

Digitale triage in de huisartsen- praktijk



spreekuur.nl

**Van extra kanaal
naar geïntegreerde
werkwijze**

Whitepaper



De huisartsen- praktijk onder structurele druk



De druk op de Nederlandse huisartsenzorg is structureel, en neemt toe. Het aantal ingeschreven patiënten per normpraktijk stijgt, de vergrijzing drijft de zorgvraag omhoog en de complexiteit van die vraag groeit mee.

Tegelijkertijd neemt het aantal huisartsen per hoofd van de bevolking niet evenredig toe. Die rekening betaalt de assistente die elke dag de telefoon opneemt.



~40%

van de telefonische
triage betreft
niet-urgente vragen



28 min

gemiddelde tijd kwijt
aan administratie per
uur werktijd

1 op 3

assistentes ervaart
structurele werkdruk
als onhoudbaar

Dat dit systeem onder druk staat, is voor iedereen in de praktijk voelbaar. Wat minder voelbaar is, is dat er een alternatief bestaat: digitale triage.

Digitale triage kan een substantieel deel van dat proces structureren, verplaatsen en ontlasten. Maar alleen als u het op de juiste manier invoert.

De telefoon is niet het probleem. Het probleem is dat de telefoon de enige serieuze route is voor alle vragen, van elk urgentieniveau, op elk moment van de dag.



Wat goede triage inhoudt



Triage is in de kern beoordelen en prioriteren: welke patiënt heeft welke zorg nodig, op welk moment en via welk kanaal? In uw praktijk neemt iemand die beslissing de hele dag. Aan de telefoon, achter de balie, en steeds vaker ook digitaal.

Triage is een vaardigheid, met sterke richtlijnen

Triage kent een stevige richtlijnenbasis. Zowel de NTS als het NHG hebben kaders ontwikkeld voor verantwoorde triage, met uitgangspunten voor urgentieclassificatie en responstijden. Centraal daarin staat de indeling van U1 (levensbedreiging, directe actie vereist) tot U5 (geen medische urgentie, advies of zelfzorg). Die classificatie bepaalt niet alleen de ernst van de klacht, maar ook de juiste vervolgstap: acute hulp, zelfde dag, binnen enkele dagen, of zelfmanagement met advies.

Een goede triagist, of dat nu een assistente is of een digitaal systeem, doorloopt gestructureerd dezelfde dimensies: de aard en ernst van de klacht, de duur en het beloop, bijkomende symptomen, de medische voorgeschiedenis en de beleving van de patiënt zelf. Het NHG benadrukt dat triage een vaardigheid is, geen algoritme. Het vraagt om clinical reasoning, ook wanneer de eerste signalen vaag zijn.

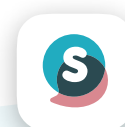
Goede triage is meer dan urgentiebepaling. Het is het begin van het diagnostische proces en de eerste schakel in een zorgpad dat de patiënt naar de juiste zorg leidt op het juiste moment.

Waar digitale triage wél en niet past

Digitale triage is niet geschikt voor alle patiënten en alle klachten. Dat is een belangrijk uitgangspunt, want de meest voorkomende weerstand in praktijken is de zorg dat kwetsbare patiënten of complexe klachten door de mazen van het digitale net glippen. Die zorg is terecht als de implementatie niet doordacht is.

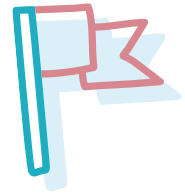
Digitale triage heeft drie krachten. Ten eerste vangt het laag-urgente vragen op met een zelfzorgadvies, zodat de patiënt direct geholpen is zonder de praktijk te belasten. Ten tweede stuurt het hoog-urgente vragen snel door naar de juiste zorg, ook buiten kantooruren. Ten derde handelt het de grote middencategorie gestructureerd af: klachten met een duidelijk patroon, waarbij de patiënt zelf informatie aanlevert en de urgentie laag tot matig is. Denk aan hoestklachten, huidproblemen, infecties van de bovenste luchtwegen, vraagstukken rondom medicatie of uitslagen. Voor die middencategorie levert digitale triage aantoonbaar betere en consistentere informatie op dan telefonische triage, omdat de patiënt rustig de tijd neemt, nadenkt over het beloop en alle relevante informatie aanlevert zonder de tijdsdruk van een telefoongesprek.

Kwetsbare patiënten, ouderen zonder digitale vaardigheid, patiënten met psychiatrische problematiek of patiënten in acute nood borgt u met heldere uitsluitingscriteria in het systeem en een altijd beschikbare telefoonlijn voor wie de digitale route niet kan of wil gebruiken. Het gaat er niet om iedereen digitaal te laten triëren, maar om de juiste groep actief naar dat kanaal te begeleiden.





Waarom digitale triage als 'extraatje' structureel faalt



De meest voorkomende manier waarop digitale triage wordt ingevoerd, is als aanvullend kanaal. Naast de telefoon, de balie en alles wat er al was. Het lijkt een voorzichtige, patiëntvriendelijke keuze. In de praktijk is het de reden waarom praktijken de waarde van digitale triage nooit ervaren.

De parallelle-route paradox

Wanneer twee routes naast elkaar bestaan, kiest de patiënt de bekende weg. Bellen is vertrouwd en geeft

direct contact. De digitale route kiezen alleen de patiënten die toch al digitaal vaardig en gemotiveerd waren, en dat is niet de groep waar uw praktijk de meeste winst haalt.

Voor de assistent is de situatie niet beter. Twee ingangen betekenen twee werkstromen. De uitkomsten van digitale triage komen binnen in een aparte module of inbox, iemand beoordeelt ze, en verwerkt ze handmatig in het HIS. Geen ontlasting, maar een extra taak op een toch al volle dag. De digitale route voelt dan ook precies zo: als iets wat erbij komt.

Wat praktijken verwachten

- Minder telefoontjes door het digitale alternatief
- Patiënten die vanzelf overstappen
- Minder werkdruk voor assistentes

Wat er in de praktijk gebeurt

- Telefoonvolume blijft vrijwel gelijk
- Digitale route wordt niet de norm
- Twee processen parallel = meer werk



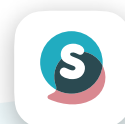
Het adoptieprobleem

Praktijken die digitale triage invoeren zonder iets aan hun proces te veranderen, zien de adoptie laag blijven en dalen na de eerste weken. De verklaring is eenvoudig: de patiënt heeft geen reden om te veranderen als de telefoon gewoon blijft werken. En de assistent beveelt de digitale route niet aan als het meer werk oplevert.

Adoptie groeit pas structureel als de praktijk actief stuurt: via de website, het antwoordapparaat, posters in de wachtkamer, en bovenal via de toon die medewerkers zetten in persoonlijk contact. "U kunt dit de volgende keer ook via onze digitale triage doen, dat is sneller voor u" is een zin die het verschil maakt.



Digitale triage werkt niet omdat de technologie niet deugt. Het werkt niet omdat het wordt toegevoegd aan een proces dat niet verandert.



Technologie en HIS-integratie: de harde randvoorwaarden

Digitale triage begint organisatorisch, maar vraagt ook een goed technologisch fundament. Een koppeling met het HIS maakt het verschil tussen 'nog een tool' en een tool die perfect past in uw proces. Dat fundament maakt de volgende stappen eenvoudiger.

Van formulier naar workflow

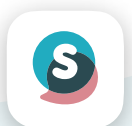
Een digitale triage-uitkomst heeft pas waarde als die direct terechtkomt in uw workflow. Dat betekent: automatische aanmaak van een taak of afspraakaanvraag in het HIS, op basis van urgentieclassificatie, met alle door de patiënt aangeleverde informatie al vooringevuld. Geen handmatig kopiëren, geen dubbele invoer, geen aparte inbox die iemand erbij houdt.

Een goede HIS-koppeling maakt digitale triage aanzienlijk eenvoudiger in de dagelijkse praktijk. Werkt u met een HIS dat deze integratie ondersteunt, dan verwerkt u de triage-uitkomst direct als onderdeel van uw werkproces. Lukt die koppeling (nog) niet optimaal, dan hoeft dat geen obstakel te zijn. Praktijken die digitale triage consequent als primair kanaal inzetten, halen ook zonder perfecte integratie structureel resultaat.

Een goede HIS-koppeling is belangrijk, maar het belangrijkste is dat uw team digitale triage als vanzelfsprekend onderdeel van het werkproces gebruikt.



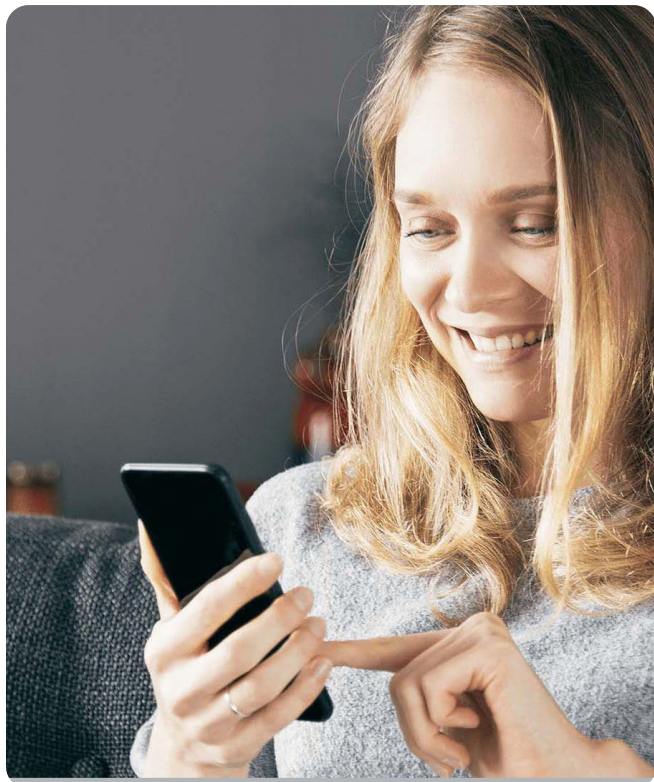
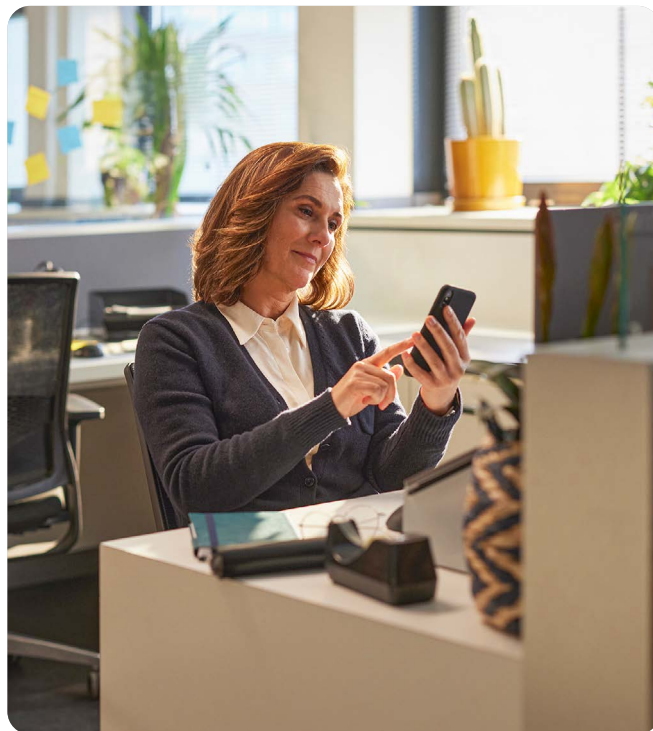
Een goede HIS-koppeling is belangrijk, maar het belangrijkste is dat uw team **digitale triage als vanzelfsprekend onderdeel van het werkproces gebruikt.**



Urgentieclassificatie als datastructuur

Een goed ingericht digitaal triagesysteem doet meer dan vragen stellen. Het vertaalt de antwoorden van de patiënt naar een gestructureerde urgentieclassificatie. Consistent, reproduceerbaar en traceerbaar.

Dit geeft zekerheid over de kwaliteit van de zorg. Wanneer een patiënt met bepaalde symptomen via digitale triage een U3-classificatie krijgt toegewezen, is dat beslispad transparant: welke vragen zijn gesteld, welke antwoorden zijn gegeven, welke drempelwaarden zijn overschreden. Dat maakt het mogelijk om triageprotocollen te evalueren, bij te sturen en te verbeteren op basis van werkelijke uitkomsten. Telefonische triage staat of valt met het oordeel van de assistente op dat moment.



Data als strategisch voordeel

Digitale triage levert iets op wat telefonische triage nooit heeft opgeleverd: gestructureerde data op praktijkniveau. Hoeveel patiënten melden zich per week met welke klachtcategorie? Op welke dagen en tijdstippen piekt de vraag? Welke klachten leiden tot een afspraak, telefonisch advies of zelfzorg? Welke patiëntgroepen haken af in het digitale proces?

Met die data plant u als praktijkmanager de capaciteit beter, signaleert u welke processen aandacht vragen en rapporteert u richting zorggroep of huisartsenkring over de zorgvraagontwikkeling in uw populatie. Als huisarts ziet u patronen die dagelijks onzichtbaar blijven, en handelt u eerder proactief dan reactief.



In vijf stappen naar toekomstbestendige triage



1

Bewustwording: maak het probleem tastbaar voor het hele team

Een transformatie begint met gedeeld besef van urgentie. Breng de cijfers in kaart: hoeveel telefoontjes komen er dagelijks binnen, welk deel is niet-urgent, hoeveel tijd gaat er per dag verloren aan triage die ook digitaal had gekund? Laat assistentes zelf aangeven waar de knelpunten zitten. Als het team begrijpt waarom de huidige werkwijze niet houdbaar is, groeit de bereidheid om te veranderen.



2

Procesontwerp: Herontwerp het proces vóórdat technologie wordt ingezet

Wie begint met de tool, begint bij de verkeerde kant. Breng eerst in kaart welke vragen er binnenkomen, via welk kanaal, wie ze afhandelt, op welk moment en met welk resultaat. Stel vast welke klachtcategorieën zich lenen voor digitale triage en welke niet. Bepaal voor welke patiëntgroepen de digitale route beschikbaar is en hoe kwetsbare patiënten worden geborgd. Ontwerp het nieuwe proces op papier (inclusief de koppeling met het HIS, de urgentieclassificatie en het vervolgpad per triageuitkomst) voordat de eerste instelling in het systeem wordt aangepast.

3

Implementatie met begeleiding en actieve sturing op adoptie

Zet de tool live, maar begeleid het team intensief in de eerste zes weken. Train assistenten niet alleen op de techniek, maar op het nieuwe proces: hoe begeleid je patiënten actief naar de digitale route, hoe verwerk je de uitkomsten in het HIS, hoe herken je wanneer een patiënt toch telefonisch contact nodig heeft? Monitor adoptiecijfers wekelijks. Stuur bij op communicatie richting patiënten. De eerste weken bepalen of het nieuwe proces beklijft of vervaagt.



4

Durf het oude los te laten

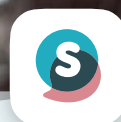
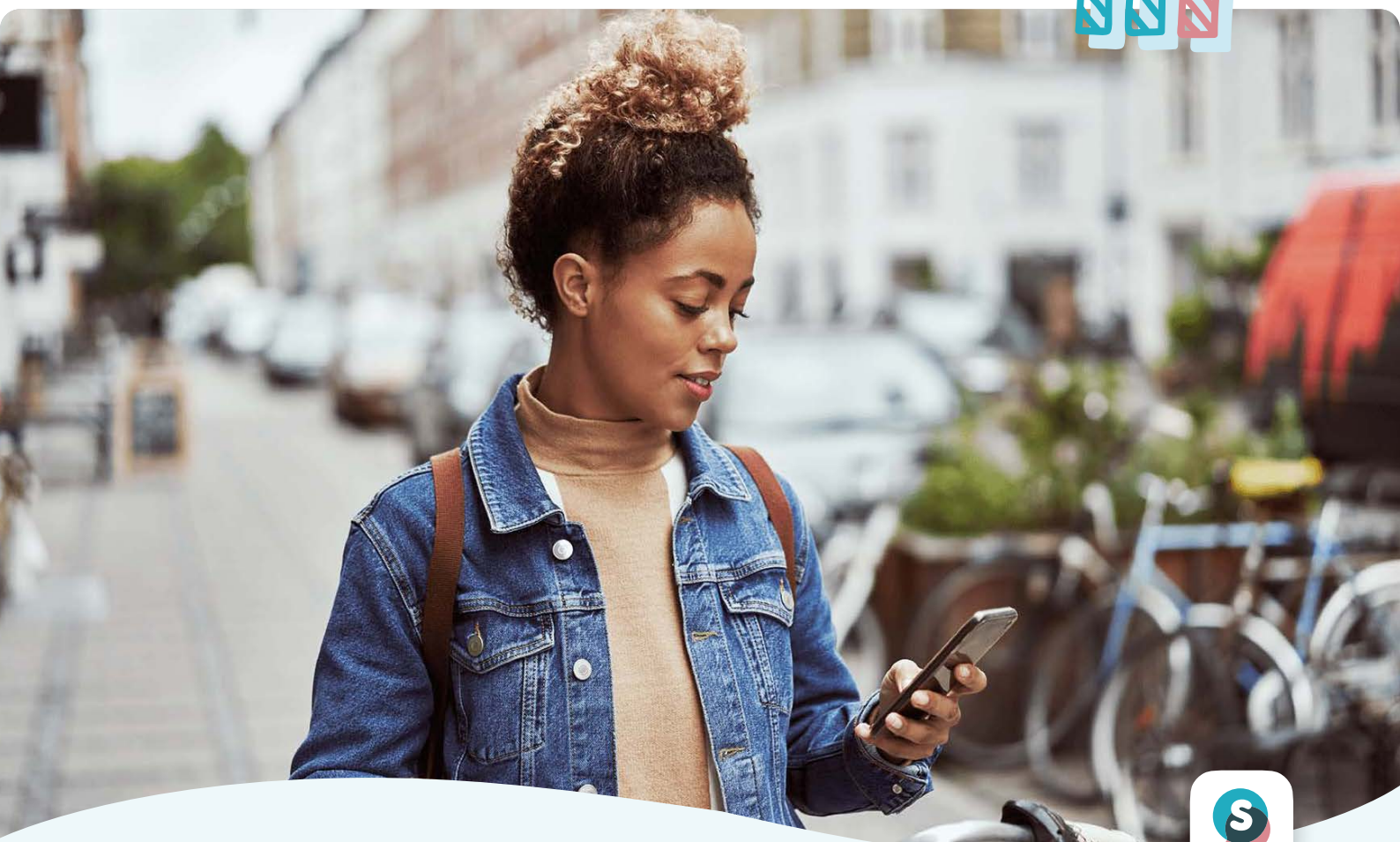
Dit is de stap die de meeste praktijken het langst uitstellen. De telefoon blijft volledig open als vangnet, de balie blijft beschikbaar voor alles, en de digitale route wordt nooit de verwachte norm. Zolang dat zo is, groeit de adoptie niet structureel. Het loslaten van parallelle kanalen vraagt lef en heldere communicatie richting patiënten. Niet alles tegelijk, maar wel consequent. Een praktijk die de digitale route echt de primaire weg maakt voor niet-urgente vragen, haalt daarmee het meeste rendement.



5

Doorontwikkeling op basis van data en uitkomsten

Gebruik de data die het systeem oplevert om het proces continu te verbeteren: welke klachtcategorieën leiden tot onverwachte vervolgstappen, waar haken patiënten af in het digitale formulier, welke urgentieclassificaties leiden achteraf tot bijstelling? Evalueer kwartaal op kwartaal. Betrek de zorggroep of kring bij de inzichten die de data opleveren. Praktijken die dit goed doen, bouwen een lerende organisatie (en worden de praktijken waar anderen over vijf jaar naar vragen hoe ze het hebben gedaan).



Hoe u mensen meekrijgt



Technologie en proces vormen de fundering. Maar de praktijken waar digitale triage daadwerkelijk landt, investeren het meest in mensen. Een team in beweging krijgen vraagt namelijk een goede aanpak. We bespreken vijf elementen die in succesvolle implementaties consequent terugkomen, vaak ondersteund door een vaste begeleider die het kernteam coacht en het traject bewaakt.

Begin met ambitie, niet met techniek

De eerste vraag is een richtingsvraag: wat wil deze praktijk eigenlijk bereiken met digitalisering, en hoe ziet het werk er idealiter over twee jaar uit? Een ambitiesessie waarin huisartsen, praktijkmanager en assistentes die vraag samen beantwoorden, voorkomt dat de invoering een technisch project wordt. Digitalisering is een middel, geen doel. Een korte visie geeft het team iets om in de loop van de invoering naar terug te keren, vooral wanneer de waan van de dag de boventoon dreigt te voeren. Het is dat document waar het kernteam zich aan vasthoudt wanneer er gekozen moet worden tussen comfortabel en consequent.

Een kernteam dat de verandering trekt

Een verandering die alleen op de schouders van de praktijkmanager rust, houdt geen stand. Daarom is het verstandig om vanaf het begin een klein kernteam te formeren: een praktijkmanager, een huisarts en één of twee assistenten. Dit team is de motor van de verandering. Zij ontwerpen werkprocessen, signaleren knelpunten en brengen het verhaal naar de rest van het team. De praktijkmanager speelt daarin de rol van

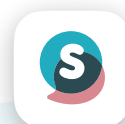
kartrekker: degene die het traject bewaakt, agendeert en bijstuurt. Dat kost tijd, vaak meer dan vooraf wordt ingeschat. Praktijken die hier serieus in willen investeren, ruimen tijdelijk capaciteit vrij of laten zich gedurende het traject ondersteunen door een externe consultant die het kernteam coacht.

Scholing op gedrag, niet alleen op knoppen

De meeste implementatietrajecten gaan uitgebreid in op de techniek: hoe werkt het systeem, hoe maakt u een vragenset, hoe verwerkt u een uitkomst. Nuttig, maar niet genoeg. De echte scholing zit in gedrag. Hoe begeleid je een patient aan de telefoon zó dat hij of zij de digitale route de volgende keer wél kiest? Welke zin gebruik je aan de balie? Hoe ga je om met iemand die zegt liever te bellen? Een scholing op locatie waarin het team deze situaties oefent (met rollenspel, met voorbeelden uit de eigen praktijk) levert meer adoptie op dan welke handleiding ook. Gedrag verandert niet door informatie. Gedrag verandert door oefening.

Patiëntcommunicatie als parallel spoor

Patiënten zijn de andere helft van de verandering. Dat vraagt om een doordachte communicatiestrategie: een aangepast antwoordapparaat, een vernieuwde website, posters in de wachtkamer, een bericht aan vaste patiënten en een consistente toon in elk telefoongesprek. Het verhaal moet overal hetzelfde zijn: dit is sneller voor u, dit geeft de assistente meer ruimte voor wie persoonlijk contact nodig heeft, en u kunt nog steeds bellen wanneer dat nodig is. Praktijken die werken met kant-en-klare communicatiematerialen, die alleen nog op de eigen situatie hoeven te worden afgestemd zijn sneller aan de slag.



Begeleiding, evaluatie en borging

De eerste weken bepalen of een nieuwe werkwijze beklijft of vervaagt. Vragen, ongemakken en kleine teleurstellingen zijn dan onvermijdelijk; een team dat in die fase zonder begeleiding wordt gelaten, valt vaak terug in oude routines. Wekelijkse korte coachingssessies in de eerste zes weken, gevolgd door een eerste en tweede evaluatie met

procesoptimalisaties, maken het verschil tussen een mooie start en een duurzame nieuwe werkwijze. Daarna is het belangrijk om periodiek terug te kijken en bij te stellen. Verandermanagement eindigt pas op het moment dat de nieuwe werkwijze niet meer als nieuw voelt: als de eerste reflex van het team is om naar de digitale route te verwijzen, en nieuwe medewerkers het direct als de norm leren.



Wat het oplevert

Goed geïntegreerde digitale triage heeft aantoonbare effecten op drie niveaus.

Voor de praktijkorganisatie



Praktijken die digitale triage succesvol hebben geïntegreerd rapporteren een gemiddelde daling van het telefonisch contactvolume in de ochtendpiek van 25 tot 40 procent. Dat heeft grote impact. Dat is het verschil tussen een assistente die met overzicht werkt en een assistente die de hele ochtend achterloopt.

Bovendien verbetert de kwaliteit van de telefonische contacten die overblijven. Omdat de niet-urgente stroom grotendeels digitaal is afgehandeld, heeft de assistente meer ruimte voor de contacten die wel persoonlijke aandacht vragen. Urgente vragen worden sneller herkend, beter beoordeeld en sneller doorgezet.

Voor de kwaliteit van zorg

De consistentie van digitale triage overtreft die van telefonische triage op één cruciaal punt: het vragenprotocol wordt altijd volledig doorlopen. Bij telefonische triage is de volledigheid afhankelijk van de beschikbare tijd, de werkdruk van dat moment en de ervaring van de assistente. Digitale triage legt altijd dezelfde vragen voor, registreert alle antwoorden en genereert een reproduceerbare urgentieclassificatie.

Dat heeft directe gevolgen voor de veiligheid. Rode vlaggen, symptomen die wijzen op een potentieel ernstige aandoening, signaleert goed geconfigureerde digitale triage consistent, ongeacht het tijdstip of de drukte in uw praktijk. Daarmee fungeert digitale triage als een aanvullend vangnet naast de professionele beoordeling van de assistente.



Voor de patiënt



De digitale route is op elk moment van de dag beschikbaar, ook buiten openingstijden. Patiënten die 's avonds of in het weekend een klacht ontwikkelen, kunnen via de triagemodule hun vraag structureren en een inschatting van urgentie ontvangen. Spoedeisende gevallen worden doorverwezen naar de HAP of alarmnummer. Niet-urgente vragen worden de volgende dag opgepakt door de praktijk met alle informatie al aanwezig.

Patiënten die de digitale route gebruiken, voelen meer regie over hun zorgvraag. Ze hebben hun klacht rustig beschreven, ontvangen een bevestiging dat de vraag is aangekomen en weten wanneer ze een reactie kunnen verwachten. Dat gevoel van controle draagt bij aan tevredenheid ook als de uiteindelijke vervolgstap een telefonisch contact of consult is.



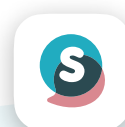
Wat zeggen gebruikers?



“Als iemand met **pijn op de borst** een verzoek stuurt, **stopt de triage direct.**”

Huisartsencentrum Axel werkt de middag volledig digitaal: tussen de 30 en 50 consulten per dag, waarvan 80 procent zonder verdere stap wordt afgehandeld. Praktijkmanager Elizabeth Lamme: “Op een drukke dag sparen we één huisarts uit. En je kiest zelf wanneer je de vragen beantwoordt, in plaats van dat de telefoon

dicteert. Dat maakt een groot verschil.” De keuze voor digitale triage was daarbij mede ingegeven door de urgentiebeoordeling: “Als iemand met pijn op de borst een verzoek stuurt, stopt de triage direct. Die veiligheid is voor ons essentieel.”





“De één krijgt zelfzorgadvies, de ander help ik via chat, en sommigen laat ik op de post komen.”

HAP Eemland verwerkt een substantieel deel van de zorgvragen buiten kantooruren digitaal. Waarnemend huisarts Sandra van Loon handelt 63 procent van de binnenkomende vragen digitaal af. "De één krijgt een zelfzorgadvies, de ander help ik via chat, en sommigen laat ik op de post komen. Veel klachten lenen zich uitstekend voor digitale afhandeling. Sturen mensen een

foto van een wond, dan zie ik meteen of het gehecht moet worden of dat een hechtpleister voldoet." De impact op de werkdruk is concreet: "Het blijft druk, de zorgvraag neemt gewoon toe. Maar dankzij de digitale mogelijkheden blijft het behapbaar. Als al deze mensen zouden bellen of langskomen, is het niet toekomstbestendig."

Conclusie



Digitale triage is volwassen genoeg om een structurele rol te spelen in de Nederlandse huisartsenpraktijk. De technologie is beschikbaar, de integratiemogelijkheden met het HIS zijn er, en de zorginhoudelijke basis (in de vorm van NHG-gecertificeerde triageprotocollen) is aanwezig. De sleutel ligt echter bij een transformatie in praktijken.

Die transformatie vraagt iets van iedereen. De praktijkmanager durft bestaande werkwijzen los te laten, de huisarts vertrouwt op de kwaliteit van digitale urgentieclassificatie en neemt eigenaarschap over de

nieuwe werkwijze, de assistent begeleidt patiënten actief naar een kanaal dat in het begin onwennig voelt.

Maar de praktijken die dit pad bewandelen en beginnen met het herontwerpen van het proces en actief sturen op gedrag, bouwen iets wat de komende tien jaar standhoudt. Een praktijk die overzicht heeft, kwaliteit levert en haar medewerkers beschermt tegen onnodige werkdruk.



Aan de slag met digitale triage?

Een weloverwogen aanpak, een betrokken team en de juiste technische basis maken het verschil tussen een tool die nauwelijks wordt gebruikt en een werkwijze die beklijft. Bent u op zoek naar triage voor de toekomst?

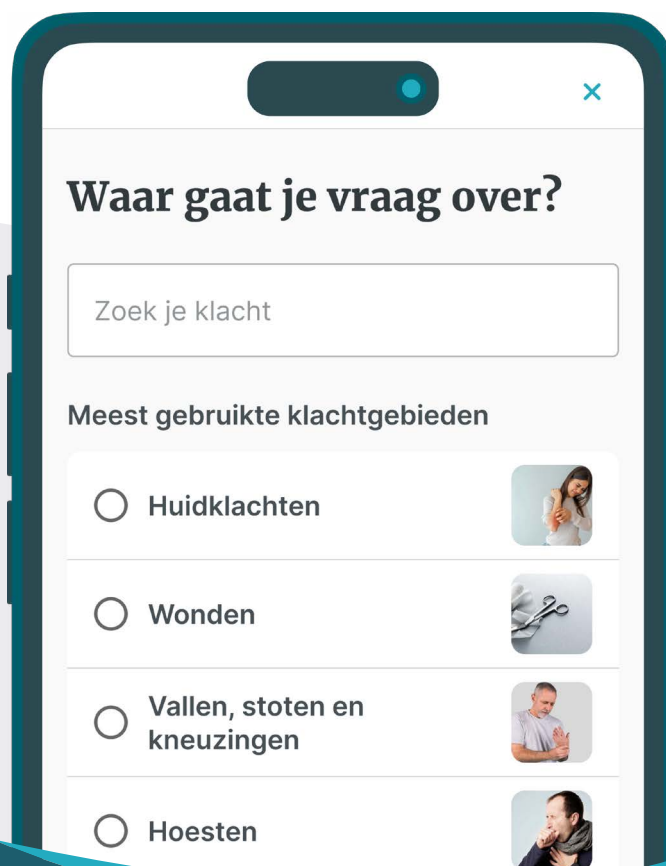
Spreekuur.nl ondersteunt huisartsenpraktijken bij elke stap van dat proces: van procesontwerp en implementatie tot begeleiding bij adoptie en doorontwikkeling op basis van data.

Meer weten?

Bezoek spreekuur.nl/zorgverleners voor een overzicht van de mogelijkheden.

Ontdekken hoe digitale triage werkt binnen uw praktijkcontext?

Neem contact op



The image shows a smartphone screen displaying the Spreekuur.nl digital triage interface. At the top, there is a title bar with a close button (X). Below the title bar, the main heading reads "Waar gaat je vraag over?". Underneath this heading is a search input field with the placeholder text "Zoek je klacht". Below the search field, there is a section titled "Meest gebruikte klachtgebieden" (Most commonly used complaint areas). This section contains four radio button options, each with a corresponding icon: "Huidklachten" (Skin complaints) with a person scratching their arm, "Wonden" (Wounds) with a pair of scissors, "Vallen, stoten en kneuzingen" (Falls, bumps and bruises) with a person holding their head, and "Hoesten" (Coughing) with a person coughing into their elbow.