

Werkwijze NTS

De Nederlandse Triage Standaard

Wat is de NTS?

De Nederlandse Triage Standaard (NTS) is een triage standaard voor de gehele Spoedzorg. Onder triage wordt het dynamische proces van het bepalen van de urgentie en de bijbehorende vervolgactie verstaan.

De standaard is in eerste instantie ontwikkeld voor SEH-verpleegkundigen, zorgprofessionals op huisartsenspoedposten en centralisten op meldkamers van de ambulancezorg. Tegenwoordig gebruiken ook Thuiszorgorganisaties, Gezondheidszorg Asielzoekers, VVT-organisaties, GGD-en en huisartsenpraktijken de NTS bij triage.

Werkwijzedocument
Versie april 2025

Contact
Stichting NTS
bureaunts@de-nts.nl
www.de-nts.nl



Wat is het doel van de NTS?

Het doel is de veiligheid en doelmatigheid van de triage in de acute zorg te optimaliseren, zodat de patiënt zo snel mogelijk bij de juiste hulpverlener komt en de juiste behandeling of zorg krijgt. De patiënt en zijn zorgvraag staan centraal. Daarnaast is het verbeteren van de samenwerking in de keten acute zorg een belangrijk doel. Hiervoor zijn eenheid van taal, begrippen en definities van belang. Het gaat hierbij om urgentie, triagecriteria, vervolgacties en (geprotocolleerde) adviezen.

Triage is geen doel op zich, maar een middel om met beperkte capaciteit Spoedzorg te organiseren. In de kern betekent triage dat in een tijdsbestek van enkele minuten op basis van beperkte gegevens een beslissing genomen wordt over hoe snel de patiënt dient te worden beoordeeld door een hulpverlener, zoals een huisarts, ambulanceverpleegkundige of SEH-arts. De NTS is een richtlijn die de professional daarbij ondersteunt.

Vanaf het eerste contact met de patiënt wordt elke melding met behulp van ICT-ondersteuning stapsgewijs doorlopen en geregistreerd. De systematische triage staat dus los van het informatiesysteem dat de zorgorganisatie gebruikt.

Triage gaat uit van het denken in toestandsbeelden, niet in diagnoses. Het toestandsbeeld is de omschrijving van de conditie van de patiënt aan de hand van de klachten en symptomen. In de acute zorg richt de zorgprofessional zich in het bijzonder op het beschrijven van de klachten en symptomen van de vitale functies en de bedreiging van ledematen of organen.

Afhankelijk van het toestandsbeeld van de patiënt worden de volgende vijf stappen doorlopen:

1. **ABCD:** is er sprake van direct levensgevaar?
2. **Keuze ingangsklacht:** welke klacht bepaalt de urgentie?
3. **Urgentie bepalen:** dit gebeurt op basis van triagecriteria. De urgentie kan aangepast worden op geleide van de context, alarmsignalen en risicogroepen.
4. **Vervolgactie:** op basis van urgentie en ingangsklacht. De vervolgactie kan aangepast worden in relatie tot de context en afspraken van de organisatie.
5. **Instructies en advies:** geven en het resultaat afstemmen met de patiënt.

De uitkomst van de triage wordt niet bepaald door de NTS. De NTS adviseert de urgentie en vervolgactie op basis van de door de zorgprofessional ingevulde criteria. Het is aan de zorgprofessional om de triage te plaatsen in de context van de patiënt om op die manier de uiteindelijke urgentie en best passende vervolgactie te bepalen.

Mag een leek ook met de NTS werken?

Nee. De NTS is geen beslisboom die zonder gedegen vooropleiding en medische kennis ingevuld kan worden. Het is belangrijk dat de zorgprofessional het doel kent van de ingangsklachten en de bijbehorende triagecriteria, zodat zij (of hij) bewust bezig is met het interpreteren van de antwoorden. Het bepalen van het toestandsbeeld en het plaatsen van de patiënt binnen zijn eigen context is belangrijk om de urgentie en vervolgactie te kunnen bepalen.

De NTS geeft een advies over de urgentie en vervolgactie, maar het is de zorgprofessional die bepaalt welke urgentie en vervolgactie er uiteindelijk worden toegekend. Hieruit blijkt hoe belangrijk de kennis en vaardigheden van de zorgprofessional zijn. Een gedegen vooropleiding, zoals een opleiding tot zorgprofessional, triageverpleegkundige SEH of centralist MKA, een training in het gebruik van de NTS en herhaaldelijke na- en bijscholingen zijn noodzakelijk om veilig met de NTS te kunnen werken. Daarnaast is het belangrijk dat de zorgprofessional communicatief vaardig is. Bij iedere patiënt moet de zorgprofessional de communicatieve vaardigheden op een effectieve manier inzetten om antwoord te krijgen op de criteria. Daarnaast zijn communicatieve vaardigheden van essentieel belang bij het geven van adviezen en instructies.

Mag de zorgprofessional de urgentie ophogen of verlagen?

Jazeker. De NTS geeft een advies op basis van de door de zorgprofessional ingevulde criteria. De zorgprofessional zal moeten afwijken wanneer daar een reden toe is. Dit kan het ophogen, maar ook verlagen van de geadviseerde urgentie betekenen. Ook kunnen lokale of regionale afspraken op de huisartsenspoedpost, SEH of MKA een reden tot aanpassing van de urgentie zijn, alsmede afspraken met de ketenpartners in de acute zorg. Het aanpassen van de urgentie moet altijd worden verantwoord binnen de NTS, voordat de applicatie kan worden afgesloten. Het kan zijn dat er lokaal wordt afgesproken dat er pas na overleg met de regiearts (op de HAP) een aanpassing mag worden gedaan.

Mag de zorgprofessional de vervolgactie aanpassen?

Jazeker. De NTS geeft een advies op basis van de door de zorgprofessional ingevulde criteria. De zorgprofessional zal moeten afwijken wanneer daar een reden toe is. Dit kan het wijzigen van de vervolgactie betekenen. Ook kunnen lokale of regionale afspraken op de huisartsenspoedpost, SEH of MKA een reden tot aanpassing van de vervolgactie zijn, alsmede afspraken met de ketenpartners in de acute zorg. Het aanpassen van de vervolgactie moet altijd worden verantwoord binnen de NTS voordat de applicatie kan worden afgesloten. Het kan zijn dat er lokaal wordt afgesproken dat er pas na overleg met de regiearts (op de HAP) een aanpassing mag worden gedaan.

Wat betekent 'vervolgactie huisarts'?

Een 'vervolgactie huisarts' is een visite, advies, consult op de huisartsenspoedpost of telefonisch consult.

Mag de ABCD worden overgeslagen bij telefonische triage van laagurgente klachten?

Er moet altijd een ABCD-beoordeling gedaan worden voordat er een ingangsklacht kan worden gekozen. Soms volstaat een snelle ABCD-controle. Op de meldkamers ambulancezorg moet er bij iedere melding een volledige ABCD-beoordeling worden gedaan. Patiënten die zich bij de huisartsenspoedpost melden, hebben vaker hulp- en zorgvragen met een lagere urgentie. Daar kan dus eerder worden volstaan met een snelle ABCD-controle. Wanneer iemand belt voor een recept voor een blaasontsteking of met een snee in de vinger, volstaat het om te vragen of er nog andere klachten zijn.

Bij twijfel over ABCD of als er ABCD-signalen (bloeding, ziek, benauwd, et cetera) zijn, moeten de ABCD-criteria allemaal worden beoordeeld.

Bij de ABCD kan de NTS je direct een U4, U2, U1 of U0 urgentie adviseren. Wanneer er een urgentie, anders dan U1 en U0, wordt geadviseerd dan ga je verder met het beoordelen van de patiënt met een relevante ingangsklacht. De ingevulde antwoorden bij de ABCD kunnen in combinatie met bepaalde ingangsklachten of triagecriteria tot een urgentie leiden. Wanneer de criteria in de ABCD niet correct zijn beoordeeld en ingevuld dan adviseert NTS mogelijk een te lage urgentie. Het is van essentieel belang dat de ABCD correct wordt ingevuld om zo een veilige triage te doen.

Mogen in de NTS vragen worden overgeslagen?

In NTS kun je geen vragen overslaan. Wanneer een triagecriterium niet relevant is, wordt het criterium met 'nee' beoordeeld. De triagecriteria moeten allemaal worden ingevuld totdat NTS een urgentie adviseert. De criteria hoeven niet allemaal expliciet te worden uitgevraagd maar moeten wel allemaal beoordeeld worden. Antwoorden die duidelijk af te leiden zijn uit het verhaal van een patiënt, mogen worden overgenomen in de NTS. Sommige criteria zijn overduidelijk niet relevant voor het bepalen van de urgentie. Deze criteria worden beoordeeld met 'nee'.

Het is aan de zorgprofessional om een goed toestandsbeeld te verkrijgen om zo veilig te bepalen welke criteria relevant zijn en moeten worden uitgevraagd. Dat betekent dat ieder criterium dat mee kan doen bij het bepalen van de urgentie expliciet moet worden uitgevraagd om deze juist te kunnen beoordelen. Criteria die overduidelijk niet aan de hand kunnen zijn (of niet kunnen worden beoordeeld) en daarmee dus ook niet meedoen bij het bepalen van de urgentie worden met 'nee' beoordeeld.

Mogen de criteria door elkaar uitgevraagd worden?

De NTS is opgebouwd van hoog- naar laagurgente vragen. Per ingangsklacht moeten eerst de hoog urgente criteria beoordeeld worden. Binnen dezelfde urgentie kies je de criteria die relevant zijn om te beantwoorden ongeacht op welke 'plek' deze staat. Het behoort tot de professionaliteit van de zorgprofessional om te kiezen voor triagecriteria die gekoppeld zijn aan het belangrijkste medische probleem. Dit geldt ook voor de keuze van criteria binnen dezelfde urgentie.

De NTS bepaalt niet de volgorde binnen dezelfde urgentie. Die volgorde wordt bepaald door de applicatiebouwers.

Mogen lagere criteria al gescoord worden voordat criteria met een hogere urgentie zijn uitgevraagd?

Wanneer er in het gesprek al criteria duidelijk zijn, dan mag de zorgprofessional deze al aanklikken, mits dit niet tot tijdsverlies leidt.

Dienen de criteria letterlijk uitgevraagd te worden zoals ze in de NTS staan?

Nee. Het is aan de zorgprofessional om het criterium op een dusdanige manier uit te vragen dat de patiënt weet wat er met de vraag bedoeld wordt en de zorgprofessional de informatie krijgt waarmee het criterium kan worden beoordeeld. Als ondersteuning staan er in de NTS een aantal voorbeeldvragen bij de criteria.

Is het altijd noodzakelijk om bij telefonische triage een ingangsklacht te openen?

Nee, dat is niet noodzakelijk. Indien het motief van bellen duidelijk is en het toestandbeeld duidelijk is, kan de zorgprofessional direct een advies geven. Denk hierbij aan herhalingsrecepten en vragen over medicijngebruik.

Welke responstijden horen bij welke urgentie?

De NTS heeft geen exacte responstijden gedefinieerd, omdat hierover bij de zorgaanbieders verschillende afspraken gelden. Bovendien ontbreekt de wetenschappelijke onderbouwing voor de optimale responstijden. Het is daarom aan de zorgaanbieder om een streeftijd te hanteren en vast te stellen. Op onderstaande afbeelding zijn de urgentiecategorieën in de NTS te zien.

Code	Kleur	Titel	In Taal	In Tijd
U0	rood	Reanimatie	Uitval vitale functie	Onmiddellijk
U1	oranje	Levensbedreigend	Instabiele vitale functie	Zo snel mogelijk
U2	geel	Spoed	Bedreiging vitale functie	Binnen een uur
U3	groen	Dringend	Reële kans op schade	Binnen enige uren
U4	blauw	Niet dringend	Verwaarloosbare kans op schade	Binnen een etmaal
U5	wit	Advies	Geen kans op schade	Volgende werkdag

Hoe werkt de pijnscore in de NTS en hoe moet de zorgprofessional deze interpreteren?

Voor een goede triage in NTS is het de bedoeling dat de zorgprofessional de ernst van de pijn beoordeelt, omdat de pijn van invloed kan zijn op de urgentie.

De zorgprofessional kan drie hulpmiddelen gebruiken om tot een goede beoordeling van de pijn te komen. De belangrijkste voor de zorgprofessional bij het bepalen van de urgentie is de eerste. De tweede en derde mogelijkheid zijn vooral van belang voor het bepalen van de beleving van de patiënt.

1. De pijn-gedragsschaal beoordeelt de invloed van de pijn op de activiteiten van een patiënt. Met een goed toestandsbeeld kan de zorgprofessional beoordelen wat de invloed van de pijn is op de dagelijkse activiteiten, zoals eten en drinken, slapen, sporten, spelen, naar school gaan en werken. Naarmate de pijn heviger is, zal het gedrag van de patiënt meer en meer door de pijn worden beïnvloed. Lichte pijn is ongemakkelijk, maar heeft geen invloed op de dagelijkse activiteiten, terwijl een koliekaanval zo hevig kan zijn dat gedrag en het gevoel van de patiënt volledig door de pijn worden overheerst. Hevige pijn is aan de telefoon te horen: communicatie is meestal nauwelijks mogelijk.

Hevige pijn is in de meeste ingangsklachten een U2 urgentie. Dat houdt in dat er een bedreiging is van de vitale functies. Dat moet de zorgprofessional zich goed realiseren wanneer er met 'hevige pijn' wordt beoordeeld.

2. Een cijfer: de zorgprofessional vraagt patiënten om de mate van pijn aan te geven op een schaal van 0-10. De '0' staat voor 'geen pijn' en de '10' voor de 'ergste pijn ooit'.
3. Een beschrijving: de zorgprofessional vraagt de patiënt de bewoording te kiezen die de pijn het beste omschrijft. Een beschrijving van pijn is soms beter te beoordelen dan een cijfer. Dit is bijvoorbeeld het geval bij ouderen, deze methode is weer niet goed te gebruiken als er taalbarrières zijn.

De zorgprofessional bepaald uiteindelijk aan de hand van het toestandsbeeld hoe de pijn wordt beoordeeld in NTS en dus bij het bepalen van de urgentie. De beoordeling van de pijnscore door de zorgprofessional kan dus afwijken van de pijnscore of pijnbeschrijving die wordt opgegeven door de patiënt.

Hoe moet de zorgprofessional omgaan met de tijdsduur van bepaalde klachten en symptomen?

De tijdsduur van een klacht is meestal niet apart opgenomen als triagecriterium. Het is aan de zorgprofessional om de tijdsduur te laten meewegen bij het bepalen van de urgentie. Wanneer de tijdsduur binnen een klacht wel relevant is, is de tijdsduur als triagecriterium opgenomen. Dit is bijvoorbeeld zo bij de ingangsklacht 'pijn thorax' en 'neurologische uitval'.

Er wordt veel gerefereerd naar contextuele factoren, risicogroepen en alarmsignalen.

Wat houden deze begrippen in en waarom zijn dit geen triagecriteria?

Het bepalen van de urgentie gebeurt op basis van triagecriteria. De urgentie kan aangepast worden op geleide van de context, alarmsignalen en risicogroepen. Deze factoren zijn bij iedere patiënt anders en daarom neemt de zorgprofessional deze mee bij iedere triage.

Wat zijn contextuele factoren?

- Duur van de klachten en het verloop
- Andere ziekten en medicijngebruik
- Communicatieproblemen of onduidelijke hulpvraag
- Geen mantelzorg
- Taalbarrière
- Melder is niet bij de patiënt aanwezig
- Weersomstandigheden
- Locatie

Wat zijn risicogroepen?

- Patiëntjes jonger dan drie maanden
- Patiënten met een sterk verminderde weerstand, miltextirpatie, transplantatiepatiënten en/of gebruik immuunsuppressie, chemotherapie
- Patiënten met bepaalde chronische ziekten, zoals ziekte van Addison, diabetes, hartfalen en nierfalen

Binnen sommige ingangsklachten is 'risicogroep' wel een triagecriterium. Binnen deze ingangsklacht is het altijd urgentie verhogend wanneer iemand tot deze groep behoort in binnen de ingangsklachten: braken, diarree, koorts en urinewegproblemen. Binnen de ingangsklacht 'Duizelig' staat nog een extra specifieke risicogroep 'risicogroep duizelig'.

Deze specifieke risicogroepen en daarmee de altijd verhogende urgentie is conform de richtlijnen van de NHG.

Wat zijn alarmsignalen?

- Tweede keer contact
- Hevige pijn, angst of onrust
- Snelle verslechtering van de conditie
- Niet-pluisgevoel van de zorgprofessional

Wanneer een patiënt voor de tweede maal binnen 24 uur contact zoekt met een hulpverlener, daar hoort ook de eigen huisarts bij, dan is dit niet direct een reden voor een consult. Het is van belang om opnieuw een volledige triage te doen, de reden van contact duidelijk te krijgen en opnieuw te beoordelen wat de beste zorg is voor deze patiënt.

Meer info: www.de-nts.nl of bureaunts@de-nts.nl.

De meest recente versie van dit document kan je altijd downloaden via onze website onder de kopjes 'Veelgestelde vragen (FAQ)' en 'Organisatie'