

De introductie van de Rapid HAG in de spoedzorgketen

Evaluatie van de proeftuin zorgcoördinatie Zuid-Holland Zuid

Hannah Hageman
Nanne Bos
Caroline Kampshoff
Bram Efficers
Robert Verheij



NIVEL
Kennis voor betere zorg



Het Nivel levert kennis om de gezondheidszorg in Nederland beter te maken. Dat doen we met hoogwaardig, betrouwbaar en onafhankelijk wetenschappelijk onderzoek naar thema's met een groot maatschappelijk belang. 'Kennis voor betere zorg' is onze missie. Met onze kennis dragen we bij aan het continu verbeteren en vernieuwen van de gezondheidszorg. We vinden het belangrijk dat mensen in staat zijn om deel te nemen aan de samenleving. Ons onderzoek draait uiteindelijk om de vraag hoe we de zorg voor de patiënt kunnen verbeteren. Alle onderzoeken publiceert het Nivel openbaar, dat is statutair vastgelegd.

Maart 2022

ISBN 978-94-6122-723-2

030 272 97 00

Nivel@nivel.nl

Www.nivel.nl

© 2022 Nivel, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

Gegevens uit deze uitgave mogen worden overgenomen onder vermelding van Nivel en de naam van de publicatie. Ook het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning in artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

Voorwoord

Voor u ligt de eindrapportage 'Proeftuin zorgcoördinatie Zuid-Holland Zuid'. Deze eindrapportage 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. Daarnaast willen wij Johan Polder van het RIVM hartelijk bedanken voor zijn hulp en expertise bij de kostenanalyse.

De auteurs

Leeswijzer

Dit eindrapport beschrijft de evaluatie van de introductie van een zogenaamde Rapid HAG als alternatieve inzet voor een volledig uitgeruste ambulance op aanvraag van de huisartsenpost in de regio Zuid-Holland Zuid.

In het eindrapport wordt in hoofdstuk 1 de aanleiding van het onderzoek en het concept van de Rapid HAG toegelicht. In hoofdstuk 2 worden vervolgens de verschillende onderzoeksmethoden weergegeven. Hoofdstuk 3 biedt een overzicht van de belangrijkste resultaten uit de proeftuin. Een kostenanalyse van de proeftuin wordt gepresenteerd in hoofdstuk 4. Tot slot wordt in hoofdstuk 5 teruggeblikt op de belangrijkste resultaten en komen de sterke en zwakke punten vanuit het onderzoek aan bod en volgt in hoofdstuk 6 een overzicht van aanbevelingen.

In een eerder gepubliceerd rapport in augustus 2021 (Hageman et al., 2021) staan de tussentijdse resultaten over de eerste zes maanden van de proeftuin beschreven.

Inhoud

Voorwoord	3
Leeswijzer	4
Samenvatting	7
Lijst met afkortingen	10
1 Inleiding	11
1.1 Aanleiding	11
1.2 Proeftuin Zorgcoördinatie	11
1.3 Doel- en vraagstellingen	12
2 Methode	14
2.1 Onderzoeksdesign	14
2.2 Setting en populatie	14
2.3 Dataverzameling	16
2.4 Data-analyse	18
2.5 Wetgeving en privacy	19
3 Resultaten	20
3.1 Inzetkarakteristieken Rapid HAG	21
3.2 Zorggegevens Rapid HAG	22
3.3 Patiëntervaringen	26
3.4 Ervaringen van professionals – Rapid HAG	27
3.5 Ervaringen van professionals – Regieartsen	29
3.6 Ervaringen van professionals – Triagisten	32
3.7 Meldingen van incidenten, calamiteiten of klachten	34
3.8 Impact van de Rapid HAG op ambulance-inzetten in de regio CAZ ZHZ	34
3.9 Verkenning Rapid HAG andere zorginstellingen en regio's	34
4 Kostenanalyse	35
4.1 Situatie voor de Rapid HAG (nulmeting)	36
4.2 Situatie tijdens de proeftuinperiode	37
4.3 Besparingspotentieel bij toepassing van de Rapid HAG in heel Nederland	39
4.4 Conclusie	43
5 Discussie	44

6	Aanbevelingen	50
	Literatuur	53
	Bijlage A Gegevens uit het EPD van de HAP	56
	Bijlage B Flowchart	62

Samenvatting

Aanleiding

De afgelopen jaren nam het aantal spoedeisende ambulance-inzetten met de hoogste urgentie (A1), op aanvraag van een huisartsenpost (HAP) toe. Van deze ambulance-inzetten werd 35-40% van de patiënten niet vervoerd en de zorgverlening ter plaatse afgehandeld. In de ambulancezorg worden deze inzetten “mobiele zorgconsulten” genoemd. Mogelijk volstaat in deze situaties waarbij de zorgverlening ter plaatse kan worden afgehandeld ook de zorg van een andere zorgprofessional (e.g., huisarts, verpleegkundig specialist of thuiszorg) waardoor de inzet van een reguliere ambulance kan worden voorkomen. Het doel van deze proeftuin was om te beoordelen of een Rapid huisartsgeneeskunde (afgekort Rapid HAG) een deel van de acute huisartsenzorg (zowel somatische als psychosociale zorg) kan overnemen om daarmee het aantal ambulance-inzetten met hoge urgentie op aanvraag van de HAP te reduceren.

In de regio Zuid-Holland Zuid (ZHZ) hebben Coöperatie Ambulancezorg Zuid-Holland Zuid (CAZ ZHZ), de HAP DrechtDokters en Yulius (GGZ Crisisdienst), de handen ineengeslagen om intensiever te gaan samenwerken binnen de zogenaamde proeftuin door de inzet van de Rapid HAG. Een Rapid HAG is een ambulancezorgprofessional die een aanvullende opleiding heeft in de acute huisartsgeneeskunde én acute geestelijke gezondheidszorg en solistisch op een ambulancevoertuig werkt. De gedachte achter de inzet van deze specifiek daartoe opgeleide ambulancezorgprofessional is dat snel de juiste zorg verleend kan worden aan patiënten in hun thuissituatie, die zich melden bij de HAP, met acute zorgvragen (zogenaamde U1- en U2-urgenties). De Rapid HAG werkt op aanvraag van de huisarts op de HAP en de huisarts blijft eindverantwoordelijk voor de geleverde zorg.

Methode

De proeftuin zorgcoördinatie ZHZ betreft een implementatieonderzoek. Het design van dit onderzoek had een observationeel en prospectief karakter. De studiepopulatie bestond uit alle patiënten die met acute zorgvragen contact opnamen met de HAP DrechtDokters, in de periode 1 september 2020 tot 1 oktober 2021, en bij wie de triagist na overleg met de regiearts besloot een Rapid HAG in te zetten. Het ging voornamelijk om patiënten die na triage een U1/U2-urgentie hadden gekregen of patiënten met een andere urgentietoekenning, maar waarbij de inzet van de Rapid HAG de juiste keuze leek te zijn.

Verschillende onderzoeksmethoden werden gebruikt voor dit onderzoek. Routinematig vastgelegde gegevens vanuit de HAP en CAZ ZHZ werden verzameld om duidelijk te krijgen hoe vaak en in welke situaties de Rapid HAG werd ingezet. Om inzichtelijk te maken welke kosten gemoeid gaan met de inzet van de Rapid HAG werd er een kostenanalyse gebaseerd op tariefprijzen uitgevoerd. Gedurende de proeftuinperiode werden vragenlijsten uitgezet onder patiënten om hun ervaringen rondom de zorgverlening van de Rapid HAG te verzamelen. Om de ervaringen van de zorgprofessionals in beeld te brengen zijn er na zes maanden twee onlinefocusgroeps gesprekken met regieartsen uitgevoerd en tien individuele interviews met Rapid HAG. Voor de eindevaluatie werden vragenlijsten voor triagisten, regieartsen en de Rapid HAG uitgezet om hun ervaringen met de proeftuin inzichtelijk te

maken. Ook werden de opbrengsten vanuit overleggen van de projectgroep waarbinnen alle deelnemende disciplines vertegenwoordigd waren, gebruikt in de evaluatie.

Resultaten

In de proeftuinperiode werd de Rapid HAG 919 keer ingezet. In 806 (88%) van de Rapid HAG inzetten ging het om een U1- of U2-urgentie. In totaal bleven 545 (59%) patiënten thuis na een inzet van de Rapid HAG. Waarvan bij 237 (26%) na de inzet van de Rapid HAG wel werd geadviseerd om op een later tijdstip alsnog een controle in de plannen bij de (eigen) huisarts, HAP, GGZ, polikliniek of thuiszorg. Bij 333 (36%) inzetten van de Rapid HAG bleek vervoer naar het ziekenhuis alsnog nodig. De meest voorkomende ingangsklachten hadden betrekking op cardiale problematiek ('pijn thorax' (43%) en 'hartkloppingen' (9%)). De Rapid HAG heeft (tijdens werkdagen van 17u-23u en in de weekenden van 8u-23u) 28% van het totaal aantal U1- en U2-visites vanuit de HAP uitgevoerd. Met de beschikbare gegevens kon niet worden nagegaan in hoeverre in dezelfde periode ook het aantal ambulance-inzetten in de regio CAZ ZHZ veranderde

Patiënten waardeerden de Rapid HAG gemiddeld met een rapportcijfer 9. De ervaringen van de Rapids HAG waren divers; de meeste Rapids HAG waren positief over de proeftuin en ervaren een meerwaarde door de intensievere samenwerking, kennisuitwisseling en de thuisbehandeling van patiënten. Een aantal Rapids HAG gaven aan dat zij nog onvoldoende werden betrokken bij de gang van zaken op de HAP en dat zij meer samenwerking met de regiearts wilden over hun inzetbaarheid. De regieartsen en triagisten omarmden de komst van de Rapid HAG en kunnen de Rapid HAG niet meer wegdenken van de HAP. Vanuit de regieartsen was ook behoefte aan meer samenwerking onder meer door elkaar beter te leren kennen en duidelijkere inzetcriteria te formuleren.

Kostenanalyse

De kosten van de inzet van een Rapid HAG waren gelijk aan die van een visite door de huisarts vanuit de HAP tijdens de proeftuinperiode. De kosten tussen een reguliere ambulance-inzet vanuit de MKA (€766,15) en een inzet van een Rapid HAG vanuit de HAP (€164,55) verschilde €538,57 per inzet in 2021, exclusief de toeslag die wordt gerekend per beladen kilometer. Vanuit de bevindingen uit de proeftuin kwam naar voren dat bij U1-urgenties 58,0% van de patiënt ter plaatse kon worden behandeld en voor U2-urgenties was dit 67,6%. Deze zorgvragen zouden in de situatie zonder de Rapid HAG op de HAP mogelijk direct zijn doorgezet naar de MKA waarbij een reguliere ambulance zou zijn ingezet. Per inzet zou dat €538,57 meer hebben gekost. In de situaties waarin nog wel een reguliere ambulance ter plaatse moest komen na een Rapid HAG inzet werden mogelijk extra kosten gemaakt ten opzichte van de normale situatie (wanneer de zorgvraag vanuit de HAP direct werd doorgezet naar de MKA), namelijk €182,58 bovenop het ambulancetarief van €766,15. Duidelijk is dat de inzet van de Rapid HAG een behoorlijke besparing kan opleveren wanneer inzet van een reguliere ambulance uitblijft.

Discussie

De meest voorkomende ingangsklachten waarvoor de Rapid HAG werd ingezet hadden betrekking op cardiale problematiek. De meerwaarde van de Rapid HAG ten opzichte van een huisarts in deze situaties was dat de Rapid HAG direct een ECG (elektrocardiogram) kan maken wat een verrijking is

op de zorgverlening omdat de diagnose mogelijk al ter plaatse kon worden gesteld. Alleen patiënten met een hoge verdenking op ernstige aandoeningen zoals bijvoorbeeld een hartinfarct of ernstige hartritmestoornis, werden op deze manier nog maar vervoerd door een reguliere ambulance naar het ziekenhuis. Door het grote aandeel cardiale ingangsklachten heeft de introductie van de Rapid HAG er niet toe geleid dat het aandeel mobiele zorgconsulten hoger is dan voorheen. Het percentage mobiele zorgconsulten bij U1-urgenties bij uitsluiting van pijn thorax ligt wel hoger. Duidelijke inzetcriteria kunnen waarschijnlijk de inzet van een Rapid HAG doelmatiger maken.

De behoefte aan duidelijke inzetcriteria en standaardisatie in werkwijze en handelen komt ook naar voren vanuit de evaluatie met de betrokken zorgprofessionals. De samenwerking tussen de Rapid HAG en regiearts was tijdens de proeftuin afhankelijk van de individuen die op dat moment werkzaam waren. Bij een doorstart is het aan te bevelen om met een kleinere groep regieartsen te werken waardoor beide zorgprofessionals beter op elkaar ingewerkt raken en standaardisatie binnen de functie(s) toeneemt wat ten goede komt aan een optimale inzet van de Rapid HAG en onderlinge samenwerking.

De bevindingen uit het kwalitatieve deel van het onderzoek laten positieve resultaten zien die aanmoedigen om verder te gaan met de Rapid HAG. De ondersteuning van de kwantitatieve resultaten is beperkt gebleven door de beperkte kwaliteit van de registreerde zorggegevens. Tevens is de samenwerking met crisisdienst Yulius beperkt gebleven vanwege het lage aantal psychiatrische zorgvragen die pasten binnen de inzetcriteria van de Rapid HAG. Desondanks heeft de proeftuinperiode interessante inzichten verschaft in de mogelijkheden die een Rapid HAG kan bieden op de HAP.

Conclusie

De Rapid HAG kan goed worden ingezet om acute zorgvragen vanuit de HAP, die mogelijk anders zouden worden doorgezet naar de ambulance, over te nemen. Gedurende de proeftuinperiode heeft de Rapid HAG een gedegen plek verworven op de HAP Drechtdokters, maar niet zonder constant veel van en met elkaar te leren, bij te sturen en scherp te blijven. De samenwerking blijkt van meerwaarde te zijn in de coördinatie van acute zorgvragen. De meeste aandacht gaat daarbij uit naar afwegingen over zorgvragen en indicaties waarvoor de Rapid HAG zinvol kan worden ingezet. De nadruk bij een vervolg moet liggen op standaardisatie en uniformiteit in de samenwerking tussen zorgprofessionals.

Lijst met afkortingen

A1 en A2	Urgentie categorieën die worden toegekend aan spoedeisende ambulance-inzetten (A1 is het meest urgent, B2 het minst)
ABCDE-methodiek	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.
CAZ	Coöperatie Acute Zorg
ECG	Elektrocardiogram
EHGV	Eerste Hulp Geen Vervoer
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
HAP	Huisartsenpost
ICPC	International Classification of Primary Care (Classificatiesysteem voor symptomen en diagnoses in de huisartsenzorg)
MIP	Meldingen Incidenten Patiëntenzorg
MKA	Meldkamer Ambulancedienst
NHG	Nederlandse Huisartsen Genootschap
LPA	Landelijk Protocol Ambulancezorg (Standaard van evidence-based zorgverlening)
NTS	Nederlandse Triage Standaard
Rapid HAG	Rapid huisartsgeneeskunde, nieuw ontwikkelde functie binnen de proeftuin Zuid-Holland Zuid
Rapid Responder	Een ambulancezorgprofessional 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
RAV	Regionale Ambulancevoorziening
Regiearts	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
SEH	Spoedeisende Hulp
SOEP-regels	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.
U1, U2, U3, U4, U5	Urgentiecategorieën vanuit de Nederlandse Triage Standaard (NTS) die toegekend worden aan acute zorgvragen in de huisartsenpost
VIM	Veilig Incident Melden
VS	Verpleegkundig Specialist
ZHZ	Zuid-Holland Zuid

1 Inleiding

1.1 Aanleiding

De afgelopen jaren neemt het aantal spoedeisende ambulance-inzetten met de hoogste urgentie (A1), op aanvraag van een huisartsenpost (HAP) toe (Jansen et al., 2016). In de regio Zuid-Holland Zuid (ZHZ) werd vanuit de HAP DrechtDokters in 2018 in 85% van de meest urgente zorgvragen een ambulance met de hoogste urgentie ingezet. Van deze inzetten werd 35-40% van de patiënten niet vervoerd en de zorgverlening ter plaatse afgehandeld. Voor zorgverlening in acute situaties, waarbij (psychosociale-) zorg in de thuissituatie van de patiënt volstaat, is de inzet van een (spoedeisende) volledig uitgeruste ambulance (reguliere ambulance) niet doelmatig. In de ambulancezorg worden deze inzetten “mobiele zorgconsulten” genoemd (AZN, 2021). Door betere coördinatie tussen de acute huisartsenzorg en ambulancezorg, kan de inzet van ambulancezorg mogelijk efficiënter worden ingericht? Door een afname van ambulance-inzetten met de hoogste urgentie op aanvraag van de HAP blijven er meer ambulances beschikbaar voor A1-inzetten op aanvraag van de Meldkamer Ambulancedienst (MKA). Vanuit deze gedachte zijn in de regio ZHZ de Coöperatie Ambulancezorg ZHZ (CAZ ZHZ), de Regionale Huisartsenpost DrechtDokters en Yulius (GGZ Crisisdienst) in gesprek gegaan over mogelijkheden om intensiever samen te werken om de toenemende druk in de spoedzorgketen in de regio het hoofd te bieden. De proeftuin zorgcoördinatie is een hier uit voortkomend initiatief. In de proeftuin wordt een zelfstandig werkende ambulancezorgprofessional vanuit de HAP ingezet om zorg te verlenen in de thuissituatie.

1.2 Proeftuin Zorgcoördinatie

Binnen de proeftuin Zorgcoördinatie wordt een Rapid huisartsgeneeskunde (Rapid HAG) ingezet, een concept waarbij een voertuig met een ambulancezorgprofessional beschikbaar is, die een aanvullende opleiding heeft in de acute huisartsgeneeskunde én acute geestelijke gezondheidszorg. Deze specifiek daartoe opgeleide ambulancezorgprofessional 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 inzet van de Rapid HAG wordt gecoördineerd vanuit de meldkamer van de Regionale Huisartsenpost DrechtDokters. Op de regionale HAP worden spoedmeldingen getrieerd en beoordeeld door de triagist onder regie van een huisarts (ook wel regiearts genoemd). Het doel van de triage is om een zo goed mogelijke inschatting te maken van de klacht(en) van de patiënt en daarmee te zorgen voor de juiste zorg op de juiste plek.

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 HAP, 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 het noodnummer 112.

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 en U2 visites door de Rapid HAG?

2. Zorggegevens Rapid HAG

- a. Wat zijn patiëntkenmerken (i.e., triage ingangsklacht, leeftijd en geslacht) van de visites gereden 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 zijn de ervaringen van regieartsen, triagisten en Rapid HAG tijdens met de proeftuin (op o.a. samenwerking, vaardigheden, kennis, werkdruk en onderlinge communicatie)?
- b. Welke aanbevelingen hebben de betrokken zorgprofessionals ten behoeve van een goede inbedding van de Rapid HAG op de huisartsenpost in de toekomst?

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 mobiele zorgconsulten 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. Implementatie proeftuin

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

8. Kosten

- a. Wat zijn de (directe) kosten van visites in de proeftuin en zijn hierin verschillen tussen typen zorgvragen?
- b. Is er sprake van een reductie van de directe kosten vergeleken met de inzet van een volledig uitgeruste ambulance en vergeleken met een huisartsvisite?

9. Draagvlak binnen andere regio's en instellingen

- a. Wat zijn aanbevelingen voor de inzet van een Rapid HAG naar andere acute zorg regio's?

2 Methode

Dit hoofdstuk beschrijft de onderzoeksopzet en kwalitatieve en kwantitatieve onderzoeksmethoden die binnen de proeftuin zijn gebruikt. De dataverzameling voor deze rapportage vond plaats in de periode van 1 september 2020 tot 1 oktober 2021.

2.1 Onderzoeksdesign

De proeftuin zorgcoördinatie ZHZ betreft een implementatieonderzoek. Het design van dit onderzoek had een observationeel en prospectief karakter, waarin kwantitatieve en kwalitatieve onderzoeksmethoden werden 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 werden gecoördineerd. Het verzorgingsgebied van de HAP omvat 250.000 inwoners.

Urgentietoekenning

In de ambulancezorg en acute huisartsengeneeskunde worden zorgvragen getrieerd om te bepalen hoe urgent een zorgvraag is. Beide organisaties werken met een ander triagesysteem. In de ambulancezorg wordt onderscheid gemaakt tussen spoedeisende ambulancezorg (A1 en A2) en niet-spoedeisende ambulancezorg (B)(AZN, 2021). Terwijl binnen de HAPs gebruikt wordt gemaakt van de Nederlandse Triage Standaard (NTS)(NTS, 2017). Dit triagesysteem maakt onderscheid in zes categorieën waarmee wordt bepaald hoe snel een zorgvraag moet worden beoordeeld door een huisarts (tabel 1).

Patiëntenpopulatie

De studiepopulatie bestond uit alle patiënten die contact opnamen met de HAP DrechtDokters, in de periode 1 september 2020 tot 1 oktober 2021, en bij wie de triagist na overleg met de regiearts besloot een Rapid HAG in te zetten. De patiënten die na triage aan de hand van de NTS 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.

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)

*ABCD: methodiek om de ernst van de klacht in te schatten gebaseerd op 'treat first, what kills first'

(A=Airway, B=Breathing, C=Circulation, D=Disability).

Rapid HAG

De Rapid HAG is een ambulancezorgprofessional die een aanvullende opleiding heeft in de acute huisartsgeneeskunde én acute geestelijke gezondheidszorg (zie box 1 voor toelichting). De Rapid HAG werd beschikbaar gesteld vanuit CAZ ZHZ voor HAP Drechtdokters. De standplaats van de Rapid HAG was de HAP en de Rapid HAG was beschikbaar door de weeks in de avonden (17u – 23u) en in het weekend (8u – 23u). De Rapid HAG beschikte over een speciaal ingericht voertuig waarmee vervoer van de patiënt vaak niet mogelijk was (i.e., alleen zittend vervoer is mogelijk en er kan geen monitorbewaking plaatsvinden). Wanneer vervoer van een patiënt toch nodig bleek te zijn droeg een Rapid HAG de patiënt over aan een reguliere ambulance. De Rapid HAG verleent reguliere zorg en de regiearts was eindverantwoordelijk en bleef nauw betrokken bij het beleid dat werd ingezet.

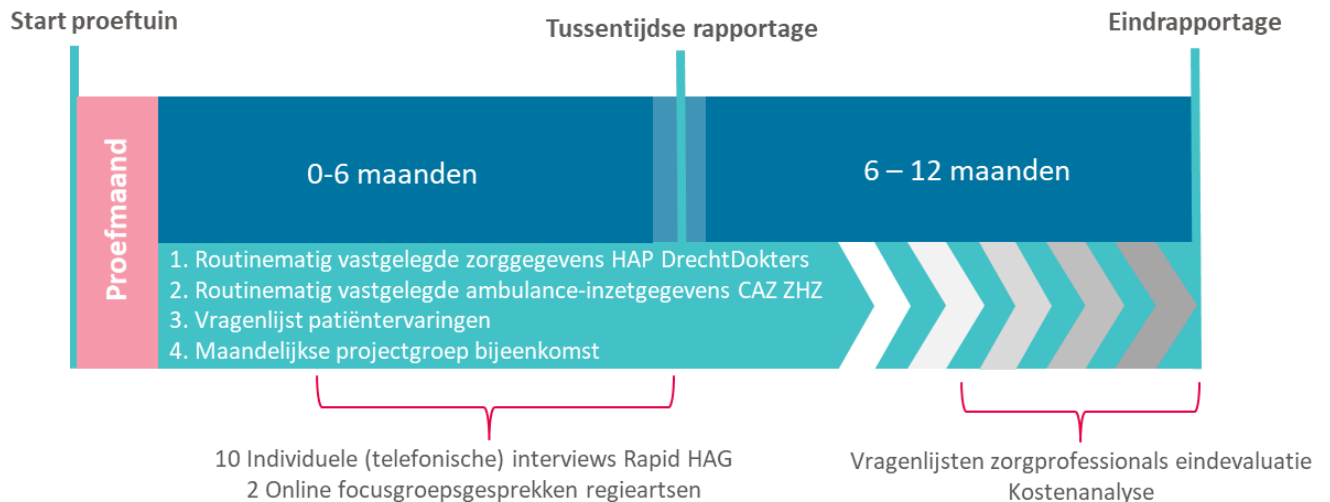
Voor deze proeftuin zijn voornamelijk ambulancezorgprofessionals geworven die een achtergrond als Rapid Responder hadden. Een Rapid Responder is een ambulancezorgprofessional die solo op pad gaat voor spoedeisende medische hulpverlening of ter assistentie van een collega ambulance. De ambulancezorgprofessionals zonder achtergrond als Rapid Responder die zich aanmeldden voor deelname aan de proeftuin kregen naast de eerdergenoemde aanvullende opleidingen ook een rijopleiding aangeboden.

Box 1: Opleiding tot Rapid HAG

- Aanvullende opleiding in de huisartsgeneeskunde, bestaande uit:
 - 2 dagen training door het trainingscentrum FASE
 - 2x 3 uur meelopen met regiearts HAP tijdens piekuren (17-20 uur)
- Aanvullende opleiding in de acute psychiatrie, bestaande uit:
 - 2 dagdelen PITSTOP-training door Yulius
 - E-learning acute psychiatrie
 - Dagdeel (4 uur) meelopen met crisisdienst Yulius

2.3 Dataverzameling

De dataverzameling van routinematig geregistreerde gegevens en de ervaringen van patiënten werden de gehele proeftuinperiode doorlopend verzameld. De gegevens vanuit interviews of focusgroeps gesprekken werden op vooraf bepaalde meetmomenten verzameld. Figuur 1 biedt een overzicht van de dataverzameling gedurende de looptijd van de proeftuin.



Figuur 1 Overzicht van de dataverzameling gedurende de looptijd van de proeftuin

2.3.1 Routinematig geregistreerde gegevens

HAP DrechtDokters

Voor deze studie zijn gegevens die routinematig werden geregistreerd op de HAP en de MKA gebruikt. 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 TomTombestand voor het berekenen van de duur van de visites.

CAZ ZHZ

Vanuit de ambulancedienst werden gegevens verzameld over:

- Totaalaantal ambulance-inzetten (A1 en A2)
- Urgentiecodering
- Aanvrager ambulance-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, vanwege privacy redenen.

2.3.2 Patiënten en zorgverlenersperspectief

2.3.2.1 Patiëntenperspectief - vragenlijst (schriftelijk)

Om de ervaringen van patiënten met de proeftuin te evalueren werden er per maand aselectief 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. De thema's die werden behandeld zijn: reden van het contact, ervaring met de 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 – Vragenlijst Rapid HAG (schriftelijk)

Om de ervaringen van de Rapids HAG binnen de proeftuin te evalueren werd iedere Rapid HAG uitgenodigd om een vragenlijst in te vullen. Deze vragenlijst is gebaseerd op een vragenlijst die voor vergelijkbaar onderzoek werd gebruikt (Giesen et al., 2017). De vragenlijst was gericht op de ervaringen in het tweede deel van de proeftuin (periode maart tot en met september) en hoe de Rapid HAG een eventuele doorstart van de functie voor zich zien op de HAP en welke belemmerende en bevorderende factoren of aanbevelingen zij daarbij aandragen. Ook het aantal jaren werkervaring van de Rapid HAG en functie voor de proeftuinperiode (Rapid Responder of ambulancezorgprofessional) werden verzameld.

2.3.2.3 Zorgverlenersperspectief – Vragenlijst regiearts (digitaal)

Om inzicht te krijgen in de ervaringen van regieartsen tijdens de proeftuin zorgcoördinatie werd er voor de eindevaluatie een online vragenlijst uitgezet. Deze vragenlijst is gebaseerd op een vragenlijst die voor vergelijkbaar onderzoek werd gebruikt (Giesen et al., 2017). De regieartsen werden via de mail op de hoogte gesteld en kregen een link naar de vragenlijst. Daarnaast zijn posters opgehangen met een QR-code die gelinkt was naar de vragenlijst. In deze vragenlijst kwamen onderwerpen aan bod die gericht waren op de ervaringen met de Rapid HAG op het gebied van communicatie, samenwerking, deskundigheid en werkdruk. Tevens werd ook gevraagd hoe de regieartsen een eventuele doorstart van de Rapid HAG voor zich zien op de HAP en welke belemmerende en bevorderende factoren of aanbevelingen zij daarbij aandragen. Ook werden aanvullende gegevens over het geboortjaar, werkervaring en het aantal diensten wat een regiearts heeft gewerkt met een Rapid HAG verzameld.

2.3.2.4 Zorgverlenersperspectief – Vragenlijst triagist (digitaal)

Om inzicht te krijgen in de ervaringen van triagisten tijdens de proeftuin zorgcoördinatie werd er voor de eindevaluatie een online vragenlijst uitgezet. Deze vragenlijst is gebaseerd op een vragenlijst die voor vergelijkbaar onderzoek werd gebruikt (Giesen et al., 2017). De triagisten zijn via de mail op

de hoogte gesteld en kregen een link naar de vragenlijst. Daarnaast zijn posters opgehangen met een QR-code die gelinkt was naar de vragenlijst. In deze vragenlijst kwamen onderwerpen aan bod die gericht waren op de ervaringen met de Rapid HAG op het gebied van communicatie, samenwerking, de meerwaarde en inzetbaarheid van de Rapid HAG op de HAP. Tevens werd ook gevraagd hoe de triagisten een eventuele doorstart van de Rapid HAG voor zich zien op de HAP en welke belemmerende en bevorderende factoren of aanbevelingen zij daarbij aandragen. Aanvullende gegevens over het geboortjaar, werkervaring en het aantal diensten wat een triagist heeft gewerkt met een Rapid HAG werden verzameld.

De vragenlijsten die zijn gebruikt om de ervaringen van patiënten, Rapid HAG, regieartsen en triagisten te meten zijn op te vragen bij de onderzoekers van het Nivel.

2.3.3 Kostenanalyse

Gezondheidseconomische evaluaties geven inzicht in de kosteneffectiviteit van interventies, geneesmiddelen en/of andere hulpmiddelen (Zorginstituut Nederland, 2016). De economische evaluatie van de proeftuinperiode bestaat uit een beschrijvende kostenanalyse waarbij de tarieven van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) zijn gebruikt. De kostenanalyse werd uitgevoerd conform de richtlijn van het Zorginstituut Nederland (Zorginstituut Nederland, 2016).

Bij elke betrokken organisatie zijn relevante gegevens die betrekking hadden op de kosten tijdens de proeftuinperiode opgevraagd, maar die waren ontoereikend om tot een volledig kostprijsberekening te komen. Daarom werd gebruik gemaakt van de tarieven die NZA voorschrijft. Deze tarieven geven een goed zicht op de financiële aspecten van de introductie van de Rapid HAG in de zorg vanuit het perspectief van zorgfinanciering.

2.4 Data-analyse

2.4.1 Kwantitatieve en kwalitatieve 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, 2017) versie 15. Ook de gegevens uit de vragenlijsten van patiënten en de verschillende zorgprofessionals werden beschrijvend geanalyseerd en gerapporteerd. De openvragen uit de vragenlijsten werden geclusterd en samengevat in thema's. De ervaringen van de diverse zorgprofessionals met de proeftuin worden door elk individu anders ervaren. Afhankelijk van de zorgprofessional werden sommige aspecten ervaren als belemmerende factoren, terwijl anderen het ervoeren als bevorderende factoren. In de weergave van de resultaten van de vragenlijsten werd gezocht naar een juiste verhouding hiertussen. Tevens zijn een aantal quotes uitgelicht in de resultaten om ondersteuning te bieden aan de kwantitatieve gegevens.

Voor de analyses van de aanrijtijd en visiteduur van de Rapid HAG werden afkapwaarden gehanteerd. Voor de visiteduur werd een afkapwaarde tussen de 5 minuten en 4 uur toegepast voor alle U1- en U2-ugrenties. Voor de aanrijtijd werd een afkapwaarde tussen de 3 en 30 minuten

toegepast voor alle U1-inzetten en een afkapwaarde tussen 3 minuten en een uur voor alle U2-inzetten.

2.4.2 Kostenanalyse

In de kostenanalyse werd een overzicht gemaakt van de kosten tijdens de proeftuinperiode en de periode daarvoor (nulmeting). De kosten zullen beschrijvend worden weergegeven. Er werd onderscheid gemaakt in U1- en U2-urgenties.

2.5 Wetgeving en privacy

Het design van deze studie werd voorgelegd aan een METC (Amsterdam UMC – Locatie VU medisch centrum) en zij beoordeelde dat de proeftuin zorgcoördinatie niet- WMO plichtig onderzoek is (CCMO, no date (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) van kracht om de privacy te waarborgen (Autoriteit Persoonsgegevens., n.d.; CCMO, n.d.).

De Rapid HAG registreerde 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 werden de gegevens aan de bron, dus voordat de gegevens de HAP verlaten, gepseudonimiseerd door ZorgTTP (Leeuw-Stravers, 2021). Door de gegevens te pseudonimiseren konden 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.

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 zijn niet gebruikt voor het onderzoek.

3 Resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten van de proeftuin weergegeven. Paragraaf 3.1 en 3.2 beschrijven de inzetkarakteristieken en zorggegevens van de inzetten van de Rapid HAG. Paragraaf 3.3 beschrijft de patiëntervaringen. In paragraaf 3.4 tot en met 3.6 worden de ervaringen van de betrokken zorgprofessionals beschreven. De laatste drie paragrafen 3.7 tot en met 3.9 gaan in op calamiteiten, impact op de ambulance-inzetten en draagvlak van de Rapid HAG. Vanwege de omvangrijke resultaten van de proeftuin wordt dit hoofdstuk geïntroduceerd met een korte weergave van de belangrijkste resultaten.

Hoofdbevindingen

De Rapid HAG ...

- ...werd in totaal 919 keer ingezet en het betrof in 87,7% een zorgvraag met een U1- of U2-urgentie.
- ...heeft in de proeftuinperiode (tijdens werkdagen van 17u-23u en in de weekenden van 8u-23u) 28,1% van het totale aantal U1- en U2-visites vanuit de HAP uitgevoerd.
- ...werd het vaakst ingezet bij de ingangsklachten 'pijn thorax' (43,1%), 'hartkloppingen' (9,0%) en 'kortademigheid' (7,3%).
- In 59,2% van de inzetten kon de patiënt na een inzet van de Rapid HAG thuisblijven. Bij 26,0% van de inzetten werd wel geadviseerd om een (telefonisch) vervolgconsult in te plannen bij de eigen huisarts/huisartsenpraktijk, polikliniek, GGZ of thuiszorg.
- De ervaringen van patiënten waren zeer positief en zij waardeerden de Rapid HAG met een gemiddeld rapportcijfer van 8,9.
- De ervaringen van de Rapids HAG waren divers; de meeste Rapids HAG waren positief over de proeftuin en ervoeren een meerwaarde door de intensievere samenwerking, kennisuitwisseling en de thuisbehandeling van patiënten. Er waren ook Rapids HAG die aangaven dat zij nog onvoldoende werden betrokken op de HAP en dat zij meer samenwerking met de regiearts wilden over hun inzetbaarheid.
- De regieartsen waren positief over de Rapid HAG. Eenduidigere inzetcriteria, meer efficiëntie bij de dienstwissel en de visiteduur van de Rapid HAG werden genoemd als verbeterpunten.

- De triagisten omarmden de komst van de Rapid HAG ook en zouden graag zien dat de Rapid HAG op de HAP blijft. De samenwerking werd als prettig ervaren en de triagisten ervaarden een meerwaarde van de Rapid HAG op de HAP en in het callcenter.
- De samenwerking met crisisdienst Yulius bleef beperkt. Dit kwam deels door het beperkte aantal psychiatrische zorgvragen dat op de HAP binnenkwam. Het betrof relatief vaak lagere urgenties waardoor deze patiëntencategorie op eigen gelegenheid naar de HAP toe kon komen en deze zorgvragen buiten de inzetcriteria van de Rapid HAG vielen.

3.1 Inzetkarakteristieken Rapid HAG

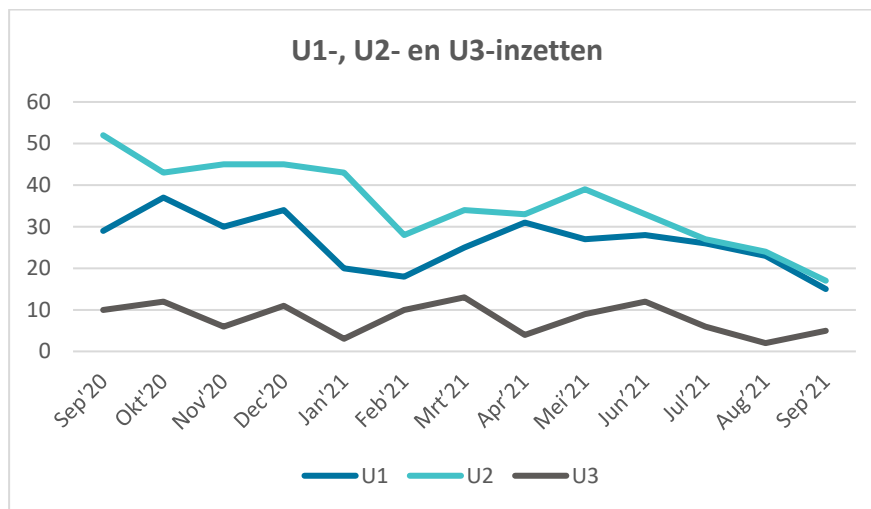
3.1.1 Aantal inzetten en urgentietoekenning

De Rapid HAG werd onder regie van de HAP in totaal 919 keer ingezet en het betrof in 87,7% een zorgvraag met een U1- of U2-urgentie (tabel 2). De Rapid HAG heeft in de proeftuinperiode (tijdens werkdagen van 17u-23u en in de weekenden van 8u-23u) 28,1% van het totaal aantal U1- en U2- visites op de HAP uitgevoerd (Bijlage B).

Tabel 2 Aantal inzetten Rapid HAG en urgentietoekenning per maand

Maand	U1	U2	U3	U4	U5	Totaal
Sep'20 (proefmaand)	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
Mrt'21	25	34	13	1		73
Apr'21	31	33	4		1	69
Mei'21	27	39	9			75
Jun'21	28	33	12			73
Jul'21	26	27	6	1	1	61
Aug'21	23	24	2	1		50
Sep'21	15	17	5		1	38
Totaal	343 (37,3%)	463 (50,4%)	103 (11,2%)	5 (0,5%)	5 (0,5%)	919 (100%)

In de laatste week van september 2021 is de HAP overgegaan naar een nieuw softwaresysteem. Om deze reden beschikken wij niet over de inzetgegevens na 26 september, waardoor het aantal inzetten van de Rapid HAG in deze maand lager uitvalt dan het werkelijke aantal inzetten.



Figuur 2 U1- t/m U3-inzetten van de Rapid HAG

In figuur 2 worden alle U1- tot en met U3-inzetten tijdens de proeftuinperiode weergegeven. Gedurende de proeftuinperiode zien we over het algemeen een afname in het aantal inzetten van de Rapid HAG vanuit de HAP. Inzetten met een U1-urgentie nemen sterker af dan inzetten met een U2-urgentie, waardoor het verschil tussen beiden kleiner wordt.

3.1.2 Visiteduur en aanrijtiden van de U1- en U2-urgenties

Voor de U1-inzetten betrof de mediane visiteduur van een Rapid HAG 51 minuten en 30 seconden (n=213). Van de U2-inzetten betrof de mediane visiteduur 46 minuten en 28 seconden (n=326). De mediane aanrijtijd van een Rapid HAG inzet bij een U1-urgentie betrof 10 minuten en 52 seconden (n=196). De mediane aanrijtijd bij U2-urgentie was 16 minuten en 33 seconden (n=327). Deze tijden vallen binnen de referentiewaarde die worden gehanteerd door de ambulancediensten en HAPs (AZN, 2019; Giesen et al., 2007).

3.2 Zorggegevens Rapid HAG

De Rapid HAG werd het vaakst ingezet bij de ingangsklacht 'pijn thorax' (43,1%). Daarna volgde de ingangsklachten 'hartkloppingen' (9,0%) en 'kortademigheid' (7,3%). Een compleet overzicht van de ingangsklachten waarvoor de Rapid HAG werd ingezet staan opgenomen in tabel 3.

Tabel 3 Ingangsklacht vanuit triage

Triage ingangsklacht	Aantal	%	Triage ingangsklacht	Aantal	%
Pijn thorax	396	43,1	Koorts volwassene	5	0,5
Hartkloppingen	83	9,0	Bloedneus	4	0,4
Kortademig	67	7,3	Drain/sonde/katheter verstopt/gesneuveld	4	0,4
Neurologische uitval	40	4,4	Oogklachten	3	0,3
Duizelig	27	3,0	Armkklachten	2	0,2
Buikpijn volwassene	25	2,7	Diarree	2	0,2
Trauma algemeen/extremiteit	25	2,7	Hoesten	2	0,2
Wegraking	20	2,2	Insult	2	0,2
Algehele malaise volwassene	19	2,1	Intoxicatie	2	0,2
COVID-19	19	2,1	Koorts kind	2	0,2
Disability	18	2,0	Trauma thorax	2	0,2
Trauma schedel	18	2,0	Wond	2	0,2
Vreemd gedrag of suïcidaal	17	1,9	Brandwond	1	0,1
Allergische reactie of insectensteek	13	1,4	Gebitsklachten	1	0,1
Circulation	9	1,0	Keelklachten	1	0,1
Hoofdpijn	9	1,0	Rectale klachten	1	0,1
Diabetes	7	0,8	Trauma aangezicht	1	0,1
Rugpijn	6	0,7	Trauma nek	1	0,1
Trauma rug	6	0,7	Triage niet mogelijk	1	0,1
Urinewegproblemen	6	0,7	Zwangerschap en buikpijn	1	0,1
Beenklachten	5	0,5	Missings	34	3,7
Braken	5	0,5			
Breathing	5	0,5	Totaal	919	100,0

3.2.1 Patiëntkarakteristieken

Patiënten in de leeftijdscategorie 75 jaar of ouder (35,4%) kwamen het meest voor, gevolgd door patiënten in de leeftijdscategorie 55 tot en met 75 jaar (33,8%) (tabel 4). Patiënten in de leeftijdscategorie 0 tot en met 18 jaar werd het minst gezien door de Rapid HAG (1,3%). Iets meer dan de helft van de patiënten was vrouw (56,9%).

Tabel 4 Patiëntkarakteristieken

Patiëntkarakteristieken	Aantal (%)
Geslacht	
Man	395 (43,1)
Vrouw	521 (56,9)
Leeftijd	
0 t/m 18 jaar	12 (1,3)
18 t/m 35 jaar	81 (8,8)
35 t/m 55 jaar	189 (20,6)
55 jaar t/m 75 jaar	310 (33,8)
75 jaar of ouder	324 (35,4)
Totaal	916 (100,0)

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

3.2.2 Vervolgbeleid

In 59,3% van de inzetten kon de patiënt na een visite van de Rapid HAG thuisblijven. Daarvan volstond in 33,5% de zorg van de Rapid HAG (i.e., mobiel zorgconsult) en in 25,8% was het advies om een (telefonisch) vervolgconsult bij de eigen huisarts/huisartsenpraktijk, HAP, GGZ of polikliek in te plannen (tabel 5). Bij 341 inzetten (37,1%) van de Rapid HAG werd de patiënt ingestuurd naar het ziekenhuis. In het meerderdeel van deze gevallen werd de patiënt overgedragen aan de ambulance. In enkele gevallen vervoerde de Rapid HAG de patiënt zelf of ging de patiënt op eigen gelegenheid naar het ziekenhuis. Bij 33 (3,6%) visites was het vervolgbeleid onduidelijk. De Rapid HAG had in deze gevallen geen vervolgbeleid geregistreerd. De categorie overig (0,9%) bestond uit patiënten die extra zorg vanuit de thuiszorg of het verzorgingstehuis kregen.

Tabel 5 Vervolgbeleid na Rapid HAG

Vervolgbeleid	Aantal, (%)
Mobiel zorgconsult	308 (33,5)
Huisarts	189 (20,6)
HAP	20 (2,2)
Overdracht naar ambulance	300 (32,6)
Eigen gelegenheid naar ziekenhuis	4 (0,4)
Vervoer door Rapid HAG	29 (3,2)
GGZ	8 (0,9)
Polikliniek	15 (1,6)
Telefonisch consult HAP	5 (0,5)
Onduidelijk vervolgbeleid/missing	33 (3,6)
Overig	8 (0,9)
Totaal	919 (100,0)

3.2.2.1 Vervolgbeleid uitgesplitst naar urgentie

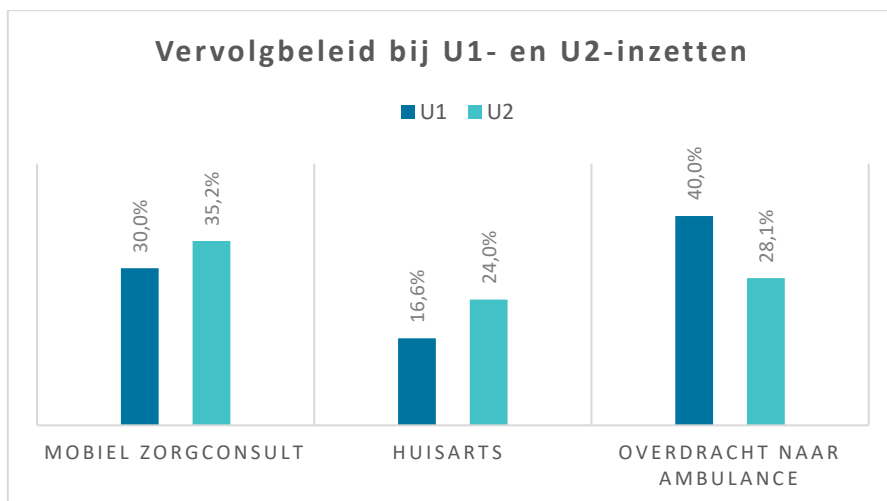
Wanneer de resultaten van de urgentietoekenning (U1 en U2) worden gecombineerd met het vervolgbeleid van de inzet van de Rapid HAG, blijkt dat bij 182 inzetten (53,1%) met een U1-urgentie de patiënt thuis kon blijven na de inzet van de Rapid HAG waarvan in 103 visites (30,0%) een mobiel zorgconsult volstond en bij 79 inzetten (23,1%) was het advies om een (telefonisch) vervolgconsult bij de eigen huisarts/huisartsenpraktijk, HAP, GGZ of polikliek in te plannen (tabel 6). In 44,4% van de inzetten moest de patiënt alsnog vervoerd worden naar het ziekenhuis door een ambulance of Rapid HAG. De categorie overig (0,6%) bestond uit patiënten die extra zorg vanuit de thuiszorg of het verzorgingstehuis kregen. In 2,0% was het vervolgbeleid onduidelijk bij een U1-urgentie.

Wanneer patiënten een U2-urgentie toegekend kregen kon de patiënt in 293 (63,3%) van de inzetten thuisblijven waarvan in 163 (35,2%) van de visites een mobiel zorgconsult volstond en in 130 (28,1%) was het advies om een (telefonisch) vervolgconsult bij de eigen huisarts/huisartsenpraktijk, HAP, GGZ of polikliek in te plannen (tabel 6). In 31,1% van de inzetten moest de patiënt alsnog vervoerd worden naar het ziekenhuis door een ambulance of Rapid HAG. Twee patiënten gingen op eigen gelegenheid richting het ziekenhuis. Bij 20 (4,3%) visites was het vervolgbeleid onduidelijk bij een U2-urgentie. De categorie overig (0,9%) bestond uit patiënten die extra zorg vanuit de thuiszorg of het verzorgingstehuis kregen.

Tabel 6 Vervolgbeleid na inzet van de Rapid HAG uitgesplitst naar U1- of U2-urgentie

Vervolgbeleid	U1 (aantal, %)	U2 (aantal, %)
Mobiel zorgconsult	103 (30,0)	163 (35,2)
Huisarts	57 (16,6)	111 (24,0)
HAP	12 (3,5)	6 (1,3)
Overdracht naar ambulance	137 (40,0)	130 (28,1)
Op eigen gelegenheid naar ziekenhuis	0 (0,0)	2 (0,4)
Vervoerder Rapid HAG	15 (4,4)	14 (3,0)
GGZ	2 (0,6)	4 (0,9)
Polikliniek	7 (2,0)	6 (1,3)
Telefonisch consult huisarts/ HAP	1 (0,3)	3 (0,6)
Onduidelijk vervolgbeleid	7 (2,0)	20 (4,3)
Overig	2 (0,6)	4 (0,9)
Totaal	343 (100,0)	463 (100,0)

In figuur 3 zijn de voornaamste opties voor vervolgbeleid weergegeven. Bij een U2-inzet vond vaker een mobiel zorgconsult plaats, maar wordt de patiënt ook vaker doorverwezen naar de huisarts (voor controle). Bij een U1-inzet ligt het percentage mobiele zorgconsulten lager dan bij een U2-inzet en wordt de patiënt vaker ingestuurd naar het ziekenhuis.



Figuur 3 Voornaamste opties vervolgbeleid bij U1- en U2-inzetten van de Rapid HAG

3.3 Patiëntervaringen

Gedurende de proeftuinperiode is de vragenlijst door 103 patiënten geretourneerd (respons van 26,4%). Het merendeel van de patiënten was ouder dan 65 jaar (67,0%) en iets meer dan de helft was vrouw (51,5%). 40,8% van de patiënten beoordeelde de eigen gezondheid als matig en 36,9% beoordeelde de eigen gezondheid als goed.

De meeste patiënten (43,7%) schatten de klacht in als spoedeisend (zeker binnen een half uur hulp nodig) gevolgd door 41,8% 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 35,9% 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 8,7 (SD ±1,2). Patiënten voelde zich serieus genomen door de triagist en vonden dat zij voldoende tijd namen om de zorgvraag van de patiënt aan te horen. Het merendeel van de patiënten werd ook gerustgesteld door de triagist en vond dat er op een begrijpelijke manier werd gecommuniceerd met hun. De zorg die geboden werd door de Rapid HAG werd gewaardeerd met een gemiddelde van 8,9 (SD ±1,0) ongeacht de soort zorgvraag of het vervolgbeleid na de visite van de Rapid HAG. Patiënten ervaarde dat zij serieus werden genomen door de Rapid HAG en dat er voldoende tijd werd genomen om de zorgvraag te beoordelen. Patiënten werden gerustgesteld en kregen voldoende uitleg over wat de Rapid HAG ging doen.

3.4 Ervaringen van professionals - Rapid HAG

3.4.1 Resultaten periode 0-6 maanden (individuele interviews)

Ervaringen van Rapids HAG

In totaal zijn 10 van de 15 Rapids HAG geïnterviewd in maart 2021. Vanuit de interviews met de Rapids HAG in het eerste deel van de proeftuin, bleken er verschillen te zijn wat betreft de motivatie voor deelname aan de proeftuin. Hierin waren drie groepen te onderscheiden (1) een deel van de Rapids HAG had nog geen ervaring als Rapid Responder, (2) een groep Rapids HAG die voorheen al als Rapid Responders werkten en die enthousiast zijn over de proeftuin, en (3) enkele Rapids HAG die al Rapid Responders waren, maar de meerwaarde van de proeftuin niet zagen. Als positieve aspecten werden genoemd: intensievere samenwerking en overleg, kennisuitwisseling, vaker thuislaten van patiënten door bijvoorbeeld thuisbehandeling, het inzicht krijgen in elkaars werkzaamheden en de verrijking van de hulpverlening door bijvoorbeeld enkele extra's zoals urinesticks en diclofenac (intramusculair, toediening in de spier). Tevens waren sommige Rapids HAG ook van meerwaarde geweest binnen het callcenter en bij consulten op de HAP op het gebied van cardiologie, het zieke kind en trauma.

Echter, waren er ook Rapids HAG die minder positief waren over de proeftuin, bij een aantal kwamen hun verwachtingen niet overeen met de praktijk. Zij zijn uiteindelijk gestopt. Belemmeringen die door de Rapids HAG werden benoemd waren dat zij nog onvoldoende betrokken werden op de HAP en dat zij meer samenwerking met de regiearts wilden over hun inzetbaarheid als Rapid HAG. Er werd aangegeven dat de dienst erg afhankelijk was van met welke regiearts werd gewerkt. 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.

De grootste toegevoegde waarde vonden de meeste Rapids HAG het uitsparen van een reguliere ambulance en dat er kritischer werd gekeken naar welke zorgverlener er bij welke zorgvraag past. De Rapids HAG waardeerden de proeftuin met het cijfer 7,0 (SD $\pm 1,5$). Als aanbevelingen voor de resterende proeftuinperiode werden suggesties genoemd zoals: creëren van een eigen werkplek voor de Rapid HAG en werken met een kleinere groep regieartsen.

3.4.2 Resultaten periode 6 – 12 maanden (vragenlijsten)

De vragenlijst werd naar 14 Rapids HAG verstuurd, 11 hiervan hebben de vragenlijst geretourneerd (respons van 78,6%). Hiervan waren er 11 nog in functie als Rapid HAG en drie waren inmiddels gestopt. Eén vragenlijst werd geëxcludeerd omdat deze niet ingevuld was. Negen van de tien Rapids HAG waren voor de proeftuin al werkzaam als Rapid Responder voor de ambulancedienst. De mediane werkervaring als ambulancedienstprofessional was 14 jaar (range 5 – 25 jaar), en de mediane werkervaring als Rapid Responder was 6 jaar (range 0 – 10 jaar).

In de vragenlijst waren een aantal stellingen opgenomen over de mate van tevredenheid in de samenwerking met de regieartsen op de HAP. Het merendeel van de Rapids HAG was tevreden tot zeer tevreden (tabel 7).

Tabel 7 Tevredenheid Rapid HAG over de samenwerking met de regiearts

	Zeer ontevreden	Ontevreden	Neutraal	Tevreden	Zeer tevreden	Missing	Totaal
Samenwerking met mij als Rapid HAG	0,0%	10,0%	0,0%	60,0%	20,0%	10,0%	100,0%
Communicatie met mij als Rapid HAG	0,0%	10,0%	0,0%	60,0%	10,0%	10,0%	100,0%
Overleg omtrent beleid/afhandeling visite	0,0%	0,0%	0,0%	60,0%	30,0%	10,0%	100,0%
Waardering als zorgprofessional	0,0%	0,0%	10,0%	40,0%	40,0%	10,0%	100,0%

Tweede deel proeftuinperiode

De helft van de Rapids HAG gaven aan dat in het tweede deel van de proeftuinperiode meer regieartsen bekend werden met de proeftuin waardoor de Rapid HAG beter werd ingezet en er meer overleg plaatsvond ten opzichte van het eerste deel van de proeftuin.

Inzetbaarheid voor de MKA

In de periode januari tot en met mei 2021 werd er een wijziging doorgevoerd omtrent de inzetbaarheid van de Rapid HAG tijdens de proeftuinperiode. Een aantal Rapids HAG waren minder enthousiast over de proeftuin en werd de keuze gemaakt om de Rapid ook in te zetten vanuit de MKA, als aanvulling op de inzetten vanuit de HAP. De meeste Rapids HAG ervoeren deze extra inzetten als een positieve aanvulling op de werkzaamheden bij de HAP. Het maakte het werk dynamischer, afwisselender en verhoogde de werkdruk, die over het algemeen als laag werd beschouwd. De afschaffing van de inzetbaarheid voor de MKA vanaf mei (in de weekenden) werd dan ook door het merendeel van de Rapid's als erg jammer en onnodig beschouwd. Voor sommige nam de werkdruk en het werkplezier ook weer af, omdat er op de HAP niet altijd werk was voor de Rapid HAG.

Positieve aspecten proeftuin

De proeftuin werd door de Rapids HAG gewaardeerd met het cijfer 7,5 (SD ± 0,7). Positieve aspecten die werden ervaren ten aanzien van de proeftuin zijn de samenwerking met de regieartsen en triagisten, de onderlinge kennisuitwisseling, uitbreiding van het vak als ambulancezorgprofessional en het meedenken en adviseren in het callcenter.

“Vooral aanwezig zijn in callcenter heeft mede door ons meedenken situaties veranderd. Je merkt dat ze op de HAP niet verder denken dan wij doen. Dit gaf vaak een andere urgentie of een consult op de HAP in plaats van een A1 visite.” [Rapid HAG].

Belemmerende aspecten proeftuin

Als grootste nadeel werd de diversiteit onder de regieartsen benoemd. De inzetbaarheid, het betrokken worden en meedenken over inzetten en het werkplezier was erg afhankelijk van de regiearts die op dat moment dienst had, gaven de Rapids HAG aan. In het verlengde daarvan, werden verder aandachtspunten benoemd zoals: betere communicatie, meer betrokkenheid bij overleg en de besluitvorming om de Rapid HAG in te zetten.

Doorstart proeftuin

Als aanbevelingen voor een eventuele doorstart adviseerden de Rapids HAG om een duidelijker functieprofiel met taakomschrijvingen te ontwikkelen. Zodat er uniformere werkafspraken komen voor de Rapids HAG en zij dit ook gezamenlijk kunnen uitdragen. Voor de toekomst zou er ook meer aandacht en betere afstemming moeten plaatsvinden wat betreft de scholing.

“Duidelijkere taakomschrijving. De opgepakte werkzaamheden verschilden nogal per Rapid HAG waardoor de verwachting vanuit de HAP niet altijd coherent waren.” [Rapid HAG].

Tevens werd er geopperd om een werkgroep op te richten waarin alle zorgprofessionals vertegenwoordigd zijn om snel te kunnen schakelen bij onduidelijkheden of het doorvoeren van wijzigingen. De Rapids HAG zouden het ook wenselijk vinden om met een kleinere en gemotiveerde groep regieartsen samen te werken. Om zo de knelpunten die werden ervaren, in de toekomst te voorkomen. Daarnaast zien een aantal Rapids HAG de standplaats van de Rapid HAG liever wijzigen naar de eigen post en dat de aanmeldingen van de HAP via de MKA worden aangenomen. Wel willen zij dan graag momenten inbouwen om elkaar te blijven zien.

3.5 Ervaringen van professionals – Regieartsen

3.5.1 Resultaten periode 0 -6 maanden (onlinefocusgroepsgesprekken)

Ervaringen van de regieartsen

Twaalf regieartsen hadden zich aangemeld voor twee focusgroepsgesprekken en uiteindelijk hadden tien regieartsen deelgenomen in maart 2021. De regieartsen omarmden de komst van de Rapid HAG en konden de Rapid HAG niet meer wegdenken van de HAP. Vanuit de regieartsen was 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. De regieartsen waren te spreken over de kennis en deskundigheid van de Rapid HAG. Zij gaven aan dat een ambulancezorgprofessional specifiek is opgeleid met methodes en werkwijze die de huisarts niet altijd kent. De regieartsen bemerkten wel een verschil wat betreft de langere tijdsduur van een visite.

De meerwaarde van de Rapid HAG lag 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 insturen naar het ziekenhuis nodig is. Echter, heerste er verdeeldheid over de inzet van de

Rapid HAG bij complexe casuïstiek met een specifieke zorgvraag. Sommige regieartsen vonden 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).

De meeste huisartsen op de HAP ervoeren een positief effect op de werkdruk door de komst van de Rapid HAG. De regieartsen waren van mening dat de dienstwissel van de Rapid HAG efficiënter kan. Er ging meestal een uur verloren. Als tweede punt werd het aanvullen van de auto met nieuwe spullen en medicatie benoemd. De auto werd aangevuld op de ambulancepost. Mogelijk kan dit in de toekomst anders, zodat de Rapid HAG weer sneller beschikbaar is voor visites.

3.5.2 Resultaten periode 6 – 12 maanden (vragenlijst)

In totaal hebben er 36 van de 81 regieartsen de vragenlijst waarin gevraagd werd naar ervaringen met de Rapid HAG, geretourneerd (respons 44,4%). Twee vragenlijsten werden geëxcludeerd omdat deze niet volledig waren ingevuld. Van alle respondenten was de mediane leeftijd 47 (range 35 – 65 jaar). De man-vrouwverhouding was gelijk. Het grootste gedeelte van de regieartsen werkte als gevestigd huisarts (82,4%). De meeste regieartsen hadden minder dan 15 diensten gewerkt met de Rapid HAG tijdens de proeftuinperiode (70,6%). 26,5% van de regieartsen werkte tussen de 15 tot 25 diensten met de Rapid HAG.

Het grootste deel van de regieartsen was tevreden tot zeer tevreden over de samenwerking, communicatie en werkzaamheden die door de Rapid HAG werden uitgevoerd (tabel 8). De mate van tevredenheid over het afhandelen van complexe zorgvragen (79,5%) en laag complexe zorgvragen (58,9%) door de Rapid HAG was relatief lager, terwijl over de afhandeling van hoge complexe zorgvragen de regieartsen weer zeer tevreden en tevreden waren (97,1%). Ook waren de regieartsen in het merendeel van de gevallen tevreden tot zeer tevreden over de veiligheid van de patiëntenzorg en de terugkoppeling van de Rapid HAG.

Tabel 8 *Tevredenheid van de regiearts over de Rapid HAG tijdens de proeftuin*

	Ze er ontevreden	Ontevreden	Neutraal	Tevreden	Ze er tevreden	Weet niet/ n.v.t.	Totaal
Samenwerking met mij als huisarts	5,9%	0,0%	0,0%	47,1%	47,1%	0,0%	100,0%
Communicatie met mij als huisarts	2,9%	2,9%	5,9%	47,1%	41,2%	0,0%	100,0%
Kwaliteit van visites	2,9%	0,0%	2,9%	53,0%	41,2%	0,0%	100,0%
Deskundigheid	2,9%	2,9%	2,9%	35,3%	56,0%	0,0%	100,0%
Afhandeling van laag urgente hulpvragen	2,9%	2,9%	29,4%	35,3%	23,6%	5,9%	100,0%

Tabel 8 - vervolg -

	Zeer ontevreden	Ontevreden	Neutraal	Tevreden	Zeer tevreden	Weet niet/ n.v.t.	
Afhandeling van hoog urgente hulpvragen	2,9%	0,0%	0,0%	32,4%	64,7%	0,0%	100,0%
Afhandeling van complexe hulpvragen	2,9%	2,9%	8,8%	61,8%	17,7%	5,9%	100,0%
Veiligheid patiëntenzorg	2,9%	0,0%	5,9%	41,2%	47,1%	2,9%	100,0%
Registratie/terugkoppeling van de visite	2,9%	0,0%	5,9%	47,1%	44,1%	0,0%	100,0%

Wat betreft de werkbelasting op de HAP, tijdens het uitvoeren van consulten ervaarde 62,9% van de regieartsen afname in werkbelasting door de inzet van Rapid HAG. 74,3% van de regieartsen gaf aan dat de werkbelasting tijdens de visitediensten afnam, omdat veel U1- en U2-urgenties werden overgenomen door de Rapid HAG. De inzet van de Rapid HAG op de HAP was volgens 88,6% van de regieartsen een wenselijke ontwikkeling. 88,6% van de regieartsen vond dat de Rapid HAG een meerwaarde voor de zorg op de HAP. De inzet van de Rapid HAG zou volgens 86,7% van de regieartsen moeten worden doorgezet na de proeftuinperiode.

Positieve aspecten proeftuin

De komst van de Rapid HAG op de HAP werd door de regieartsen als positief ervaren. Er werd sneller zorg op de juiste plek geboden, er werd minder snel gebruik gemaakt van een reguliere ambulance en men ervaarde verlichting op de werkdruk. Door de proeftuinperiode kreeg men meer inzicht in de kennis en werkzaamheden van een ambulancezorgprofessional en werd er een fijne samenwerking bemerkt. De meerwaarde op het gebied van cardiale zorgvragen werd ook als een pluspunt gezien.

“Prettige aanvulling op het bestaande pallet: vooral bij twijfelachtige spoedgevallen van duidelijke waarde.” [Regiearts].

Belemmerende aspecten proeftuin

De langere visiteduur door de uitgebreidere beoordeling en het protocollair werken van de Rapid HAG werd als een nadeel gezien. Volgens sommige regieartsen valt hier nog winst te behalen waardoor de Rapid HAG meer inzetten per dienst zou kunnen rijden. De beschikbaarheid van de Rapid HAG voor de MKA speelde hierbij een rol, omdat de Rapid HAG dan niet ingezet kon worden voor zorgvragen vanuit de HAP. Door sommige regieartsen werd ervaren dat bepaalde Rapids HAG minder flexibel waren in het wel of niet aannemen van bepaalde visites vanuit de HAP.

“De zorg is erg geprotocolleerd en een consult duurt, mede daardoor, erg lang.” [Regiearts].

Doorstart proeftuin

Als aanbevelingen voor een doorstart werd aangegeven dat er uniformere afspraken moeten worden gemaakt over de inzetcriteria van de Rapid HAG tijdens visites en op de HAP zelf. Wanneer er een doorstart gaat plaatsvinden zouden een aantal regieartsen het wenselijk vinden als de Rapid HAG aanwezig is tijdens de overdracht van de regiearts en regieassistente. Daarnaast werd aangegeven dat de overdracht tussen de diensten van de Rapid HAG in het weekend mogelijk efficiënter konden worden ingericht. De Rapid HAG was soms een uur weg en daardoor niet inzetbaar. Om verdere inbedding van de Rapid HAG op de HAP te realiseren werd gezamenlijke nascholing en actiever betrekken nog genoemd.

“Met minder regieartsen werken zodat de samenwerking nog beter tot stand kan komen en iedere regiearts de Rapids HAG ook persoonlijk leert kennen en vaker regiedienst doet.” [Regiearts].

3.6 Ervaringen van professionals – Triagisten

In totaal werd de vragenlijst over ervaringen door 17 van de 50 triagisten geretourneerd (respons 34,0 %). Hiervan werden twee vragenlijsten geëxcludeerd omdat deze niet volledig waren ingevuld. De mediane leeftijd van de triagisten was 39 jaar (range 32 - 58 jaar). De meerderheid van de triagisten was vrouw (93,3%). 53,3% werkt als triagist en 46,7% als senior triagist. De meeste triagisten hadden 50 tot 90 diensten gewerkt met de Rapid HAG tijdens de proeftuinperiode (46,7%). 33,3% had meer dan 90 diensten gewerkt met de Rapid HAG.

In de vragenlijst waren een aantal stellingen opgenomen over de samenwerking, communicatie en het meedenken van de Rapid HAG over de inzetbaarheid tijdens de proeftuinperiode. Het grootste deel van de triagisten was tevreden tot zeer tevreden over de Rapid HAG (tabel 9).

Tabel 9 Vraagstellingen over het werken met de Rapid HAG

	Ze er ontevreden	Ontevreden	Neutraal	Tevreden	Ze er tevreden	Totaal
Samenwerking met mij als triagist	6,7%	0,0%	6,7%	26,6%	60,0%	100%
Communicatie met mij als triagist	6,7%	0,0%	6,7%	33,3%	53,3%	100%
Meedenken over de inzetbaarheid van de Rapid HAG	0,0%	0,0%	6,7%	33,3%	60,0%	100%

Tabel 9 - vervolg -

De inzet van Rapid HAG tijdens de proeftuinperiode op de HAP is een meerwaarde voor de zorg op de HAP	0,0%	0,0%	6,7%	13,3%	80,0%	100%
De inzet van de Rapid HAG op de HAP moet worden doorgezet na de proeftuinperiode	6,7%	0,0%	0,0%	13,3%	80,0%	100%

Positieve aspecten proeftuin

De triagisten ervoeren de komst van de Rapid HAG als positief en hopen dat de Rapid HAG in de toekomst kan blijven bestaan. Door de komst van de Rapid HAG kon volgens de triagisten frequenter direct de juiste zorg worden geboden bij acute zorgvragen. Tevens werd er aangegeven dat de komst van de Rapid ervoor zorgde dat de huisarts die visites reedt hierdoor soms op de post kon blijven helpen als dat nodig was, wat als erg prettig werd ervaren. Wanneer de Rapid HAG aanwezig was in het callcenter vroegen de triagisten de Rapid HAG soms om advies door met bepaalde zorgvragen mee te luisteren en te beoordelen. Door de intensievere samenwerking is er meer inzicht gekomen in elkaars werkzaamheden en werd er veel van elkaar geleerd.

“Het was vooral heel fijn om de Rapid HAG in te kunnen zetten bij het beoordelen van patiënten met pijn op de borst of andere acute klachten. Het ontlastte ook regelmatig de druk op de visites van de huisartsen. Daarnaast is de proeftuinperiode heel goed geweest voor de samenwerking met de ambulancedienst in het algemeen. Je weet meer van elkaars werkwijze. Ook is er veel (medische) kennisoverdracht geweest, waar we op de hap veel van hebben geleerd! Leuk!” [Triagist].

Belemmerende aspecten proeftuin

Ook vanuit het perspectief van de triagisten werd de aanbevelingen gedaan om uniforme werkafspraken te maken over de inzetcriteria van de Rapid HAG, tijdens visites en voor consulten op de HAP, zodat dit onnodige discussies voorkomt. Zij gaven aan dat er variatie bestond tussen de visites die Rapids HAG reden.

“Het is soms niet geheel duidelijk welke casus de Rapid kan oppakken. De ene Rapid HAG wil veel beoordelen, de andere Rapid HAG houdt zich aan een streng kader.” [Triagist].

Doorstart proeftuin

Duidelijkheid scheppen over de inzetcriteria zoals beschreven bij de belemmerende factoren werd als aanbeveling voor een doorstart ook genoemd. Om de inbedding van de Rapid HAG verder te bewerkstelligen werd een eigen werkplek (in het callcenter) en behandelkamer voor de Rapid HAG voor het uitvoeren van consulten op de HAP genoemd. Andere punten zoals goed blijven

communiceren, grenzen aangeven en een gezamenlijk plan opstellen waardoor iedereen er hetzelfde instaat worden benoemd.

“Zorg dat de Rapid HAG een eigen werkplek heeft (in het callcenter). En ook dat er altijd een kamer voor hen beschikbaar is om patiënten op de hap te beoordelen. Het lijkt me ook goed als de Rapids HAG zelf nog informatie/uitleg geven over wat zij prettig vinden wat betreft de samenwerking en waarvoor zij precies ingezet kunnen worden. Je merkt nu dat er onderling verschillen zijn waarvoor een Rapid HAG ingezet wil worden. Dit geldt zowel voor beoordelingen bij patiënten thuis als beoordelingen op de hap. Dit kan voor ruis zorgen.” – [Triagist].

3.7 Meldingen van incidenten, calamiteiten of klachten

Gedurende de gehele proeftuinperiode zijn er 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.

3.8 Impact van de Rapid HAG op ambulance-inzetten in de regio CAZ ZHZ

In de bovenstaande resultatensectie ontbreken de antwoorden op de vraagstellingen of er een reductie op het aantal A1 (en A2) inzetten met een volledig uitgeruste ambulance heeft plaatsgevonden vanuit de HAP tijdens de proeftuinperiode. Deze vraagstellingen kunnen niet worden beantwoord, omdat de kwaliteit van de geregistreerde gegevens zich hier niet voor leent.

3.9 Verkenning Rapid HAG andere zorginstellingen en regio's

Gaandeweg de proeftuinperiode werd door de projectgroep besloten de bredere inzetmogelijkheden van de Rapid HAG voor andere zorginstellingen zoals een verpleegtehuis, verzorgingstehuis of huisartsenpraktijk niet te verkennen. De veranderingen in de regio door de inzet van een Rapid HAG op indicatie van de HAP of MKA en de verhoogde werkdruk als gevolg van COVID-19 deed de projectgroep besluiten om niet nog meer veranderingen in te voeren. Bovendien sluiten de inzetcriteria en het profiel van de Rapid HAG over het algemeen niet aan bij de urgenties en zorgvragen vanuit deze zorginstellingen. Gezamenlijke beoordeling van deze zorgvragen door overleg tussen HAP en MKA zou een eerste stap richting uitbreiding zijn van de samenwerking met deze zorginstellingen.

4 Kostenanalyse

Dit hoofdstuk beschrijft de kostenanalyse van de proeftuinperiode. Hiervoor vergelijken wij de kosten van de periode met en zonder de inzet van de Rapid HAG (i.e., de nulmeting). In de kostenanalyse berekenen wij de kosten van visites die zijn gereden door de Rapid HAG vanuit de HAP (in het werkgebied van HAP Drechtdokters) tijdens de proeftuinperiode, en vergelijken dit met de kosten van visites die zijn gereden door een reguliere ambulance of Rapid Responder in de periode voorafgaand aan de proeftuin (i.e., nulmeting). De proeftuin vond plaats in de periode september 2020 tot en met september 2021. De nulmeting betreft de periode 1 september 2019 tot 1 september 2020. Het hoofdstuk besluit met een verkenning van de kosten in de hypothetische situatie waarbij de Rapid HAG in heel Nederland wordt ingezet.

Tariefprijzen

De kostenanalyse is gebaseerd op de tarieven die de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) in onderlinge afspraak met zorgverzekeraar(s) heeft gemaakt. De volgende directe kosten zijn meegenomen in de kostenanalyse:

1. De kosten per inzet van een reguliere ambulance-inzet en Rapid Responder
2. De kosten van een visite van de Rapid HAG
3. De kosten van een huisartsenvisite vanuit de HAP

De kosten in de nulmeting bestaan enkel uit de inzet van een reguliere ambulance of Rapid Responder inzet, die zijn aangevraagd door de HAP bij de MKA. In de proeftuinperiode zijn de kosten afhankelijk van de situatie, namelijk of er na inzet van de Rapid HAG alsnog een reguliere ambulance ter plaatse moet komen om de patiënt te vervoeren. In tabel 10 worden de tariefprijzen van 2019 tot en met 2021 per betrokken organisatie weergegeven (NZa, 2019a; 2019b; NZA, 2020a; 2020b; NZA, 2021a; 2021b). Het verschil tussen een reguliere ambulance-inzet vanuit de MKA en een visite vanuit de HAP door de Rapid HAG is (zonder verdere directe- en indirecte kosten meegerekend) €766,15 - €182,58 = €538,57 in 2021 exclusief de toeslag die wordt gerekend per beladen kilometer.

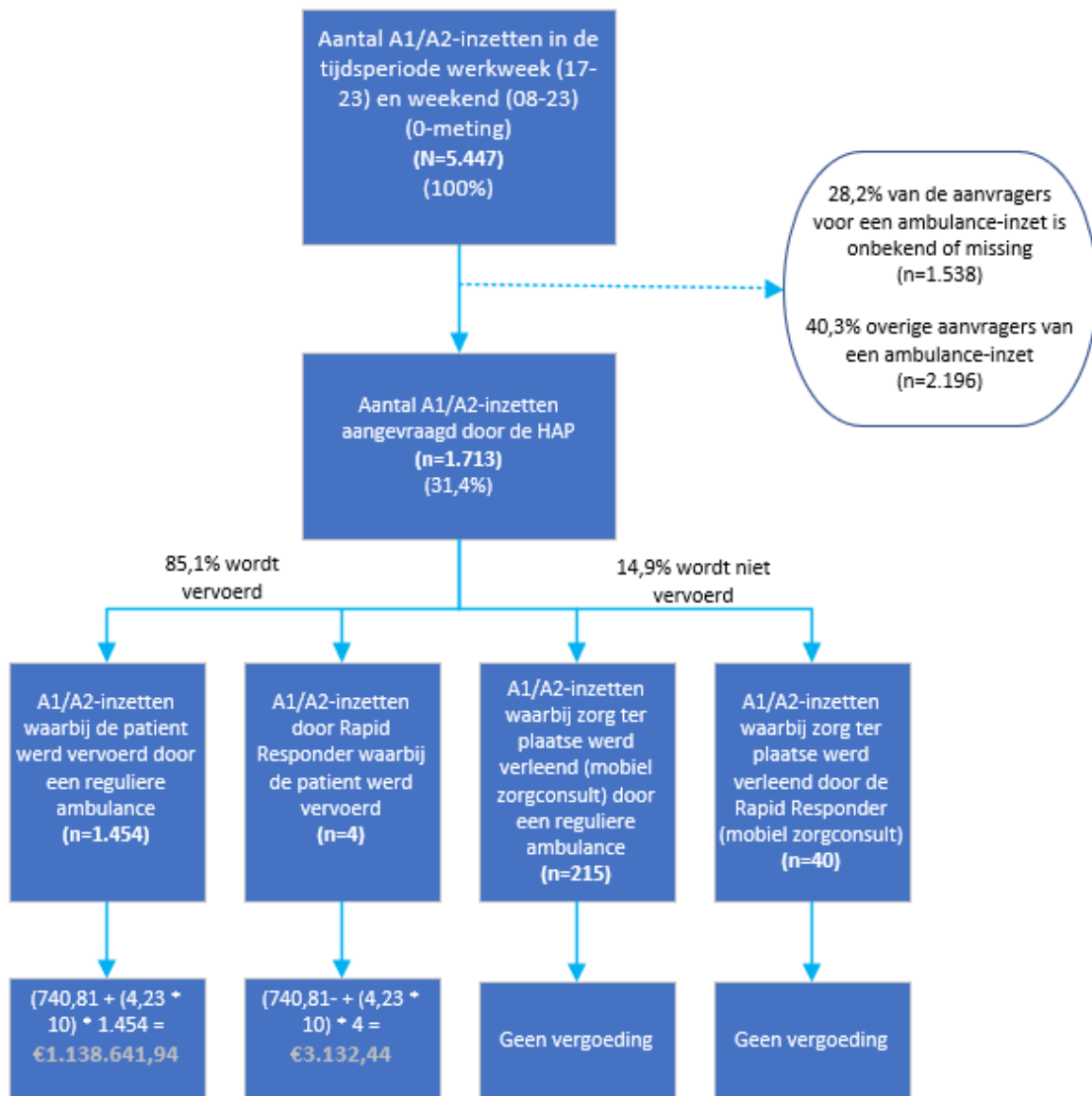
Tabel 10 Tariefprijzen per organisatie voor de geleverde zorg

	Visite Rapid HAG vanuit de HAP	Visite huisarts vanuit de HAP	Reguliere ambulance-inzet/ Rapid Responder vanuit de MKA
2019	n.v.t.	€166,47	€728,14 + (4,16 * toeslag per beladen km)
2020	€164,55	€164,55	€740,81 + (4,23 * toeslag per beladen km)
2021	€182,58	€182,58	€766,15 + (4,38 * toeslag per beladen km)

* In de flowchart is met een fictief aantal kilometers (10km) gerekend.

4.1 Situatie voor de Rapid HAG (0-meting)

In flowchart 1 staan alle A1- en A2-inzetten in de periode september 2019 tot en met augustus 2020 opgenomen, die door een reguliere ambulance of Rapid Responder werden gereden op aanvraag van de HAP (in de uren dat de Rapid HAG ook zou hebben gereden: werkweek (17-23u) en in het weekend (8-23u)). Deze afspiegeling van het aantal ambulance-inzetten tijdens de nulmeting is deels beïnvloed door de COVID-19 pandemie die oprukte vanaf medio maart 2020 en is daarmee van invloed op deze kostenanalyse (AZN, 2021; Ramerman et al., 2020).



Flowchart 1 Aantal ambulance-inzetten tijdens de nulmeting uitgesplitst in vervoer vs. geen vervoer

Vervoer versus geen vervoer

Van de 5.447 ambulance-inzetten was bij 1.173 (34,1%) inzetten de aanvrager van de inzet de HAP, waarvan 9,9% was geregistreerd bij de MKA als aanvrager huisarts. We veronderstellen dat deze ambulance-inzetten zijn aangevraagd door de HAP aangezien het tijdstip van de aanvragen buiten kantoor tijden valt. Bij 1.538 (28,2%) inzetten was de aanvrager van de inzet onbekend bij de MKA. Verdere opvolging van patiënten die niet vervoerd werden was niet mogelijk waardoor geen indicatie wordt gegeven van eventuele verdere kosten.

Urgentie

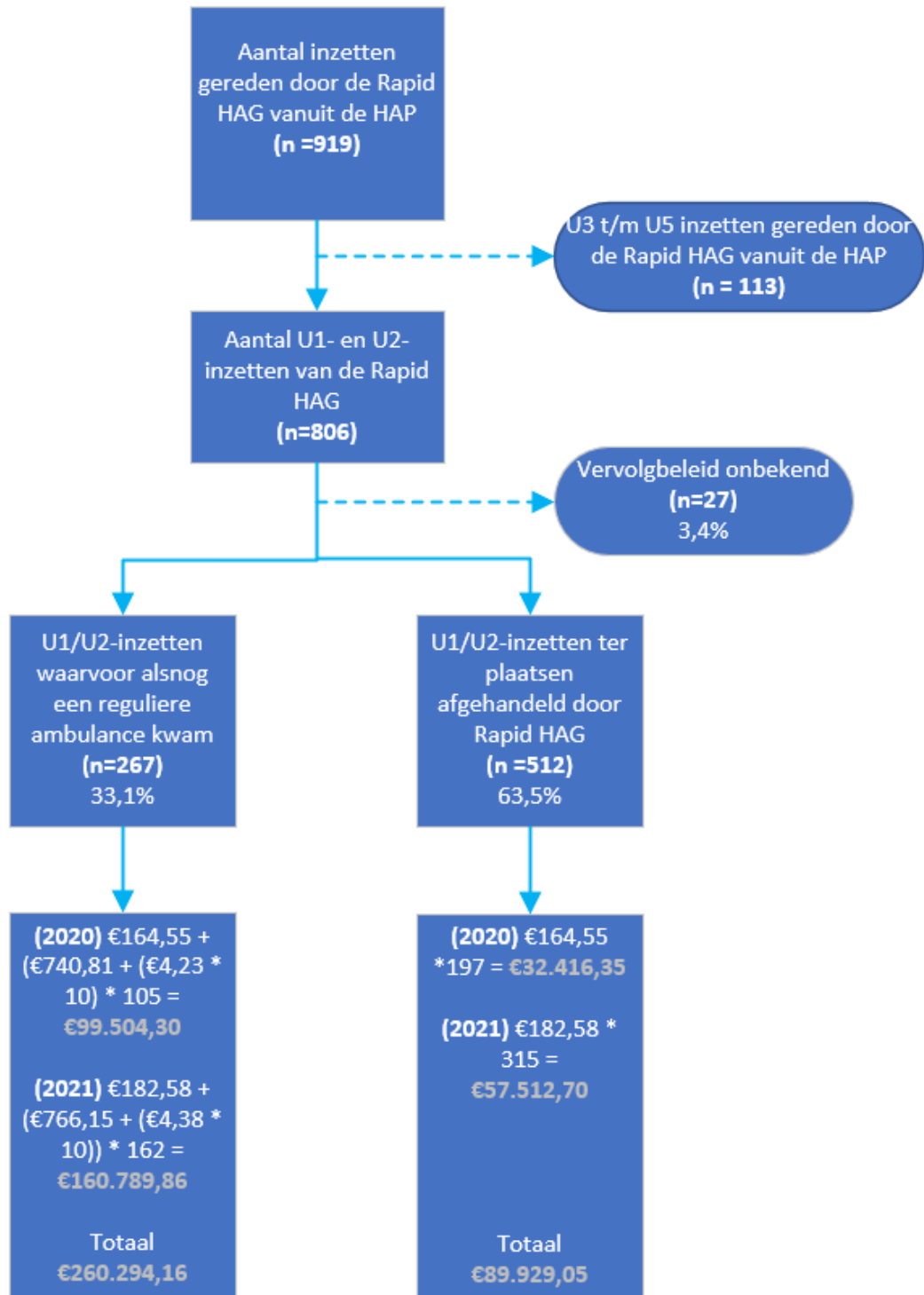
Van alle A1- en A2-inzetten gereden door een reguliere ambulance of Rapid Responder werd 85,1% van de patiënten vervoerd. Uit deze gegevens kon niet worden opgemaakt of er voorafgaand aan de ambulance-inzet, een huisarts ter plaatse was of dat de zorgvraag alleen telefonisch was beoordeeld en werd doorgestuurd naar de MKA. In deze nulmeting kunnen alleen de kosten per inzet voor de reguliere ambulance of Rapid Responder (€740,55 + (4,23 * toeslag per beladen km)) worden berekend. 14,9% van de patiënten kon thuisblijven nadat de ambulance ter plaatse was geweest (i.e., mobiel zorgconsult). Vanuit NZa wordt voor een mobiel zorgconsult geen vergoeding uitgekeerd.

4.2 Situatie tijdens de proeftuinperiode

In flowchart 2 zijn alle U1- en U2 visites tijdens de proeftuinperiode opgenomen die door de Rapid HAG zijn gereden. De kosten voor de inzetten van de Rapid HAG voor U3- tot en met U5-urgenties werden niet meegenomen in de analyse omdat dit geen urgenties zijn waarvoor een reguliere ambulance wordt ingezet in de uitgangssituatie.

Vervoer versus geen vervoer

Er werd onderscheid gemaakt tussen vervoer en geen vervoer van de patiënt. Wanneer de Rapid HAG na de inzet vervolgzorg adviseerde (i.e., (telefonisch) contact met de huisarts of HAP, controle polikliniek, overleg GGZ of extra thuiszorg), maar de patiënt na de visite wel thuis kon blijven, werd de visite geregistreerd als geen vervoer. Verdere opvolging van de patiënt was niet mogelijk tijdens de proeftuinperiode waardoor geen indicatie wordt gegeven van eventuele verdere kosten. Ook wanneer de Rapid HAG de patiënt zelf vervoerd met de Rapid wagen of de patiënt op eigen gelegenheid naar het ziekenhuis ging, valt de patiënt onder de categorie niet vervoerd, omdat er geen reguliere ambulance werd ingeschakeld.



Flowchart 2 Aantal inzetten van de Rapid HAG tijdens de proeftuinperiode uitgesplitst in vervoer vs. geen vervoer

Urgentie

Van alle U1- en U2-inzetten gereden door de Rapid HAG werd in 33,1% van de inzetten alsnog een reguliere ambulance ingezet om de patiënt te vervoeren (Flowchart 2). Naast de kosten die worden berekend voor de inzet van de Rapid HAG vanuit de HAP, zijn er ook kosten van de reguliere ambulance gemaakt. Bij 63,5% van de patiënten werd er geen reguliere ambulance ingezet na de inzet van de Rapid HAG, voor deze inzetten volstonden de kosten van enkel de inzet van de Rapid HAG.

Wanneer de urgentie categorieën worden opgesplitst in U1- en U2-urgenties is er een verschil van 9,6% zichtbaar in de mate van zelfstandige afhandeling ter plaatse door de Rapid HAG (U1=58,0%; U2=67,6%). In het geval van een U1-urgentie werd in 11,9% van de inzetten vaker een reguliere ambulance opgeroepen dan bij een U2-urgentie (U1=40%; U2=28,1%) (tabel 11).

Tabel 11 Percentage vervoer vs. geen vervoer uitgesplitst naar urgentie

	Reguliere ambulance ter plaatse na visite van de Rapid HAG	Rapid HAG verleend zorg ter plaatse af*	Vervolgbeleid onbekend	Totaal
U1 en U2 gecombineerd (n=806)	33,1%	63,5%	3,4%	100,0%
U1 (n=343)	40,0%	58,0%	2,0%	100,0%
U2 (n=463)	28,1%	67,6%	4,3%	100,0%

* kanttekening: alle andere vervolgbeleid opties zoals HAP, HA, GGZ, met eigen vervoer naar ZH, vervoerder Rapid HA, extra thuiszorg zitten hier ook in)

4.3 Besparingspotentieel bij toepassing van de Rapid HAG in heel Nederland

Om een duidelijker beeld te krijgen van de mogelijke impact van de Rapid HAG op de acute zorg in Nederland is gekeken naar het totaal aantal visites vanuit de huisartsenposten (n=331.000) over heel Nederland in 2019 (InEen, 2020; Ramerman et al., 2020; VZinfo.nl, 2019). Om het besparingspotentieel voor de Rapid HAG te berekenen werden van de 331.000 visites alleen de U1- (2,2%) en U2-urgenties (52,6%) meegenomen (n=181.388).

In deze hypothetische setting werd gebruik gemaakt van de gegevens uit de regio ZHZ om het besparingspotentieel bij toepassing van de Rapid HAG in heel Nederland inzichtelijk te maken. Dit

betekent dat in de berekeningen van het aantal visites in 2019 dezelfde urgenties en percentages vervoer versus geen vervoer als in de proeftuinperiode werden gebruikt. Op basis van deze cijfers uit de proeftuin (Bijlage B) zou de Rapid HAG ongeveer 28,1% (n=50.970) van de visites per jaar (181.388 * 0,281) kunnen uitvoeren.

Geschatte kosten visites HAP zonder Rapid HAG

In 2019 werd voor een HAP-visitatie het bedrag van €166,47 vastgesteld door de NZa (tabel 10). Voor alle U1- en U2-visitates in Nederland komt dit uit op een bedrag van ruim 30 miljoen euro (181.388 * €166,47 = €30.195.660,36). Daarbij moet nog worden opgeteld het aandeel zorgvragen wat de HAP gemiddeld doorzet naar de MKA. In 2019 werd ongeveer 15,1% van de ambulance-inzetten aangevraagd door de HAP. Wat betekent dat van alle 181.388 visites met een U1- of U2-urgentie op de HAP er ongeveer (181.388 * 0,151) 27.390 zorgvragen worden doorgestuurd naar MKA. Mogelijk ligt dit aantal hoger, omdat niet bekend is welk percentage van de zorgvragen direct is doorgezet naar de MKA.

Van deze 27.390 inzetten die zijn doorgestuurd naar MKA eindigt ongeveer 35% in een mobiel zorgconsult (27.390 * 0,35). Voor deze 9.587 ambulance-inzetten die daadwerkelijk eindigen in een mobiel zorgconsult werd geen vergoeding uitgekeerd door NZa, dus blijft het bedrag voor een visitatie van de HAP staan (€166,47). Mogelijk is het werkelijke bedrag lager doordat er een verwevenheid bestaat met telefonische consulten die direct werden doorgezet naar de MKA.

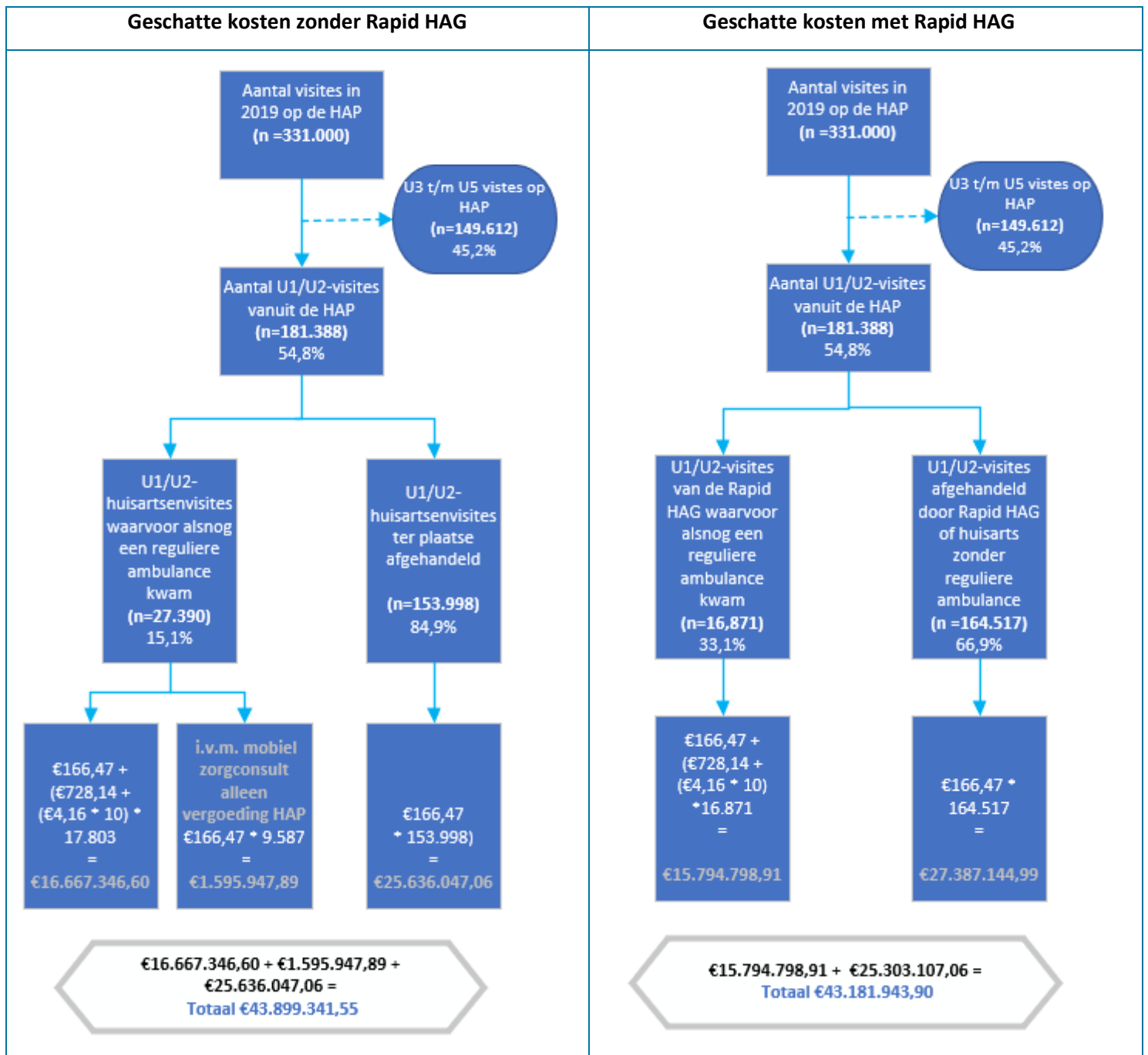
Van het aandeel ambulance-inzetten waarbij de patiënt wel vervoerd moest worden, werden aanvullende kosten voor de ambulance-inzet gerekend (27.390 - 9.587 = 17.803) (17.803 * (€728,14 + 4,16 * toeslag per beladen km)). Het geschatte eindbedrag over 2019 voor alle U1- en U2-visitates vanuit de HAP en het aandeel wat doorgezet is naar de ambulance is **€43.899.341,55**.

Geschatte kosten met Rapid HAG

Van alle 181.388 U1- en U2- op de HAP zou de Rapid HAG naar schatting ongeveer 28,1% van de visites kunnen overnemen op de HAP (n=50.970). Uitgaande van de proeftuinperiode wordt hetzelfde bedrag gehanteerd voor een visitatie van de huisarts en Rapid HAG in 2019 (€166,47). De kosten die zijn gemaakt voor de 181.388 U1- en U2-visitates vanuit de HAP bedragen ruim 30 miljoen euro (181.388 * €166,47 = €30.195.660,36).

Het doel van de proeftuin was om te beoordelen of de Rapid HAG een deel van de spoedzorg wat door de HAP wordt doorstuurt naar de MKA kan overnemen, waardoor er minder reguliere ambulances direct vanuit de HAP worden opgeroepen. In de proeftuinperiode zien we dat bij 33,1% alsnog een reguliere ambulance moet worden opgeroepen om de patiënt te vervoeren naar het ziekenhuis bij U1- en U2-urgenties. Uitgaande van deze cijfers zou dit betekenen dat in 16.871 (50.970 * 0,331) gevallen er alsnog een reguliere ambulance aan te pas moet komen bij U1- en U2 urgenties. De extra kosten die hiervoor zouden worden gemaakt bedragen €12.986.283,54 (16.871 * (€728,14 + 4,16 * toeslag per beladen km)). Dit levert een totaalbedrag op van **€43.181.943,90**. Hiermee is nog geen rekening gehouden met het percentage visites wat mogelijk alsnog direct wordt doorgestuurd naar de MKA via de HAP.

In deze hypothetische situatie is een kostenverschil van ruim 7 ton ($\text{€}43.899.341,55 - \text{€}43.181.943,90 = \text{€}717.397,65$) zichtbaar wanneer er met een Rapid HAG zou worden gewerkt. Echter, voor deze berekening zijn een aantal aannames gedaan, wat mogelijk een vertekend beeld oplevert ten opzichte van de werkelijke situatie. Bij de interpretatie van deze bevindingen moet hiermee rekening worden gehouden. Duidelijk is dat door de inzet van de Rapid HAG een behoorlijke besparing kan opleveren wanneer inzet van een reguliere ambulance uitblijft.



4.4 Conclusie

De introductie van de Rapid HAG laat in het voorbeeld van het besparingspotentieel een besparing van ruim 7 ton zien in het voordeel van de situatie met de Rapid HAG en dit zou nog kunnen toenemen wanneer de Rapid HAG nog doelmatiger wordt ingezet. Naar aanleiding van de bevindingen in de proeftuin lijkt het vanuit kostenoverwegingen efficiënter om bij U1-urgenties met de ingangsklacht 'pijn thorax' en ernstige klachten, direct een reguliere ambulance te sturen, waardoor de kosten voor een Rapid HAG niet worden gemaakt. Deze klachten bij patiënten vragen vaak om verdere beoordeling in het ziekenhuis. Dit geldt ook voor de ingangsklacht 'neurologische aandoeningen' bij U1-urgenties. Een goede triage met een passende ingangsklacht, is dus belangrijk om mee te nemen in de overweging om een Rapid HAG in te zetten. Ook wanneer op voorhand al tijdens de triage uit de anamnese blijkt dat een patiënt hoogstwaarschijnlijk naar het ziekenhuis moet worden vervoerd door bepaalde aanwezige risicofactoren ((kwetsbare)ouder, mannelijk geslacht, relevante medische voorgeschiedenis en eerdere opnames in het ziekenhuis (Marcusson et al., 2020; Strum et al., 2021) is het vanuit kostenoverwegingen voordeliger om direct een reguliere ambulance in te zetten in plaats van een Rapid HAG.

In deze kostenanalyse is gewerkt met de tariefprijs, waardoor verdere kosten (uurloon, materiaal, voertuig en de huur van het pand etc.) niet zijn meegenomen in de berekeningen. De consequentie hiervan is dat de precieze winst van de Rapid HAG niet berekend kan worden. Desondanks, is de maatschappelijke meerwaarde van de Rapid HAG ons inziens aangetoond op meerdere vlakken (i.e., grote patiënttevredenheid, werkdruk verlaging voor de huisartsen en het bieden van zorg op de juiste plek).

Zoals beschreven in paragraaf 3.7 en 4.1 kan er een onderschatting zijn van het werkelijke aantal ambulance-inzetten op aanvraag van de HAP. Dit kan te maken hebben met de COVID-19 pandemie en met onvolledige registratie van zorggegevens in het patiëntendossier over het vervolgbeleid en aanvrager van de ambulance-inzet bij de MKA. Het ontbreken van genoemde informatie kan ertoe leiden dat de beschreven kosten mogelijk hoger of lager uitvallen dan hier inzichtelijk is gemaakt.

Ondanks dat, laten de bevindingen zien dat de inzet van de Rapid HAG potentieel een aanzienlijke besparing op de kosten van ambulancezorg kan realiseren. Naarmate de triage scherper is en er minder vaak alsnog een ambulance moet worden ingezet, wordt de business case nog overtuigender.

5 Discussie

In deze studie werd verkend of de Rapid HAG mogelijk een oplossing kan bieden aan de toenemende druk in de acute spoedzorgketen. Hiertoe hebben in de regio ZHZ, CAZ ZHZ, HAP DrechtDokters en Yulius, de handen ineengeslagen om intensiever te gaan samenwerken binnen de zogenaamde proeftuin met behulp van de Rapid HAG. Om deze hoofdvraag te beantwoorden is op basis van diverse methoden onderzocht voor welke zorgvragen de Rapid HAG doelmatig kan worden ingezet en welke randvoorwaarden nodig zijn voor een goede inbedding van de Rapid HAG op de HAP.

Aandeel visites tijdens proeftuin

De Rapid HAG heeft in de proeftuinperiode 919 visites gereden voor de HAP en werd het meest frequent ingezet voor U2-urgenties (50,4%) en U1-urgenties (37,3). Van alle 919 inzetten kon 59,2% van de patiënten thuisblijven na een inzet van de Rapid HAG. Hiervan werd wel na 237 (26%) inzetten van de Rapid HAG geadviseerd om op een later tijdstip alsnog een controle in de plannen bij de (eigen) huisarts, HAP, GGZ, polikliniek of thuiszorg. De meest voorkomende ingangsklachten hadden betrekking op cardiale problematiek. De meerwaarde van de Rapid HAG ten opzichte van een huisarts in deze situaties is dat de Rapid HAG direct een ECG kan maken wat een verrijking is op de zorgverlening omdat de diagnose mogelijk al ter plaatse kan worden gesteld. Alleen patiënten met een hoge verdenking op ernstige aandoeningen zoals bijvoorbeeld een hartinfarct of ernstige hartritmestoornis, worden op deze manier nog vervoerd door een reguliere ambulance naar het ziekenhuis.

Door het grote aandeel cardiale ingangsklachten heeft de introductie van de Rapid HAG er niet toe geleid dat het aandeel mobiele zorgconsulten hoger is dan voorheen. Het percentage mobiele zorgconsulten bij U1-urgenties bij uitsluiting van pijn thorax ligt wel hoger. Duidelijke inzetcriteria kunnen waarschijnlijk de inzet van een Rapid HAG doelmatiger maken.

Tijdens de proeftuinperiode heeft de Rapid HAG (tijdens werkdagen van 17u-23u en in de weekenden van 8u-23u) ongeveer 28,1% van het totale aantal U1- en U2-visites op de HAP uitgevoerd (Bijlage B). Voor de proeftuinperiode waren deze inzetten mogelijk anders direct doorgezet naar de MKA als spoedinzet. Onduidelijk is of in de situatie vóór de proeftuin met de Rapid HAG de huisarts wel ter plaatse was of dat deze inschatting telefonisch werd gemaakt. Tevens is de mindset in de proeftuin anders. Voor de proeftuinperiode was de reden van vervoer vaak al opgesteld door de huisarts en werd de patiënt gewoon vervoerd door de ambulance naar het ziekenhuis. Tijdens de proeftuinperiode is deze situatie anders, er wordt kritischer gekeken en een uitgebreide beoordeling uitgevoerd om te beoordelen welke zorg passend is.

In de studie van Ramerman et al. (2020) is te zien dat een huisartsensite voornamelijk voortkwam uit een zorgvraag met een U2- of U3-urgentie (Ramerman, 2020; Volksgezondheidsinfo.nl, 2022). De meest voorkomende ingangsklachten waren in 2019: dood/overlijden (A96), pneumonie (R81),

dyspneu/benauwdheid (luchtwegen) (R02), emfyseem/COPD (R95) en cystitis/urinewegsinfectie (U71). Deze ingangsklachten verschilden met de ingangsklachten waarvoor de Rapid HAG het meest werd ingezet tijdens de proeftuinperiode. De Rapid HAG en huisarts vullen elkaar inhoudelijk aan.

Het aantal inzetten van de Rapid HAG over de gehele proeftuinperiode is langzamerhand afgenomen. Mogelijke oorzaken hiervan zijn de COVID-19 pandemie, de inzetbaarheid van de Rapid HAG vanuit de MKA waardoor de Rapid HAG minder inzetbaar was voor de HAP en zoals de Rapids HAG in de eindevaluatie aangaven werd er in het tweede deel van de proeftuin kritischer gekeken door de regieartsen over welke inzetten bij de Rapid HAG aansloten.

Ervaringen zorgprofessionals

De Rapids HAG waren over het algemeen tevreden over de proeftuin. De meerwaarde van de proeftuin lag in de samenwerking, het onderlinge overleg, de kennisuitwisseling, het gemakkelijker thuis laten van patiënten door bijvoorbeeld thuisbehandeling, het inzicht krijgen in elkaars werkzaamheden en de verrijking van de hulpverlening. Bij Rapids HAG die gestopt zijn met de functie gedurende de proeftuin, kwamen de verwachtingen niet overeen met de praktijk. Belemmeringen die door de Rapids HAG werden benoemd waren dat zij nog onvoldoende betrokken werden op de HAP en dat zij meer samenwerking met de regiearts wilden over hun inzetbaarheid als Rapid HAG. De grootste toegevoegde waarde vonden de meeste Rapids HAG het uitsparen van een reguliere ambulance en dat er kritischer werd gekeken naar welke zorgverlener er bij welke zorgvraag past.

Het tweede deel van de proeftuinperiode (maart – september 2021) werd over het algemeen positiever ervaren door de Rapids HAG. Het rapportcijfer over de mate van tevredenheid ging met 0,5 omhoog en het verschil tussen Rapids HAG werd kleiner ($SD \pm 1,2$ vs. $SD \pm 0,7$). De helft van de Rapids HAG gaf aan dat meer regieartsen bekend werden met de proeftuin waardoor de Rapid HAG gericht werd ingezet voor U1- en U2-urgenties en er meer overleg plaatsvond ten opzichte van het eerste deel van de proeftuin.

De regieartsen omarmen de komst van de Rapid HAG en zouden graag zien dat de Rapid HAG in de toekomst op de HAP blijft. Meer samenwerking door elkaar beter te leren kennen en een duidelijker beleid afstemmen over de indicatiestelling en inzet van de Rapid HAG is daarbij gewenst. De meerderheid van de regieartsen ziet mogelijkheden tot verbetering van de efficiëntie zoals bij de dienstwissel tussen de Rapids HAG, het aanvullen van de Rapid wagen en een kortere visiteduur van de Rapid HAG. Mogelijk kan er in de toekomst gewerkt worden met een kleinere vaste groep regieartsen die ervaring heeft met de Rapid HAG om meer continuïteit en uniformiteit te bieden ter bevordering van de efficiëntie.

De triagisten omarmen de komst van de Rapid HAG ook en zouden graag zien dat de Rapid HAG op de HAP blijft. De samenwerking werd als prettig ervaren en de triagisten ervoeren een meerwaarde van de Rapid HAG op de HAP en in het callcenter. Voorbeelden die worden genoemd zijn de kennisuitwisseling en het meedenken en beoordelen van zorgvragen in het callcenter.

Ervaring patiënten

Patiënten waardeerden de zorg van de Rapid HAG met het cijfer 8,9 (SD ±1,0). Patiënten ervoeren dat zij serieus werden genomen door de Rapid HAG en dat er voldoende tijd werd genomen om de zorgvraag te beoordelen. Patiënten werden gerustgesteld en kregen voldoende uitleg over wat de Rapid HAG ging doen.

Kostenanalyse

Het maatschappelijke belang van de Rapid HAG is ons inziens aangetoond tijdens de proeftuinperiode (i.e., grote patiënttevredenheid, werkdruk verlaging voor de huisartsen en het bieden van zorg op de juiste plek door thuisbehandeling). Of de introductie van de Rapid HAG voor de partijen in ZHZ kostenefficiënt is, hangt mede af of de tarieven de kosten die voor proeftuin zijn gemaakt dekken. Er zijn aanwijzingen dat dit niet het geval is, maar in deze verkennende analyse gaan we daaraan voorbij. Een goede triage met een passende ingangsklacht, is belangrijk om mee te nemen in de overweging om een Rapid HAG in te zetten. Wanneer op voorhand al tijdens de triage uit de anamnese blijkt dat een patiënt hoogstwaarschijnlijk naar het ziekenhuis moet worden vervoerd door bepaalde aanwezige risicofactoren (oudere leeftijd, mannelijk geslacht, relevante medische voorgeschiedenis en eerdere ziekenhuis opnames (Marcusson et al., 2020; Strum et al., 2021) is het vanuit kostenoverwegingen voordeliger om direct een reguliere ambulance in te zetten in plaats van een Rapid HAG.

Eerder onderzoek naar andere zorgprofessionals op de HAP

Eerdere studies hebben onderzocht of andere zorgprofessionals, zoals bijvoorbeeld een verpleegkundig specialist (VS) van meerwaarde kan zijn op de HAP om onder andere de werkdruk op de HAP te verlagen (Giesen, 2017; Van Der Biezen et al., 2016). In de studie van Giesen et al. (2017) werd onderzocht of de inzet van een VS bij het rijden van visites op de HAP veilig, doelmatig en kosteneffectief was in vergelijking met een huisarts. De VS reed minder complexe visites dan de huisarts, de inzet werd beperkt tot 24 ingangsklachten en de VS verwees meer patiënten door naar de ambulance dan de huisarts, waardoor extra kosten werden gemaakt (20,1% versus 7,5%)(Giesen, 2017). De Rapid HAG uit onze studie heeft een duidelijke meerwaarde en kan kostenbesparend zijn. Overeenkomstig met de studie van Giesen et al. is dat vooraf goed moeten worden nagegaan wat de optimale toewijzing van visites is voor de Rapid HAG, op basis van de triage, urgentie en de ingangsklacht.

In het quasi-experimentele onderzoek van Van Der Biezen et al. (2016) werden twee groepen (interventie groep: één VS en vier huisartsen versus controlegroep: vijf huisartsen) met elkaar vergeleken op het gebruik van middelen, het voorschrijven van medicatie en doorverwijzingen naar de SEH bij uitvoering van consulten op de HAP. In een secundaire analyse werd de geleverde zorg van de VS met de huisarts vergeleken. Er werden geen significante verschillen gevonden in de resultaten tussen de teams. De geleverde zorg van de VS associeerde met minder medicatievoorschriften en minder verwijzingen naar de SEH dan die van de huisarts. De duur van de consulten van de VS waren gemiddeld langer dan die van een huisarts. De kosten van een consult bij een VS waren minder dan

een consult bij de huisarts. In ons onderzoek bleek ook dat de Rapid HAG meer tijd nodig heeft voor een visite dan een huisarts en minder vaak verwijst naar de SEH.

Sterke aspecten en beperkingen onderzoek

Binnen de proeftuin werd geanticipeerd op tussentijdse bevindingen. Zo werd als gevolg van onvrede onder een aantal Rapids HAG een aanpassing gedaan met betrekking tot de inzetbaarheid van de Rapid HAG voor de HAP. De Rapids HAG gaven aan de inzet voor de meest urgente zorgvragen te missen. Daarom werd de Rapid HAG vanuit zowel de HAP als de MKA ingezet (met uitzondering van voorwaardenscheppende inzetten en B-inzetten) om het aantal inzetten te verhogen en meer diversiteit te bieden in de ziektebeelden. Na de maand mei vond inzet vanuit zowel HAP als MKA alleen nog maar plaats door de weeks, omdat de weekenden over het algemeen drukker waren voor de Rapid HAG. Vanuit de eindevaluatie blijkt dat de meeste Rapids HAG het afschaffen van de inzet via de MKA als onwenselijk ervaren. Tegelijkertijd heeft de verminderde beschikbaarheid van de Rapid HAG in de periode januari tot en met mei voor de HAP mogelijk geleid tot een lagere inzetbaarheid voor de HAP, waardoor alsnog vaker een reguliere ambulance werd opgeroepen. Dit komt niet overeen met het idee achter de introductie van de Rapid HAP in de regio.

De positieve bevindingen uit het kwalitatieve deel van het onderzoek motiveren om de Rapid HAG te behouden als functie in de regio ZHZ. De onderbouwing voor het behoud van de Rapid HAG vanuit de kwantitatieve resultaten is beperkt gebleven door de matige kwaliteit van de gegevens. Het onderzoek kon niet aantonen dat er daadwerkelijk een reductie van het aantal A1 ambulance-inzetten vanuit de HAP plaatsvond. Vanuit de routinematige geregistreerde gegevens van de HAP wordt niet standaard vastgelegd dat een zorgvraag wordt doorgezet naar de MKA. Vanuit de gegevens van CAZ ZHZ was in 26,5% van de gevallen de aanvrager van de inzet onbekend. Tevens werd het onderscheid tussen de huisarts en HAP niet altijd gemaakt in de registratie. In de proeftuinperiode bedroeg de categorie HAP 11,7% van de aanvragen en de huisarts 17,4%. Dit percentage zal mogelijk een onderschatting zijn vanwege het grote percentage onbekend. Tevens heeft de COVID-19 pandemie invloed gehad op de proeftuin. Het zorggebruik op de HAP is in 2020 met 30% gereduceerd (Ramerman, et al., 2020) en ook het aantal ambulance-inzetten is afgenomen met 3,4% ten opzichten van 2019 (NZA, 2021). De meerwaarde van de Rapid HAG kan mogelijk duidelijker zijn in een normale situatie zonder COVID-19.

In de proeftuin is de samenwerking met crisisdienst Yulius beperkt gebleven vanwege de minimale aantal psychiatrische zorgvragen die paste binnen de inzetcriteria van de Rapid HAG. Er werd positief gesproken over het leren kennen van elkaar tijdens de stages, wat de samenwerking heeft bevorderd en waardoor men elkaar makkelijker (telefonisch) kon vinden bij vragen. Daarnaast hebben de stages ook invloed gehad buiten de proeftuin om. Rapids HAG die ook reguliere ambulancediensten draaiden hebben in die setting het Yulius ook makkelijker gevonden. Men begrijpt elkaar beter en adviezen worden makkelijker opgepakt waardoor een crisis beoordeling door het Yulius soms werd voorkomen. CAZ ZHZ en Yulius hebben aangegeven na de proeftuinperiode de samenwerking verder op te gaan pakken.

De patiëntenpopulatie die zorg van de Rapid HAG heeft ontvangen tijdens de proeftuinperiode was in 35,4% ouder dan 75 jaar en in 33,8% tussen de 55 en 75 jaar. Mogelijk hebben deze hoge

leeftijdscategorieën invloed gehad op het percentage patiënten wat alsnog vervoerd moest worden naar het ziekenhuis na de visite van de Rapid HAG in verband met co-morbiditeiten (Marcusson et al., 2020; Strum et al., 2021).

Doorstart Rapid HAG

Gedurende de gehele proeftuinperiode zijn er door alle betrokkenen waardevolle suggesties gedaan om de proeftuin te optimaliseren. Tijdens de proeftuinperiode zijn de eerste stappen hierin al gezet zoals het creëren van een werkplek voor de Rapid HAG en het invoeren van de 'dienst-start'.

Bij een eventuele doorstart zou de focus moeten liggen op het formuleren van eenduidige inzetcriteria, zodat er duidelijkheid ontstaat voor alle zorgprofessionals en men elkaar hieraan kan herinneren wanneer er ruis ontstaat (zie box 2 voor meer toelichting). Wanneer er een doorstart plaatsvindt in hybride vorm, waarbij de Rapid HAG zowel vanuit de HAP als vanuit de MKA kan worden ingezet, zal men extra aandacht moeten vestigen op onderlinge samenwerking en communicatie. Inmiddels is gebleken dat door het fysieke contact de samenwerking en het begrip voor elkaars werkzaamheden is gegroeid doordat men elkaar beter kent. In de toekomst is het belangrijk dat hierin geïnvesteerd blijft worden. Door middel van een werkgroep, gezamenlijke scholing en werkoverleggen. Het evalueren van bepaalde casuïstiek of na een VIM- of MIP-melding zou ook wenselijk zijn.

Box 2: Hybride vorm Rapid HAG

Na de positieve ervaringen met de Rapid HAG in de proeftuinperiode zal naar verwachting de Rapid HAG in april 2022 definitief als zorgprofessional inzetbaar zijn in de regio ZHZ. Er is gekozen voor een hybride vorm. Dit betekent dat de Rapid HAG inzetbaar zal zijn voor acute zorgvragen vanuit de HAP en MKA.

Implicaties voor verder onderzoek

In de huidige proeftuin is er geen zicht gekregen op wat er zich na de visite afspeelde. Het is interessant om te weten of het vervolgbeleid dat de Rapid HAG en regiearts hadden afgesproken, ook daadwerkelijk plaatsvond of dat er alsnog (acute) zorg binnen een bepaald tijdsbestek nodig bleek te zijn.

Daarnaast kan toekomstig onderzoek zich richten op het verder ontwikkelen van duidelijkere inzetcriteria voor de Rapid HAG door de visites uit de huidige proeftuin te analyseren. In eerste instantie was het doel om elke visite te laten analyseren door twee experts (medisch manager ambulance en huisarts) op veiligheid en geschiktheid. Mogelijk kan toekomstig onderzoek dit aspect onderzoeken om kritisch naar de inzetcriteria te kijken en deze goed te onderbouwen. Tevens kan verdere inbedding op de HAP, door de taken van de Rapid HAG uit te breiden, worden onderzocht. Suggesties die vanuit de zorgprofessionals zijn gekomen zijn bijvoorbeeld de Rapid HAG meer consulten te laten uit te voeren op de HAP (i.e., trauma's, wonden, cardiale klachten) en te leren en laten hechten. Een ander aspect wat specifiek kan worden onderzocht is wat voor invloed de Rapid HAG heeft op de werkdruk van de regieartsen.

In de huidige studie is niet verkend of de Rapid HAG overdag tijdens de openingstijden van de huisartsenpraktijk van meerwaarde kan zijn voor acute zorgvragen vanuit de huisarts. Nu duidelijk is dat de Rapid HAG voor bepaalde type zorgvragen goed kan worden ingezet kan dit in gecontroleerde setting ook worden onderzocht in de huisartsenzorg.

Conclusie

De Rapid HAG kan goed worden ingezet om acute zorgvragen vanuit de HAP, die mogelijk anders zouden worden doorgezet naar de ambulance, over te nemen. Gedurende de proeftuinperiode heeft de Rapid HAG een gedegen plek verworven op de HAP Drechtdokters, maar niet zonder constant veel van en met elkaar te leren, bij te sturen en scherp te blijven. De samenwerking blijkt van meerwaarde te zijn in de coördinatie van acute zorgvragen. De meeste aandacht gaat daarbij uit naar afwegingen over zorgvragen en indicaties waarvoor de Rapid HAG zinvol kan worden ingezet. De nadruk bij een vervolg moet liggen op standaardisatie en uniformiteit in de samenwerking tussen zorgprofessionals.

6 Aanbevelingen

Vanuit de proeftuin waarin de introductie van de Rapid HAG in de regio ZHZ is geëvalueerd zijn een aantal aanbevelingen te formuleren. Deze zijn in ieder geval van toepassing op de regio ZHZ wanneer zij een doorstart zouden maken met de Rapid HAG. Mogelijk zijn deze aanbevelingen ook relevant voor de introductie van de Rapid HAG of vergelijkbare initiatieven in andere regio's.

1. **Bespreek en verduidelijk inzetcriteria Rapid HAG in gezamenlijk overleg met de betrokken partij (stel hiervoor een werkgroep samen)**

Vanuit alle zorgprofessionals komt de behoefte aan duidelijkere inzetcriteria naar voren na de verkenning van mogelijke indicaties tijdens de proeftuin. Regieartsen geven aan dat er geen eenduidig beleid is voor hun manier van werken. Dit kan van invloed zijn op de uitvoerende werkzaamheden van de Rapid HAG. Anderzijds wordt er ook ervaren dat elke Rapid HAG 'eigen' inzetcriteria hanteert wat onduidelijkheid schept bij de triagisten en regieartsen rondom de inzetbaarheid van de Rapid HAG. Mogelijk kan een werkgroep waarin alle partijen zijn vertegenwoordigd hierover concrete afspraken te maken.

2. **Standaardisatie door ervaren regieartsen en Rapids HAG**

Standaardisatie kan worden gerealiseerd door met een kleinere groep regieartsen te werken waardoor meer werkervaring in de samenwerking met de Rapids HAG's ontstaat. De samenwerking tussen de Rapid HAG en regiearts is erg afhankelijk van de individuen die op dat moment werkzaam zijn. De groep Rapids HAG (n=11) is vele malen kleiner dan de groep van ongeveer 80 regieartsen. De ambulancezorgprofessional heeft in zijn of haar functie als Rapid HAG een duidelijke voorsprong in werkervaring met de proeftuin dan een huisarts met een beperkt aantal diensten als regiearts op de HAP. Door de verschillende ervaringsdeskundigheid verloopt de samenwerking niet altijd optimaal. Als er in de toekomst met een kleinere vaste groep regieartsen wordt gewerkt zullen beide professionals beter op elkaar ingewerkt raken, waardoor standaardisatie binnen de functie(s) toeneemt wat ten goede komt aan een optimale inzet van de Rapid HAG en onderlinge samenwerking.

3. **Verbeteren kwaliteit van registratie**

Voor het monitoren van de interventie is een goede kwaliteit van registraties nodig. Bij voorkeur vindt er regelmatig overleg plaats tussen de verantwoordelijken voor de registratie van de verschillende organisaties.

HAP/ MKA

Vanuit de routinematige geregistreerde gegevens van de HAP werd niet standaard vastgelegd of een zorgvraag werd doorgezet naar de MKA. Vanuit de gegevens van CAZ ZHZ was in 26,5% van de gevallen de aanvrager van de inzet onbekend (niet ingevuld door de MKA) tijdens de proeftuinperiode. Tevens werd het onderscheid tussen de huisarts en HAP niet altijd gemaakt.

Hierdoor kan de mogelijke reductie op het aantal A1-inzetten vanuit de HAP bij de MKA tijdens de proeftuinperiode niet inzichtelijk worden gemaakt. Om ook cijfermatig inzicht te verschaffen in de meerwaarde van de Rapid HAG op de reductie van het aantal A1-inzetten vanuit de HAP is een zorgvuldige registratie een voorwaarde.

Rapid HAG

In de eerste maanden van de proeftuin bleek de registratie rondom de visites onvoldoende door de Rapids HAG werd ingevuld in het registratiesysteem. Gegevens rondom het vervolgbeleid, de geschiktheid van de inzet 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. Door de registratie voor het vervolg van de proeftuin te vereenvoudigen werd er beter geregistreerd. Tevens heeft de RAV de Rapids HAG ingelicht over het belang van een volledige registratie voor de zorgverlening en de evaluatie van de proeftuin.

4. Organiseer werkbijeenkomsten en gezamenlijke scholing

Gezamenlijke werkbijeenkomsten, nascholing (die van toepassing is op de Rapid HAG) en evaluatie van casuïstiek die is aangevraagd door de HAP maken onderdeel uit van een succesvolle samenwerking. Als er wordt gekozen om de Rapid HAG in hybride werkvorm (inzet via MKA en HAP en de standplaats te verplaatsen naar de RAV), te laten doorgaan, zal er minder fysiek contact zijn tussen beide zorgprofessionals, waardoor gezamenlijke overleggen nog belangrijker zullen zijn voor een succesvolle samenwerking.

5. Vernieuwende en aanvullende scholing voor de Rapids HAG

Scholing in huisartsgeneeskunde met een focus op onder andere buikklachten en neurologie zijn het meest complementair aan de bestaande kennis van de ambulancezorgprofessional. Bij voorkeur wordt de scholing gegeven door een ervaren regiearts. Regieartsen kunnen een dienst meedraaien met een ambulancezorgprofessional om een duidelijker beeld te krijgen van de kennis en kunde van ambulancezorgprofessionals.

6. Creëer een vaste werkplek voor de Rapid HAG op de HAP (eventueel in het callcenter).

7. Hanteer gelijke diensttijden voor de Rapid HAG, regieartsen en triagisten en organiseer een 'dienst-start' aan het begin van iedere dienst.

Door gelijke diensttijden en een dienststart ontstaat een gevoel van gezamenlijkheid, leer je elkaar kennen en is iedereen op de hoogte van de actuele situatie.

8. Beoordeel/ inventariseer het aantal psychiatrische meldingen relevant voor de Rapid HAG voorafgaand aan de pilot om de betrokkenheid van een crisisdienst of andere acute zorgverlenende instellingen te kunnen inschatten.

9. Werf intrinsiek gemotiveerde ambulanceverpleegkundige die affiniteit hebben met de (acute) huisartsgeneeskunde

Literatuur

- Ambulancezorg Nederland (AZN). (2019). Kwaliteitskader ambulancezorg. Versie 1.0.
- Ambulancezorg Nederland (AZN). (2021). Sectorkompas Ambulancezorg 2020.
- Ambulancezorg Nederland (AZN). (2021a). Uniform Begrippenkader Ambulancezorg, versie 4.0.
- Autoriteit Persoonsgegevens. (n.d.). Introductie AVG. Geraadpleegd op 25 maart, 2021, op <https://autoriteitpersoonsgegevens.nl/nl/onderwerpen/algemene-informatie-avg/algemene-informatie-avg>
- 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., Mookink, 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>
- Giesen, P., Ranke, S., Leemans, I., Van Oorschot, H., Oude bos, A., Peters, Y. & Smits, M. (2017). Visite rijden door de verpleegkundig specialist.
- Hasselaar, J. (2021). Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn. <https://www.nivel.nl/nl/nivel-zorgregistraties-eerste-lijn/nivel-zorgregistraties-eerste-lijn>
- InEen. (2020). Benchmark huisartsenposten 2019.
- 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.
- Leeuw-Stravers, E. (2021). Privacybescherming deelnemende zorgverleners en hun patiënten - Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn. <https://www.nivel.nl/nl/nivel-zorgregistraties-eerste-lijn/privacybescherming>
- Marcusson, J., Nord, M., Dong, H.J., & Lyth, J. (2020). Clinically useful prediction of hospital admissions in an older population. *BMC Geriatrics*, 20(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12877-020-1475-6>
- 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). (2017). Visie en werkwijze NTS.
- Nederlandse Zorgautoriteit (NZA). (2019a). Tarieven huisartsdienstenstructuren 2019.
https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_262172_22/1/
- Nederlandse Zorgautoriteit (NZA). (2019b). Tariefbeschikking regionale ambulancevoorzieningen 2019.
https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_254194_22/1/
- Nederlandse Zorgautoriteit (NZA). (2020a). Tarieven huisartsdienstenstructuren 2020.
https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_298862_22/1/
- Nederlandse Zorgautoriteit (NZA). (2020b). Tariefbeschikking regionale ambulancevoorzieningen 2020.
https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_292480_22/1/
- Nederlandse Zorgautoriteit (NZA). (2021a). Tarieven huisartsdienstenstructuren 2021.
https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_628718_22/1/
- Nederlandse Zorgautoriteit (NZA). (2021b). Tariefbeschikking regionale ambulancevoorzieningen 2021.
https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_625934_22/1/
- Ramerman, L., Rijpkema, C., Verheij, R. A. (2020). Zorg op de huisartsenpost. Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn: jaarcijfers 2019 en trendcijfers 2015-2019.
- Ramerman L., Bos N., Flinterman L., & Verheij R.A. (2020). Minder zorggebruik op de huisartsenpost sinds de coronapandemie. Zorggebruik huisartsenpost in coronatijd. Week 1-23, 1 januari - 7 juni 2020.
- StataCorp. (2017). StataCorp (version 15).
- Strum, R.P., Mowbray, F.I., Worster, A., Tavares, W., Leyenaar, M.S., Correia, R.H., & Costa, A.P. (2021). Examining the association between paramedic transport to the emergency department and hospital admission: a population-based cohort study. *BMC Emergency Medicine*, 21(1), 1–9.
<https://doi.org/10.1186/s12873-021-00507-2>
- 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>
- Van Der Biezen, M., Adang, E., Van Der Burgt, R., Wensing, M., & Laurant, M. (2016). The impact of substituting general practitioners with nurse practitioners on resource use, production and health-care costs during out-of-hours: A quasi-experimental study. *BMC Family Practice*, 17(1). <https://doi.org/10.1186/s12875-016-0528-6>
- VZinfo.nl. (2019). Acute zorg | Gebruik | HAP. Geraadpleegd op 3 januari, 2022, op
<https://www.vzinfo.nl/acute-zorg/gebruik/hap>

Zorginstituut Nederland. (2016). *Richtlijn voor het uitvoeren van economische evaluaties in de gezondheidszorg*.
Bijlage 1: Kostenhandleiding: Methodologie van kostenonderzoek en referentieprijzen voor economische evaluaties in de gezondheidszorg.

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 voorloop nul, 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
Patiëntnummer	(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.
- **Patiëntnummer:** (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	Oproep Resultaat (oproep resultaat)	Tekst	Bv. Visite
6	Inloop (Inloop)	Tekst	Ja/ Nee
7	Afhandel Starttijd (afhandel starttijd)	Datum/tijd	d-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
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 patiënt, coulance
14	ICPC-tekst (lcpc_tekst)	Tekst	Bijv. Been/dijbeen symptomen/klachten
15	ICPC-code (lcpc_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?
#	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	Dag nummer (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
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 patiënt (Aankomst patiënt)	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 Flowchart

