

# Proeftuin zorgcoördinatie Zuid-Holland Zuid

Tussenrapportage

Hannah Hageman  
Caroline Kampshoff  
Bram Elffers  
Nanne Bos  
Robert Verheij



**NIVEL**  
Kennis voor betere zorg



**DrechtDokters**  
WAARDEGEDREVEN ZORG

**Yulius**  
VOOR GEESTELIJKE GEZONDHEID

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.

Augustus 2021

ISBN 978-94-6122-683-9

030 272 97 00

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

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

© 2021 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

Voor u ligt de tussenrapportage 'Proeftuin zorgcoördinatie ZHZ'. Deze tussenrapportage is tot stand gekomen in samenwerking met Coöperatie Ambulancezorg Zuid-Holland Zuid (CAZ ZHZ), de Regionale Huisartsenpost DrechtDokters en Yulius (GGZ Crisisdienst). Wij bedanken alle betrokkenen voor het in ons gestelde vertrouwen.

Augustus 2021

De auteurs

# Inhoud

<b>Voorwoord</b>	<b>3</b>
<b>Samenvatting</b>	<b>5</b>
<b>Lijst met afkortingen</b>	<b>6</b>
<b>1 Inleiding</b>	<b>7</b>
1.1 Aanleiding	7
1.2 Proeftuin Zorgcoördinatie	7
1.3 Doel- en vraagstellingen	8
<b>2 Methode</b>	<b>10</b>
2.1 Onderzoeksdesign	10
2.2 Setting en populatie	10
2.3 Dataverzameling	11
2.4 Data-analyse	12
2.5 Wetgeving en privacy	13
<b>3 Resultaten</b>	<b>14</b>
3.1 Inzetkarakteristieken Rapid HAG	14
3.2 Zorggegevens Rapid HAG	14
3.3 Patiëntervaringen	18
3.4 Ervaringen van professionals – Rapid HAG	18
3.5 Ervaringen van professionals – Regieartsen	22
3.6 Meldingen van incidenten, calamiteiten of klachten	26
3.7 Impact van de Rapid HAG	26
<b>4 Procesevaluatie</b>	<b>27</b>
4.1 Voorbereidende fase	27
4.2 Proeftuinfase	27
4.3 Resterende proeftuinperiode	30
<b>5 Aanbevelingen</b>	<b>31</b>
<b>Literatuur</b>	<b>34</b>
<b>Bijlage A Gegevens uit het EPD van de HAP</b>	<b>36</b>
<b>Bijlage B Vragenlijst patiëntenervaring zorgcoördinatie</b>	<b>42</b>
<b>Bijlage C Topiclist – Interview Rapid HAG</b>	<b>49</b>
<b>Bijlage D Topiclist – Focusgroepgesprek regieartsen</b>	<b>51</b>
<b>Bijlage E Flowchart proeftuin</b>	<b>53</b>

## Samenvatting

Het aantal spoedeisende ambulance-inzetten met de hoogste urgentie (A1) op aanvraag van een huisartsenpost (HAP) neemt de afgelopen jaren toe. In 35-40% van de gevallen bleek vervoer van de patiënt niet nodig te zijn geweest en de zorgverlening ter plaatse afgerond kon worden. In de ambulancezorg worden deze inzetten “eerste hulp geen vervoer (EHGV)” of meer recent “mobiele zorgconsulten” genoemd.

In de regio Zuid-Holland Zuid is de proeftuin zorgcoördinatie gestart waarbij de Coöperatie Ambulancezorg Zuid-Holland Zuid (CAZ ZHZ), de Regionale Huisartsenpost DrechtDokters en Yulius (GGZ Crisisdienst) intensiever zijn gaan samenwerken met behulp van de inzet van een zogenaamde Rapid Huisartsgeneeskunde (Rapid HAG) om de toenemende druk in de acute zorgketen het hoofd te bieden. Een Rapid HAG is een concept waarbij een voertuig met een ambulanceprofessional beschikbaar is, die een aanvullende opleiding heeft in de acute huisartsgeneeskunde én acute geestelijke gezondheidszorg. Deze specifiek daartoe opgeleide ambulanceprofessional kan snel de juiste zorg verlenen voor acute zorgvragen aan patiënten in hun thuissituatie, op aanvraag en onder regie van de huisarts op de HAP. De proeftuin zorgcoördinatie loopt in de periode van september 2020 tot eind september 2021.

Het doel van deze proeftuin is om te beoordelen of een Rapid HAG een deel van de acute huisartsenzorg (zowel somatische als psychosociale zorg) kan overnemen om het aantal A1 ambulance-inzetten op aanvraag van de HAP te reduceren.

In de periode september 2020 tot februari 2021 is de Rapid HAG 480 keer ingezet. In 88,3% van de gevallen ging het om een U1 en U2 inzet. Van de 480 gereden inzetten kon in 148 visites (30,8%) de Rapid HAG de visite afhandelen door middel van een mobiel zorgconsult. Bij 178 (37,1%) visites was insturing naar het ziekenhuis nodig. In 135 (28,1%) van de gevallen was een bezoek aan de huisarts, HAP, GGZ, polikliniek of thuiszorg geïndiceerd. In 4% van de gevallen was het vervolgbeleid onduidelijk. De Rapid HAG werd in 41,7% van de gevallen ingezet voor de ingangsklacht pijn thorax. Voor de tussentijdse evaluatie zijn ook vragenlijsten met patiënten, interviews met Rapid HAG's en focusgroepgesprekken met regieartsen afgenomen om hun ervaringen met de proeftuin in kaart te brengen. De ervaringen van patiënten zijn zeer positief en zij waarderen de Rapid HAG met een rapportcijfer van 9,1. De ervaringen van de Rapid HAG's zijn divers; sommige Rapid HAG's waren positief gestemd over de proeftuin, maar er waren ook Rapid HAG's die aangaven dat zij nog onvoldoende worden betrokken op de HAP en dat zij meer samenwerking met de regiearts willen over hun inzetbaarheid als Rapid HAG. De regieartsen omarmen de komst van de Rapid HAG en kunnen de Rapid HAG niet meer wegdenken van de HAP. Vanuit de regieartsen is ook behoefte aan meer samenwerking onder meer door elkaar beter te leren kennen en een duidelijker beleid te hebben over de indicatiestelling en inzet van de Rapid HAG.

In de resterende proeftuinperiode zal de focus blijven liggen op het verbeteren van de onderlinge samenwerking, registratie van inzetgegevens en verkennen van mogelijkheden om de samenwerking met Yulius te intensiveren. Daarnaast zal er een kostenanalyse worden uitgevoerd, zullen gesprekken met bestuurders plaatsvinden en zal gekeken worden of de bevindingen van de proeftuin generaliseerbaar zijn naar andere instellingen of regio's. Tevens wordt besloten of eventuele verlening van de proeftuin gewenst zal zijn.

## Lijst met afkortingen

<b>A1, A2, B1, B2</b>	Urgentie categorieën die worden toegekend aan een ambulancerit (A1 is het meest urgent, B2 het minst)
<b>ABCDE-methodiek</b>	Een werkwijze waarbij hulp wordt verleend volgens het principe "treat first what kills first". Met andere woorden: eerst de primaire (levensbedreigende) en vervolgens de secundaire c.q. tertiaire (niet-direct dan wel niet-levensbedreigende) letsels en stoornissen.
<b>AZN</b>	Ambulancezorg Nederland, sectororganisatie
<b>CAZ</b>	Coöperatie Acute Zorg
<b>ECG</b>	Elektrocardiogram
<b>EHGV</b>	Eerste Hulp Geen Vervoer
<b>GGZ</b>	Geestelijke Gezondheidszorg
<b>HAP</b>	Huisartsenpost
<b>ICPC</b>	International Classification of Primary Care (Classificatiesysteem voor symptomen en diagnoses in de huisartsenzorg)
<b>MIP</b>	Meldingen Incidenten Patiëntenzorg
<b>MKA</b>	Meldkamer Ambulancedienst
<b>MMA</b>	Medisch Manager Ambulance
<b>NHG</b>	Nederlandse Huisartsen Genootschap
<b>LPA</b>	Landelijk Protocol Ambulancezorg (Standaard van evidence-based zorgverlening)
<b>NTS</b>	Nederlandse Triage Standaard
<b>NP</b>	Nurse practitioner
<b>Rapid HAG</b>	Rapid huisartsgeneeskunde, nieuw ontwikkelde functie binnen de proeftuin
<b>Rapid Responder</b>	Een ambulanceprofessional die solo op pad gaat voor spoedeisende medische hulpverlening of ter assistentie van een collega ambulance. De Rapid Responder beschikt over een speciaal ingericht voertuig
<b>RAV</b>	Regionale Ambulancevoorziening
<b>Regiearts</b>	Huisarts die op een huisartsenpost fungeert als eerste aanspreekpunt bij het inschatten van de ernst van de klachten en het bepalen of er voorrang moet worden verleend aan ernstig zieke patiënten
<b>SEH</b>	Spoedeisende Hulp
<b>SOEP-regels</b>	Een hulpmiddel wat gebruikt wordt in de huisartsenzorg voor het maken van een duidelijk verslag van een deelcontact. Het acroniem staat voor Subjectief, Objectief, Evaluatie en Plan.
<b>VIM</b>	Veilig Incident Melden
<b>VS</b>	Verpleegkundig Specialist
<b>ZHZ</b>	Zuid-Holland Zuid

# 1 Inleiding

## 1.1 Aanleiding

Het aantal spoedeisende ambulance-inzetten met de hoogste urgentie (A1), op aanvraag van een huisartsenpost (HAP) neemt de afgelopen jaren toe (Jansen et al., 2016). Door in de regio Zuid-Holland Zuid in te zoomen op de HAP DrechtDokters laten cijfers van 2017 en 2018 zien dat er na triage respectievelijk 2144 en 2133 U1 zorgvragen waren, waarvoor respectievelijk 1690 en 1830 keer een ALS-ambulance werd ingezet. Binnen dit totaal aan inzetten van ambulancezorg bleek 35-40% van de patiënten niet te zijn vervoerd. Voor zorgverlening in acute situaties, waarbij (psychosociale-) zorg in de thuissituatie van de patiënt volstaat, is de inzet van een (spoedeisende) volledig uitgeruste ambulance niet doelmatig. In de ambulancezorg worden deze inzetten eerste hulp geen vervoer (EHGV) of “mobiele zorgconsulten” genoemd (AZN, 2019). Door betere coördinatie tussen de acute huisartsenzorg en ambulancezorg, kan de toename van A1 inzetten op aanvraag van de HAP mogelijk succesvol worden gereduceerd en blijven er meer ambulances beschikbaar voor A1 inzetten op aanvraag van de Meldkamer Ambulancedienst (MKA). In de regio Zuid-Holland Zuid zijn de Coöperatie Ambulancezorg Zuid-Holland Zuid (CAZ ZHZ), de Regionale Huisartsenpost DrechtDokters en Yulius (GGZ Crisisdienst) intensiever gaan samenwerken binnen de proeftuin Zorgcoördinatie om de toenemende druk in de acute zorgketen het hoofd te bieden met behulp van de inzet van een Rapid Huisartsengeneeskunde (Rapid HAG).

## 1.2 Proeftuin Zorgcoördinatie

Een Rapid HAG is een concept waarbij een voertuig met een ambulanceprofessional beschikbaar is, die een aanvullende opleiding heeft in de acute huisartsgeneeskunde én acute geestelijke gezondheidszorg. Deze specifiek daartoe opgeleide ambulanceprofessional kan snel de juiste zorg verlenen voor acute zorgvragen aan patiënten in de thuissituatie, op aanvraag en onder regie van de huisarts op de HAP. De proeftuin betreft de inzet van de Rapid HAG gecoördineerd vanuit de meldkamer van de Regionale Huisartsenpost DrechtDokters. Op de regionale HAP worden spoedmeldingen getriëerd en beoordeeld door de triagist onder regie van een huisarts.

De Rapid HAG is gestationeerd bij de HAP, is tijdens de diensten van de HAP beschikbaar (i.e., zeven avonden en twee weekenddagen) en verleent reguliere zorg. De achterliggende gedachte is dat de huisarts de regie blijft houden (eindverantwoordelijk) wanneer de Rapid HAG wordt ingezet en nauw betrokken blijft bij het beleid dat wordt ingezet. Bijvoorbeeld met betrekking tot het doorverwijzen naar de juiste zorgaanbieder of wanneer (alsnog) een ambulance opgeroepen moet worden. Omdat dit binnen de eigen organisatie geschiedt kan de informatieoverdracht snel worden georganiseerd, wat ten goede zou moeten komen aan de effectiviteit van de eventuele behandeling. Indien blijkt dat een beoordeling door de GGZ-crisisdienst geïndiceerd is, neemt de Rapid HAG contact op met GGZ instelling Yulius. De Rapid HAG blijft aanwezig bij de patiënt en draagt bij aankomst van de crisisdienst de zorg over. De inzet van een Rapid HAG zou op deze manier moeten bijdragen aan ‘de juiste zorg op de juiste plek’ (Taskforce Juiste Zorg op de Juiste Plek, 2018). De belangrijkste verandering is de directe inzet van de Rapid HAG tijdens het triageproces op de meldkamer van de regionale huisartsenpost, zonder tussenkomst van de meldkamer ambulancezorg.

## 1.3 Doel- en vraagstellingen

Het doel van deze proeftuin is om te kunnen beoordelen of een Rapid HAG een deel van de acute huisartsenzorg (zowel somatische als psychosociale zorg), kan verlenen, waarvoor vóór de proeftuinperiode de ambulancedienst werd opgeroepen. Op deze manier zou het aantal A1 ambulance-inzetten op aanvraag van de HAP gereduceerd worden, zodat zij beschikbaar blijven voor A1 inzetten die direct bij de meldkamer binnenkomen, bijvoorbeeld via noodnummer 112.

In deze tussenrapportage worden de volgende vraagstellingen beantwoord voor de eerste zes maanden van de proeftuinperiode.

### 1. Inzetkarakteristieken Rapid HAG

- a. Hoe vaak wordt de Rapid HAG ingezet onder regie van de huisartsenpost, en met welke urgentietoekenning?
- b. Wat is de visiteduur en aanrijtijd van de U1 visites door de Rapid HAG?

### 2. Zorggegevens Rapid HAG

- a. Wat zijn patiëntkenmerken (i.e., urgentie, triage ingangsklacht, leeftijd, geslacht) van de visites door de Rapid HAG?
- b. Voor welk type vervolgbeleid kiest de Rapid HAG in samenspraak met de regiearts bij afronding van de visite?

### 3. Patiëntervaringen

- a. Hoe ervaren de patiënten de verleende zorg tijdens de visite van de Rapid HAG en zijn hierin verschillen aantoonbaar tussen de verschillende type zorgvragen?

### 4. Ervaringen van professionals

- a. Wat is de motivatie van de Rapid HAG om mee te doen aan de proeftuin?
- b. Hoe verloopt de samenwerking tussen de Rapid HAG, regiearts en huisarts?
- c. Hoe verlopen de werkzaamheden van de Rapid HAG?
- d. In hoeverre werkt de Rapid HAG tijdens de visite volgens de richtlijnen en zijn hierin verschillen tussen typen zorgvragen?
- e. Zijn de beschikbare kennis, vaardigheden en handelingsbevoegdheden van een Rapid HAG toereikend na doorlopen van de extra opleiding?
- f. Hoe ervaren de Rapid HAG's de verleende zorg tijdens de visite en zijn hierin verschillen tussen typen zorgvragen?
- g. Hoe wordt de werkdruk ervaren door de Rapid HAG, regiearts en huisarts?
- h. Hoe wordt de proeftuin door de Rapid HAG, regiearts en huisarts gewaardeerd?
- i. Welke kansen zien de Rapid HAG en regiearts nog binnen de proeftuin?



## **5. Incidenten**

- a. Is de zorg achteraf beschouwd veilig geweest en zijn hierin verschillen tussen de type zorgvragen? (Vervolgcontacten, gemiste diagnose, complicaties, meldingen van incidenten/calamiteiten/klachten)

## **6. Impact van de Rapid HAG**

- a. Vinden er in de looptijd van de proeftuin minder EHGVR-ritten met een volledig uitgeruste ambulance vanuit de huisartsenpost plaats?
- b. Is er invloed op het aantal directe verwijzingen naar de crisisdienst van Yulius en/of SEH door de inzet van de Rapid HAG?

## **7. Procesevaluatie proeftuin**

- a. Hoe verloopt het implementatieproces van deze proeftuin en welke bevorderende en belemmerende factoren spelen een rol?

## 2 Methode

### 2.1 Onderzoeksdesign

De proeftuin zorgcoördinatie Zuid-Holland Zuid betreft implementatieonderzoek. Het design van dit onderzoek heeft een observationeel karakter, waarin kwantitatieve en kwalitatieve gegevensbronnen worden gebruikt.

### 2.2 Setting en populatie

#### Setting

De proeftuin betreft de inzet van de Rapid HAG vanuit de meldkamer van de regionale HAP DrechtDokters (locatie Karel Lotsyweg te Dordrecht), waarbij acute huisartsenzorg gezamenlijk met de ambulancezorg wordt gecoördineerd. Het verzorgingsgebied van de HAP omvat 250.000 inwoners. De studiepopulatie bestond uit alle patiënten die contact op namen met de HAP DrechtDokters, en bij wie de triagist na overleg met de regiearts besloot een Rapid HAG in te zetten.

#### Patiëntenpopulatie

De patiënten die na triage aan de hand van de Nederlandse Triage Standaard (NTS, Tabel 1) een U1/U2 urgentie hadden gekregen of patiënten met een ander urgentietoekenning, maar waarbij de inzet van de Rapid HAG de juiste keuze leek te zijn, vielen binnen de onderzoekspopulatie (NTS, 2014). De proeftuin werd verkennend ingestoken, om te onderzoeken bij welke zorgvragen de Rapid HAG van meerwaarde kon zijn. Wanneer een patiënt niet wilde bijdragen aan het onderzoek kon hij/zij dit kenbaar maken door een bezwaarformulier te tekenen. Gegevens van patiënten die bezwaar maakten werden niet gebruikt voor het onderzoek.

Tabel 1 Nederlandse Triage Standaard (NTS)

Urgenties van het NTS	
U0	Uitval ABCD – resuscitatie (reanimatie)
U1	Instabiele ABCD – direct levensgevaar (onmiddellijk)
U2	Bedreiging ABCD of orgaanschade (zo snel mogelijk)
U3	Reële kans op schade/humane redenen (binnen enkele uren)
U4	Verwaarloosbare kans op schade (binnen een etmaal)
U5	Geen kans op schade (volgende werkdag)

#### Populatie Rapid HAG

Voor deze proeftuin zijn voornamelijk ambulanceprofessionals geworven die een achtergrond als Rapid Responder hadden. Een Rapid Responder is een ambulanceprofessional die solo op pad gaat voor spoedeisende medische hulpverlening of ter assistentie van een collega ambulance. De Rapid Responder beschikt over een speciaal ingericht voertuig. Tevens konden ook ambulanceprofessionals zonder achtergrond als Rapid Responder zich aanmelden voor deelname aan de proeftuin als Rapid HAG. Zij kregen naast de eerder genoemde aanvullende opleiding ook een rijopleiding aangeboden.

## 2.3 Dataverzameling

Om de vraagstellingen te beantwoorden werd gebruik gemaakt van de volgende gegevensbronnen:

- Routinematig vastgelegde ambulance inzetgegevens (CAZ ZHZ);
- Routinematig vastgelegde gegevens uit de elektronische patiëntendossiers van HAP DrechtDokters;
- Vragenlijsten onder patiënten en zorgverleners;
- Interviews en focusgroepgesprekken met zorgverleners;
- Notulen van project overleggen waarbinnen alle deelnemende disciplines vertegenwoordigd waren.

De dataverzameling voor deze tussentijdse rapportage vond plaats in de periode van 1 september 2020 tot 1 maart 2021. We lichten de verschillende gegevensbronnen hieronder toe.

### 2.3.1 Routinematig geregistreerde gegevens

#### HAP DrechtDokters

Voor deze studie is gebruik gemaakt van gegevens die routinematig werden geregistreerd op de HAP en de MKA. Vanuit de HAP werden alle zorggegevens rondom de visite verzameld:

- Aantal inzetten van de Rapid HAG;
- Urgentiecoderingen;
- Gepseudonimiseerde persoonskenmerken (i.e., geslacht en geboortjaar);
- Ingangsklacht vanuit het NTS;
- Zorggegevens rondom de visite uitgewerkt volgens de SOEP-methode (Nederlandse Huisartsen Genootschap (NHG), 2019).

Een volledig overzicht van het registratiebestand is gepresenteerd in bijlage A. Daarnaast werden alle tijdstippen van de inzetten van de Rapid HAG opgenomen in een TomTom bestand.

#### CAZ ZHZ

Vanuit de ambulancedienst werden gegevens verzameld over:

- Totaal aantal spoed inzetten binnen CAZ ZHZ (A1 en A2);
- Urgentiecodering;
- Aanvrager inzet.

De inzetgegevens van CAZ ZHZ werden door de dataspecialist van CAZ ZHZ aangeleverd in factsheets. De originele geregistreerde inzetgegevens zijn niet bekend bij het Nivel.

### 2.3.2 Patiënten en zorgverlenersperspectief

#### 2.3.2.1 Patiëntenperspectief

Om de ervaringen van patiënten met de proeftuin te evalueren werden er per maand random 30 patiënten uitgenodigd door de HAP om een vragenlijst in te vullen. Deze patiënten ontvingen vanuit de HAP een vragenlijst met vragen over de zorgverlening van de Rapid HAG (bijlage B). De thema's die werden behandeld zijn: de reden van het contact, de ervaring met triagist en Rapid HAG,

geleverde zorg en persoonskenmerken van de patiënt. De vragenlijst werd eenmaal verzonden en er werden geen reminders verstuurd.

### **2.3.2.2 Zorgverlenersperspectief – Interviews**

Om de ervaringen van de Rapid HAG's binnen de proeftuin te evalueren werd iedere Rapid HAG (n=15) uitgenodigd voor een interview. Ter voorbereiding op de interviews was er een topiclist opgesteld door de onderzoekers en deze is gereviewd door twee projectgroep leden (bijlage C: Topiclist - Rapid HAG). De gespreksonderwerpen van het interview omvatten: de motivatie, de ervaringen en werkzaamheden van de Rapid HAG, bevorderende en/of belemmerende factoren, de samenwerking met de triagist en regiearts, en het toepassen van het LPA-protocol (in 't Veld et al., 2016). Persoonsgegevens van de Rapid HAG zoals leeftijd, geslacht en werkervaring werden evenzo verzameld. De duur van de interviews was 30 tot 45 minuten. Het interview is voor onderzoeksdoeleinde opgenomen. Na afloop van elk interview werd een anoniem gespreksverslag van het interview gedocumenteerd door het onderzoeksteam.

### **2.3.2.3 Zorgverlenersperspectief – Focusgroepen**

Om inzicht te krijgen in de samenwerking en ervaringen van regieartsen tijdens de proeftuin zorgcoördinatie werden twee online focusgroepgesprekken uitgevoerd (bijlage D: Topiclist - Regieartsen). In de focusgroepgesprekken werd gesproken over: de samenwerking met de Rapid HAG, de kennis en kundigheid van de Rapid HAG, de meerwaarde van de proeftuin en de inzetbaarheid van de Rapid HAG, de werkbelasting tijdens de proeftuin en de toekomst van de proeftuin. Een voorwaarde om deel te nemen aan de focusgroepgesprekken was het hebben van werkervaring met de Rapid HAG. Aan de focusgroepgesprekken namen 4 tot 6 participanten deel (Holloway & Galvin, 2017).

## **2.4 Data-analyse**

### **2.4.1 Kwantitatieve data-analyse**

Op de gegevens van de HAP DrechtDokters en CAZ ZHZ werden kwantitatieve analyses, met name beschrijvende analyses (e.g., frequentietabellen en grafieken), uitgevoerd met behulp van het softwareprogramma STATA (StataCorp, versie 15). Ook de gegevens uit de vragenlijsten van patiënten werden beschrijvend geanalyseerd en gerapporteerd.

### **2.4.2 Kwalitatieve data-analyse**

De gespreksverslagen van de interviews met Rapids HAG werden met behulp van het softwareprogramma MAXQDA (VERBI Software, 2015) geanalyseerd. In de analyse werd onderscheid gemaakt in drie fases tijdens het coderingsproces: open codering, axiale codering en selectieve codering (Boeije, 2010). Het coderen, interpreteren en analyseren van de interviews vond plaats door twee leden van het onderzoeksteam. De analyses waren gericht op het vinden van overkoepelende thema's en om eventuele knelpunten te signaleren die konden worden aangepast gedurende de verdere looptijd van de proeftuin. Gegevens over het interview, zoals duur, persoonskarakteristieken en werkervaring werden weergegeven met een gemiddelde en standaarddeviatie. De interviews werden anoniem uitgewerkt om herleidbaarheid te voorkomen en de privacy van de Rapid HAG's te waarborgen. Dientengevolge kan in de resultatensectie van deze tussenrapportage enkel sporadisch exacte aantallen worden gegeven bij de uitwerking van deze kwalitatieve gegevens.

De analyse van de focusgroepgesprekken was gericht op het vinden van overeenstemming en individuele meningen binnen de groep over bepaalde onderwerpen en werden verwerkt in een gespreksverslag.

## 2.5 Wetgeving en privacy

Het design van deze studie is voorgelegd aan een METC (Amsterdam UMC – Locatie VU medisch centrum) en zij hebben beoordeeld dat de proeftuin zorgcoördinatie niet- WMO plichtig onderzoek is (CCMO, n.d.). Niet-WMO-plichtig onderzoek betreft wetenschappelijk onderzoek waarbij onderzoeksgegevens worden verkregen door bestudering van medische dossiers en patiënten niet worden onderworpen aan een interventie of gedragsregels (CCMO, n.d.). Bij onderzoek van zorggegevens die routinematig worden vastgelegd zijn de Wet op de Geneeskundige Behandelovereenkomst (WGBO) en de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG) (Ministerie van Justitie en Veiligheid, 2018) wel van kracht om de privacy te waarborgen (Autoriteit Persoonsgegevens., n.d.; CCMO, n.d.).

De Rapid HAG registreert de gegevens van de zorgverlening in het registratiesysteem van de HAP. De data vanuit de HAP werden gepseudonimiseerd volgens de methode die wordt gehanteerd door Nivel Zorgregistraties (Hasselaar, 2021). Hierbij worden de gegevens aan de bron, dus voordat de gegevens de HAP verlaten, gepseudonimiseerd door ZorgTTP (Leeuw-Stravers, 2021). Door de gegevens te pseudonimiseren kunnen de gegevens gebruikt worden zonder gebruik te maken van direct identificerende gegevens als geboortedatum, naam, adres of Burgerservicenummers (BSN). Het onderzoeksteam van het Nivel kreeg enkel beschikking over een geanonimiseerde dataset. De gegevens van patiënten die een bezwaarformulier hadden getekend werden niet gebruikt voor het onderzoek.

## 3 Resultaten

### 3.1 Inzetkarakteristieken Rapid HAG

#### 3.1.1 Aantal inzetten en urgentietoekenning

In de eerste zes maanden van de proeftuin werd de Rapid HAG onder regie van de HAP 480 keer ingezet (Bijlage E). In 88,3% van de gevallen ging het om een U1 en U2 inzet (Tabel 2, Aantal inzetten en urgentietoekenning).

Tabel 2 Aantal inzetten en urgentietoekenning

Maand	U1	U2	U3	U4	U5	Totaal
Sep'20	29	52	10		1	92
Okt'20	37	43	12	1		93
Nov'20	30	45	6			81
Dec'20	34	45	11		1	91
Jan'21	20	43	3	1		67
Feb'21	18	28	10			56
<b>Totaal</b>	<b>168 (35,0%)</b>	<b>256 (53,3%)</b>	<b>52 (10,9%)</b>	<b>2 (0,4%)</b>	<b>2 (0,4%)</b>	<b>480 (100%)</b>

#### 3.1.2 Visiteduur en aanrijtijden

Van de 168 U1 inzetten door de Rapid HAG waren er voor 129 inzetten gegevens beschikbaar over de visiteduur. Voor de visiteduur werd een afkapwaarde tussen de 5 minuten en 4 uur toegepast. De mediane visiteduur van een Rapid HAG betrof 51 minuten en 30 seconden.

Van de 168 U1 inzetten door de Rapid HAG waren in 121 inzetgegevens beschikbaar over de aanrijtijd. Voor de aanrijtijd werd een afkapwaarde tussen de 3 en 30 minuten toegepast. De mediane aanrijtijd van een Rapid HAG bij een U1 betrof 11 minuten en 21 seconden. Deze tijd valt binnen de referentiewaarde die worden gehanteerd door de ambulance en HAP (Ambulancezorg Nederland, 2019; Giesen et al., 2007).

### 3.2 Zorggegevens Rapid HAG

#### 3.2.1 Triage ingangsklacht

De Rapid HAG werd frequent ingezet bij de ingangsklacht 'Pijn thorax' (41,7%), en in veel mindere mate voor de overige ingangsklachten zoals 'Hartkloppingen' (8,1%), en 'Kortademigheid' (6,5%) (Tabel 3, Triage ingangsklacht).

Tabel 3 Triage ingangsklacht

Triage ingangsklacht	Frequentie	%		Frequentie	%	
Pijn thorax	200	41.7		Koorts volwassene	3	0.6
Hartkloppingen	39	8.1		Kortademigheid	3	0.6
Kortademig	31	6.5		Trauma rug	3	0.6
Neurologische uitval	25	5.2		Bloedneus	2	0.4
COVID-19	19	4		Breathing	2	0.4
Buikpijn volwassene	15	3.1		Diabetes	2	0.4
Disability	14	2.9		Insult	2	0.4
Trauma algemeen/extremiteit	13	2.7		Trauma thorax	2	0.4
Trauma schedel	13	2.7		Urinewegproblemen	2	0.4
Duizelig	12	2.5		Wond	2	0.4
Wegraking	12	2.5		Armklasten	1	0.2
Algehele malaise volwassene	9	1.9		Drain/sonde/katheter verstopt/gesneuveld	1	0.2
Allergische reactie of insectensteek	6	1.3		Keelklachten	1	0.2
Hoofdpijn	6	1.3		Koorts kind	1	0.2
Vreemd gedrag of suïcidaal	6	1.3		Oogklachten	1	0.2
Beenklachten	4	0.8		Rectale klachten	1	0.2
Circulation	4	0.8		Trauma aangezicht	1	0.2
Rugpijn	4	0.8		Triage niet mogelijk	1	0.2
Braken	3	0.6		Missings	16	2,9
				<b>Totaal</b>	<b>480</b>	<b>100,0%</b>

### 3.2.2 Patiëntkarakteristieken

In 55,6% van de gevallen was de patiënt een vrouw (Tabel 4, Patiëntkarakteristieken). De leeftijdscategorie 55 tot en met 75 (35,2%) en de leeftijdscategorie 75 jaar of ouder (35%) kwamen het meest voor.

Tabel 4 Patiëntkarakteristieken

Patiëntkarakteristieken	Frequentie (%)
<b>Geslacht</b>	
Man	212 (44,4%)
Vrouw	265 (55,6%)
<b>Leeftijd</b>	
0 t/m 18 jaar	2 (0,4%)
18 t/m 35 jaar	37(7,8%)
35 t/m 55 jaar	103 (21,6%)
55 jaar t/m 75 jaar	168 (35,2%)
75 jaar of ouder	167 (35%)
<b>Totaal</b>	<b>477 (100,0%)</b>

\*Bij 3 visites kon er geen koppeling plaatsvinden tussen de patiëntgegevens en de gegevens rondom het zorgconsult waardoor geslacht en leeftijd ontbreekt.

### 3.2.3 Vervolgbeleid

In 178 visites (37,1%) van de Rapid HAG was sprake insturing naar het ziekenhuis (e.g., overdracht naar de ambulance, vervoerder Rapid HAG of op eigen gelegenheid naar het ziekenhuis) (Tabel 5, Vervolgbeleid). In 148 visites (30,8%) van de Rapid HAG resulteerde in een mobiel zorgconsult. Bij 20,8% bleek na de visite van de Rapid HAG nog een vervolgconsult bij de eigen huisarts nodig. De categorie overig (1,5%) bestond uit patiënten die extra zorg vanuit de thuiszorg of het verzorgingstehuis kregen.

Tabel 5 Vervolgbeleid na visite Rapid HAG

Vervolgbeleid	Totaal
Mobiel zorgconsult	148 (30,8%)
Huisarts	100 (20,8%)
HAP	11 (2,3%)
Overdracht naar ambulance	164 (34,2%)
Eigen gelegenheid naar ziekenhuis	2 (0,4%)
Vervoerder Rapid HAG	12 (2,5%)
GGZ	6 (1,3%)
Polikliniek	7 (1,5%)
Telefonisch consult HAP	4 (0,8%)
Onduidelijk vervolgbeleid	19 (4,0%)
Overig	7 (1,5%)
<b>Totaal</b>	<b>480 (100,0%)</b>

#### 3.2.3.1 Vervolgbeleid uitgesplitst naar urgentie

Wanneer de resultaten van de urgentietoekenning (U1 en U2) worden gecombineerd met het vervolgbeleid van de visite, was te zien dat 78 patiënten die een U1 urgentie toegekend kregen (46,4%) werden vervoerd door een ambulance of Rapid HAG naar het ziekenhuis (Tabel 6, Vervolgbeleid uitgesplitst naar urgentie). In 86 gevallen (51,2%) kon de patiënt thuisblijven waarvan in 42 gevallen een mobiel zorgconsult volstond (25%) en in 44 gevallen was een consult bij de



huisarts, polikliniek, Yulius of de HAP nodig (26,2%). De categorie overig (1,2%) bestond uit patiënten die extra zorg vanuit de thuiszorg of het verzorgingstehuis kregen.

Wanneer patiënten een U2 urgentie toegekend kreeg werd de patiënt in 30,4% van de gevallen vervoerd naar het ziekenhuis door een ambulance of Rapid HAG (Tabel 6, Vervolgbeleid uitgesplitst naar urgentie). Eén patiënt mocht op eigen gelegenheid richting het ziekenhuis. In 164 gevallen (64,1%) kon de patiënt thuisblijven waarvan in 86 gevallen een mobiel zorgconsult volstond (33,6%) en in 75 gevallen was een consult bij de huisarts, polikliniek, Yulius of de HAP nodig (29,3%). In 5,1 % was het vervolgbeleid onduidelijk bij een U2 urgentie. De categorie overig (1,1%) bestond uit patiënten die extra zorg vanuit de thuiszorg of het verzorgingstehuis kregen.

*Tabel 6 Vervolgbeleid uitgesplitst naar urgentie*

Vervolgbeleid	U1	U2
Mobiel zorgconsult	42 (25%)	86 (33,6%)
Huisarts	26 (15,5%)	65 (25,4%)
HAP	9 (5,4%)	2 (0,8%)
Overdracht naar ambulance	74 (44,0%)	70 (27,3%)
Op eigen gelegenheid naar ziekenhuis	0 (0,0%)	1 (0,4%)
Vervoerder Rapid HAG	4 (2,4%)	8 (3,1%)
GGZ	2 (1,2%)	3 (1,1%)
Polikliniek	4 (2,4%)	3 (1,1%)
Telefonisch consult huisarts/ HAP	1 (0,6%)	2 (0,8%)
Onduidelijk vervolgbeleid	4 (2,4%)	13 (5,1%)
Overig	2 (1,2%)	3 (1,1%)
<b>Totaal</b>	<b>168 (100,0%)</b>	<b>256 (100,0%)</b>

### 3.2.3.2 Vervolgbeleid bij de ingangsklacht 'Pijn thorax'

De Rapid HAG wordt in 41,7 % van de visites ingezet bij patiënten met de ingangsklacht 'pijn thorax' (Tabel 3, Triage ingangsklacht).

Bij een U1 urgentie met de ingangsklacht 'pijn thorax' werden 48 (47,5%) patiënten alsnog overgedragen aan de ambulance en voor 20 patiënten (19,8%) bleef het bij een mobiel zorgconsult (Tabel 7, ingangsklacht pijn thorax uitgesplitst naar vervolgbeleid). Voor 28 visites (27,8%) bleek aanvullende zorg van een huisarts, HAP of polikliniek geïndiceerd.

Bij een U2 urgentie met de ingangsklacht 'pijn thorax' werden 31 patiënten (33,3%) na de visite van de Rapid HAG thuisgelaten. Bij 25 visites (26,9%) was insturing naar het ziekenhuis nodig door de ambulance of Rapid HAG. Bij 30 visites (32,3%) was alsnog zorg doormiddel van een huisarts, HAP of polikliniek geïndiceerd. In 7 (7,5%) visites was het vervolgbeleid onduidelijk.

Tabel 7 Ingangsklacht 'pijn thorax' uitgesplitst naar vervolgsbeleid

Vervolgbeleid bij pijn thorax	Urgentie U1	Urgentie U2
Mobiel zorgconsult	20 (19,8%)	31 (33,3%)
Huisarts	22 (21,8%)	27 (29,0%)
HAP	4 (4,0%)	1 (1,1%)
Overdracht naar ambulance	48 (47,5%)	22 (23,7%)
Op eigen gelegenheid naar ziekenhuis	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Vervoerder Rapid HAG	2 (2,0%)	3 (3,2%)
GGZ	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Polikliniek	1 (1,0%)	1 (1,1%)
Telefonisch consult huisarts/ HAP	1 (1,0%)	1 (1,1%)
Onduidelijk vervolgsbeleid	3 (3,0%)	7 (7,5%)
Overig	0 (0,0%)	0 (0,0%)
<b>Totaal</b>	<b>101 (100,0%)</b>	<b>93 (100,0%)</b>

### 3.3 Patiëntervaringen

In de eerste zes maanden van de proeftuin is door 37 patiënten de vragenlijst ingevuld (respons rate 20.6%). 69.5% van de patiënten viel in de leeftijdscategorie 55 of ouder en 55.6% ervan was vrouw.

In 50% van de gevallen werd er in de avonduren contact gezocht met de HAP. De meeste patiënten (44.4%) schatten de klacht in als spoedeisend (zeker binnen een half uur hulp nodig) gevolgd door 38.9% met dringend (binnen enkele uren hulp nodig). De voornaamste redenen voor contact met de HAP was vanwege het feit dat iemand met spoed een huisarts nodig had, gevolgd door ongerustheid over de klacht. In 30.6% was de aard van de klacht gerelateerd aan het hart.

De tevredenheid over het contact met de triagist op de HAP werd door patiënten beoordeeld met het cijfer 8.9 (SD 1.3). De zorg die geboden is door de Rapid HAG werd gewaardeerd met een gemiddelde van 9.1 (SD 0.8).

### 3.4 Ervaringen van professionals – Rapid HAG

Van de 15 Rapid HAG's hebben tien Rapid HAG's deelgenomen aan de interviews in de periode van december tot februari. Vijf Rapid HAG's hebben niet gereageerd op de uitnodiging. De gemiddelde leeftijd bedroeg 48.4 jaar ( $\pm 8$  jaar SD) en de gemiddelde werkervaring op de ambulance was 16.7 jaar ( $\pm 8.6$  jaar SD). Acht van de tien Rapid HAG's waren voor de proeftuin al werkzaam als Rapid Responder voor de ambulancedienst. De gemiddelde werkervaring als Rapid Responder was 6.5 jaar ( $\pm 4.5$  jaar SD).

De ervaringen van de Rapid HAG met de proeftuin werden door elk individu anders ervaren. Afhankelijk van de Rapid HAG werden sommige aspecten binnen de thema's ervaren als belemmerende factoren, terwijl andere het ervaren als bevorderende factoren. In de beschrijving van de thema's is gezocht naar een juiste verhouding hiertussen.

### 3.4.1 Motivatie

De motivatie om als Rapid HAG werkzaam te zijn, was onder te verdelen in drie subgroepen:

#### 1. Doorstroom in verband met het tijdelijk stop zetten van de functie Rapid Responder door de nieuwe functie Rapid HAG

Sommige Rapid HAG's gaven aan, dat als zij niet wilden meedoen met de proeftuin, zij een jaar lang geen Rapid Responder meer konden zijn. Dit was voor hen geen optie, dus vandaar dat zij ingestroomd zijn in de proeftuin.

#### 2. Logische doorstroom vanuit de Rapid Responder functie

De meeste Rapid HAG's vonden het een logische keuze om vanuit de Rapid Responder functie door te stromen in de Rapid HAG functie. Een nieuw project met nieuwe uitdagingen en extra scholingsmogelijkheden.

#### 3. Meerwaarde zien in de proeftuin

Deze groep Rapid HAG's zag meerwaarde in de proeftuin op het gebied van samenwerking, het eigen leerrendement (volgen van de Rapid HAG opleiding en rijcursus), klinisch redeneren, thuisbehandeling en het uitsparen van ambulances. Deze groep Rapid HAG's had als ambulanceprofessional een bewuste keuze gemaakt om zich aan te melden voor de functie Rapid HAG.

### 3.4.2 Samenwerking met de regiearts en collega's van de HAP

Inzicht krijgen in elkaars werkzaamheden heeft bijgedragen aan onderling begrip en respect. Door de intensieve samenwerking met de regiearts en collega's van de HAP werd een vertrouwensband opgebouwd, werden nieuwe ervaringen opgedaan, leerden de regiearts en Rapid HAG van elkaar en vulden elkaar aan waar nodig. Sommige Rapid HAG's hebben de HAP kunnen ondersteunen door middel van het uitvoeren van consulten op het gebied van cardiologie, het zieke kind en trauma en/of het ondersteunen en adviseren bij het callcenter door kritisch mee te denken over welke zorgverlener geschikt was voor de zorgvraag.

Een voorbeeld van leren samenwerken en inzicht krijgen in elkaars werkzaamheden kwam aan het licht bij het onderwerp 'visiteduur'. Aan het begin van de proeftuin bleek dat een Rapid HAG meer tijd nodig heeft voor een visite dan een huisarts. De reden hiervoor is dat een Rapid HAG alleen is, uitgebreider onderzoek verricht en meer diagnostiek kan toepassen. De misverstanden hierover zijn besproken en opgelost (zie procesevaluatie, hoofdstuk 4).

Naast de positieve ervaringen omtrent de samenwerking met de regiearts en collega's van de HAP, waren er ook enkele Rapid HAG's die de samenwerking nog moeizaam vonden verlopen. Eén derde van de Rapid HAG's gaven aan dat het aanbod beperkter is en zij het gevoel hebben in de wacht te staan tot een volgende inzet komt, omdat de regiearts hen niet altijd in het proces betreft. Ze voelen zich te gast op de HAP, hebben geen eigen werkplek en zouden graag meer betrokken willen zijn in het gehele proces. Mogelijk speelt de diversiteit in aanpak van regieartsen hierin een rol. De ene regiearts staat open voor samenwerking en neemt de Rapid HAG mee in het overleg en de andere regiearts lijkt de Rapid HAG meer op afstand te houden.

### 3.4.3 Werkzaamheden en werkomstandigheden van de Rapid HAG

#### Casuïstiek

De helft van de Rapid HAG's geven aan dat de inzetcriteria en het vakgebied zijn versmald ten opzichte van de werkzaamheden voor de proeftuin als Rapid Responder. Dit komt met name doordat de werkzaamheden van een huisarts minder spoedeisend zijn. Een deel van de Rapid HAG's vond de nieuwe casuïstiek een uitdaging en een verrijking op hun bestaande kennis, en het andere deel van de Rapid HAG's had hogere verwachtingen en ervoer geen vernieuwing of verrijking van kennis.

*“Het lastige van sommige inzetten zit hem met name in de patiënten met klachten waarbij je niet zoveel ontdekt. Hierbij moet je dan beoordelen of iemand ingestuurd moet worden, daar zit voor mij de uitdaging in het vak. De uitgesproken aandoeningen die heel duidelijk zijn, zijn niet zo moeilijk. Het zijn juist de lastige inzetten die het werk leuk en tricky maken.” [Rapid HAG].*

Meer dan de helft van de Rapid HAG's gaven aan dat de patiënt vaker thuisblijft, omdat er behandeld kan worden op locatie doordat de Rapid HAG extra tools en opties heeft ten opzichte van voor de proeftuin (extra pijnstilling (diclofenac), urinesticks, de medische achtergrond van de patiënt en overleg met de regiearts).

#### Verantwoordelijkheid

Het merendeel van de Rapid HAG's ervoeren geen verschil qua verantwoordelijkheid sinds de proeftuin. Echter, de Rapid HAG's die voor deze proeftuin nog geen Rapid Responder waren, gaven aan dat zij wel moeten wennen aan het solo werken en de bijkomende verantwoordelijkheid.

#### Richtlijnen en protocollen

In de meeste gevallen kon de Rapid HAG het LPA goed toepassen en gaven zij aan voldoende kennis en vaardigheden te hebben om de visite uit te voeren. Daarnaast werd er naast het LPA ook meer gebruik gemaakt van de NHG-standaarden. Als een protocol niet passend was werd er soms vanaf afgeweken, mits daarvoor goede argumentatie was. Patiënten met buikklachten of een niersteenkolië vallen vaak buiten het protocol. Eén derde van de Rapid HAG's gaf aan dat patiënten met een niersteenkolië nu tijdens de proeftuin ook thuis behandeld kunnen worden, omdat diclofenac was toegevoegd aan het medicatie assortiment. Dit moet wel altijd in overleg en met toestemming van een regiearts. Sommige Rapid HAG's zien liever dat het protocol voor de Rapid HAG (tijdelijk) wordt gewijzigd zodat de Rapid HAG dit zonder overleg en toestemming kan uitvoeren.

#### Registratie en administratie

Drie Rapid HAG's gaven aan dat zij moeten wennen aan de nieuwe manier van registreren en de bijkomende administratie.

#### Standplaats

De standplaats van de Rapid HAG is tijdens de proeftuin veranderd, de Rapid HAG nam plaats op de HAP, diensgevolg werd de vrije rol binnen de regio als Rapid Responder gemist.

### 3.4.4 Werkdruk

De werkdruk werd door de Rapid HAG's over het algemeen beoordeeld als laag tot normaal. Sommige Rapid HAG's ervoeren een verschil in werkdruk tussen mobiele zorgconsulten en inzetten waarbij de patiënt werd ingestuurd naar de SEH. Immers wanneer een patiënt thuisblijft heeft dit

meer zorg en tijd. De Rapid HAG's gaven aan dat een late dienst sneller leidt tot overwerken. Tot slot gaven twee Rapid HAG's aan dat ze wel meer worden ingezet dan als in hun functie als Rapid Responder, waarbij ze soms wel eens werden vergeten door de MKA.

### **3.4.5 Ervaringen met patiënten**

De Rapid HAG's ervaren geen verschil in het contact met patiënten ten opzichte van voor de proeftuin. De meeste Rapid HAG's vertellen de patiënt dat zij zijn gestuurd door de HAP, en dat zij in samenspraak met de huisarts op de HAP het vervolgbeleid bepalen. De triagist informeert tijdens de triage de patiënt hier evenzo over.

### **3.4.6 Meerwaarde proeftuin**

De Rapid HAG's waarderen de proeftuin met het cijfer 7 ( $\pm 1.5$ ). De grootste toegevoegde waarde vinden de meeste Rapid HAG's het uitsparen van een ALS-auto en dat er kritischer wordt gekeken naar welke zorgverlener er bij welke zorgvraag past. Daarbij komend worden punten benoemd zoals de samenwerking, het overleg, het van elkaar leren, het gemakkelijker thuis laten van patiënten door bijvoorbeeld thuisbehandeling, het inzicht krijgen in elkaars werkzaamheden en verrijking van de hulpverlening door bijvoorbeeld extra tools zoals urinesticks en diclofenac. Anderzijds wordt door sommige Rapid HAG's de aspecten van samenwerking en overleg niet ervaren en wordt aangegeven dat de inzetcriteria in de proeftuin beperkt zijn, maar het merendeel van de Rapid HAG's is positief over de proeftuin.

### **3.4.7 Tussentijdse tips en suggesties**

Er zijn tips en suggesties aangedragen voor de verdere looptijd van de proeftuin en het behoud ervan. De suggesties en tips zijn ingedeeld in vier hoofdcategorieën:

#### **Samenwerking**

Op het belang van samenwerking mag nog meer nadruk komen te liggen zodat er onderling nog beter gecommuniceerd wordt met betrekking tot inzetcriteria en hulp bieden op de HAP (bij consulten). Zodat de Rapid HAG efficiënter wordt benut tijdens de proeftuin. Daarnaast werd er een suggestie gedaan om met een vaste groep regieartsen te werken zodat de Rapid HAG en regieartsen beter op elkaar ingewerkt zijn.

#### **Organisatorisch**

Sommige Rapid HAG's hebben moeite met de nieuwe manier van registreren en zouden graag zien dat hier in de toekomst aanpassingen voor komen. Belemmerende factoren die worden benoemd zijn: meerdere keren moeten inloggen in Callmanager en bij overname ambulance dubbele registratie. Tevens zouden de Rapid HAG's graag een eigen werkplek op de HAP willen. Het is vaak erg druk op de HAP en zij hebben geen vaste plek waar zij rustig kunnen werken. Een aantal keer werd benoemd of de standplaats op de HAP echt nodig is en of de Rapid HAG de visite niet telefonisch vanaf de eigen post zou kunnen aannemen.

#### **Werkprocessen en beleid**

Zoals eerder genoemd zou de helft van de Rapid HAG's graag meer betrokken willen worden bij processen op de HAP en uitbreiding willen van hun taken (bijvoorbeeld helpen bij consulten, hechten etc.) om hun kennis te verbreden en vanwege de lage werkdruk. Daarnaast werd aangegeven dat bij patiënten met een niersteenkolk vaak overleg moet plaatsvinden over extra pijnstilling zoals diclofenac. Een aantal Rapid HAG's zou graag uitbreiding zien in het protocol voor deze patiëntencategorie zodat er niet elke keer overleg hoeft plaats te vinden. Tevens werd door sommige

Rapid HAG's aangedragen dat een verpleegkundig specialist (VS) of nurse practitioner (NP) in de toekomst mogelijk beter de functie kan uitvoeren vanwege de mogelijkheden tot uitbreiding van taken in verband met de zelfstandige bevoegdheid.

### **Educatie**

Voorafgaand aan de proeftuin heeft er een scholing plaatsgevonden. De extra opleidingen werden door de meeste Rapid HAG's als matig tot voldoende beschouwd. Het was meer een aanvulling op bestaande kennis, dan dat zij nieuwe kennis hadden opgedaan. De Rapid HAG's geven als suggestie aan de lessen te laten uitvoeren door huisartsen. Daarnaast zouden zij meer verdieping in het huisartsenvak (lichamelijk onderzoek, NHG-standaarden en de SOEP-regels) willen en er moet meer diepgang worden geboden in de beoordeling van de buik en het neurologisch onderzoek. Tevens werd de suggestie gedaan om een langere stage te lopen bij een huisarts. Om meer op één lijn te liggen wat betreft communicatie, lichamelijk onderzoek etc.

## **3.5 Ervaringen van professionals – Regieartsen**

Twaalf regieartsen hadden zich aangemeld voor de focusgroepgesprekken en uiteindelijk hebben tien regieartsen deelgenomen in maart. De huisartsen hadden tussen de vijf en tien diensten gewerkt als regiearts. De duur van beide focusgroepgesprekken bedroeg ongeveer één uur en tien minuten. Het doel van de focusgroepgesprekken was om inzicht te krijgen in de ervaringen van de regiearts met de proeftuin. De belangrijkste thema's worden hieronder toegelicht.

### **3.5.1 Samenwerking met de Rapid HAG**

#### **Rapid HAG aanwezig op de HAP**

De samenwerking tussen de regiearts en Rapid HAG wordt over het algemeen als prettig ervaren. Sommige Rapid HAG's zijn erg betrokken bij het proces en denken goed met de regiearts mee, terwijl andere zich meer af zonderen. De meningen zijn verdeeld over de aanwezigheid van de Rapid HAG in het Callcenter. Sommige regieartsen vinden het prettig dat de Rapid HAG aanwezig is, zodat de Rapid HAG direct kan meebeslissen omtrent de inzet. Andere regieartsen vinden het minder prettig. Zij geven aan dat dit soms zorgt voor ruis in het Callcenter en roepen de Rapid HAG er liever bij zodra dat nodig is. De regieartsen vinden het fijn dat de meeste Rapid HAG's zich voorafgaand aan de dienst even melden. Hierbij vindt meestal een korte introductie plaats en wordt afgestemd waar de Rapid HAG voor is bedoeld. Het wordt door de regieartsen ervaren als een reminder en het is fijn om een gezicht bij de persoon te hebben.

#### **Inzetcriteria**

De regieartsen geven aan dat de visites meestal in overleg worden toebedeeld aan de Rapid HAG en dat er aan het eind van de visite een contactmoment plaatsvindt waarbij de bevindingen en het beleid wordt besproken. Aan het begin van de proeftuin was er onduidelijkheid over de inzetcriteria en werden sommige inzetten door de Rapid HAG geweigerd volgens de regieartsen, maar inmiddels is voor vrijwel iedereen duidelijk waarvoor de Rapid HAG wel en niet ingezet kan worden. Tevens geven regieartsen aan dat sommige Rapid HAG's erg flexibel en bereidwillig zijn om ook andere taken op te pakken zoals als het zetten van een katheter. Daarnaast wordt aangegeven dat de Rapid HAG soms zelf patiënten naar de SEH brengt en dit wordt als erg positief ervaren. Sommige regieartsen lichten toe dat Rapid HAG's ook op de HAP zelf worden ingezet bij consulten zoals bij patiënten met pijn op de borst. Niet alle regieartsen waren geïnformeerd dat dit ook kan.

Er wordt bemerkt dat als het rustig is, de Rapid HAG ook voor andere urgenties en inzetten wordt gebruikt, wat voorafgaand aan de proeftuin niet per se is afgesproken. De Rapid HAG wordt in hun ogen voornamelijk ingezet bij cardiale klachten.

#### **Visiteduur**

De regieartsen bemerkten een verschil in werkwijze. Huisartsen zijn gewend om te werken onder tijdsdruk. Voor een visite van een huisarts wordt ongeveer 20 minuten ingepland. De regieartsen geven aan dat de Rapid HAG langer doet over een visite. Soms duren visites anderhalf uur. De Rapid HAG herkent de tijdsdruk vanuit de ambulancedienst niet, en krijgt vanuit de MKA de tijd om een volledige beoordeling uit te voeren. Omdat een Rapid HAG hierdoor langer afwezig kan zijn, kom het voor dat andere inzetten die ook geschikt zouden zijn geweest voor de Rapid HAG, alsnog doorgezet werden naar de ambulance of een huisarts die visites rijdt.

#### **Onderlinge werktijden**

De werktijden van de regiearts en Rapid HAG verschillen nu van elkaar, waardoor het soms niet mogelijk is om na een rit de visite te evalueren. De huisartsen wisselen om 16:00 en de Rapid HAG om 15:00. Voor de meeste regieartsen hoeft dit niet te worden aangepast. Wanneer er echt nog geëvalueerd moet worden kan dit ook achteraf of een andere dag.

### **3.5.2 Werkzaamheden van de Rapid HAG**

#### **Kennis en deskundigheid**

De regieartsen zijn te spreken over de kennis en deskundigheid van de Rapid HAG. Zij geven aan dat een ambulanceprofessional specifiek is opgeleid met methodes en werkwijze die de huisarts niet altijd kent.

In de ogen van sommige regieartsen misschien iets te secuur en zij vragen zich af of dit altijd nodig is. De regieartsen geven aan dat zij vooraf al meer filteren en kijken ook of het klinisch zin heeft om het aanvullende onderzoek uit te voeren, maar ze begrijpen dat ze Rapid HAG dit vanuit hun vak wel protocollair afwerken. Meer inzicht in elkaars werkzaamheden en protocollen is daarbij van belang.

Sommige regieartsen vragen zich een enkele keer af wat de bekwaamheid en vaardigheid van de Rapid HAG is in bepaalde situatie en hoe het zit met de beoordelingsvaardigheid bij bepaalde ziektebeelden.

#### **Type hulpvragen**

De meerwaarde van de Rapid HAG ligt voornamelijk bij de cardiale casuïstiek volgens de regieartsen. De Rapid HAG heeft met dit type zorgvraag veel ervaring en kan volgens de regiearts goed inschatten wanneer insturing naar het ziekenhuis nodig is. Echter, heerst er verdeeldheid over de inzet van de Rapid HAG bij complexe casuïstiek met een specifieke zorgvraag. Sommige regieartsen vinden dat de Rapid HAG hier juist een waardevolle rol in kan spelen vanwege de zorgvuldige beoordeling. Zij kunnen dan juist een rol spelen in het opsporen van het probleem (bijvoorbeeld bij vage cardiale klachten). Andere regieartsen geven aan de Rapid HAG niet in te zetten bij complexe/ kwetsbare ouderen, omdat hierbij vaak meerdere problematiek en zorgproblemen spelen. Waardoor dit vaak lastige en ingewikkelde casussen worden.



*“Als je ze naar concrete zorgvragen stuurt, breng je jezelf ook niet in de problemen, omdat het vaak een duidelijk probleem is en het duidelijk is wat ze gedaan hebben. Hoe ruimer je de indicatie stelt, des te meer overleg je krijgt” [Regiearts].*

Daarnaast zien zij voordeel in het feit dat de Rapid HAG vaak korte lijntjes heeft met de SEH. Er wordt soms informatie opgevraagd over oude ECG's of de voorgeschiedenis van de patiënt, wat in het voordeel kan werken bij het bepalen van het vervolgbeleid. De huisarts doet dit meestal niet en stuurt de patiënt direct in. De twijfelgevallen die door de huisarts of ambulance kunnen worden opgepakt kunnen nu door de Rapid HAG worden opgepakt. Hiermee worden beide partijen ontlast. Eén van de voordelen van de proeftuin is dat dit nu samen opgepakt kan worden.

Psychiatrische patiënten komen volgens de regieartsen vaak op de HAP zelf en worden over het algemeen door een huisarts gezien. Deze consulten nemen vaak veel tijd in beslag. Een huisarts is daardoor soms meer dan een uur niet inzetbaar. Als een Rapid HAG dëscalerend in de thuissituatie kan optreden is dit zeker een meerwaarde. Door de volledige beoordeling van de Rapid HAG kan hier zeker winst worden behaald. Een Rapid HAG kan goed de somatische problematiek uitsluiten en waar nodig Yulius erbij vragen.

### **Zelfstandigheid Rapid HAG**

De zelfstandigheid van de Rapid HAG wordt als goed beoordeeld. De regieartsen hoeven niet veel te ondersteunen. Tijdens het overleg met de Rapid HAG kan de regiearts aan het eind van de vaste tijd nog aan de Rapid HAG vragen om aanvullende dingen uit te vragen of uit te voeren, omdat de Rapid HAG meestal pas vertrekt na het overleg met de regiearts. Zo kan het beleid in samenspraak worden afgestemd. De regieartsen denken dat de Rapid HAG de kennis van de huisarts kan aanvullen wat betreft de beoordeling van ECG's en de ABCDE-methodiek. Tevens wordt het praktisch denken ook als pluspunt genoemd. Zij bedenken soms creatieve oplossingen om een ambulance inzet of opname te voorkomen.

### **3.5.3 Werkdruk**

#### **Werkdruk voor de huisarts**

De meeste huisartsen op de HAP ervaren een positief effect op de werkdruk door de komst van de Rapid HAG. Door de Rapid HAG worden visites en soms ook consulten uit handen genomen wat verlichting geeft op de werkdruk. Naar een U1 visite werd meestal toch al een ambulance gestuurd in plaats van een huisarts.

#### **Werkdruk voor de regiearts**

De regieartsen bemerken door de komst van de Rapid HAG geen extra druk op de eigen werkzaamheden. Ze hebben goed overzicht op de inzetbaarheid en werkzaamheden van de Rapid HAG doordat elke rit na afloop gezamenlijk wordt doorgesproken. Hierdoor zijn de regieartsen op de hoogte over wanneer de Rapid HAG weer opnieuw kan worden ingezet. Het overleg, wat sinds de proeftuin plaatsvindt met de Rapid HAG, was anders met een ambulanceprofessional of andere zorgverlener geweest. Een aantal regieartsen geven wel aan dat zij zich meer verantwoordelijk voelen. Zij hebben de patiënt niet gezien en zij zijn niet op visite geweest, maar de regiearts moet wel beleid bepalen op basis van de anamnese en vitale parameters die de Rapid HAG heeft gemeten.

*“Het lijkt of ik de visite zelf heb gedaan, maar ik heb de patiënt niet gezien” [Regiearts].*



### 3.5.4 Meerwaarde proeftuin

De regieartsen geven de proeftuin het cijfer 7.4 ( $\pm 0.4$  SD). De regieartsen omarmen de komst van de Rapid HAG en kunnen de Rapid HAG niet meer wegdenken van de HAP. Het feit dat er meer samenwerking en communicatie plaatsvindt onderling vinden zij een goede vooruitgang.

### 3.5.5 Tussentijdse tips en suggesties

#### Communicatie

De meeste regieartsen vonden de communicatie bij aanvang van de proeftuin onvoldoende. Een aantal regieartsen waren aanwezig bij de online introductiebijeenkomst. Zij vonden de insteek van de introductie te kort, te algemeen en zij ervoeren dat de praktijk nader moest bekijken waarvoor de Rapid HAG kon worden ingezet. Met name de inzetcriteria bleven onduidelijk. Hierbij wordt het voorbeeld gegeven dat een regiearts niet wist dat de Rapid HAG ook voor minder urgente inzetten zoals U2, U3 en voor psychiatrische consulten kon worden ingezet. De meeste regieartsen hebben meer informatie verkregen door het gesprek met de Rapid HAG zelf aan te gaan. Het is tevens van meerwaarde geweest dat tijdens de proeftuin in de praktijk getest kon worden voor welke indicaties de Rapid HAG geschikt kan zijn. Daarnaast wordt er door de regieartsen communicatie over de voortgang en evaluatie van de proeftuin gemist vanuit de projectgroep en vanuit de HAP.

#### Beleid inzetcriteria

Een duidelijk beleid wat betreft de indicatiestelling is essentieel en dit zou beter moeten worden afgestemd. Daarnaast stellen de regieartsen voor om meer van elkaar te leren over elkaars kwaliteiten en werkzaamheden, zodat hierop beter geanticipeerd kan worden. Mogelijk kan dit worden opgepakt door samen scholingen te volgen of stage bij elkaar te lopen. Om zo meer op één lijn te komen wat betreft snelheid, werkwijze en het klinisch redeneren van de huisarts. Tevens wordt de mogelijkheid benoemd om een kleinere vaste groep met regieartsen te creëren die bekend zijn met de proeftuin.

#### Taakuitbreiding

De meeste regieartsen zien wel mogelijkheden om de taken van de Rapid HAG uit te breiden. Echter, duidelijke inzetcriteria zijn hierbij een voorwaarde. Tevens willen sommige huisartsen ook niet alles uithanden geven, omdat zij ook hun eigen handelingen en klinische blik bij bepaalde casussen willen behouden. Het moet een ondersteuning zijn en geen vervanging van de huisarts. Andere regieartsen vinden dit weer geen probleem. Zij geven aan dat de HAP hierin een standpunt zou moeten innemen zodat het beleid duidelijk is.

#### Onderlinge werktijden

De regieartsen denken dat de dienstwissel van de Rapid HAG efficiënter kan. Er gaat nu meestal een uur verloren en hier valt nog winst te behalen. Als tweede punt wordt het aanvullen van de auto met nieuwe spullen en medicatie benoemd. Op dit moment moet de auto nog aangevuld worden op de ambulancepost. Mogelijk kan dit in de toekomst anders, zodat de Rapid HAG weer sneller beschikbaar is voor visites.

### **3.6 Meldingen van incidenten, calamiteiten of klachten**

In de eerste zes maanden van de proeftuin zijn geen Veilig Incidenten Melden (VIM) of Melding Incidenten Patiënten (MIP) meldingen, calamiteiten en/of klachten gemeld bij de drie deelnemende instanties over de Rapid HAG.

### **3.7 Impact van de Rapid HAG**

In de bovenstaande resultatensectie ontbreken de antwoorden op de vraagstellingen of er reductie op het aantal A1 (en A2) ritten met een volledig uitgeruste ambulance vanuit de HAP plaatsvindt en reductie op het aantal mobiele zorgconsulten. Deze vraagstellingen konden niet worden beantwoord, omdat de kwaliteit van de geregistreerde gegevens zich hier nu niet voor leende. In de aanbevelingen sectie van dit rapport lichten we dit verder toe.

## 4 Procesevaluatie

Een procesevaluatie is een gedetailleerde en kritische beschrijving van hoe het proces vooraf was gepland in de voorbereidende fase en hoe het proces daadwerkelijk is uitgevoerd gedurende de proeftuinfase (Grol & Wensing, 2017). Alle factoren die een rol hebben gespeeld worden meegenomen. Het monitoren van processen is belangrijk, maar vervangt niet het meten van uitkomstmaten (e.g., aantal inzetten, patiënttevredenheid en professionele tevredenheid).

### 4.1 Voorbereidende fase

In de voorbereidende fase hebben CAZ ZHZ, HAP DrechtDokters, Yulius en het Nivel afspraken gemaakt over de uitvoering van de proeftuin. Deze afspraken vormden de randvoorwaarden voor de verandering in het zorgproces, zoals de beschikbaarheid van het Rapid voertuig en het personeel. Andere voorbeelden zijn:

- Werkafspraken over de samenwerking tussen de verschillende disciplines
- Afspraken (inclusief verantwoordelijkheden) over potentieel geschikte zorgvragen
- Vaste contactmomenten

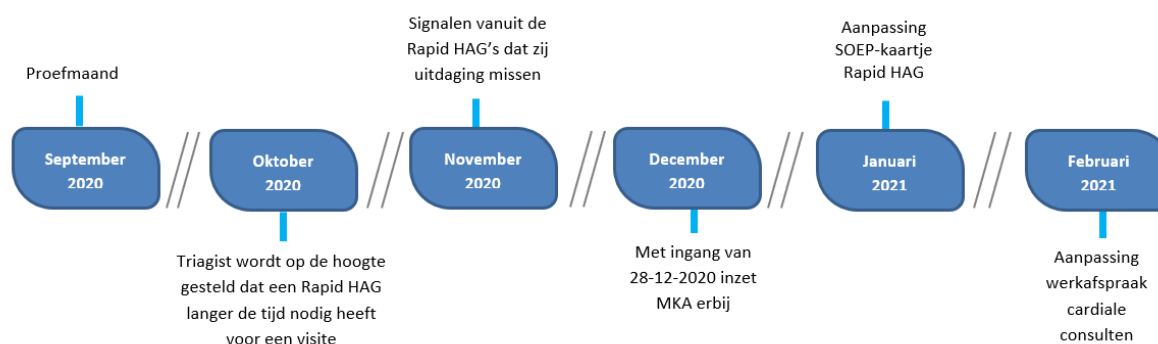
Aanvullend hebben de betrokken partijen met de zorgverzekeraars financiële afspraken gemaakt over vergoedingen van de gereden inzetten, maar ook het budget voor projectbegeleiding en projectmanagement. Daarnaast hebben alle partijen, behalve de HAP, in de begroting een bedrag laten opnemen voor projectmanagement.

Vanwege de COVID-19 pandemie is de proeftuin later gestart dan gepland, namelijk in september 2020 in plaats van april 2020. In de tussenliggende periode zijn de voorbereidingen voortgezet. De pandemie en bijhorende maatregelen hadden ook effect op de geplande stages bij Yulius. Voor een deel van de Rapid HAG's werd de stage uitgesteld. De stages zullen vanaf april 2021 opnieuw worden ingepland.

### 4.2 Proeftuinfase

In de proeftuinfase was er sprake van een iteratief proces binnen het implementatieonderzoek waarbij is bijgestuurd en is geleerd van reeds gezeten stappen (Grol & Wensing, 2017). Figuur 1 geeft een visuele weergave van de signalen die in de eerste zes maanden van de proeftuin zijn waargenomen. In tabel 8 worden de signalen en eventuele aanpassingen die zijn doorgevoerd uitgebreider toelicht.

Figuur 1 Visuele weergave van de voortgang van de proeftuin



Tabel 8 Signalen vanuit de praktijk tijdens de eerste zes maanden van het implementatieonderzoek

Fase	Signalen uit de praktijk
<b>September (proefmaand)</b>	In de eerste maand van de proeftuin werden positieve signalen vanuit de praktijk geobserveerd.
<b>Oktober</b>	De Rapid HAG's ervaren enige druk door triagisten die bellen tijdens een visite met de vraag of ze bijna beschikbaar zijn voor een volgende inzet. Vanuit de HAP wordt dit standaard gedaan tijdens een visite. De Rapid HAG is dit vanuit de meldkamer niet gewend tijdens een inzet.
<b>November</b>	Er werd signaleerd dat enkele Rapid HAG's uitdaging missen in hun werkzaamheden. De werkdruk is laag, het aanbod beperkt en sommige Rapid HAG's missen hun vrijheden. Inmiddels is er ook één Rapid HAG gestopt.
<b>December</b>	Naar aanleiding van onvrede onder een aantal Rapid HAG's heeft er een aanpassing plaatsgevonden met betrekking tot de inzetbaarheid van de Rapid HAG. Vanaf 28-12-2020 werd de Rapid HAG ook vanuit de MKA ingezet voor inzetten (met uitzondering van voorwaardenscheppende inzetten en B-inzetten).
<b>Januari</b>	Er werd een aanpassing gedaan in het SOEP-kaartje in verband met onduidelijkheid in de registratie m.b.t. invullen van het protocol en het beschrijven van het vervolgbeleid. Deze wijziging werd op 21-01-2021 gecommuniceerd naar de Rapid HAG's
<b>Februari</b>	Teamleider CAZ ZHZ constateerde dat er toch losse electrocardiogrammen (ECG's) werden gemaakt door de Rapid HAG op verzoek van de regiearts. Dit is niet de bedoeling. Er werd een afspraak gemaakt dat een Rapid HAG het gehele cardio consult kan uitvoeren binnen de HAP en er daarna overleg plaatsvindt tussen regiearts en Rapid HAG. Hierover was consensus binnen de projectgroep en dit werd opnieuw onder de aandacht gebracht bij de regieartsen, triagisten en Rapid HAG's.

Gedurende het iteratief proces in de proeftuinfase (zoals visueel weergegeven in Figuur 1 en Tabel 8) werden door de projectgroep de volgende vier prioriteiten gesignaleerd waarop veranderingen werden doorgevoerd, te weten:

- **Ervaringen van de professionals - Rapid HAG's**

Voorafgaand aan het implementatieonderzoek was het uitvoeren van individuele interviews met de Rapid HAG's niet opgenomen in de planning. Echter, op basis van een aantal minder positieve signalen vanuit de praktijk heeft de projectgroep besloten om dit element aan het onderzoek toe te voegen. Het uitgangspunt van implementatieonderzoek is immers dat er bijgestuurd kan worden, maar dat dit wel op basis van een grond draagvlak moet worden gedaan.

De interviews hebben waardevolle informatie opgeleverd over de ervaringen vanuit de Rapid HAG's op het gebied van (zie ook Hoofdstuk 3):

- Samenwerking tussen regiearts en Rapid HAG
- Werkzaamheden en werkomstandigheden
- Werkdruk

Op basis van de inzichten vanuit de interviews heeft de projectgroep besloten dat de Rapid HAG vanaf eind december 2020 ook vanuit de MKA kan worden ingezet (met uitzondering van voorwaardenscheppende inzetten en B-inzetten). Het merendeel van de Rapid HAG's is echter juist erg positief over de proeftuin en ervaart de benoemde belemmeringen niet of nauwelijks. Desondanks zijn ook zij blij met de toevoeging van de inzetbaarheid vanuit de MKA.

- **Ervaringen van de professionals - Regieartsen**

Om in aanvulling op de ervaringen van de Rapid HAG's ook zicht te krijgen op de ervaringen van de regieartsen met de proeftuin heeft de projectgroep focusgroepgesprekken georganiseerd. In eerste instantie was de belangstelling vanuit de regieartsen beperkt. Na het aanbieden van een financiële vergoeding voor de deelname steeg het aantal aanmeldingen. De regieartsen die zich aangemeld hadden, zijn verdeeld over twee groepsgesprekken.

Regieartsen benoemden verbeterpunten rondom:

- Samenwerking
- Zichtbaarheid
- Werkcultuur
- Visiteduur

- **Samenwerking met Yulius**

#### **Procedures binnen Yulius**

In de opzet van de proeftuin was aangegeven dat een Rapid HAG direct contact kan opnemen met de dienstdoende psychiater. Echter, in de praktijk zet Yulius bij elke melding dezelfde procedure ingang; hierbij maken ze geen onderscheid tussen het type hulpverlener. De procedure is als volgt: tijdens kantoortijden is een triagist aanwezig die de melding beoordeeld, eventueel een advies uitbrengt en overlegt met een voorwacht (psychiatrisch verpleegkundige of verpleegkundig specialist) of achterwacht (psychiater). In deze procedure is direct overleg met een psychiater niet mogelijk. Buiten kantoortijden en in het weekend is er geen triagist aanwezig en is de lijn doorgeschakeld naar

de voorwacht. Deze bevinding wat betreft de procedure bij Yulius geldt voor elke zorgverlener en heeft niet direct consequenties voor de Rapid HAG. Door de gevolgde scholing is het mogelijk dat de Rapid HAG meer dezelfde taal zal spreken als bij Yulius, wat ten goede kan komen bij het telefonisch overleg.

#### **Inzage in het aantal psychiatrische casussen**

In het eerste deel van de proeftuin is er weinig zicht gekregen op de rol van Yulius binnen de proeftuin. Het aantal psychiatrische inzetten wat de Rapid HAG heeft uitgevoerd is minimaal. Tijdens de focusgroepgesprekken met de regieartsen gaven zij aan dat deze patiëntencategorie voornamelijk op de HAP zelf wordt gezien. Vanuit dit oogpunt is er gekozen om extra gegevens op te vragen rondom de aanmelding van psychiatrische zorgvragen om een beter beeld te krijgen van de situatie. Om te kijken of Yulius mogelijk een grotere rol kan spelen in de verdere proeftuin.

In de periode van 1 september tot 1 maart zijn extra gegevens opgevraagd over het aantal psychiatrische zorgvragen die binnen kwamen op de HAP. Op basis van de ICPC-codes met een psychiatrie codering zijn er in het eerste deel van de proeftuin zes visites uitgevoerd met een U1 of U2 melding via de HAP. In twee gevallen was de visite uitgevoerd door de Rapid HAG en vier visites zijn uitgevoerd door een huisarts. De verdere psychiatrische zorgvragen betroffen lagere urgenties en deze patiënten konden gewoon naar de HAP toekomen, waardoor deze inzetten buiten de inzetcriteria van de Rapid HAG vallen.

- **Registratie van visites**

In de eerste maanden van de proeftuin bleek de registratie rondom de visites door de Rapid HAG's niet altijd goed te worden ingevuld in het registratiesysteem. Gegevens rondom het vervolgbeleid, de geschiktheid van de visite voor de Rapid HAG en een specificatie van de gebruikte protocollen werden gemist of op andere plekken geregistreerd. Hierdoor moest voor de data-analyse worden gezocht naar de informatie. In een gesprek tussen de RAV en het Nivel bleek dat de gestelde doelen wat betreft het registeren van gebruikte protocollen niet aansloot bij de praktijk. Op basis van dit gesprek is het SOEP-kaartje van de Rapid HAG versimpeld wat de kwaliteit van de registratie moet verbeteren. Tevens heeft de RAV de Rapid HAG's ingelicht over het belang van een volledige registratie voor de zorgverlening en de evaluatie van de proeftuin.

### **4.3 Resterende proeftuinperiode**

Vanuit de tussenevaluatie zijn waardevolle inzichten en aanbevelingen gekomen. In het tweede deel van de proeftuin zal worden gekeken welke aanbevelingen vanuit de tussenevaluatie kunnen worden doorgevoerd. De focus zal daarnaast liggen op de samenwerking, registratie en betrekking van Yulius. Tevens zullen alle uitkomstmaten verder worden gemonitord. In het tweede deel van de proeftuin zal ook een kostenanalyse worden uitgevoerd en zal gekeken worden of de bevindingen van de proeftuin generaliseerbaar zijn naar andere contexten, regio's en instellingen. Tevens zal worden besloten of eventuele verlening of behoud van de proeftuin gewenst is.

## 5 Aanbevelingen

In onderstaand hoofdstuk worden de aanbevelingen voor de resterende proeftuinperiode beschreven die men vanuit het werkveld kan toepassen om de resterende proeftuinperiode efficiënt te benutten.

### 1. Stimuleren van de onderlinge samenwerking tussen Rapid HAG en regiearts

Voor deze proeftuin zijn twee werkvelden, namelijk de HAP en de ambulance, samengebracht. Ieder werkveld heeft zijn eigen werkcultuur met bepaalde taken, rollen en opvattingen. In de praktijk blijkt, ondanks dat de partijen al lang naast elkaar en met elkaar werken, de verschillen toch mogelijk groter zijn dan op voorhand werd gedacht. Hieronder volgen een aantal aanbevelingen om de onderlinge samenwerking nog meer te stimuleren:

- **Gezamenlijke scholing**

Door gezamenlijke scholing voor de Rapid HAG en regiearts in te richten zullen zij elkaar en elkaars expertise beter leren kennen. Hierdoor zullen zij elkaar in de toekomst mogelijk gemakkelijker kunnen vinden wat betreft werkwijzen, richtlijnen, klinisch redeneren, het uitvoeren van het lichamenlijk onderzoek en de registratie rondom de visite. Dit kan allemaal verbeteren door gezamenlijke scholing in te zetten, zodat zij meer op één lijn komen te liggen.

- **Rapid HAG meer betrekken op de HAP**

Om naast gezamenlijke scholing de functie van de Rapid HAG nog meer inbedding te geven op de HAP zou de Rapid HAG meer moeten worden betrokken op de HAP. Suggesties om de onderlinge samenwerking en betrokkenheid te stimuleren zijn: (1) gelijke dienstitijden te hanteren, (2) een dagstart voor het begin van iedere dienst te houden, (3) een werkplek te creëren voor de Rapid HAG in het Callcenter (of een andere vaste plek) en (4) ze uit te nodigen voor de werkoverleggen van de regieartsen.

Sommige Rapid HAG's zijn ook al van meerwaarde geweest bij het ondersteunen op de HAP zelf door middel van (1) het uitvoeren van consulten op het gebied van cardiologie, het zieke kind en trauma en (2) het ondersteunen en adviseren bij het Callcenter door kritisch mee te denken over welke zorgverlener geschikt is voor de zorgvraag. Door de Rapid HAG meer bij het proces te betrekken voelt de Rapid HAG zich mogelijk meer thuis op de HAP en kan er meer gebruik worden gemaakt van de kennis en kunde van de professional.

- **Stages**

Vanuit beide professionals (Rapid HAG en regieartsen) werd aangegeven dat zij het fijn zouden vinden om stage bij elkaar te lopen. Hierdoor leren de professionals elkaars werkveld en de werkzaamheden nog beter kennen waardoor het onderling begrip voor bepaalde gemaakte keuzes mogelijk beter worden begrepen. Dit zou de vertrouwensband moeten verbeteren en laat ook zien waar ieders expertise ligt en voor welke zorgvragen dit kan worden gebruikt.

- **Rol regie triagist**

Mogelijk kan de regie triagist een belangrijke schakel zijn in de samenwerking tussen de regiearts en Rapid HAG. De regie triagist is makkelijk aanspreekbaar en vaker aanwezig (minimaal drie keer per week). Het overlegmoment met de regiearts omtrent het beleid zal niet veranderen.

## 2. Verduidelijken indicatiestelling Rapid HAG

Vanuit de focusgroepgesprekken kwam bij de regieartsen naar voren dat er behoefte is aan duidelijkere indicatiestellingen en meer communicatie rondom de proeftuin. Er wordt ook aangegeven vanuit de regieartsen dat er op de HAP geen eenduidig beleid is wat betreft uniform werken en dit heeft mogelijk ook invloed op de werkzaamheden en inzetcriteria van de Rapid HAG. Het is goed dat tijdens de proeftuin getest kan worden voor welke indicaties de Rapid HAG geschikt kan zijn, maar er is vanuit beide partijen behoefte aan aanscherping van indicatiestellingen. Hiervoor moeten de verschillende partijen opnieuw met elkaar om tafel om eventuele de kaders verder door te schetsen.

## 3. Verbeteren kwaliteit van registratie

### • Proeftuin

In de eerste maanden van de proeftuin bleek de registratie rondom de visites niet altijd even trouw door de Rapid HAG's werd ingevuld in het systeem. Gegevens rondom het vervolgbeleid, de geschiktheid van de rit en een specificatie van de gebruikte protocollen werden gemist of geregistreerd op diverse andere plekken. Hierdoor moest voor de data-analyse worden gezocht naar de informatie. In een gesprek (januari 2021) tussen de RAV en het Nivel bleek dat de gestelde doelen niet aansloten bij de praktijk. Op basis van dit gesprek is het SOEP-kaartje van de Rapid HAG in januari versimpeld wat de kwaliteit van de registratie moet verbeteren. Tevens heeft de RAV de Rapid HAG's ingelicht over het belang van een volledige registratie voor de zorgverlening en de evaluatie van de proeftuin. Wanneer hierin bijzonderheden worden gemerkt gedurende de resterende proeftuinperiode zal hierop opnieuw worden geanticipeerd.

### • HAP/ MKA

Of het aantal A1/U1 meldingen vanuit de HAP bij de meldkamer afneemt is in de tussentijdse rapportage nog lastig in kaart te brengen. Vanuit de routinematige geregistreerde gegevens van de HAP wordt dit niet standaard vastgelegd. Vanuit de gegevens van CAZ ZHZ was in 33,4% van de gevallen de aanvrager van de inzet niet bekend en leeg gelaten door de MKA. Het onderscheid tussen de huisarts en huisartsenpost wordt niet altijd gemaakt. Over de periode juni tot en met december in 2020 bedraagt de categorie HAP 16,6% van de aanvragen en de huisarts 13,2%. Dit percentage zal mogelijk een onderschatting zijn vanwege het grote percentage onbekendheid. Beide partijen zullen nagaan of deze cijfers alsnog uit het systeem gehaald kunnen worden, zodat dit meegenomen kan worden in de eindrapportage.

## 4. Betrokkenheid Yulius

In het eerste deel van de proeftuin is er weinig zicht gekregen op de rol van Yulius binnen de proeftuin. Het aantal psychiatrische inzetten wat de Rapid HAG heeft uitgevoerd is minimaal. Tijdens de focusgroepgesprekken met de regieartsen gaven de regieartsen aan dat deze patiëntencategorie voornamelijk op de HAP zelf wordt gezien door de huisarts. Deze consulten nemen vaak veel tijd in beslag. Een huisarts is daardoor soms meer dan een uur niet inzetbaar.

Als een Rapid HAG dëscalerend in de thuissituatie kan optreden is dit zeker een meerwaarde. Door de volledige beoordeling van de Rapid HAG kan hier zeker winst worden behaald, omdat somatische problematiek kan worden uitgesloten door de Rapid HAG en Yulius mogelijk sneller kan worden geconsulteerd. Mogelijk kan de Rapid HAG hierin een grotere rol vervullen tijdens de resterende proeftuinperiode. Dit is ook iets wat kan worden meegenomen tijdens het eventueel verduidelijken van de indicatiestellingen rondom de inzetbaarheid.



## **5. Werken met een vaste groep regieartsen voor de proeftuin**

Vanuit de ervaringen en signalen die tot nu toe opgedaan zijn blijkt dat de samenwerking tussen de Rapid HAG en regiearts erg afhankelijk is van de individuen die op dat moment werken. Dit heeft ook invloed op het wel of niet slagen van de zorgcoördinatie. De pool van de Rapid HAG's (n=13) is vele malen kleiner dan die van de huisartsen (n=160). De ambulanceprofessional heeft in zijn of haar functie als Rapid HAG een duidelijke voorsprong qua ervaring met de proeftuin, dan een huisarts die af en toe een dienst draait als regiearts op de HAP. Mogelijk is daardoor de samenwerking niet altijd optimaal. Mogelijk als er met een kleinere vaste groep regieartsen wordt gewerkt zullen beide professionals beter op elkaar ingewerkt zijn, is de functie en het doel duidelijk en neemt de onderlinge samenwerking toe.

## **6. Motivatie deelname van Rapid HAG's aan proeftuin**

Vanuit de interviews met de Rapid HAG's blijken er verschillen te zijn wat betreft de motivatie voor deelname aan de proeftuin. Hierin waren drie groepen te onderscheiden (1) een deel van de Rapid HAG's had nog geen ervaring als Rapid Responder, (2) een groep Rapid HAG's die voorheen al als Rapid Responders werkten en die enthousiast zijn over de proeftuin, en (3) enkele Rapid HAG's die al Rapid Responders waren, maar de meerwaarde van de proeftuin niet zien. Hieruit blijkt dat de werving van ambulanceprofessional die specifiek voor deze functie hebben gekozen, over het algemeen positiever blijken te zijn over de proeftuin dan ambulanceprofessional die voorheen Rapid Responder waren binnen de instelling. Wanneer de proeftuin zou worden verlengd is het goed om te kijken naar intrinsieke motivatie van de Rapid HAG.

# Literatuur

- Ambulancezorg Nederland (AZN). (2019). Kwaliteitskader ambulancezorg. versie 1.0.
- Autoriteit Persoonsgegevens. (n.d.). Introductie AVG. Geraadpleegd op 25 maart, 2021, op <https://autoriteitpersoonsgegevens.nl/nl/onderwerpen/algemene-informatie-avg/algemene-informatie-avg>
- Boeije, H. (2010). *Analysis in Qualitative Research (First edition)*. Sage Publications Ltd.
- CCMO. (n.d.). Uw onderzoek: WMO-plichtig of niet? Geraadpleegd op 25 maart, 2021, op <https://www.ccmo.nl/onderzoekers/wet-en-regelgeving-voor-medisch-wetenschappelijk-onderzoek/uw-onderzoek-wmo-plichtig-of-niet>
- Giesen, P., van Lin, N., Morkink, H., van den Bosch, W., & Grol, R. (2007). Huisartsenposten: lang wachten op een visite? *Huisarts En Wetenschap*, 50(7), 488–493. <https://doi.org/10.1007/BF03085225>
- Grol R. en Wensing M. (2017). *Implementatie effectieve verbetering van de patiëntenzorg. (Zevende druk)*. Bohn Stafleu van Loghum.
- Hasselaar, J. (2021). Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn. <https://www.nivel.nl/nl/nivel-zorgregistraties-eerste-lijn/nivel-zorgregistraties-eerste-lijn>
- Holloway, I., & Galvin, K. (2017). *Qualitative Research in Nursing and Healthcare (Fourth edition)*. Wiley Blackwell.
- in 't Veld, C., van Exter, P., Rombouts, M., de Visser, M., de Vos, R., Lelieveld, K., & ten Woude, W. (2016). *Landelijk Protocol Ambulancezorg - Versie 8.1*.
- Jansen, T., De Hoon, S., Zwaanswijk, M., & Verheij, R. (2016). Tussen ambulance en huisarts Ontwikkeling in de spoedeisende ambulancezorg en het draagvlak voor de verpleegkundig specialist acute zorg in Zuid-Holland Zuid. Nivel.
- Leeuw-Stravers, E. (2021). Privacybescherming deelnemende zorgverleners en hun patiënten - Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn. <https://www.nivel.nl/nl/nivel-zorgregistraties-eerste-lijn/privacybescherming>
- Ministerie van Justitie en Veiligheid. (2018). Handleiding Algemene verordening gegevensbescherming en Uitvoeringswet Algemene verordening gegevensbescherming. <https://autoriteitpersoonsgegevens.nl/sites/default/files/atoms/files/handleidingalgemeneverordeninggegevensbescherming.pdf>
- Nederlandse Huisartsen Genootschap (NHG). (2019). HIS-Referentiemodel & NHG-tabellen. <https://referentiemodel.nhg.org/node/19/publieksversie/published>
- Nederlandse Triage Standaard (NTS). (2014). Basisprincipes NTS. <https://de-nts.nl/nts/basisprincipes-nts/>
- StataCorp. (2017). *StataCorp (version 15)*.

Taskforce Juiste Zorg op de Juiste Plek. (2018). De Juiste Zorg op de Juiste Plek. Wie durft?  
<https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2018/04/01/de-juiste-zorg-op-de-juiste-plek>

VERBI Software. (2015). MAXQDA (Version 11).

## Wet- en Regelgeving

Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG)

Burgerlijk Wetboek Boek 7: Bijzondere overeenkomsten: Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO)

## Bijlage A Gegevens uit het EPD van de HAP

Elke maand levert Regionale Huisartsenpost DrechtDokters gegevens aan die betrekking hebben op Rapid Huisartsengeneeskunde (Rapid HAG) visites die plaats hebben gevonden in de voorafgaande maand. De onderzoeksperiode loopt van september 2020 tot en met september 2021. De eerste gegevensaanlevering vindt plaats in oktober 2020 (gegevens over september 2020) en de laatste in oktober 2021 (gegevens over september 2021). HAP DrechtDokters levert de gegevens in drie bestanden aan, namelijk:

- Koppelgegevensbestand
- Zorggegevensbestand
- TomTombestand

### Koppelgegevensbestand

Variabele	Type	Lengte	Beperking
koppelnummer	alfanumeriek	vrij	alleen cijfers, letters, koppelteken (-)
burgerservicenummer	numeriek	vrij	8 of 9 cijfers, zonder voorloopnul, voldoet aan elfproef
postcode_of_postcodegebied	alfanumeriek	6 of 4	4 cijfers en 2 hoofdletters in bereik 1000AA-9999ZZ, zonder spatie; of 4 cijfers in bereik 1000-9999.
geboortedatum	datum	8-10	dagnummer (1-31), maandnummer (1-12) en viercijferig jaartal, gescheiden door koppelteken (dd-mm-jjjj) met of zonder voorloopnullen voor dag- en maandnummer.
geslacht	alfanumeriek	1	M, m, V, v
patientnummer	(leeg laten)	(leeg laten)	(leeg laten)
postcode_begindatum	datum	8-10	dagnummer (1-31), maandnummer (1-12) en viercijferig jaartal, gescheiden door koppelteken (dd-mm-jjjj) met of zonder voorloopnullen voor dag- en maandnummer.
postcode_einddatum	(leeg laten)	(leeg laten)	(leeg laten)

### Toelichting:

- **koppelnummer**: specifiek voor deze uitwisseling toegekende, arbitraire waarde, uniek per patiënt, die door de gegevensleverancier en Nivel gedeeld worden voor latere referentie. Deze waarde is doorgaans numeriek maar mag ook alfanumerieke tekens bevatten.

- **postcode\_of\_postcodegebied**: volledige Nederlandse postcode of viercijferig postcodegebied van het woonadres van de patiënt. In geval van buitenlandse, onbekende of ongeregistreerde postcode dient deze variabele leeggelaten te worden.
- **geboortedatum**: volledige geboortedatum van de patiënt. Bij geboortedatum onbekend of ongeregistreerd dient deze variabele leeggelaten te worden, dus niet gevuld te worden met een dummy-datum als 1-1-1900.
- **geslacht**: geslacht van de patiënt, mannelijk (M/m) of vrouwelijk (V/v). Bij geslacht onbekend, ongeregistreerd of anders, dient deze variabele leeggelaten te worden.
- **patientnummer**: (leeg laten)
- **postcode\_begindatum**: begindatum van de geldigheid van postcode\_of\_postcodegebied (indien gevuld). De waarde zou in werkelijkheid kleiner dan of gelijk aan postcode\_begindatum moeten zijn, maar dit is geen technische vereiste.
- **postcode\_einddatum**: (leeg laten)

### Zorggegevensbestand

#	Variabele (technische naam voor in de aanlevering)	Type	Restricties / mogelijke waarden
1	OproepID (oproep_id)	(Alfa)numeriek	Komt per regel overeen met koppelnummer in koppelgegevensbestand en met oproep_id in TomTombestand.
2	Oproep datum (oproep_datum)	Datum	dagnummer (1-31), maandnummer (1-12) en viercijferig jaartal, gescheiden door koppelteken (dd-mm-jjjj) met of zonder voorloopnullen voor dag- en maandnummer.
4	Oproep Stoptijd (oproep_stoptijd)	Datum/tijd	dd-mm-jjjj hh:mm:ss
5	OproepResultaat (oproep_resultaat)	Tekst	Bv. Visite
6	Inloop (inloop)	Tekst	Ja / Nee
7	Afhandel Starttijd (afhandel_starttijd)	Datum/tijd	dd-mm-jjjj hh:mm:ss
8	Afhandel Stoptijd (afhandel_stoptijd)	Datum/tijd	dd-mm-jjjj hh:mm:ss
9	Omschrijving Prioriteit (omschrijving_prioriteit)	(Alfa)numeriek	Bijv. (U2)Hoge prioriteit, normale melding
10	Verrichting (verrichting)	Tekst	Bijv. visite tijdens diensturen

- tabel gaat verder op de volgende pagina -

#	Variabele (technische naam voor in de aanlevering)	Type	Restricties / mogelijke waarden
11	Mutatiedatum (mutatiedatum)	Datum/tijd	dd-mm-jjjj hh:mm:ss
12	Naam Post (naam_post)	Tekst	
13	Reden niet declareren (reden_niet_declareren)	Tekst	Bijv. meerdere verrichtingen, test patient, coulance
14	ICPC tekst (icpc_tekst)	Tekst	Bijv. Been/dijbeen symptomen/klachten
15	ICPC code (icpc_code)	(Alfa)numeriek	Bijv. L14.00
16	Subjectief (subjectief)	Tekst	Nodig voor het onderzoek: - Ingangsklacht - ABCD veilig - Ritnummer meldkamer
17	Objectief (objectief)	Tekst	Nodig voor het onderzoek: - Afwijking urgentie motivatie (indien van toepassing) - Metingen: vrije teksten waarin beschreven is welk onderzoek is gedaan, welke behandeling, welk beleid etc.
18	Evaluatie (evaluatie)	Tekst	Nodig voor het onderzoek: - Behandeling ter plaatse (bijvoorbeeld infuus, zuurstof, reanimeren, medicatie) én 1. Contact (met regiearts of crisisdienst Yulius) 2. Reden contact 3. Afspraak n.a.v. contact
19	Plan (plan)	Tekst	Nodig voor het onderzoek: - Advies "inzet Rapid" én 1. Vervolgbeleid + reden (Geen, huisarts, overdracht naar ambulance, eigen gelegenheid naar ziekenhuis, GGZ/Yulius) 2. Evaluatie: - Gemiste kennis en vaardigheden? - Zorgvraag geschikt voor Rapid HAG? - Indien contact met Yulius: Hoe verliep dit? 3. Protocol: Volgens welk protocol/richtlijn is gewerkt?

- tabel gaat verder op de volgende pagina -

#	Variabele (technische naam voor in de aanlevering)	Type	Restricties / mogelijke waarden
20	Verrichtingscode (verrichtingscode)	Tekst	Bijv. VD
21	Prioriteit (prioriteit)	Numeriek	
22	Overleden j/n (overleden)	Tekst	Ja, Nee

#### Toelichting:

- **OproepID:** Komt per regel overeen met koppelnummer in koppelgegevensbestand en TomTombestand.
- **Oproep Starttijd:** Tijdstip waarop de triage begonnen is.
- **Oproep Stoptijd:** Tijdstip waarop de triage gestopt is.
- **Afhandel Starttijd:** Begintijd waarop het contact of visite in de agenda is ingepland.
- **Afhandel Stoptijd:** Eindtijd waarop het contact of visite in de agenda is ingepland.
- **Omschrijving Prioriteit:** Urgentie die volgt uit NTS triage.
- **Reden niet declareren:** Er zijn diverse redenen waarom een contact niet gedeclareerd mag worden. Als er bijvoorbeeld meerdere contacten zijn, mag maar één contact in rekening gebracht worden. Testcontacten is een andere reden waarom het contact niet gedeclareerd wordt.

#### TomTombestand

#	Variabele (technische naam voor in de aanlevering)	Type	Restricties / mogelijke waarden
1	OproepID (oproep_id)	(Alfa)numeriek	Komt per regel overeen met koppelnummer in koppelgegevensbestand en met oproep_id zorggegevensbestand.
2	Oproep datum (oproep_datum_tom)	Datum	dagnummer (1-31), maandnummer (1-12) en viercijferig jaartal, gescheiden door koppelteken (dd-mm-jjjj) met of zonder voorloopnullen voor dag- en maandnummer.
3	Oproep Starttijd (oproep_starttijd_tom)	Datum/tijd	dd-mm-jjjj hh:mm:ss
4	Oproep Stoptijd (oproep_stoptijd_tom)	Datum/tijd	dd-mm-jjjj hh:mm:ss
5	Contactsoort (contactsoort)	Tekst	
6	Agenda gepland starttijd (agenda_gepland_starttijd)	Datum/tijd	dd-mm-jjjj hh:mm:ss
7	Agenda gepland stoptijd (agenda_gepland_stoptijd)	Datum/tijd	dd-mm-jjjj hh:mm:ss
8	Action1 (action1)	Numeriek	
9	Oproep geplaatst (oproep_geplaatst)	Tekst	Oproep geplaatst
10	Action1 datum & tijd (action1_datum_tijd)	Datum/tijd	dd-mm-jjjj hh:mm:ss

- tabel gaat verder op de volgende pagina -

#	Variabele (technische naam voor in de aanlevering)	Type	Restricties / mogelijke waarden
11	Action3 (action3)	Numeriek	
12	Start consult (start_consult)	Tekst	Start consult
13	Action3 datum & tijd (action3_datum_tijd)	Datum/tijd	dd-mm-jjjj hh:mm:ss
14	Action4 (action4)	Numeriek	
15	Eind consult/visite (eind_visite)	Tekst	Eind consult/visite
16	Action4 datum & tijd (action4_datum_tijd)	Datum/tijd	dd-mm-jjjj hh:mm:ss
17	Action5 (action5)	Numeriek	
18	Start rit (start_rit)	Tekst	
19	Action5 datum & tijd (action5_datum_tijd)	Datum/tijd	dd-mm-jjjj hh:mm:ss
20	Action6 (action6)	Numeriek	
21	Aankomst bij patient (aankomst_patient)	Tekst	
22	Action6 datum & tijd (action6_datum_tijd)	Datum/tijd	dd-mm-jjjj hh:mm:ss
23	Action7 (action7)	Numeriek	
24	Oproep geautoriseerd (oproep_geautoriseerd)	Tekst	
25	Action7 datum & tijd (action7_datum_tijd)	Datum/tijd	dd-mm-jjjj hh:mm:ss
26	Autorisatie tijd (autorisatie_tijd)	Datum/tijd	dd-mm-jjjj hh:mm:ss
27	Rit duur (rit_duur)	Numeriek	
28	Traject duur (traject_duur)	Numeriek	

#### Toelichting:

- **OproepID:** Komt per regel overeen met koppelnummer in koppelgegevensbestand en TomTombestand.
- **Oproep Starttijd:** Tijdstip waarop de triage begonnen is.
- **Oproep Stoptijd:** Tijdstip waarop de triage gestopt is.
- **Agenda gepland starttijd:** Tijdstip waarop de start van de visite/consult in de agenda ingepland is.
- **Agenda gepland stoptijd:** Tijdstip waarop de start van de visite/consult in de agenda ingepland is.



- **Action1 datum & tijd:** Datum en tijdstip waarop de oproep geplaatst is door de triagist. Valt meestal op hetzelfde tijdstip als oproep stoptijd.
- **Action3 datum & tijd:** Datum en tijdstip waarop het patiëntdossier in CallManager geopend is.
- **Action4 datum & tijd:** Datum en tijdstip waarop de visite/consult geëindigd is.
- **Action5 datum & tijd:** Datum en tijdstip waarop de ambulanceprofessional de rit start
- **Action6 datum & tijd:** Datum en tijdstip waarop de ambulanceverpleegkundig bij de patiënt aangekomen is.
- **Action7 datum & tijd:** Datum en tijdstip waarop de oproep is geautoriseerd.
- **Rit duur:** Aantal minuten tussen start rit en aankomst bij patiënt

# Bijlage B Vragenlijst patiëntenervaring zorgcoördinatie

## Vragenlijst

Zorgcoördinatie in Zuid-Holland Zuid

September 2020 (versie 2.0)



Yulius



**NIVEL**  
Kennis voor betere zorg

## INTRODUCTIE

De vragen in deze vragenlijst gaan over uw ervaringen met de ambulancezorg en over uw contact met de regionale huisartsenpost Drechtsteden. Wij stellen het zeer op prijs als u deze vragenlijst wilt invullen. Het invullen van deze vragenlijst duurt ongeveer 15 minuten.

De vragenlijst wordt anoniem en vertrouwelijk gebruikt. Dit betekent dat niemand weet welke antwoorden u heeft gegeven. Ook worden uw gegevens niet met anderen gedeeld.

Deelname aan dit onderzoek is geheel vrijwillig. Het wel of niet meedoen aan dit onderzoek heeft géén gevolgen voor de zorg die u krijgt. Als u niet wilt meedoen aan dit onderzoek, zet dan een kruisje in dit vakje .

Stuur daarna deze bladzijde terug in de antwoordenvelop.

Heeft u vragen, dan kunt u bellen met Yvonne Jorna op telefoonnummer 030 - 27 29 866.

Of u kunt een email sturen naar [y.jorna@nivel.nl](mailto:y.jorna@nivel.nl).

## INVULINSTRUCTIE

- Wij vragen u om de vragenlijst zelf in te vullen. Bent u hiertoe niet in staat? Dan kan uw naaste, ouders of directe begeleider de vragenlijst namens u of samen met u in te vullen. De directe begeleider is de persoon die de huisartsenpost gebeld heeft en/of tijdens de visite van de ambulanceprofessional aanwezig was.
- De meeste vragen kunt u beantwoorden door een kruisje te zetten in het vakje van uw keuze. Kruisjes die buiten de vakjes staan worden door de computer niet gezien.
- Bij sommige vragen kunt u zelf een antwoord opschrijven. Wilt u dit met blokletters doen in het aangewezen vakje.
- Bij sommige vragen zijn meerdere antwoorden mogelijk. Bij deze vragen staat aangegeven dat u meerdere vakjes kunt aankruisen.
- Wanneer u een situatie niet heeft meegemaakt, dan kunt u de vraag beantwoorden met '*niet van toepassing*'
- Soms wordt u gevraagd om enkele vragen in deze vragenlijst over te slaan. U ziet dan een pijltje met een opmerking. Deze opmerking geeft aan welke vraag u daarna moet beantwoorden. Dit ziet er als volgt uit:
  - Nee → **Ga door naar vraag 3**
  - Ja
- Heeft u een antwoord ingevuld, maar wilt u dat later veranderen? Zet het verkeerd ingevulde hokje dan tussen haakjes en kruis een ander antwoord aan, op de volgende manier:
  - Nee
  - () Ja

## INTRODUCTIEVRAGEN

De vragen in deze vragenlijst gaan over uw ervaringen met de ambulancezorg en over uw contact met de regionale huisartsenpost Drechtsteden.

**1. Heeft u tijdens de afgelopen 2 maanden contact gehad met regionale huisartsenpost Drechtsteden?**

- Ja  
 Nee → *Deze vragenlijst is niet op u van toepassing. Wilt u zo vriendelijk zijn de vragenlijst terug te sturen in bijgevoegde retourenvelop?*

**2. Op welk moment van de dag had u contact met de huisartsenpost? (als u vaker dan één keer contact heeft gehad zijn er meerdere antwoorden mogelijk)**

- Avond (tussen 17.00-23.00 uur)  
 Nacht (tussen 23.00-8.00 uur)  
 Overdag (weekend of feestdagen tussen 8.00-17.00 uur)

**3. Is een ambulanceprofessional naar u toegekomen na het contact met de huisartsenpost?**

- Ja  
 Nee → *Deze vragenlijst is niet op u van toepassing. Wilt u zo vriendelijk zijn de vragenlijst terug te sturen in bijgevoegde retourenvelop?*

**4. Heeft iemand u geholpen om deze vragenlijst in te vullen?**

- Ja  
 Nee → *Ga door naar vraag 6*

**5. Hoe heeft die persoon u geholpen? (meerdere antwoorden mogelijk)**

- Heeft de vragen voorgelezen  
 Heeft mijn antwoorden aangekruist  
 Heeft de vragen voor me beantwoord  
 Heeft de vragen in mijn taal vertaald  
 Heeft op een andere manier geholpen, namelijk:

*(a.u.b. in blokletters)*

**6. Waarom heeft u (of uw naaste) contact opgenomen met de huisartsenpost? (meerdere antwoorden mogelijk)**

- Ik had met spoed een huisarts nodig  
 Ik was ongerust  
 Ik wilde medische informatie  
 Mijn eigen huisarts was tijdens kantooruren (maandag t/m vrijdag van 08.00-17.00 uur) niet te bereiken  
 Ik had overdag geen tijd om naar de huisarts te gaan  
 Ik kon niet terecht bij de spoedeisende hulp van het ziekenhuis  
 Ik wilde de mening van een andere arts horen (second opinion)  
 Ik was doorverwezen naar de huisartsenpost door een andere zorgverlener

**7. Hoe erg schatte u de gebeurtenis in, toen u de huisartsenpost belde?**

- Levensbedreigend (elke seconde telt)  
 Spoedeisend (zeker binnen een half uur hulp nodig)  
 Dringend (binnen enkele uren hulp nodig)  
 Geen tijdsdruk (nodig, maar had geen haast)  
 Weet ik niet

**8. Wat was de aard van de gebeurtenis? (a.u.b. één antwoord aankruisen, kies het antwoord dat het meeste van toepassing is)**

- Ongeval met verwondingen  
 Vallen  
 Hartklachten  
 Benauwdheid of ademhalingsproblemen  
 Onwel geworden of bewusteloos geraakt  
 Ik weet het niet (meer)  
 Anders, namelijk:

*(a.u.b. in blokletters)*

---

## **CONTACT MET DE TELEFONIST**

De volgende vragen gaat over het laatste telefonische contact dat u tijdens de afgelopen 2 maanden heeft gehad met de telefonist van de huisartsenpost.

**9. Wie heeft gebeld naar de huisartsenpost?**

- Ikzelf → **Ga door naar vraag 11**
- Iemand anders

**10. Kunt u degene die de huisartsenpost heeft gebeld de vragen over het contact met de telefonist laten invullen**

- Ja → **Laat hem/haar vragen 11 tot en met 18 beantwoorden**
- Nee, dat is niet mogelijk  
→ **Ga door naar vraag 19**

**11. Nam de telefonist u serieus?**

- Nee, helemaal niet
- Een beetje
- Grotendeels
- Ja, helemaal
- Weet ik niet (meer)

**12. Had de telefonist genoeg tijd voor u?**

- Nee, helemaal niet
- Een beetje
- Grotendeels
- Ja, helemaal
- Weet ik niet (meer)

**13. Werd u door de telefonist gerustgesteld?**

- Nee, helemaal niet
- Een beetje
- Grotendeels
- Ja, helemaal
- Weet ik niet (meer)

**14. Legde de telefonist u dingen op een begrijpelijke manier uit?**

- Nee, helemaal niet
- Een beetje
- Grotendeels
- Ja, helemaal

**15. Vertelde de telefonist dat er ambulanceprofessional naar u werd gestuurd**

- Nee
- Ja
- Weet ik niet (meer)

**16. Vroeg de telefonist of u het advies of de afspraken begrepen had?**

- Nee
- Ja

**17. Welk cijfer geeft u de telefonist? Een 0 betekent: heel erg slecht. Een 10 betekent: uitstekend.**

- 0 *heel erg slechte telefonist*
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10 *uitstekende telefonist*

**18. Heeft u nog opmerkingen over het telefonische contact met de huisartsenpost, of punten die de huisartsenpost zou kunnen verbeteren?**

*(a.u.b. in blokletters)*

---

## ZORG VAN HET AMBULANCEPERSONEEL

Na het contact met de huisartsenpost Drechtsteden bent u bezocht door een zelfstandig werkende ambulanceprofessional . De vragen 19 t/m 42 gaan over **uw ervaringen** met deze ambulanceprofessional .

**19. Hoe lang moest u wachten op de ambulance?**

- Veel langer dan verwacht
- Langer dan verwacht
- Net zo lang als verwacht
- Kortere dan verwacht
- Veel korter dan verwacht
- Weet ik niet (meer)

**20. Was het wachten op een ambulance een probleem?**

- Groot probleem
- Klein probleem
- Geen probleem
- Weet ik niet (meer)

**21. Wist de ambulanceprofessional bij aankomst wat de reden van het contact met de huisartsenpost was?**

- Nee
- Ja
- Weet ik niet (meer)

**22. Was de ambulanceprofessional op de hoogte van uw ziektegeschiedenis**

- Nee, helemaal niet
- Een beetje
- Grotendeels
- Ja, helemaal
- Weet ik niet (meer)

**23. Nam de ambulanceprofessional u serieus?**

- Nee, helemaal niet
- Een beetje
- Grotendeels
- Ja, helemaal
- Weet ik niet (meer)

**24. Had de ambulanceprofessional genoeg tijd voor u?**

- Nee, helemaal niet
- Een beetje
- Grotendeels
- Ja, helemaal
- Weet ik niet (meer)

**25. Werd u door de ambulanceprofessional gerustgesteld?**

- Nee, helemaal niet
- Een beetje
- Grotendeels
- Ja, helemaal
- Weet ik niet (meer)

**26. Had u vertrouwen in de ambulanceprofessional ?**

- Nee, helemaal niet
- Een beetje
- Grotendeels
- Ja, helemaal
- Weet ik niet (meer)

**27. Ging de ambulanceprofessional kordaat te werk?**

- Nee, helemaal niet
- Een beetje
- Grotendeels
- Ja, helemaal
- Weet ik niet (meer)

**28. Overlegde de ambulanceprofessional (telefonisch) met de huisarts?**

- Nee
- Ja
- Weet ik niet (meer)

**29. Heeft de ambulanceprofessional voldoende gedaan om u met uw pijn te helpen?**

- Nee, helemaal niet
- Een beetje
- Grotendeels
- Ja, helemaal
- Weet ik niet (meer)
- Niet van toepassing: Ik had geen pijn

**30. Gaf de ambulanceprofessional uitleg over wat hij/zij deed?**

- Nee, helemaal niet
- Een beetje
- Grotendeels
- Ja, helemaal
- Weet ik niet (meer)

**31. Legde de ambulanceprofessional dingen op een begrijpelijke manier uit?**

- Nee, helemaal niet
- Een beetje
- Grotendeels
- Ja, helemaal
- Weet ik niet (meer)

32. **Gaf de ambulanceprofessional duidelijk antwoord op uw vragen?**
- Nee, helemaal niet
  - Een beetje
  - Grotendeels
  - Ja, helemaal
  - Weet ik niet (meer)
  - Niet van toepassing: Ik heb geen vragen gesteld

33. **Bent u met een ambulance naar het ziekenhuis vervoerd?**
- Nee
  - Ja, er kwam een tweede ambulance om mij te vervoeren → **Ga door naar vraag 41**
  - Ja, ik ben zittend vervoerd in de eerste ambulance  
→ **Ga door naar vraag 41**

34. **Heeft de ambulanceprofessional uitgelegd waarom u niet met de ambulance naar het ziekenhuis hoefde?**
- Nee, helemaal niet
  - Een beetje
  - Grotendeels
  - Ja, helemaal
  - Weet ik niet (meer)

35. **Heeft u de keuze om thuis te blijven samen met de ambulanceprofessional gemaakt?**
- Nee, helemaal niet
  - Een beetje
  - Grotendeels
  - Ja, helemaal
  - Weet ik niet (meer)

36. **Heeft de ambulanceprofessional informatie gegeven voordat hij/zij vertrok?**
- Nee
  - Ja, mondeling en schriftelijk
  - Ja, schriftelijk
  - Ja, mondeling
  - Weet ik niet (meer)

37. **Vertelde de ambulanceprofessional op welke klachten of symptomen u moest letten na zijn/haar vertrek?**
- Nee, helemaal niet
  - Een beetje
  - Grotendeels
  - Ja, helemaal
  - N.v.t. (mijn gezondheidsprobleem was opgelost)

38. **Vertelde de ambulanceprofessional met wie u contact op moest nemen als u zich ongerust zou maken over uw gezondheidsprobleem na zijn/haar vertrek?**
- Nee → **Ga door naar vraag 40**
  - Ja
  - N.v.t. (mijn gezondheidsprobleem was opgelost)  
→ **Ga door naar vraag 40**

39. **Met wie moest u contact opnemen? (meerdere antwoorden mogelijk)**
- Eigen huisarts
  - Huisartsenpost
  - 112-meldkamer ambulance
  - Anders, namelijk:
- 
- (a.u.b. in blokletters)*

40. **Had u na het vertrek van de ambulanceprofessional medicijnen nodig?**
- Nee
  - Ja, deze kon ik op halen bij een apotheek
  - Ja, hiervoor moest ik contact opnemen met een huisarts
  - Ja, anders namelijk:
- 
- (a.u.b. in blokletters)*

41. **Heeft u nog opmerkingen over het contact met de ambulanceprofessional, of punten die de ambulanceprofessional zou kunnen verbeteren?**
- 
- (a.u.b. in blokletters)*

## ALGEMEEN OORDEEL

42. Welk cijfer geeft u de ambulanceprofessional ?

Een 0 betekent: heel erg slecht.

Een 10 betekent: uitstekend.

- 0 *heel erg slechte ambulanceprofessional*
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10 *uitstekende ambulanceprofessional*

---

## PERSOONLIJKE GEGEVENS

De vragen 43 t/m 46 gaan over uzelf (de patiënt).

43. Hoe zou u over het algemeen uw gezondheid nu noemen?

- Uitstekend
- Zeer goed
- Goed
- Matig
- Slecht

44. Wat is uw hoogst voltooide opleiding? (een opleiding afgerond met diploma of voldoende getuigschrift)

- Geen opleiding (lager onderwijs: [nog] niet afgemaakt)
- Lager onderwijs (basisschool, speciaal basisonderwijs)
- Lager of voorbereidend beroepsonderwijs (zoals LTS, LEAO, LNHO, VMBO)
- Middelbaar algemeen voortgezet onderwijs (zoals MAVO, (M)ULO, MBO-kort, VMBO-t)
- Middelbaar beroepsonderwijs en beroepsbegeleidend onderwijs (zoals MBO-lang, MTS, MEAO, BOL, BBL, INAS)
- Hoger algemeen en voorbereidend wetenschappelijk onderwijs (zoals HAVO, VWO, Atheneum, Gymnasium, HBS, MMS)
- Hoger beroepsonderwijs (zoals HBO, HTS, HEAO, HBO-V, kandidaats wetenschappelijk onderwijs)
- Wetenschappelijk onderwijs (universiteit)
- Anders, namelijk:

(a.u.b. in blokletters)

45. Wat is uw leeftijd?

- 0 t/m 4 jaar
- 5 t/m 11 jaar
- 12 t/m 17 jaar
- 18 t/m 24 jaar
- 25 t/m 34 jaar
- 35 t/m 44 jaar
- 45 t/m 54 jaar
- 55 t/m 64 jaar
- 65 t/m 74 jaar
- 75 jaar of ouder

46. Bent u een man of een vrouw?

- Man
- Vrouw

**HARTELIJK DANK VOOR HET  
INVULLEN  
VAN DE VRAGENLIJST**

**Stuurt u de ingevulde vragenlijst  
a.u.b. terug in de bijgevoegde enveloppe.  
Een postzegel is niet nodig.**



## Bijlage C Topiclist – Interview Rapid HAG

<p><b>1. Introductie</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Doel interview / Toestemmingsverklaring</li> <li>• Akkoord voor opname interview</li> </ul>
<p><b>2. Achtergrond gegevens</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Leeftijd</li> <li>• Geslacht</li> <li>• Hoelang ben je al werkzaam als ambulanceprofessional ?</li> <li>• Was je voor dit project ook al werkzaam als Rapid Responder? <i>Zo ja, hoe lang? En waarom heb je daarvoor in het verleden gekozen?</i></li> </ul>
<p><b>3. Motivatie</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Waarom heb je gekozen voor de functie van Rapid HAG? <i>Wat sprak je aan in de functie?</i> <i>Wat vind je van de aangeboden scholingen?</i> <i>Kun je de nieuwe kennis vanuit de aangeboden scholingen toepassen in je functie als Rapid HAG?</i> <i>Ontbreekt er scholing? Wat voor scholing zou je nog extra willen toevoegen?</i></li> </ul>
<p><b>4. Ervaringen</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wat gaat echt anders dan eerder (proeftuin vs. oude situatie voor de proeftuin)?</li> <li>• Wat zijn je ervaringen als Rapid HAG tot nu toe?</li> <li>• Wat motiveert/prikkelt jou als Rapid HAG?</li> <li>• Sluit het werk aan bij je verwachtingen? <i>Wat gaat er goed? Wat kan er beter?</i></li> <li>• Wat zou je (nog meer) willen veranderen?</li> <li>• Waar zie je ruimte voor extra taken?</li> <li>• Wat heb je daarvoor eventueel extra nodig? <i>[kennis, kunde, bevoegdheden]</i></li> <li>• Hoe ervaar je de werkdruk als Rapid HAG?</li> <li>• Hoe ervaar je de verantwoordelijkheid als Rapid HAG?</li> <li>• Hoe ervaren patiënten de zorg van jou als Rapid HAG? <i>Hoe voelt dit voor jou? Vind je dit prettig? Wat zou je anders willen doen? Blijft de patiënt vaker thuis?</i></li> <li>• Als je jouw tevredenheid over de proeftuin een cijfer zou mogen geven van 0 tot en met 10 welk cijfer zou dan geven? <i>Kun je dit toelichten?</i></li> </ul>

- tabel gaat verder op de volgende pagina -

**5. LPA**

- Kun jij in je rol als Rapid HAG het LPA 8.1 toepassen?
- In welke situaties geldt dit niet? Merk je belemmeringen? *Zo ja, welke?*
- Wat heb je nodig om dit wel te kunnen?

## Bijlage D Topiclist - Focusgroepgesprek regieartsen

Gespreksonderwerp	Hoofdvraag	Aanvullende / Verdiepende vragen
Achtergrond gegevens	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Leeftijd</li> <li>• Geslacht</li> <li>• Werkervaring / aantal diensten gewerkt als regiearts tijdens de proeftuin?</li> </ul>	
Algemeen	<b>Wat is jullie algemene indruk over de eerste maanden van de proeftuin/proeftuin periode?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Positief? Negatief? Kunt u dit toelichten?</li> </ul>
Communicatie	<b>Hoe was de informatievoorziening voorafgaand aan de proeftuin?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Doelstelling, inhoud, werkzaamheden, verantwoordelijkheden, werktijden</li> <li>• Hoe is de informatievoorziening tijdens de proeftuin?</li> </ul>
Samenwerking met Rapid HAG	<b>Hoe verloopt de samenwerking met de Rapid HAG?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wat gaat goed? Wat kan beter?</li> <li>• Hoe verloopt het telefonisch overleg? Op het welke momenten vindt er overleg plaats?</li> <li>• Betrekken jullie de Rapid HAG bij het proces om te kijken of een rit geschikt is?</li> <li>• Betrekken jullie de Rapid HAG wanneer de situatie het toelaat ook bij de consulten op de HAP zelf?</li> <li>• Geven jullie als regieartsen feedback aan de Rapid HAG? Staan de Rapid HAG's open voor feedback?</li> </ul>
Kennis en deskundigheid van de Rapid HAG	<b>Is er meer waarde van de Rapid HAG?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Waar vult de kennis van de Rapid HAG de kennis van de huisarts aan? Voorbeelden?</li> <li>• Wat is de invloed van een Rapid HAG op de patiëntveiligheid en patiënttevredenheid?</li> <li>• Hoe beoordelen jullie de zelfstandigheid van de Rapid HAG?</li> <li>• Hoe is de overdracht van de Rapid HAG?</li> </ul>
Casuïstiek	<b>Beschrijf een casus waaruit meerwaarde van de inzet van de Rapid HAG vanuit de HAP wel / niet blijkt.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Soort casuïstiek? Oplossing? Expertise?</li> </ul>
Samenwerking met triagisten	<b>Is er iets veranderd in de samenwerking met triagisten?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Besluitvorming en regie bij inzet?</li> </ul>

- tabel gaat verder op de volgende pagina -

Gespreksonderwerp	Hoofdvraag	Aanvullende / Verdiepende vragen
Effect op werkbelasting HAP	Is er sprake van een verandering in de werkdruk die te relateren is aan de komst van de Rapid HAG?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zo ja, waar blijkt dit uit?</li> <li>• Zo nee, kunnen jullie dit toelichten?</li> </ul>
Effect op eigen werkzaamheden/positie	Is er sprake van een verandering/verschuiving van de eigen werkzaamheden of positie door de komst van de Rapid HAG?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Effect op visites, kennis, ervaring en verantwoordelijkheden?</li> </ul>
Toekomst proeftuin	Welke aanpassingen kunnen de komst van de Rapid HAG op de HAP positief beïnvloeden?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Uitbreiding werkzaamheden Rapid HAG?</li> <li>• Bent u overwegend tevreden of ontevreden over de komst van de Rapid HAG? Kunt u dit uitdrukken in een rapportcijfer?</li> </ul>
Afsluiting	Zijn er nog onderwerpen niet aan bod gekomen die jullie graag zouden willen bespreken?	

## Bijlage E Flowchart proeftuin

