.

## Invloed van externe factoren op triage

Naast de effecten van veranderingen in de triagecriteria, bleek uit ons onderzoek dat er ook een groot aantal externe factoren van invloed is op de urgentietoekenning tijdens triage en daarmee de zorg die de patiënt ontvangt (Rijkema et al., 2023). De COVID-19-pandemie resulteerde in striktere triage, zodat minder mensen fysieke zorg ontvingen, maar vaker werden geholpen met advies. De mondigheid van patiënten en de zorg die overdag wordt geleverd, beïnvloeden ook steeds vaker welke urgentie en zorg er via de huisartsenspoedpost wordt geleverd. Maar ook landelijke beleidsmaatregelen zijn van invloed op triage. Een voorbeeld van een dergelijke maatregel is Spoed=Spoed (LHV, 2023), welke sinds 2020 op steeds meer posten wordt ingevoerd. Spoed=Spoed heeft als doel om de werkdruk op de huisartsenspoedpost te verlagen door 's nachts alleen patiënten te zien met een echte acute zorgvraag, dat wil zeggen een U2 of hoger (en in uitzonderlijke gevallen U3). Deze maatregel is over de afgelopen jaren op steeds meer posten ingevoerd en is een onderdeel van het Integraal Zorgakkoord (IZA) (VWS, 2022). Het is echter onduidelijk of Spoed=Spoed het gewenste effect heeft op het zorggebruik via de huisartsenspoedpost in de nacht, zowel in het verminderen van de werkdruk op de huisartsenspoedpost, als de toegankelijkheid voor mensen die



echt behoefte hebben aan spoedzorg. Uit een voorgaand project bleek dat triagisten soms kritisch zijn over de noodzaak en het effect van Spoed=Spoed (Rijkema et al., 2023).

## Doel

Het doel van dit project was om inzicht te krijgen in hoe veranderingen in de Nederlandse Triage Standaard en de landelijke beleidsmaatregel Spoed=Spoed doorwerken in de dagelijkse praktijk op de huisartsenspoedposten. Allereerst onderzochten we dit door te analyseren hoe urgenties werden toegekend in de periode 2021-2023 op huisartsenspoedposten en hoe vaak deze achteraf nog werden aangepast door triagisten. Vervolgens werd het effect van de wijzigingen in de NTS-triagecriteria onderzocht, waarbij we verder inzoomden op de ingangsklachten *Braken, Buikpijn kind, Buikpijn volwassene, Diarree, Hoofdpijn, Huidklachten, Armklachten en Wond*. We vergeleken de urgentietoekenning en het aantal aanpassingen van de urgentie voor en na de wijzigingen in de NTS-triagecriteria. Tot slot onderzochten we specifiek voor de nachtelijke uren de urgentietoekenning, het aantal aanpassingen van de urgentie en de omvang van het zorggebruik om meer inzicht te krijgen van het effect van Spoed=Spoed op de zorg in de nachtelijke uren op de huisartsenspoedpost.

## 2 Methoden

Het onderzoek bestond uit twee fases: de eerste fase was een kwantitatief onderzoek waarbij we ons hebben gericht op het beschrijven van de urgentietoekenning. Dit werd gedaan voor de urgentietoekenning in het algemeen, voor de specifieke ingangsklachten *Braken, Buikpijn kind, Buikpijn volwassene, Diarree, Hoofdpijn, Huidklachten, Armklachten en Wond* en voor de urgentietoekenning in de nacht. Ook hebben we gekeken naar de omvang van het zorggebruik op de huisartsenspoedpost. In fase twee voerden we een kwalitatief onderzoek uit waarbij de gevonden resultaten werden besproken in een focusgroep met als doel de resultaten uit de analyses te interpreteren en te komen tot aanknopingspunten en verbetering van de NTS-triagecriteria en daarmee van de triage.

### 2.1 Onderzoeksmethode fase 1 (kwantitatief)

Voor de beschrijvende data-analyses werd gebruikgemaakt van onherleidbare gegevens uit elektronische patiëntendossiers die routinematig worden vastgelegd door zorgverleners op huisartsenspoedposten die deelnemen aan Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn. Hiervoor werden de gegevens van 2021, 2022 en 2023 gebruikt. Deze studie is goedgekeurd volgens de governance-code van Nivel Zorgregistraties, onder nummer NZR-00324.010. In 2021 tot 2023 namen, afhankelijk van het jaartal, 28-34 organisaties van huisartsenspoedposten met ongeveer 12-13 miljoen inwoners in het verzorgingsgebied, deel aan Nivel Zorgregistraties. Alleen de gegevens van organisaties van huisartsenspoedposten die gebruik maken van de ICT-leverancier Topicus werden gebruikt voor het onderzoek, omdat binnen dit systeem de wijzigingen in de NTS automatisch werden geactualiseerd en meteen beschikbaar waren voor de triagist. Topicus is één van de twee leveranciers van elektronische patiëntendossiers voor huisartsenspoedposten aangesloten bij Nivel Zorgregistraties. Uiteindelijk werden in dit onderzoekgegevens gebruikt van ongeveer 20-28 huisartsendienstenstructuren (HDS'en) met een verzorgingsgebied van 8,5 - 12 miljoen inwoners (afhankelijk van het jaar). Huisartsendienstenstructuren die gebruik maakten van andere systemen bleven buiten beschouwing, omdat we niet precies wisten wanneer de NTS-wijzigingen waren doorgevoerd. In bijlage A zijn de absolute aantallen weergegeven.

Ter beantwoording van de onderzoeksvragen werden de volgende gegevens over 2021-2023 gebruikt:

- Leeftijd en geslacht van de patiënt
- Datum en tijd van het triagecontact
- Ingangsklacht van de patiënt
- Urgentie van het contact met de huisartsenspoedpost
- Afwijking van de urgentie toegewezen door de triage (ja/nee)
- Type contact (triageconsult, consult, visite)
- Diagnose/klacht bij het contact met de huisartsenspoedpost (ICPC1 code).

#### Veranderingen in urgentietoekenning

Er werden beschrijvende analyses worden uitgevoerd voor de veranderingen in urgentietoekenning. Over 2021-2023 werd de verdeling van de toegekende urgentie en de mate waarin deze achteraf nog werd aangepast als percentage van het totaal aantal contacten in kaart gebracht.

### Wijziging in protocol

Voor een aantal ingangsklachten zijn er wijzigingen in de triagecriteria aangebracht in 2022. Voor de volgende ingangsklachten werden de toegekende urgenties en de aanpassingen door de triagist voor 2021-2023 in kaart gebracht: ingangsklachten *Braken, Buikpijn kind, Buikpijn volwassene, Diarree, Hoofdpijn, Huidklachten, Armlklachten en Wond*.

Er werden beschrijvende analyses uitgevoerd waarbij de procentuele verdeling van de urgenties werd weergegeven met een zogenaamd 'voortschrijdend gemiddelde'. Dit werd berekend door per maand het gemiddelde percentage te berekenen met de voorgaande twee maanden. Hierbij werden toeval-fluctuaties uitgemiddeld, waardoor onderliggende trends beter zichtbaar werden.

### Effect van Spoed=Spoed

Allereerst is informatie opgevraagd bij InEen om te bepalen wanneer de HDS'en Spoed=Spoed hebben ingevoerd. Om het effect van Spoed=Spoed in kaart te brengen werd de triage en het zorggebruik voor de nachtelijke uren (23.00-8.00 uur) in kaart gebracht in het jaar voor en het jaar na invoering van Spoed=Spoed, zowel relatief (procentuele verdeling over urgenties) als per 1.000 inwoners van het verzorgingsgebied. Dit werd in kaart gebracht voor alle HDS'en samen, maar ook uitgesplitst per HDS. De volgende gegevens werden gebruikt:

- Triagecontacten per toegekende urgentie
- Aantal aanpassingen in urgentie
- Aantal zorgcontacten met de huisartsenspoedpost, totaal en per type contact (triageconsult, consult, visite).

## 2.2 Onderzoeksmethode fase 2 (kwalitatief)

De beschrijvende resultaten uit de analyses van fase 1, werden verwerkt in tabellen en figuren en zijn vervolgens besproken met de medewerkers van de stichting NTS. Op basis van de resultaten werden een aantal vragen en/of stellingen geformuleerd rond veranderingen in de urgentietoekenning en de wijzigingen in triagecriteria. De vragen / stellingen werden gebruikt tijdens een onlinefocusgroep via Microsoft Teams, waarbij negen triagisten aanwezig waren die gebruik maken van de NTS. De triagisten zijn werkzaam op huisartsenposten verspreid over heel Nederland en een aantal triagisten hebben naast hun werkzaamheden als triagist ook een coördinerende functie. Deze groep triagisten is op de hoogte van wijzigingen in protocollen en hoe daar in de praktijk mee wordt omgegaan. De focusgroep werd geleid door twee Nivel-onderzoekers, daarnaast waren er twee medewerkers van de NTS aanwezig tijdens de focusgroep ter observatie en was er voor de NTS gelegenheid om aanvullende vragen te stellen. Voordat de focusgroep begon, werd mondeling consent gevraagd aan alle triagisten. Tijdens de 1,5 uur durende focusgroep werd van de deelnemers aan de hand van vraagstellingen een verdieping gevraagd van de gevonden resultaten vanuit de Nivel Zorgregistraties gegevens en of dit overeen kwam met de eigen ervaringen. Tijdens de focusgroep werden zowel notulen als een audio-opname 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.

## 3 Resultaten

Dit onderzoek richtte zich op; 1) de urgentietoekenning op de huisartsenspoedpost, 2) het effect van wijzigingen in de NTS-triagecriteria op de urgentietoekenning en 3) het effect van Spoed=Spoed op de urgentietoekenning en het zorggebruik in de nachtelijke uren. De resultaten zijn opgedeeld aan de hand van deze onderwerpen, waarbij de resultaten van de beschrijvende data-analyse en de focusgroep zijn geïntegreerd.

### Overzicht beschrijvende data-analyse

In 2021 waren er 197 contacten met de triagist per 1.000 inwoners van het verzorgingsgebied die uiteindelijk tot een huisartsenspoedpostcontact hebben geleid. In 2022 waren dat 209 contacten per 1.000 inwoners van het verzorgingsgebied en in 2023 waren dat er 200 contacten per 1.000 inwoners van het verzorgingsgebied.

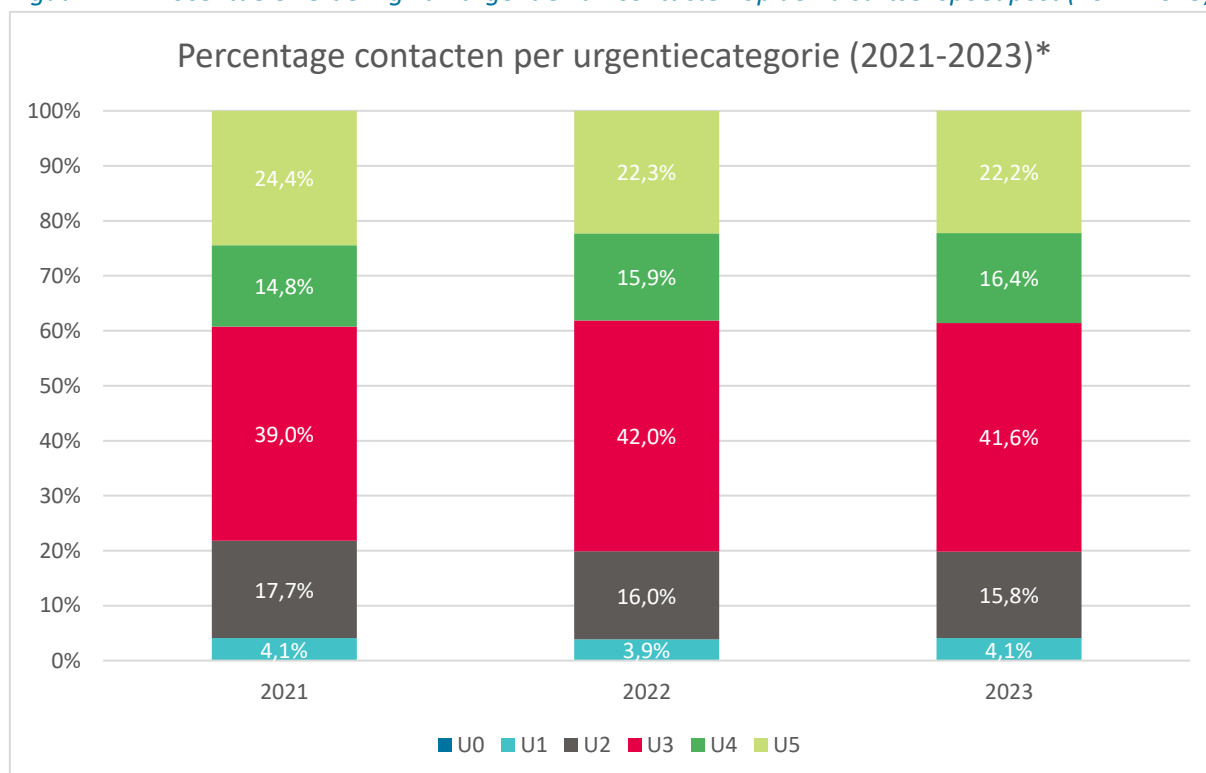
### Deelnemende triagisten aan de focusgroep

In totaal hebben negen triagisten deelgenomen aan de focusgroep. Deze negen triagisten zijn werkzaam op verschillende huisartsenspoedposten door heel Nederland. Acht triagisten hebben ook coördinerende functies op hun huisartsenspoedpost, zoals teamleider, een rol bij het inwerken van nieuwe medewerkers of kwaliteitsmedewerker.

### 3.1 Urgentietoekenning op de huisartsenspoedpost

Voorafgaand aan een contact met de huisartsenspoedpost dienen patiënten 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). De procentuele verdeling van de urgenties die door triagisten op de huisartsenspoedpost werden toegekend, vertoonden 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. Tijdens de COVID-19 pandemie (2020 en 2021) was er een lichte verschuiving van U3 naar U5. In de jaren 2022 en 2023 zagen we dat dit 'corona-effect' weer ongedaan was.

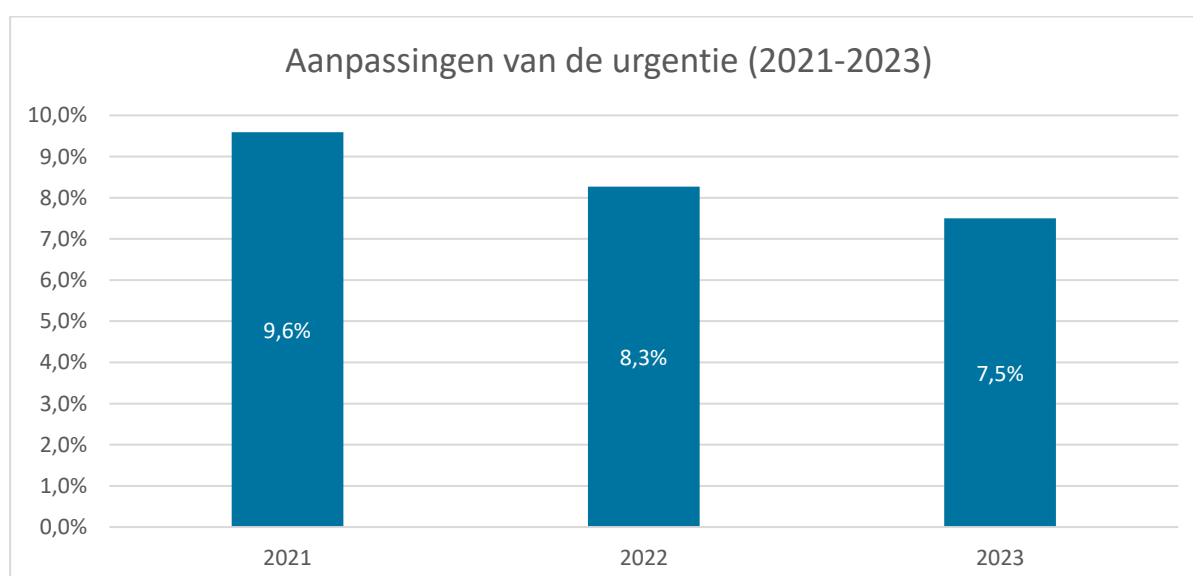
**Figuur 1** Procentuele verdeling van urgentie van contacten op de huisartsenspoedpost (2021-2023)



\*Opmerking: U0 werd nagenoeg niet toegekend. Daarom is het percentage niet zichtbaar in het figuur

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. We zagen over de jaren een geleidelijk afname in het aantal contacten waarbij het urgentieadvies uit de NTS werd aangepast, van 9,6% naar 7,5%. Ook hierbij nam het ‘corona-effect’ weer af. In 2019, voor de pandemie, werd er in 8,7% van de triagecontacten afgeweken van het urgentieadvies, in 2020 was dit 10,7% (Rijkema et al. 2023).

**Figuur 2** Het percentage aanpassingen van de urgentie (2021-2023)

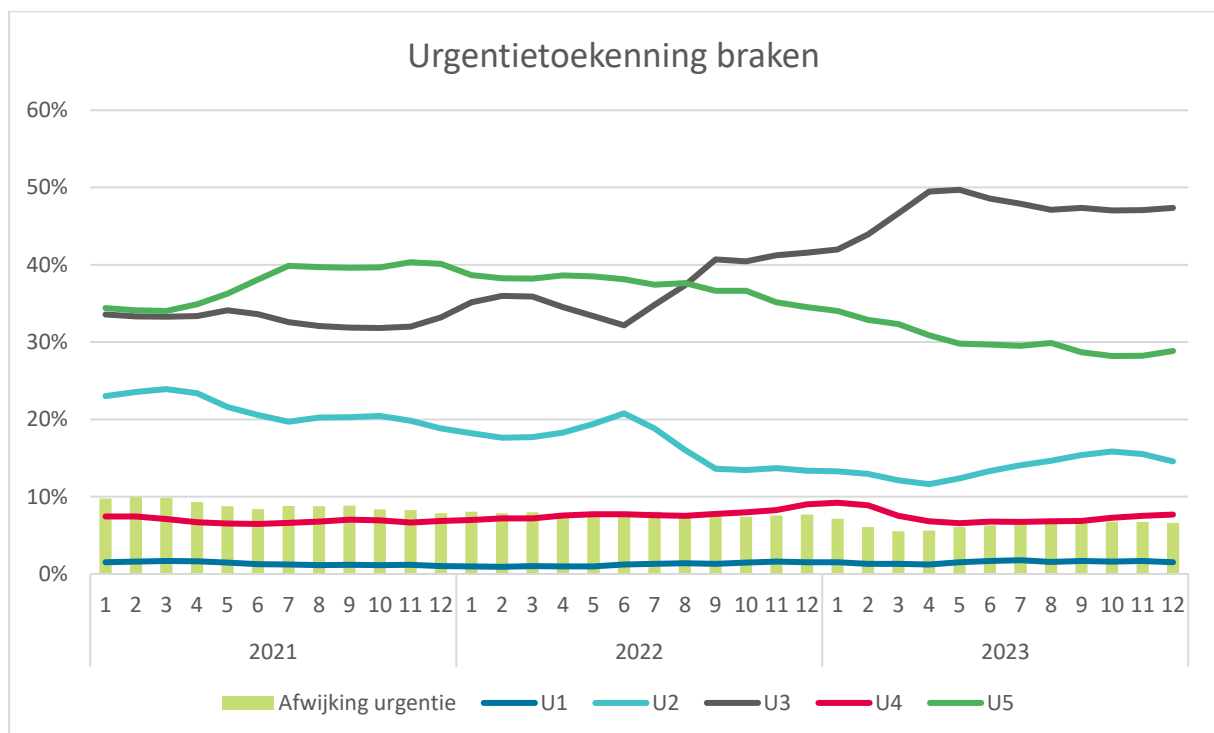


## 3.2 Effecten van wijzigingen in triagecriteria op urgentietoekenning

### 3.2.1 Aanpassing triagecriteria 'braken aanhoudend'

Voor verschillende ingangsklachten - braken, buikpijn kind, buikpijn volwassene, diarree en hoofdpijn - werd in juni 2022 het triagecriteria 'braken aanhoudend' aangepast. Dit triagecriteria resulteerde daarna in een urgentieadvies van U3 (reële kans op schade), daarvoor was dat U2 (bedreiging vitale functies of orgaanschade). Voor de ingangsklachten diabetes, duizelig en trauma schedel bleef de urgentie bij dit triagecriterium U2. In Figuur 3 is de verandering in urgentietoekenning na deze wijziging weergegeven voor de ingangsklacht braken. De ingangsklacht buikpijn volwassene is te zien bij hoofdstuk 3.2.2. De andere ingangsklachten buikpijn kind, diarree en hoofdpijn werden niet besproken tijdens de focusgroep, deze resultaten staan in Bijlage B. Van alle contacten met een triagist, was ongeveer 2,8-3,0% in verband met de ingangsklacht braken. We zagen vanaf het moment van de wijziging (juni 2022) een duidelijke verandering: het percentage triagecontacten voor braken met een U3 nam toe, terwijl de percentages voor U2 en U5 (geen kans op schade) afnamen.

**Figuur 3** Het voortschrijdend gemiddelde (3 maanden) voor de procentuele verdeling van urgentieniveau (lijnen) en het procentueel aantal aanpassingen van urgenties (balkjes) voor braken, weergegeven als percentage van het totaal aantal contacten voor braken (2021-2023)



Allereerst werd tijdens de focusgroep gesproken over hoe de ingangsklacht braken veelal wordt gebruikt. Een deel van de triagisten gebruikt 'braken' vaak als tweede ingangsklacht in combinatie met andere ingangsklachten, zoals buikpijn en hoofdpijn. Anderen gebruiken de ingangsklacht ook op zichzelf staand, bijvoorbeeld bij een vermoeden van maag-darm infecties. De ingangsklacht braken kan soms helpen als nog niet helemaal duidelijk is wat er aan de hand is met de patiënt. Braken is dan een goed startpunt. Een andere triagist bevestigde dit en gaf aan dat voor patiënten het braken vaak zwaar op de voorgrond staat en dat dan ook zal melden tijdens de triage. Pas later in het gesprek komen triagisten er dan achter dat het bijvoorbeeld een trauma van de dag ervoor was. Ook voor kinderen wordt de ingangsklacht braken wel gebruikt, bijvoorbeeld als een kind alleen braakt,

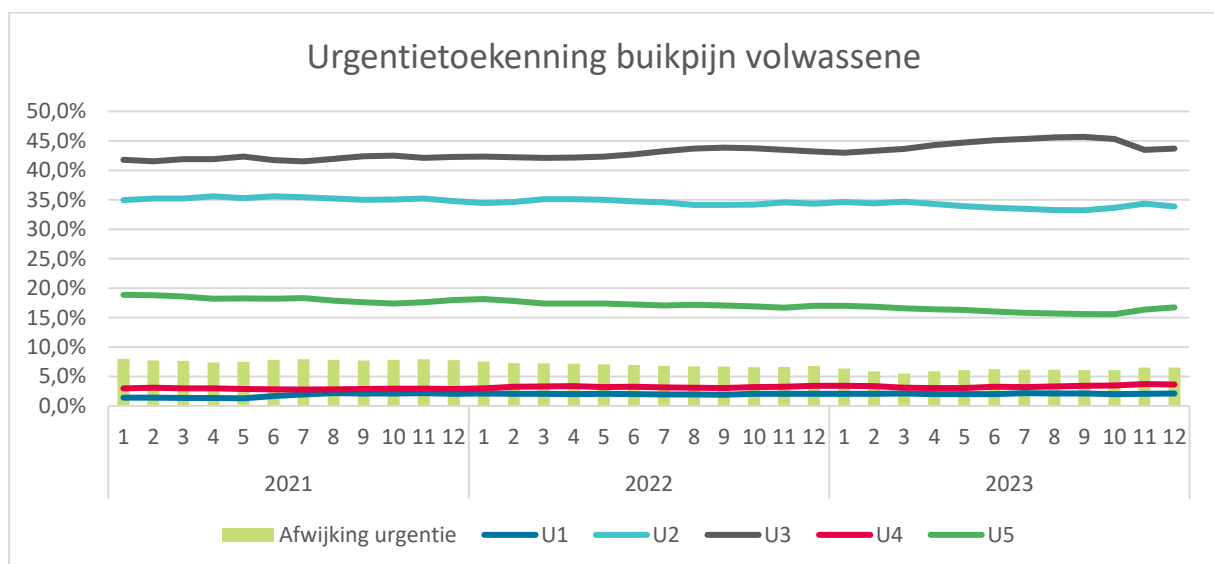
zonder verdere klachten. Als deze ingangsklacht er niet was, zou de veel algemenere ingangsklacht ‘ziek kind’ gebruikt moeten worden.

De verandering van U2 naar U3 werd herkend door de triagisten en bleek een direct gevolg van de wijziging in het triagecriterium. De afname van U5 werd door triagisten benoemd als opvallend. Eén van de triagisten suggereerde dat dit kon komen doordat het triagecriteria aanhoudend braken eerder tot een U2 leidde. Als er dan geen vermoeden van een trauma was, maar bijvoorbeeld dehydratie (wat veel minder urgent was), dan werd de urgentie vaak sterk afgeschaald naar U5. Door de wijziging van ‘aanhoudend braken’ naar U3 wordt de urgentie niet meer afgeschaald naar U5, omdat U3 al een minder urgente categorie is waarbij iemand niet per direct gezien hoeft te worden door een huisarts.

### 3.2.2 Aanpassing ingangsklacht ‘buikpijn volwassene’

In juni 2022 was aan de ingangsklacht buikpijn volwassene een nieuw triagecriterium toegevoegd: Zieke indruk. Wanneer de triagist beoordeeld dat een patiënt een zieke indruk achterlaat, dan wordt de urgentie U3 (reële kans op schade). Bij een ernstig zieke indruk wordt het een U2 (bedreiging vitale functies of orgaanschade). Daarnaast werd bij deze ingangsklacht ook het triagecriterium ‘aanhoudend braken’ aangepast van U2 naar U3, zoals hierboven bij 3.2.1. beschreven. Van alle contacten met de triagist, was 7,2% tot 7,8% in verband met de ingangsklacht buikpijn volwassene. In Figuur 4 zagen we naar aanleiding van deze wijzigingen nauwelijks een verschuiving in de urgentietoekenning.

*Figuur 4 Het voortschrijdend gemiddelde (3 maanden) voor de procentuele verdeling van urgentieniveau (lijnen) en het procentueel aantal aanpassingen van urgenties (balkjes) voor buikpijn volwassene, weergegeven als percentage van het totaal aantal contacten voor buikpijn volwassene (2021-2023)*



Eén van de triagisten gaf aan dat buikpijn altijd een spannende ingangsklacht is om te beoordelen. Triagisten willen deze patiënten eigenlijk altijd naar de huisartsenspoedpost laten komen en gaven aan dat huisartsen deze patiënten ook graag willen zien. Daarbij benoemden triagisten dat ‘zieke indruk’ niet het belangrijkste criterium is bij deze ingangsklacht om de urgentie te bepalen. De ernst van de buikpijn speelt daar een grotere rol in, evenals de duur van de klachten. Deze zijn bepalend in de urgentie en vervolgzorg die wordt gekozen.

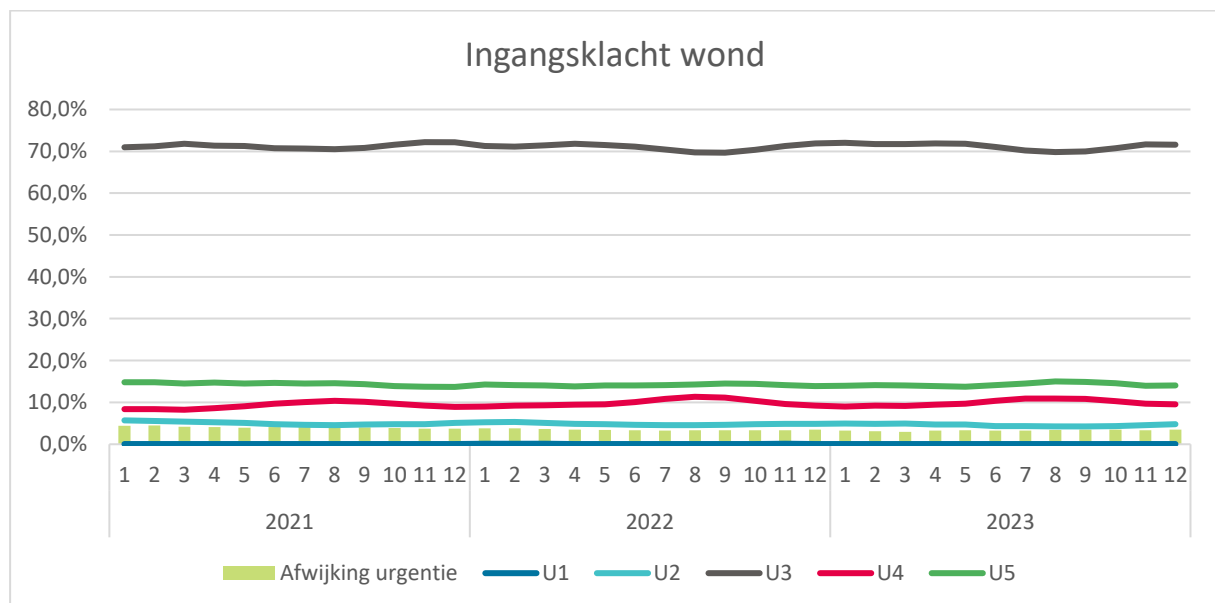
Triagisten benadrukten dat ‘zieke indruk’ als een duidelijker criterium wordt ervaren dan het eerder verwijderde triagecriterium ‘buikpijn verergerd’. Zieke indruk is een mooie aanleiding om op een U3 uit te komen, want wanneer er geen zieke indruk is, is urgent contact niet nodig. Wel werd aangegeven dat het belangrijk is om goed uit te vragen bij zieke indruk, om dit juist te beoordelen. Er werd genoemd dat iemand een zieke indruk achterlaat als iemand geen algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL) meer kan doen of als iemand alleen nog maar op bed ligt.

Er werd tijdens de focusgroep ook nog gesproken over de uitleg die vanuit de NTS wordt gegeven bij dit triagecriterium. Triagisten gaven aan dat deze duidelijk is, maar een aantal voorbeelden van ADL toevoegen aan de uitleg zou behulpzaam zijn. Dit kan helpen bij het interpreteren van wat de patiënt vertelt en om de zieke indruk te beoordelen. In 2024 werd het triagecriterium ‘koorts’ uit de ingangsklacht gehaald, waardoor triagisten verwachten dat zieke indruk een prominentere rol zal krijgen in het bepalen van de urgentie.

### 3.2.3 Aanpassing triagecriteria ‘Rode streep zichtbaar’

Bij de ingangsklachten huidklachten, armlklachten en wond werd het triagecriteria ‘rode streep zichtbaar’ toegevoegd. Dit criterium leidt tot een U4 (verwaarloosbare kans op schade). Voor de ingangsklacht wond is in Figuur 5 weergegeven of het nieuwe criterium heeft geleid tot een verandering in de urgentietoekenning. De andere ingangsklachten huidklachten en armlklachten werden niet besproken tijdens de focusgroep, deze resultaten staan in Bijlage B. Van alle contacten met de triagist, was 7,4% tot 7,9% in verband met de ingangsklacht wond. Bij deze ingangsklacht heeft de invoering van het nieuwe criterium niet geleid tot een verandering in de urgentietoekenning. Zowel voor als na de invoering, kreeg de meerderheid van de triagecontacten een U3 (reële kans op schade).

*Figuur 5 Het voortschrijdend gemiddelde (3 maanden) voor de procentuele verdeling van urgentieniveau (lijnen) en het procentueel aantal aanpassingen van urgenties (balkjes) voor wond, weergegeven als percentage van het totaal aantal contacten voor wond (2021-2023)*



Triagisten reageerden verschillend op de vraag of ze het nieuwe triagecriterium ‘Rode streep zichtbaar’ weleens gebruikt hadden. Een aantal triagisten gaf aan dat de ingangsklacht wond over het algemeen zelden wordt gebruikt. Alleen wanneer er sprake is van een acute wond wordt deze



gekozen, wanneer dit niet het geval is wordt vaak 'huid' als ingangsklacht genomen. Bijvoorbeeld wanneer er later een ontsteking optreedt (al dan niet met een rode streep), dan wordt de ingangsklacht huid gekozen. Bij de ingangsklacht huid is het nieuwe triagecriterium 'rode streep zichtbaar' een bekend criterium, bij de andere ingangsklachten (wond, arm en beenklachten) niet.

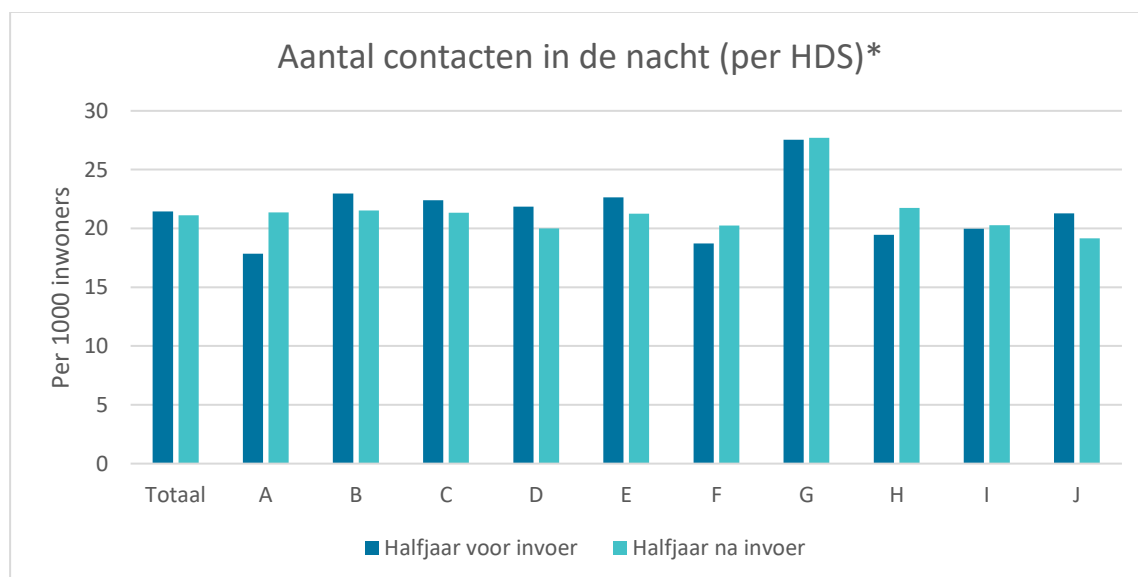
### 3.3 Effecten van Spoed=Spoed op triage in de nacht

De verwachting van de triagisten was dat Spoed=Spoed vooral van invloed is geweest op de zorg via de huisartsenspoedpost de volgende ochtend, in het weekend of bij de eigen huisartsenpraktijk op werkdagen. Een triagist gaf aan dat als de mensen niet in de nacht mogen komen, ze de volgende dag naar hun eigen huisarts gaan. De verwachting is dat het in de nacht rustiger is geworden en het aantal contacten met de huisartsenspoedpost zal zijn afgenomen.

#### 3.3.1 Zorggebruik in de nacht

Vooralsnog leek er geen verandering te zijn in het aantal contacten per 1.000 inwoners in de nacht met de huisartsenspoedpost, in vergelijking met voor de invoering van Spoed=Spoed (Figuur 6). Zowel voor als na de invoering, waren er 21 contacten per 1.000 inwoners met de huisartsenspoedpost in de nachtelijke uren. Op HDS-niveau waren echter wel veranderingen zichtbaar (Figuur 6): bij sommige HDS'en (D en J) was het aantal contacten afgenomen, terwijl bij andere HDS'en (A, F en H) het aantal contacten juist was toegenomen.

*Figuur 6 Het aantal contacten in de nacht per 1.000 inwoners van het verzorgingsgebied per huisartsdienststructuur (HDS) en totaal, weergegeven een half jaar voor de invoering van Spoed=Spoed en een half jaar na de invoering van Spoed=Spoed*



\* Opmerking: de letters A t/m J vertegenwoordigen de HDS'en

Een aantal triagisten die op een huisartsenspoedpost werken waar Spoed=Spoed al een tijdje is ingevoerd, gaven aan dat ze het gevoel hebben dat het rustiger is geworden in de nacht, doordat er nagenoeg alleen nog U2 patiënten worden gezien. Ze geven aan dat het de volgende ochtend (in het weekend) dan wel altijd erg druk is met patiënten die doorgezet zijn vanuit de nacht. Eén triagist gaf aan dat er een aantal gezondheidsproblemen zijn waarbij het urgentieadvies uitkomt op een U3, maar waarbij het niet gepast is om tot de volgende dag te wachten, zoals een wond die gehecht

moet worden. Deze patiënten worden dan alsnog gezien. Een andere triagist benadrukt dat afspraken met de huisartsenpraktijken overdag heel belangrijk zijn, zoals het afstemmen van tijdsloten overdag voor patiënten die niet op de huisartsenspoedpost terecht konden in de nacht. Dat helpt ook in de communicatie naar de patiënt toe.

De noodzaak van Spoed=Spoed werd door de triagisten onderschreven, maar dit verschilt wel tussen huisartsenspoedposten. De grote huisartsenspoedposten in de stedelijke gebieden ervaren een grotere werkdruk dan de kleinere perifere huisartsenposten, waardoor de noodzaak groter is om iets te doen tegen de grote patiënten toestroom. De kleinere huisartsenposten zijn dan ook later met het implementeren van Spoed=Spoed, omdat de noodzaak daar minder wordt gevoeld. Eén triagist van een stedelijke huisartsenspoedpost gaf aan dat er wel echt volgens Spoed=Spoed wordt gewerkt. Zij geven in de nacht zoveel mogelijk telefonisch advies, veelal in overleg met de regiearts. Veel wisselingen in personeel maken dat dit overleg met de regiearts extra belangrijk is. De desbetreffende triagist werkt in een gebied waar de hulpvraag groot is en helpt de invoering van Spoed=Spoed bij het verlagen van de druk in de nacht.

Eén van de triagisten gaf ook aan dat de houding van patiënten een belangrijke rol speelt of patiënten nog worden gezien in de nacht. Ze benoemde dat, veel meer dan voorheen, we een 24/7 maatschappij zijn geworden, wat ook geldt voor de gezondheidszorg. Als mensen een klacht hebben, dan willen ze geholpen worden en dan maakt het niet uit of het dag of nacht is. Triagisten krijgen dagelijks te maken met mensen die een stuk dwingender zijn geworden. De andere triagisten herkennen dit. Eén triagist vulde aan dat de huisartsenspoedpost soms ook beter bereikbaar is dan de eigen huisartspraktijk.

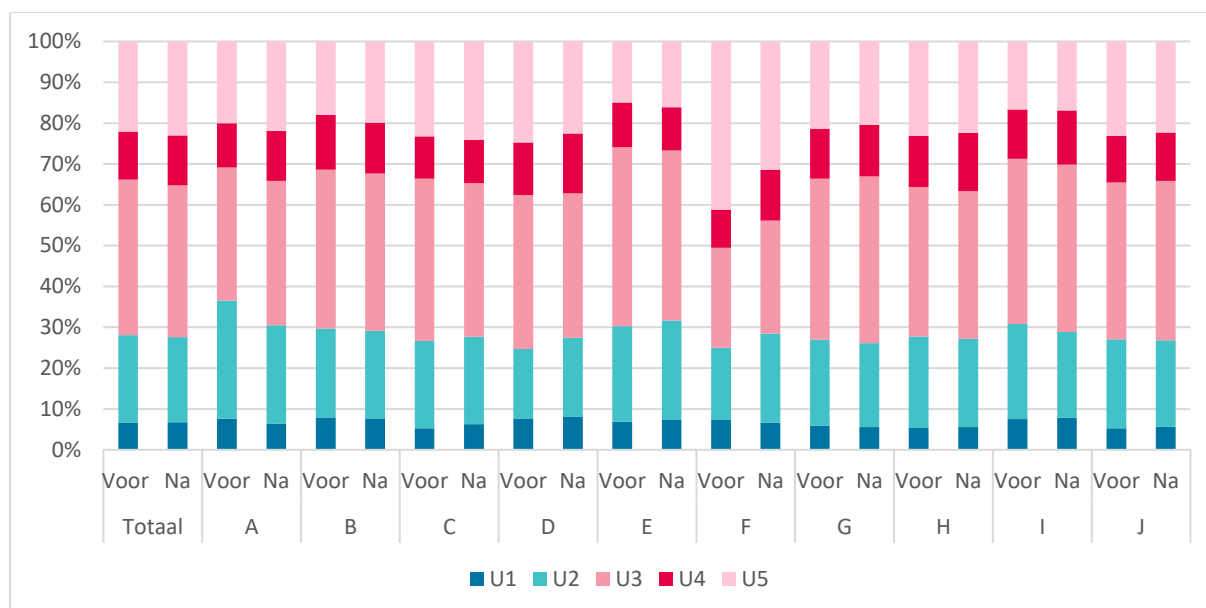
Eén van de triagisten gaf aan dat bij haar HDS momenteel gesproken wordt over de invoering van Spoed=Spoed. Ze geeft aan dat dit toch onrust oplevert onder triagisten en is bang dat dit het werkplezier negatief zal beïnvloeden. Het is lastig om een patiënt naar de volgende dag door te verwijzen als triagisten vinden dat iemand gezien moet worden en er zorgen zijn over de beschikbaarheid bij de eigen huisarts. De triagist gaf aan dat wanneer je de patiënt toch laat komen, er nare gesprekken kunnen ontstaan met de dienstdoende huisarts. Triagisten vangen hierdoor zowel de emotie van de patiënt als die van de huisarts op. Op deze huisartsenspoedpost zal alsnog het uitgangspunt worden dat patiënten met een U3 die een reden hebben toch worden gezien. Dat kan een hele duidelijke reden zijn, die niet altijd medisch hoeft te zijn.

Ondanks dat de resultaten in dit onderzoek geen verschillen in cijfers laten zien, gaf een triagist aan het gevoel te hebben dat er in de nacht zinnigere zorg wordt geboden nu Spoed=Spoed is ingevoerd. Het bewuster nadenken over welke zorg wordt geboden, levert al winst op. Die bewustwording is er ook bij de huisartsen, die de triagisten moeten ondersteunen bij de uitvoer van Spoed=Spoed.

### **3.3.2 Urgentietoekenning in de nacht**

Ook in de urgentietoekenning in de nacht zagen we geen grote verandering na de invoering van Spoed=Spoed (Figuur 7). De uitsplitsing naar HDS liet wel zien dat er al veel verschillen bestaan in de urgentietoekenning. We zagen dat meerdere HDS'en een toename hadden in het aandeel contacten voor gezondheidsproblemen met een hoge urgentie (D, F, H, J). Er waren echter ook HDS'en die na de invoering van Spoed=Spoed juist een groter aandeel contacten voor laag urgente gezondheidsproblemen hadden (A, B, C, E, I).

**Figuur 7** Procentuele verdeling van urgentietoekenning (hoge urgentie >U2 (blauw) vs. lage urgentie <U2 (roze)) in de nacht per huisartsendienstenstructuur (HDS) en totaal, weergegeven een half jaar voor de invoering van Spoed=Spoed en een half jaar na de invoering van Spoed=Spoed



\* Opmerking: de letters A t/m J vertegenwoordigen de HDS'en

Triagisten gaven aan dat bij U3 altijd nog een afweging wordt gemaakt of de patiënt kan wachten tot de volgende dag of dat er een kans is dat patiënten toch een U2 krijgen. In dat laatste geval wordt de patiënt gewoon gezien.

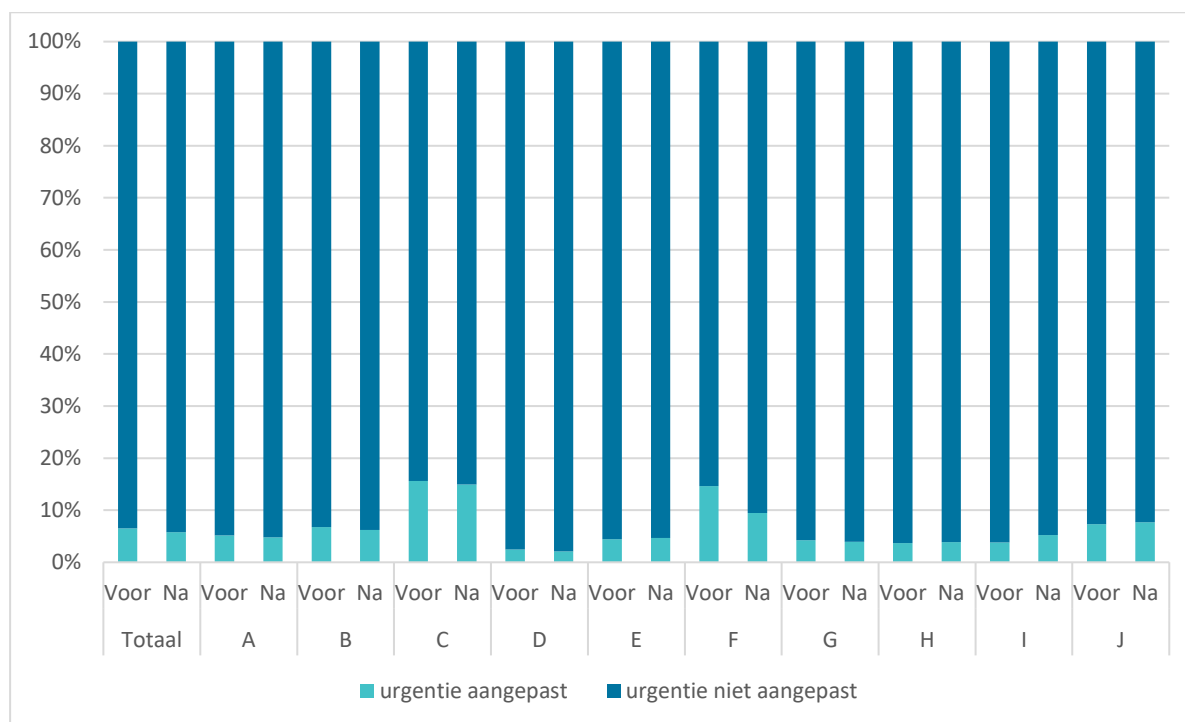
Eén van de triagisten gaf aan dat de winst zit in het bespreekbaar maken van patiënten met een U3. Voorheen werden deze patiënten altijd gezien, ook in de nacht. Nu wordt er een serieus gesprek gevoerd of dit echt noodzakelijk is. De triagist gaf aan dat dit zinnigere zorg is. De triagist voelt zich gesteund vanuit de huisarts om dit gesprek met de patiënt aan te gaan. Wat uiteindelijk weer leidt tot minder werkdruk voor de huisarts.

De variaties tussen de HDS'en liet volgens één van de triagisten zien dat er bij een aantal HDS'en erg was geworsteld met de invoering van Spoed=Spoed. Zij geeft aan dat het erg belangrijk is hoe het beleid is gebracht en doorgevoerd en ook hoe strikt de naleving moet zijn. De triagist benadrukt dat het ingewikkeld is dat een dergelijk beleid soms ingaat tegen je eigen inschatting van wat een patiënt nodig heeft. Door de HDS'en de kans te geven om met elkaar een landelijke benchmark te vergelijken, kunnen ze wellicht handvaten krijgen voor de uitvoering van Spoed=Spoed.

### 3.3.3 Aanpassen van urgentie na triage

Een aantal triagisten gaf tijdens de focusgroep aan dat de werkafsprake is dat U3's die in de nacht niet gezien hoeven te worden, aangepast worden naar U4's. Dit zagen we niet terug in de gegevens uit Nivel Zorgregistraties. Het aandeel triagecontacten waarna de urgentie werd aangepast ten opzichte van het advies uit de NTS veranderde niet na de invoering van Spoed=Spoed, zowel voor als na de invoering van Spoed=Spoed was dit in 6% van de triagecontacten (Figuur 8). Dit verschilde echter wel per HDS. Voor sommige HDS'en zagen we zelfs een afname in het aandeel triagecontacten waarbij de urgentie werd aangepast, bijvoorbeeld HDS F.

**Figuur 8** Het aantal aanpassingen van de urgentie per huisartsendienstenstructuur (HDS), weergegeven een half jaar voor de invoering van Spoed=Spoed en een half jaar na de invoering van Spoed=Spoed



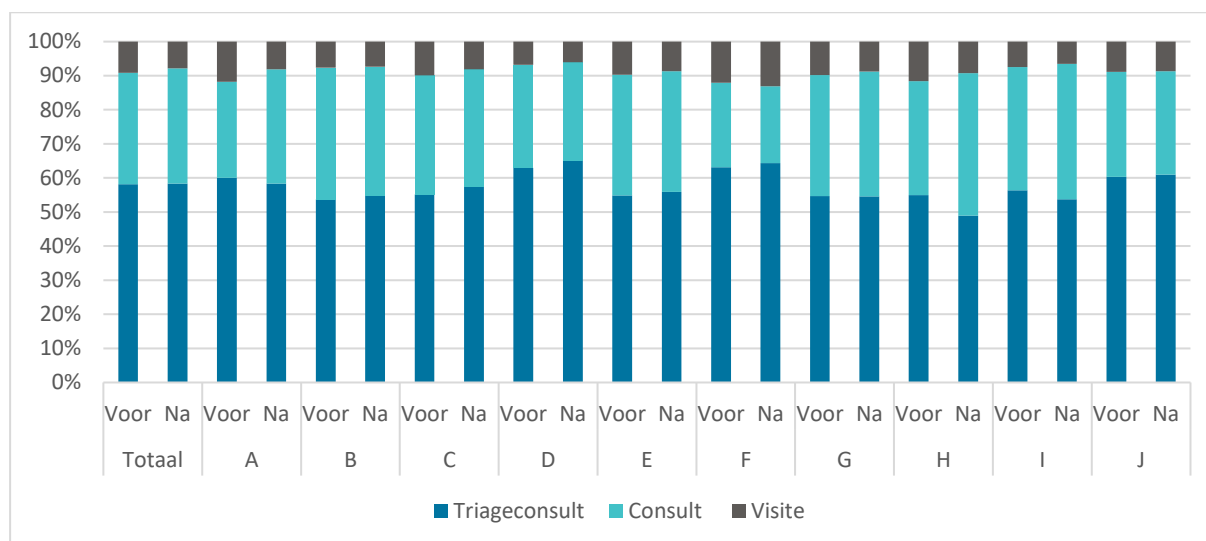
\* Opmerking: de letters A t/m J vertegenwoordigen de HDS'en

De meest relevante verschuiving waar de triagisten benieuwd naar waren was de verschuiving van U3 naar U4. Als een patiënt wordt doorverwezen naar de eigen huisarts de volgende werkdag of naar de volgende ochtend in het weekend op de huisartsspoedpost, dan wordt door triagisten op sommige huisartsspoedposten de urgentie afgeschaald naar U4. Wanneer blijkt dat patiënten met een U3 ook geholpen kunnen worden met een gedegen advies, dan wordt afgeschaald naar U5. Dit wordt zeker niet op alle huisartsspoedposten gedaan: het aanpassen van de vervolgactie (advies geven i.p.v. een consult) zorgt niet voor een aanpassing van de urgentiecategorie. Die blijft staan zoals het urgentieadvies uit de NTS komt. Triagisten passen alleen de urgentie aan als er een medische aanleiding voor is.

### 3.3.4 Type contact in de nacht

Gemiddeld gezien veranderde ook de verdeling van het type contacten niet na de invoering van Spoed=Spoed (Figuur 9). Het doel van Spoed=Spoed was onder andere om minder consulten op de huisartsspoedpost en visites aan huis te hebben. Dat zou een toename in het aandeel triageconsulten betekenen. Zowel voor als na de invoering van Spoed=Spoed was in 58% van de contacten een triageconsult. Bij een enkele HDS zagen we wel een groter aandeel triageconsulten na de invoering van Spoed=Spoed (D en F). Voor andere HDS'en was er juist een afname van triageconsulten en een toename van consulten van de huisarts, namelijk HDS'en H en I.

**Figuur 9** Verdeling van type contact in de nacht per huisartsdienststructuur (HDS) en totaal, weergegeven een half jaar voor de invoering van Spoed=Spoed en een half jaar na de invoering van Spoed=Spoed



\* Opmerking: de letters A t/m J vertegenwoordigen de HDS'en

Triagisten benoemden dat in de weekenden U3 of lager die niet meteen gezien hoeven worden, verschoven worden naar de volgende ochtend op de huisartsenspoedpost. Voor deze patiënten wordt dan meteen een afspraak ingepland. Meerdere triagisten gaven aan dat tijdens de nacht regelmatig bij twijfel door een huisarts teruggebeld wordt. Soms wordt een triageconsult dan veranderd in een consult met de huisarts. Eén triagist vertelde dat patiënten die dwingender zijn toch eerder luisteren naar de huisarts als die aangeeft dat langskomen niet nodig is. Daarbij kan de huisarts over de telefoon ook iets meer diagnostische vragen stellen om het toestandbeeld van de patiënt duidelijk te krijgen.

## 4 Beschouwing

Het doel van dit onderzoek was om inzicht te krijgen in hoe veranderingen in de Nederlandse Triage Standaard en de landelijke beleidsmaatregel Spoed=Spoed doorwerken in de dagelijkse praktijk op de huisartsenspoedposten met betrekking tot urgentietoekenning en de geboden zorg. Bij de ingangsklacht 'braken' bleek niet alleen het gewenste effect behaald (een verschuiving van urgent (U2) naar minder urgent (U3)), maar was er ook een bijeffect in een afname van laag-urgente contacten (U5). Bij andere ingangsklachten waar veranderingen in triagecriteria hadden plaatsgevonden waren weinig veranderingen, mogelijk doordat dit niet de triagecriteria waren die vaak bepalend waren voor het toekennen van de urgentie. De invoering van de landelijke beleidsmaatregelen Spoed=Spoed, waarbij 's nachts alleen patiënten met een acute zorgvraag (U2 of hoger, en in uitzonderlijke gevallen U3) worden gezien, leek op de korte termijn alleen bij een beperkt aantal huisartsendienstenstructuren (HDS'en) tot minder consulten en minder patiënten met laag urgente gezondheidsproblemen te leiden. De ervaringen van triagisten hiermee zijn wisselend: sommigen zien op tegen de invoering, terwijl anderen, na invoering, de positieve effecten van zinnigere zorg in de nacht terug zien komen.

### Effecten van wijzigingen in triagecriteria op de urgentietoekenning

Dit onderzoek benadrukt nogmaals de noodzaak om aanpassingen in de urgentiecriteria te monitoren, omdat het altijd mogelijk is dat (ongewenste) neveneffecten kunnen optreden. Met de wijziging in het triagecriteria 'Braken' van U2 naar U3, zou de vervolgzorg met minder urgentie geboden hoeven te worden, met als gewenst gevolg een verlaging van de druk in de zorg op de huisartsenspoedposten. Echter bleek er ook een afname in U5 te ontstaan, een urgentieniveau waarbij vaak alleen advies wordt gegeven door de triagist en een urgentie die past bij bijvoorbeeld braken in combinatie met dehydratie. Er ontstaat nu dus een onterechte verschuiving naar een relatief hogere urgentie. Onderzocht zou moeten worden of dit ook een verschuiving in de geboden zorg tot gevolg heeft.

Daarnaast liet dit onderzoek zien dat veranderingen in triagecriteria niet altijd een effect hebben op de urgentietoekenning. Een mogelijke verklaring die werd gegeven door triagisten was dat het desbetreffende triagecriteria voor de ingangsklacht niet wordt gebruikt of niet tot de uiteindelijke urgentie leidt. Hoewel de wijzigingen in de NTS worden gedreven door feedback uit het veld en de geldende richtlijnen vanuit het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) (NTS, 2024), kan het voorkomen dat een wijziging onnodig blijkt te zijn. De NTS blijft echter een standaard die helpt bij het dynamische proces van urgentiebepaling en bijbehorende vervolgacties. Het onderbuikgevoel van triagisten speelt hierbij ook een belangrijke rol. Een voorafgaande analyse van welke triagecriteria binnen een ingangsklacht het meest bepalend zijn voor de urgentie, zou ondersteunen bij de beslissing of een aanpassing noodzakelijk is. Analyses achteraf hoe vaak het gewijzigde/toegevoegde triagecriteria gebruikt wordt kunnen ondersteunend zijn in de evaluatie.

### Effecten van Spoed=Spoed op triage in de nacht

Uit dit onderzoek blijkt dat de impact van Spoed=Spoed op de zorgconsumptie op de huisartsenspoedpost en urgentietoekenning in de nacht nog zeer beperkt is. De verwachting was dat het aantal consulten op de huisartsenspoedpost zou afnemen en het aantal triage consulten toe. Dit sluit aan bij de verhalen van triagisten, die aangaven dat Spoed=Spoed niet een maatregel is die voorkomt dat patiënten contact opnemen met de huisartsenspoedpost. Triagisten ervaren zelfs dat patiënten een steeds lagere drempel hebben om te bellen, omdat er steeds meer uitgegaan wordt

van 24/7 zorg maatschappij. Om effectief de patiënten toestroom te beperken zouden ook interventies ingezet moeten worden gericht op de patiënt, wat nu geen onderdeel is van Spoed=Spoed. Dit gebeurt al steeds meer, zoals verschillende vormen van digitale zelftriage, zoals 'Moet ik naar de dokter?' (Verzantvoort et al., 2018) en gezondheidsinformatie online via Thuisarts.nl (Spoelman, et al. 2016). De effectiviteit hiervan is echter nog grotendeels onbekend en moet verder onderzocht worden om te bepalen of het de toestroom van patiënten die de huisartsenspoedpost bellen vermindert. Daarnaast zou vervolgonderzoek gedaan moeten worden naar welke type patiënten, met bepaalde demografische kenmerken of bepaalde gezondheidsproblemen, nog veel op de huisartsenspoedpost komen. Hiervan kan worden bekeken of dit terecht is dat zij komen. Wanneer dit niet het geval is zullen deze patiënten hier beter over geïnformeerd moeten worden.

Hoewel het effect in de cijfers beperkt was, gaven triagisten aan wel degelijk winst te zien door Spoed=Spoed. Zij ervoeren een verbetering in de samenwerking met de huisarts, omdat er meer gesproken werd over welke patiënt wel en welke patiënt niet werd gezien in de nachtelijke uren. Deze verbeterde afstemming heeft triagisten ook geholpen in hun contact met de patiënt. Bewuster en kritischer omgaan met wat echt urgente zorg is in de nacht, heeft geleid tot zorg die als zinniger wordt ervaren. Het kan zijn dat deze ervaren winst op de lange termijn wel zichtbaar wordt in de cijfers, waarvoor ook langer monitoren nodig is. Daarnaast is het belangrijk om deze eerste ervaringen en inzichten te delen, omdat er bij HDS'en waar Spoed=Spoed nog niet is ingevoerd nog veel zorgen bestaan, met name rond de relatie tussen patiënt en triagist, en huisarts en triagist. Deze HDS'en kunnen leren van deze ervaringen.

De landelijke, eenduidige invoering en effectiviteit van Spoed=Spoed lijkt nog beperkt door de vele verschillen die bestaan tussen HDS'en. In voorgaande onderzoeken kwam ook naar voren dat de effecten van wijzigingen in triagecriteria niet werden waargenomen door verschillen in de registratie tussen HDS'en (Rijpkema et al., 2022, 2023). De praktische uitvoering van Spoed=Spoed verschilt tussen HDS'en en de noodzaak voor de invoering verschilt tussen grote, drukke huisartsenspoedposten en kleinere rustigere posten. Het lijkt erop dat HDS'en ook eigen werkafspraken hebben voor zowel het triageproces en als voor beleidsinvoeringen. Voor een succesvolle landelijke invoering van Spoed=Spoed zouden deze verschillen omarmd moeten worden, waarbij de noodzaak en uitvoer altijd regionaal afgewogen wordt. De verschillen tussen HDS'en bieden een uitgelezen kans om van elkaars ervaringen te leren. Om grip te krijgen op de effectiviteit van Spoed=Spoed, moeten de regionale afspraken hierover in kaart worden gebracht.

### **Sterke en zwakke punten van het onderzoek**

De resultaten van dit onderzoek moeten worden bekeken in het licht van zowel de sterke punten als de beperkingen ervan. Het gebruik van verschillende onderzoeksmethoden bood meerwaarde, doordat kwantitatieve en kwalitatieve methoden elkaar aanvulden (Malina et al., 2011), wat een vollediger beeld gaf van de wijzigingen in de triagecriteria en de invoering van Spoed=Spoed. Door de beschikbaarheid van longitudinale data over de huisartsenspoedposten, kunnen de effecten van wijzigingen zoals onderzocht in dit project goed in kaart gebracht worden. Een beperking van de registratiedata is dat dit een onderschatting geeft van het aantal wijzigingen in urgenties, omdat dit niet altijd eenduidig wordt vastgelegd. Ook is niet alle gedetailleerde data beschikbaar, waardoor diepgaandere analyses op het niveau van losse triagecriteria, die onder de ingangsklachten vallen, nog niet mogelijk zijn. De analyses rond de effectiviteit van Spoed=Spoed hadden een korte follow-up door de verspreide invoering bij HDS'en tussen 2019 en 2023. Een langere follow-up laat in de toekomst mogelijk meer impact zien. Daarnaast was er bij de focusgroep een kans op selectiebias, aangezien triagisten zichzelf konden aanmelden.

## Conclusie

Dit onderzoek toont aan dat, hoewel de wijzigingen in de triagecriteria en de beleidswijzigingen gericht zijn op het optimaliseren van het triageproces, vaak ook bredere factoren uit de context van de huisartsenspoedpostenzorg het beoogde effect beïnvloeden. 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 variaties in werkafspraken tussen HDS'en met betrekking tot het toekennen van urgenties, 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 gezondheidstelsel.

Een van die contextfactoren was de invoering van Spoed=Spoed. De impact van deze beleidsmaatregel op het zorggebruik via de huisartsenspoedpost blijkt echter nog beperkt, wel is er winst in de ervaringen van triagisten. De effectiviteit in cijfers kan mogelijk duidelijker worden bij een langere follow-up, met name in een toename van het aandeel triageconsulten. Spoed=Spoed voorkomt niet dat patiënten met laag urgente gezondheidsproblemen contact zoeken met de huisartsenspoedpost, wel kan het de zorg die ze ontvangen veranderen. Daarnaast bleken er veel verschillen te bestaan tussen HDS'en, zowel in de impact op zorggebruik als in de wijze waarop Spoed=Spoed was ingevoerd. Om echt grip te krijgen op de effectiviteit, moeten ook de regionale afspraken rond Spoed=Spoed in kaart gebracht worden, om ze in verband te kunnen brengen met de bevindingen uit de registratie. Het blijft daarom relevant om ook deze ontwikkelingen op te blijven nemen in monitoring.



## Literatuur

NTS. (2017). Visie en werkwijze NTS.

NTS. (2024). Kwaliteit. <https://de-nts.nl/organisatie/kwaliteit/>

Rijpkema, C., Verheij, R. A., & Ramerman, L. (2021). Veranderingen in de urgentietoekenning door de triagist na wijzigingen in de triagecriteria Nederlandse Triage Standaard.

Rijpkema, C., Verheij, R. A., & Ramerman, L. (2022). Veranderingen in de toekenning van urgenties en vervolgcacties tijdens de triage op de huisartsenpost - gevolgen van de COVID-19-pandemie en veranderingen in triagecriteria van de Nederlandse Triage Standaard.

Rijpkema, C., Verheij, R., & Ramerman, L. (2023). Triage op de huisartsenpost met de Nederlandse Triage Standaard – De invloed van wijzigingen in triagecriteria en externe factoren op de urgentietoekenning.

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 (VWS). (2022). Integraal Zorg Akkoord.

Spoelman, W. A., Bonten, T. N., De Waal, M. W. M., Drenthen, T., Smeele, I. J. M., Nielen, M. M. J., & Chavannes, N. H. (2016). Effect of an evidence-based website on healthcare usage: an interrupted time-series study. *BMJ Open*, 6(11). <https://doi.org/10.1136/BMJOPEN-2016-013166>

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

# Bijlage A Tabellenboek

## 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 2021, 2022 en 2023.
2. Tabel 2: beschrijft de toegekende urgenties voor verschillende ingangsklachten (Braken, Buikpijn kind, Buikpijn volwassene, Diarree, Hoofdpijn, Huidklachten, Armklachten en Wond) per 1.000 triagecontacten voor de jaren 2021, 2022 en 2023.
3. Tabel 3: beschrijft de vergelijking van kenmerken van contacten met de huisartsenspoedpost een half jaar voor en een half jaar na de invoering van Spoed=Spoed.
4. Tabel 4: beschrijft de vergelijking van kenmerken van contacten met de huisartsenspoedpost tussen HDS'en die Spoed=Spoed wel hebben ingevoerd en HDS'en die Spoed=Spoed nog niet hebben ingevoerd, over 2023.

*Tabel 1 Triagecontacten per urgentie in aantallen (#) en percentages (%), voor de jaren 2021, 2022 en 2023*

Toegewezen urgentie	Aantal triagecontacten 2021		Aantal triagecontacten 2022		Aantal triagecontacten 2023	
	#	%	#	%	#	%
U0	261	0,0%	288	0,0%	259	0,0%
U1	68396	4,1%	85601	3,9%	96233	4,1%
U2	296732	17,7%	353477	16,0%	372651	15,8%
U3	653846	39,0%	928556	42,0%	983311	41,6%
U4	248535	14,8%	350647	15,9%	386643	16,4%
U5	410142	24,4%	493216	22,3%	525572	22,2%
Totaal	1677912	100,0%	2211785	100,0%	2364669	100,0%

Tabel 2 Triagecontacten per urgentie in aantallen (#) en percentages (%), voor de jaren 2021, 2022 en 2023

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Braken-2021	U1	14	19	18	12	14	12	12	11	13	10	12	8
	U2	236	247	234	220	194	203	194	210	204	199	191	175
	U3	345	319	334	348	342	319	317	328	312	315	333	348
	U4	78	74	61	65	70	59	69	75	67	66	67	72
	U5	328	341	352	354	381	407	409	376	404	410	396	397
Braken-2022	U1	10	10	10	9	10	17	12	12	14	18	16	12
	U2	180	175	176	198	209	217	140	125	143	135	133	133
	U3	373	358	345	333	323	308	413	399	409	406	423	419
	U4	70	73	73	81	78	74	77	76	80	84	84	103
	U5	367	384	396	379	381	384	358	388	353	358	344	334
Braken-2023	U1	17	11	12	14	20	17	17	14	20	15	16	15
	U2	133	123	109	117	146	136	141	162	159	154	152	131
	U3	418	482	500	502	489	466	482	465	474	472	466	483
	U4	90	75	62	68	68	67	66	71	69	78	78	74
	U5	343	310	318	299	278	314	294	289	278	280	289	297
Buikpijn kind-2021	U2	197	197	207	198	187	199	208	198	210	188	182	192
	U3	425	435	440	453	462	460	477	428	437	438	438	454
	U4	63	65	50	62	47	46	44	54	49	59	55	45
	U5	314	302	303	287	302	294	270	320	302	314	324	308
Buikpijn kind-2022	U2	182	188	170	167	189	203	168	201	174	176	194	159
	U3	471	488	532	543	472	495	508	464	461	490	476	554
	U4	56	51	45	42	53	44	43	36	49	49	56	44
	U5	291	273	253	248	287	258	280	299	316	283	273	242

Tabel 2 Vervolg

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Buikpijn kind-2023	U2	166	178	169	168	193	183	179	190	186	196	178	165
	U3	518	524	499	484	438	457	458	449	465	465	494	522
	U4	51	45	47	58	61	48	53	54	49	49	51	51
	U5	264	253	285	289	308	309	310	306	298	288	274	260
Buikpijn volwassene-2021	U1	13	14	14	13	12	25	22	19	24	20	21	21
	U2	344	358	355	355	349	363	352	341	356	355	346	343
	U3	423	412	422	423	425	404	418	437	416	422	426	421
	U4	29	32	27	30	28	27	29	30	29	30	29	28
	U5	190	184	183	178	186	182	181	173	175	174	179	187
Buikpijn volwassene-2022	U1	20	20	21	20	20	20	18	19	20	22	20	20
	U2	344	352	357	344	349	349	338	337	349	339	350	343
	U3	424	422	418	425	427	430	441	439	435	438	430	427
	U4	33	36	30	34	32	32	31	30	31	34	32	35
	U5	178	170	174	177	171	168	173	175	165	167	168	175
Buikpijn volwassene-2023	U1	22	20	20	19	20	21	23	19	20	20	22	21
	U2	345	344	350	334	334	341	329	328	340	341	350	325
	U3	432	440	437	452	453	448	460	461	450	449	406	456
	U4	35	31	26	33	32	32	32	34	36	33	42	34
	U5	167	164	166	162	161	158	157	157	154	156	181	165
Diarree-2021	U1	3	6	8	1	5	4	4	3	4	3	2	2
	U2	94	108	115	104	83	95	81	78	83	82	88	86
	U3	380	345	355	383	412	409	370	396	376	388	402	435
	U4	167	141	156	159	147	133	169	180	160	166	146	140
	U5	356	400	366	353	353	358	377	344	377	360	362	337

Tabel 2 Vervolg

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Diarree-2022	U1	2	1	3	2	4	1	6	2	5	2	5	3
	U2	83	78	81	80	84	86	80	75	68	81	66	74
	U3	444	445	424	400	395	381	386	391	379	383	386	390
	U4	150	150	133	150	150	175	175	181	196	200	184	180
	U5	321	326	358	367	367	356	352	350	352	334	360	353
Diarree-2023	U1	2	3	4	2	4	2	5	5	6	8	4	4
	U2	84	64	66	66	76	85	85	74	90	92	95	76
	U3	393	427	458	457	446	453	427	435	421	426	444	431
	U4	151	164	135	151	157	136	163	182	185	172	152	168
	U5	369	341	337	323	317	324	320	304	297	303	304	321
Hoofdpijn-2021	U1	40	49	46	40	38	40	40	42	41	37	38	40
	U2	185	186	177	165	177	185	176	189	184	174	171	181
	U3	285	286	298	305	305	312	309	301	316	350	345	328
	U4	143	138	147	147	141	128	142	134	145	126	129	132
	U5	346	342	332	342	339	335	333	334	313	312	317	319
Hoofdpijn-2022	U1	44	41	36	30	37	37	43	46	57	46	44	41
	U2	172	169	164	165	181	178	170	176	178	182	185	179
	U3	339	330	361	356	335	330	348	336	339	342	347	349
	U4	128	141	129	133	134	148	142	131	135	135	133	132
	U5	316	319	310	316	313	308	297	310	290	295	291	298
Hoofdpijn-2023	U1	0	44	46	51	61	51	50	51	56	53	57	57
	U2	170	175	174	173	182	182	183	184	184	184	180	160
	U3	352	355	337	336	343	345	341	335	345	340	343	359
	U4	150	139	142	143	145	137	148	147	140	144	147	149
	U5	284	284	296	288	279	285	277	277	277	274	273	283

Tabel 2 Vervolg

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Huidklacht-2021	U1	1	2	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1
	U2	31	35	36	39	31	33	24	24	25	25	30	38
	U3	228	216	224	209	213	217	238	218	240	249	256	248
	U4	430	440	439	430	437	424	414	442	432	416	415	410
	U5	309	307	300	321	319	325	324	316	302	309	298	304
Huidklacht-2022	U1	1	1	0	0	1	1	1	0	0	1	1	1
	U2	29	38	33	31	30	25	23	22	27	25	32	29
	U3	259	259	280	271	272	265	271	258	269	269	269	278
	U4	423	421	419	420	413	418	409	426	419	428	427	405
	U5	289	281	267	278	284	291	297	295	285	277	271	286
Huidklacht-2023	U1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	2	1	1
	U2	36	38	37	33	32	28	26	25	27	29	36	33
	U3	265	204	218	218	217	206	205	212	207	223	222	209
	U4	435	412	391	392	401	390	403	400	400	385	370	375
	U5	263	345	353	355	348	374	365	362	365	362	372	382
Armlachten-2021	U1	11	9	11	10	10	12	9	15	13	6	10	13
	U2	160	165	171	132	143	137	135	126	126	131	157	140
	U3	261	256	261	247	278	278	260	281	268	273	268	257
	U4	124	146	120	121	112	125	116	137	142	134	116	121
	U5	444	424	437	490	457	447	480	441	451	456	449	469
Armlachten-2022	U1	10	11	10	6	10	7	10	10	11	15	14	12
	U2	145	158	146	147	160	151	132	124	152	144	152	139
	U3	282	259	268	278	272	298	296	284	274	263	258	271
	U4	114	136	142	136	144	125	128	138	144	148	137	137
	U5	449	436	434	433	413	420	434	444	419	431	440	441

Tabel 2 Vervolg

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Armkklachten-2023	U1	14	9	12	15	13	12	10	15	13	13	15	13
	U2	142	158	159	142	140	132	139	144	128	154	145	136
	U3	267	263	270	277	303	293	290	303	285	275	275	276
	U4	135	148	135	140	139	148	131	128	149	124	125	152
	U5	442	422	424	426	406	416	429	410	425	434	440	423
Wond-2021	U1	1	0	1	1	1	1	0	0	1	0	1	1
	U2	54	55	53	50	49	44	46	46	48	49	47	58
	U3	720	717	716	707	715	701	705	709	710	728	727	710
	U4	82	80	85	94	94	103	105	102	96	93	87	88
	U5	143	148	144	149	141	150	144	143	144	130	138	143
Wond-2022	U1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	0	1	1
	U2	54	48	51	47	46	46	45	45	48	1	49	48
	U3	702	722	718	714	714	705	694	694	702	49	721	721
	U4	95	94	91	98	97	108	119	113	102	715	91	90
	U5	148	134	140	140	141	140	141	147	147	95	137	140
Wond-2023	U1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	139	1	1
	U2	51	48	50	44	46	41	43	44	42	1	51	48
	U3	718	713	722	721	712	699	695	700	705	45	728	702
	U4	89	97	88	99	103	110	114	103	108	717	84	103
	U5	142	142	139	135	139	149	148	153	145	99	136	146

**Tabel 3** *Vergelijking van kenmerken van contacten met de huisartsenspoedpost een half jaar voor en een half jaar na de invoering van Spoed=Spoed*

	Half jaar voor invoering Spoed=Spoed	Half jaar na invoering Spoed=Spoed
Percentage triage contacten waarbij de urgentie is aangepast	7%	6%
<b>Contactsoort</b>		
Triageconsult	58%	58%
Consult huisarts	33%	34%
Visite	9%	8%
<b>Urgentie</b>		
U1	7%	7%
U2	22%	21%
U3	38%	37%
U4	12%	12%
U5	22%	23%
<b>Aantal contacten per 1000 inwoners</b>	<b>21</b>	<b>21</b>

**Tabel 4** *Vergelijking van kenmerken van contacten met de huisartsenspoedpost tussen HDS'en die Spoed=Spoed wel hebben ingevoerd en HDS'en die Spoed=Spoed nog niet hebben ingevoerd, over 2023.*

	Spoed=Spoed ingevoerd	Spoed=Spoed niet ingevoerd
Percentage triage contacten waarbij de urgentie is aangepast	6%	4%
<b>Contactsoort</b>		
Triageconsult	34%	33%
Consult huisarts	58%	57%
Visite	8%	9%
<b>Urgentie</b>		
Hoog (>U3)	24%	24%
Laag (<U2)	76%	76%
<b>Aantal contacten per 1000 inwoners</b>	<b>43</b>	<b>45</b>

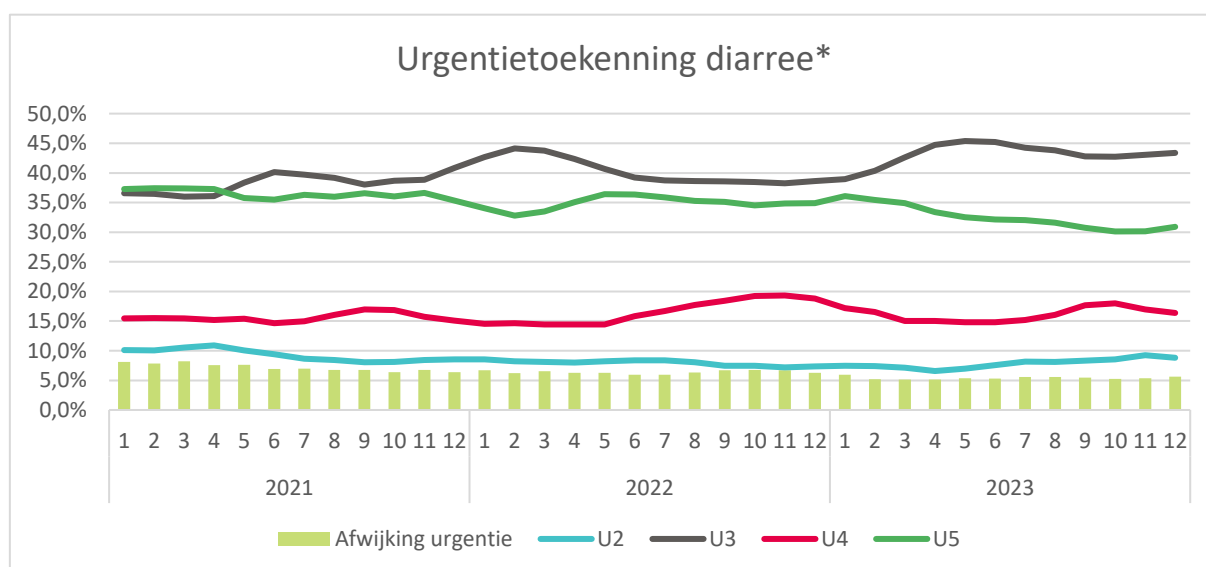


## Bijlage B Wijzigingen in triagecriteria

### Triagecriterium 'braken aanhoudend'

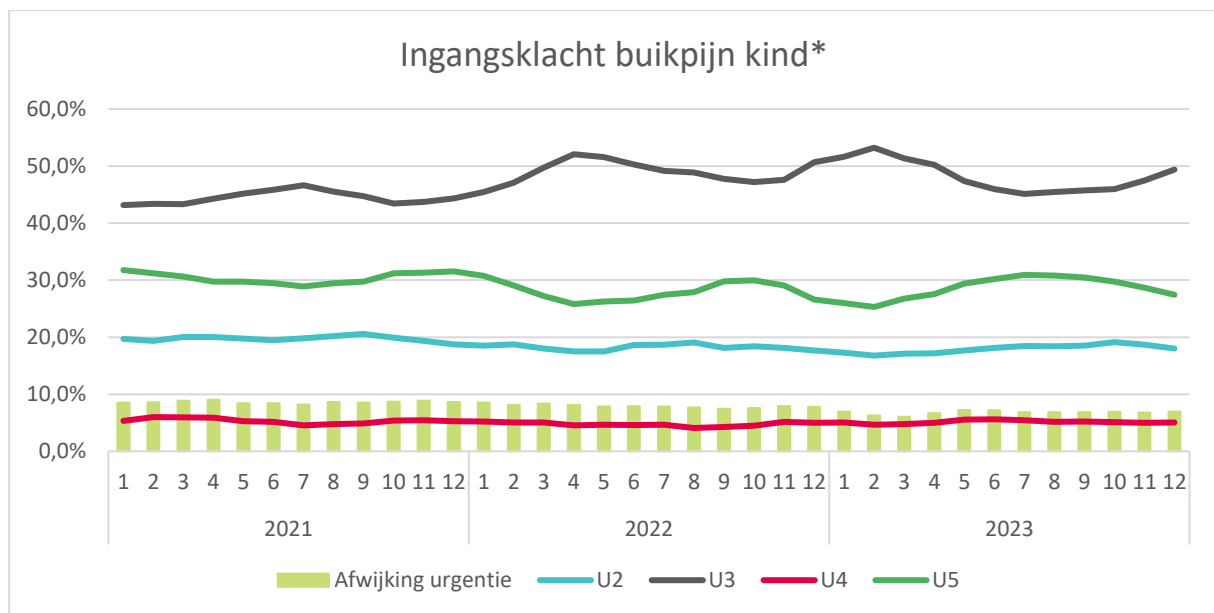
Voor verschillende ingangsklachten - braken, buikpijn kind, buikpijn volwassene, diarree en hoofdpijn - is in juni 2022 het triagecriteria 'braken aanhoudend' aangepast. Dit triagecriteria resulteert nu in een urgentieadvies van U3 (reële kans op schade), voorheen was dat U2 (bedreiging vitale functies of orgaanschade). Voor de ingangsklachten diabetes, duizelig en trauma schedel blijft de urgentie bij dit triagecriterium U2. Hieronder staan de resultaten voor de ingangsklachten: buikpijn kind, diarree en hoofdpijn weergegeven (Figuren B1.1, B1.2 en B1.3).

*Figuur B1.1 Het voortschrijdend gemiddelde (3 maanden) voor de procentuele verdeling van urgentieniveau (lijnen) en het procentueel aantal aanpassingen van urgenties (balkjes) voor **diarree**, weergegeven als percentage van het totaal aantal contacten voor **diarree** (2021-2023)*



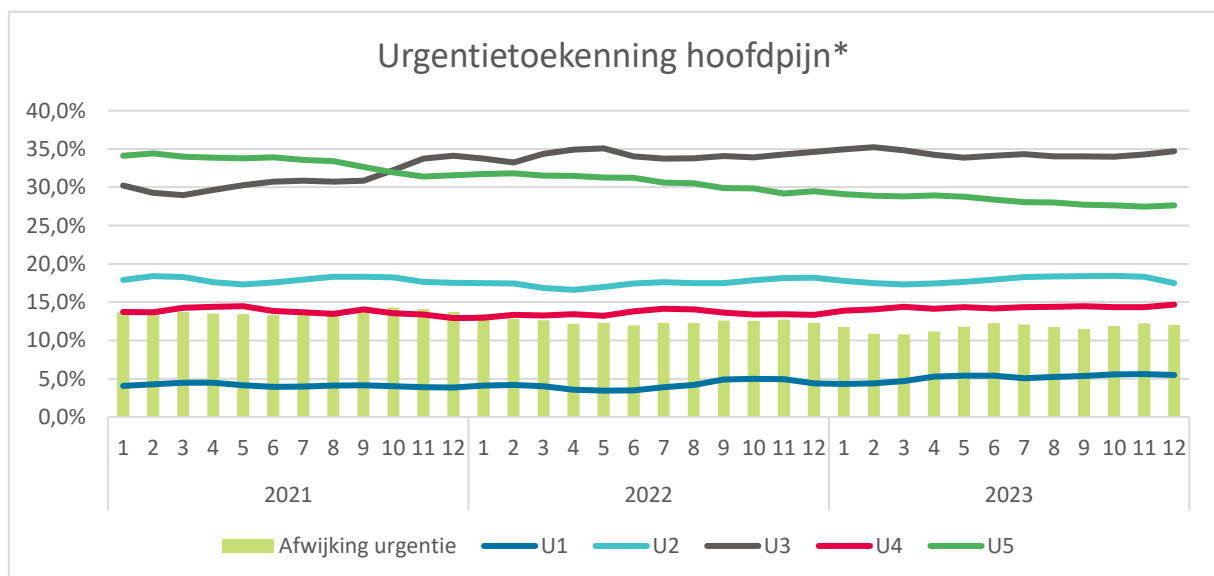
\* Van alle contacten met de triagist, is 1,4% tot 1,5% in verband met de ingangsklacht diarree

Figuur B1.2 Het voortschrijdend gemiddelde (3 maanden) voor de procentuele verdeling van urgentieniveau (lijnen) en het procentueel aantal aanpassingen van urgenties (balkjes) voor **buikpijn kind**, weergegeven als percentage van het totaal aantal contacten voor **buikpijn kind** (2021-2023)



\* Van alle contacten met de triagist, is 1,3% tot 1,7% in verband met de ingangsklacht buikpijn kind

Figuur B1.3 Het voortschrijdend gemiddelde (3 maanden) voor de procentuele verdeling van urgentieniveau (lijnen) en het procentueel aantal aanpassingen van urgenties (balkjes) voor **hoofdpijn**, weergegeven als percentage van het totaal aantal contacten voor **hoofdpijn** (2021-2023)

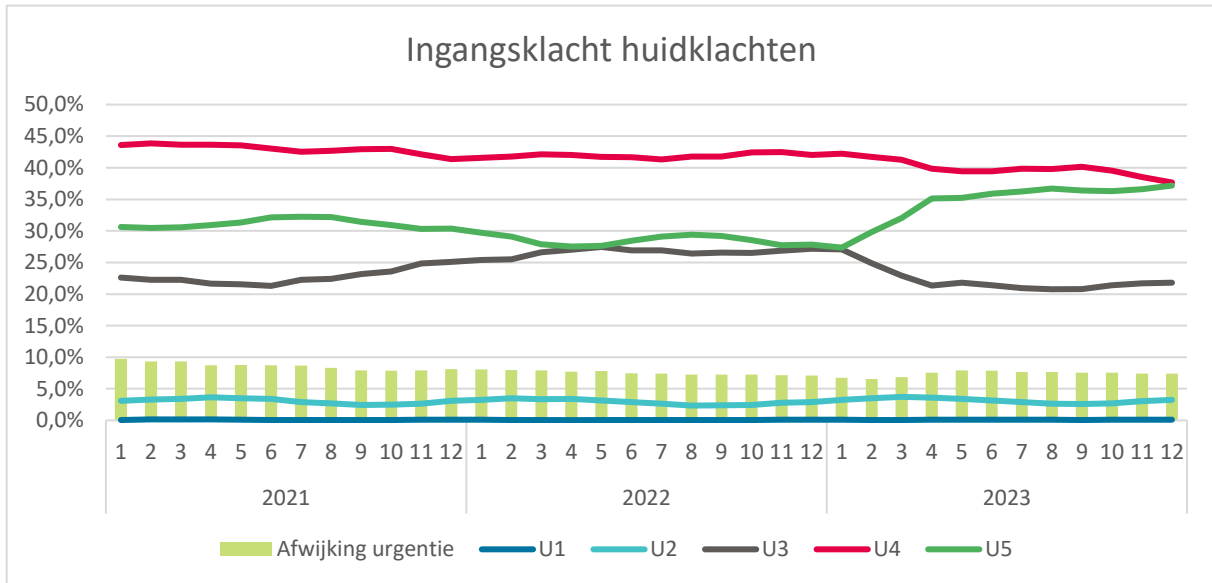


\* Van alle contacten met de triagist, is 2,4% tot 2,5% in verband met de ingangsklacht hoofdpijn

### Triagecriterium 'rode streep'

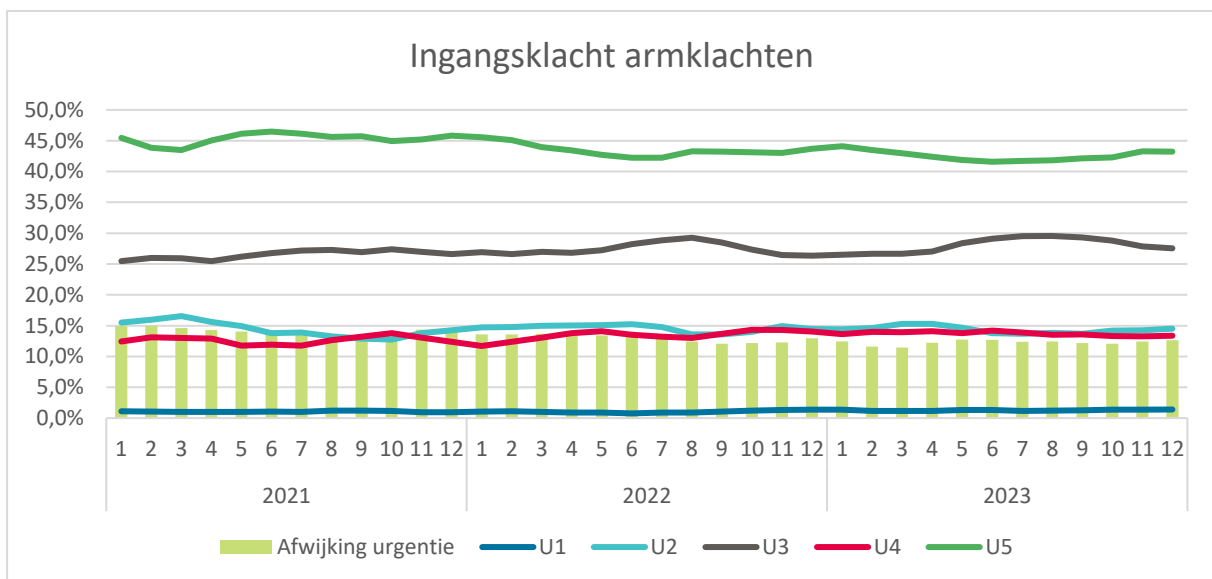
Bij de ingangsklachten huidklachten, armlklachten en wond is het triagecriterium 'rode streep zichtbaar' toegevoegd. Dit criterium leidt tot een U4 (verwaarloosbare kans op schade). Hieronder staan de resultaten voor de ingangsklachten: huidklachten en armlklachten weergegeven (Figuren B2.1 en B2.2).

Figuur B2.1 Het voortschrijdend gemiddelde (3 maanden) voor de procentuele verdeling van urgentieniveau (lijnen) en het procentueel aantal aanpassingen van urgenties (balkjes) voor **huidklachten**, weergegeven als percentage van het totaal aantal contacten voor **huidklachten** (2021-2023)



\* Van alle contacten met de triagist, is 5,1% tot 5,7% in verband met de ingangsklacht huidklachten

Figuur B2.2 Het voortschrijdend gemiddelde (3 maanden) voor de procentuele verdeling van urgentieniveau (lijnen) en het procentueel aantal aanpassingen van urgenties (balkjes) voor **armklachten**, weergegeven als percentage van het totaal aantal contacten voor **armklachten** (2021-2023)



\* Van alle contacten met de triagist, is 1,5% tot 1,6% in verband met de ingangsklacht armklachten