

Tussen ambulance en huisarts

Ontwikkeling in de spoedeisende ambulancezorg en het draagvlak voor de verpleegkundig specialist acute zorg in Zuid-Holland Zuid

Mei 2016

Tessa Jansen

Sabine de Hoon

Marieke Zwaanswijk

Robert Verheij

ISBN 978-94-6122-382-1

<http://www.nivel.nl>

nivel@nivel.nl

Telefoon 030 2 729 700

Fax 030 2 729 729

©2015 NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt worden door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het NIVEL te Utrecht. Het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning in artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

Lijst met afkortingen

AMPDS	Advanced Medical Priority Dispatch System, met digitale versie PProQA
ANW-uren	Avond, nacht en weekend
A1, A2, B	Urgentiecategorieën die worden toegekend aan een ambulancerit
AZN	Ambulancezorg Nederland, sectororganisatie
Wet BIG	Wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg
EHGV	Eerste Hulp Geen Vervoer
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
HDS	Huisartsen Diensten Structuur, organisatie van huisartsenposten
ICPC	International Classification of Primary Care, classificatiesysteem voor gezondheidsproblemen
MKA	Meldkamer Ambulancedienst
NHG	Nederlands Huisartsen Genootschap, sectororganisatie
NTS	Nederlandse Triage Standaard
PP	<i>Paramedic practitioner</i>
RAV	Regionale Ambulancevoorziening, ambulancedienst
ROAZ	Regionaal Overleg Acute Zorg
SEH	Spoedeisende Hulp
Twaz	Tijdelijke wet ambulancezorg
U1, U2, U3, U4, U5	Urgentiecategorieën die worden toegekend aan een contact met de huisartsenpost
VS	Verpleegkundig Specialist

Samenvatting

De ambulancedienst Zuid-Holland Zuid ervaart een grote druk op de vraag naar spoedeisende ambulancezorg. De vraag is of inzet van een ambulance in alle gevallen nodig is en of een andere vorm van zorg wellicht meer op z'n plaats is. Dit geldt vooral voor spoedeisende ambulancezorg in opdracht van de huisartsenpost. Zorgverleners in Zuid-Holland Zuid zijn voorzichtig positief over de mogelijke inzet van een verpleegkundig specialist als alternatief voor een ambulance. Dit onderzoek is ook relevant voor andere ambulanceregio's dan Zuid-Holland Zuid, aangezien ook landelijk het gebruik van ambulancezorg stijgt.

Toename ambulanceritten in Zuid-Holland Zuid aangevraagd door de huisartsenpost

In de regio Zuid-Holland Zuid is in de jaren 2012 tot en met 2014 een sterke toename te zien in het aantal ambulanceritten. Deze toename is vooral te zien voor spoedeisende ambulanceritten met de hoogste urgentie (A1) die worden aangevraagd via de huisartsenpost. Ten opzichte van 2012 steeg dit aantal A1-ritten met 86,3%. Deze regionale ontwikkeling valt samen met een landelijke toename van het aantal mensen dat contact heeft met de huisartsenpost voor hoog-urgente gezondheidsklachten. Deze toename kan theoretisch worden toegeschreven aan twee mogelijke oorzaken: een werkelijke toename van het aantal hoog-urgente gevallen, of een verandering in de inschatting van de urgentie. Een grote meerderheid van de huisartsen en ambulanceverpleegkundigen uit Zuid-Holland Zuid denken dat dit komt dat doordat de huisartsenpost te snel klachten beoordeeld als hoog-urgent, waardoor er vaker een ambulance wordt ingezet. Vervolgens komt het regelmatig voor dat ambulancepersoneel alleen eerste hulp verleent en de patiënt niet hoeft te vervoeren. Het aandeel A1-ritten dat werd aangevraagd via de huisartsenpost en waarvoor uiteindelijk geen vervoer van de patiënt nodig was verdubbelde tussen 2012 en 2014: voor ruwweg twee ritten per etmaal in 2014 die via de huisartsenpost werden aangevraagd, bleek geen vervoer van de patiënt nodig te zijn.

Zorgverleners in Zuid-Holland Zuid voorzichtig positief over verpleegkundig specialist

Over de inzet van een verpleegkundig specialist acute zorg is de meerderheid van de zorgverleners (voorzichtig) positief. Ambulanceverpleegkundigen zijn positiever over dit alternatief dan huisartsen, maar ook ruim de helft van de huisartsen denkt dat met de inzet van de verpleegkundig specialist acute zorg de beschikbaarheid van de reguliere ambulance verbetert. De inzet van een verpleegkundig specialist en de gevolgen daarvan voor de acute zorgverlening zou op beperkte schaal verkend kunnen worden door middel van een pilot. Voorwaarde is wel dat er een betrouwbaar en valide instrument is om in te schatten welke zorg nodig is.

Landelijke betekenis

Dit onderzoek werd uitgevoerd in één regio, maar heeft een landelijk probleem als achtergrond. Er is al een aantal jaren een toename in de vraag naar acute zorg te zien. Dat geldt voor spoedeisende ambulancezorg en voor hoog-urgente zorg via de huisartsenpost. Zonder een verklaring te kunnen geven voor de oorzaken van deze toegenomen vraag, laat dit onderzoek zien dat er in de regio Zuid-Holland Zuid mogelijk ruimte is voor een alternatieve vorm van acute zorg. Met de landelijke ontwikkeling op de achtergrond, geldt dit mogelijk ook voor andere regio's.

Onderzoek in vier onderdelen

Dit onderzoek had twee doelen: 1) inzicht krijgen in de ontwikkeling van de spoedeisende zorg in Zuid-Holland Zuid in 2012-2014 en in de factoren die samenhangen met deze ontwikkelingen en 2) verkennen van de opvattingen van zorgverleners in de acute zorgketen in Zuid-Holland Zuid. Hier is gevraagd wat zij vonden van de ontwikkelingen in de vraag naar ambulancezorg. Daarnaast is gevraagd wat zij vonden van de inzet van een verpleegkundig specialist in het grijze gebied tussen acute huisartsgeneeskundige zorg en spoedeisende ambulancezorg. Het onderzoek bestond uit vier onderdelen: 1) analyse van de ambulanceritgegevens van de ambulancedienst Zuid-Holland Zuid (bijna 66 duizend ritten); 2) analyse van de gegevens van huisartsenposten uit NIVEL Zorgregistraties eerste lijn (bijna 5,4 miljoen contacten in 2012-2014); 3 en 4) online focusgroepen en een vragenlijst (n=217, respons 32%) om de ervaringen en opvattingen van zorgverleners uit Zuid-Holland Zuid te peilen.

Inhoud

Lijst met afkortingen	3
Samenvatting	4
1 Inleiding	8
1.1 Doel en vraagstelling	8
1.2 Achtergrond	10
1.2.1 Organisatie van ambulancezorg in Nederland	10
1.2.2 Ambulanceregio Zuid-Holland Zuid	11
1.2.3 Ontwikkeling in vraag naar spoedeisende ambulancezorg	11
1.2.4 Acute huisartsgeneeskundige zorg	12
1.2.5 Alternatief zorgaanbod – verpleegkundig specialist acute zorg	12
2 Conclusies en aanbevelingen	14
2.1 Spoedeisende ambulanceritten in Zuid-Holland Zuid nemen toe, vooral in ANW-uren	14
2.2 In beleving zorgverleners Zuid-Holland Zuid speelt triage huisartsenpost grote rol in toename A1 ritten	15
2.3 Zorgverleners voorzichtig positief over inzet verpleegkundig specialist acute zorg, wisselende opvattingen over voorwaarden	15
2.4 Aanbevelingen	16
3 Ontwikkeling Spoedeisende ambulanceritten Zuid-Holland Zuid 2012 – 2014	17
3.1 Totaal aantal spoedeisende ambulanceritten	17
3.2 Spoedeisende ambulanceritten aangevraagd door de huisarts	18
3.2.1 Patiëntkenmerken	19
3.2.2 Gezondheidsproblemen	19
3.3 Uitsplitsing van spoedeisende ambulanceritten naar tijdstip van aanvraag	19
3.3.1 Spoedeisende ambulanceritten overdag aangevraagd	20
3.3.2 Spoedeisende ambulanceritten aangevraagd tijdens ANW-uren	21
4 Urgentie en gezondheidsproblemen op de huisartsenpost 2012 – 2014	23
4.1 Aantal en type contacten	23
4.2 Gezondheidsproblemen	24
4.3 Urgentieverdeling	26
4.3.1 Type contact per urgentie categorie	26
4.3.2 Patiëntkenmerken	27
4.3.3 Urgentie U1 nader beschouwd	28
5 Ervaringen van zorgverleners Zuid-Holland Zuid ontwikkeling spoedeisende ambulanceritten	30
5.1 Online focusgroepen	30
5.1.1 Toename spoedeisende ambulanceritten	31

5.1.2	Oorzaken: triage en afstemming	31
5.1.3	Oorzaken: capaciteit huisarts	32
5.1.4	Oorzaken: rol huisarts en samenleving	32
5.1.5	Maatregelen: triage	32
5.1.6	Maatregelen: samenwerking/afstemming	32
5.1.7	Maatregelen: andere vorm van zorgverlening	33
5.2	Vragenlijst	33
5.2.1	Toename spoedeisende ambulanceritten	33
5.2.2	Mogelijke oorzaken EHGV-ritten	34
5.2.3	Andere overwegingen	35
6	Draagvlak onder zorgverleners Zuid-Holland Zuid voor verpleegkundig specialist acute zorg	37
6.1	Opvattingen over de inzet van een verpleegkundig specialist	37
6.2	Steun beroepsgroepen voor de verpleegkundig specialist	38
6.3	Voorwaarden inzet verpleegkundig specialist	39
6.4	Andere overwegingen	41
7	Nabeschuiving	42
7.1	Aansluiting bij de bestaande literatuur	42
7.1.1	Ontwikkeling acute zorgvraag	42
7.1.2	Triage	43
7.1.3	Tussen ambulancezorg en huisartsgeneeskundige zorg	43
7.2	Sterke en zwakke punten van deze studie	44
	Literatuur	46
	Bijlagen	48
	Bijlage A: Methoden	49
	Ambulanceritgegevens	49
	Gegevens huisartsenposten NIVEL Zorgregistraties eerste lijn	50
	Online Focusgroepen	51
	Vragenlijst	53
	Bijlage B: Tabellen vragenlijstonderzoek	54
	Bijlage C: Vragenlijst	67
	Bijlage D: Toelichting online focusgroepen	76

1 Inleiding

De ambulancedienst Zuid-Holland Zuid ervaart een toenemende vraag naar ambulancezorg en heeft het NIVEL opdracht gegeven deze ontwikkeling nader te onderzoeken en na te gaan hoe groot die toename werkelijk is, welke factoren er aan ten grondslag liggen en of er ruimte is voor een alternatief voor de inzet van ambulances waar dat mogelijk is. We maken daarbij gebruik van gegevens uit de regio zelf, maar ook van landelijke gegevens van de huisartsenpost. Deze ontwikkelingen worden geduid met behulp van gegevens over de landelijke vraag naar acute zorg op de huisartsenpost. Daarnaast leest u over de opvattingen van zorgverleners uit Zuid-Holland Zuid over de ontwikkelingen in de acute zorgvraag. Deze zorgverleners is eveneens gevraagd naar hun opvattingen over de inzet van een verpleegkundig specialist acute zorg, als mogelijk alternatief voor zorgverlening in het grijze gebied tussen acute huisartsgeneeskundige zorg en spoedeisende ambulancezorg. Het onderzoek bestaat uit vier onderdelen: (1) een analyse van ambulanceritgegevens van de ambulancedienst Zuid-Holland Zuid voor de periode 2012 – 2014, (2) een analyse van routinezorggegevens van huisartsenposten, (3) online focusgroep-gesprekken met zorgverleners uit de ambulanceregio Zuid-Holland Zuid en (4) een vragenlijst verspreid onder deze zorgverleners.

1.1 Doel en vraagstelling

De ambulancedienst Zuid-Holland Zuid ervaart de afgelopen jaren een toename in het aantal spoedeisende ambulanceritten op aanvraag van een huisarts. Een deel van die ambulanceritten blijkt bovendien geen spoed te vereisen. Inzet van een ambulance in deze gevallen gaat mogelijk ten koste van de paraatheid, waardoor patiënten mogelijk (te) lang op zorg moeten wachten in echt spoedeisende situaties. Een andere, aanvullende vorm van zorgverlening dan een volledig bemande ambulance zou wellicht uitkomst bieden. Dit is de aanleiding voor dit onderzoek.

Het doel van dit onderzoek is tweeledig. Allereerst kwantificeren wat de ontwikkelingen waren in de acute zorgvraag in de periode 2012 – 2014 en welke factoren daaraan ten grondslag kunnen liggen. Het tweede doel van het onderzoek is het verkennen van de mate van draagvlak onder zorgverleners voor een tussenvorm van acute zorg door de huisarts en spoedeisende zorg door de ambulance; de inzet van een verpleegkundig specialist acute zorg.

De onderzoeksvragen en deelvragen die voortvloeien uit deze doelstellingen zijn:

1. Wat zijn de ontwikkelingen voor de periode 2012 – 2014 in het aantal en type spoedeisende ambulanceritten in de regio Zuid-Holland Zuid die door huisartsen (overdag / in de avond, nacht en weekend) zijn aangevraagd?
 - a. Voor welke gezondheidsproblemen en type patiënten (leeftijd, geslacht) zijn deze ritten gereden?
 - b. Is hierin een verschuiving te zien in de jaren 2012 - 2014 die de toegenomen zorgvraag kan verklaren?

Veel van de ambulanceritten vinden plaats op aanvraag van de huisartsenpost. Veranderingen daar kunnen direct doorwerken in de vraag naar ambulancezorg. De tweede onderzoeksvraag luidt daarom:

2. Is er een verschuiving in de urgentie van en het type gezondheidsproblemen die op de huisartsenpost gepresenteerd worden in de jaren 2012 - 2014, die samen kan hangen met de ontwikkelingen in de vraag naar spoedeisende ambulanceritten?

Bij de derde en vierde onderzoeksvraag gaat het meer om subjectieve ervaringen van zorgverleners:

3. Wat zien betrokken zorgverleners in de regio Zuid-Holland Zuid (huisartsen, ambulancepersoneel, personeel van de meldkamer en van de spoedeisende hulp) als mogelijke verklaringen voor de ontwikkelingen in de vraag naar spoedeisende ambulancezorg vanuit huisartsen?
4. In hoeverre bestaat er onder zorgverleners in de regio Zuid-Holland Zuid draagvlak voor de inzet van een verpleegkundig specialist acute zorg als alternatief zorgaanbod in de acute zorgketen?
 - a. Welke opvattingen hebben zorgverleners over de verpleegkundig specialist acute zorg?
 - b. In welke mate wordt de inzet van een verpleegkundig specialist acute zorg gesteund door zorgverleners?
 - c. Onder welke voorwaarden zou de verpleegkundig specialist acute zorg ingezet kunnen worden volgens zorgverleners?

Vraagstelling 1 wordt beantwoord met een analyse van ambulanceritgegevens van de ambulancedienst Zuid-Holland Zuid voor de periode 2012 – 2014. Vraagstelling 2 wordt beantwoord met een analyse van routinezorggegevens van huisartsenposten die deelnemen aan NIVEL Zorgregistraties eerste lijn. Vraagstelling 3 en 4 worden beantwoord met online focusgroepgesprekken met zorgverleners uit de ambulanceregio Zuid-Holland Zuid en een vragenlijst onder deze zorgverleners.

1.2 Achtergrond

In deze paragraaf leest u meer over de achtergrond van dit onderzoek.

1.2.1 Organisatie van ambulancezorg in Nederland

De ambulancezorg in Nederland wordt uitgevoerd door 25 Regionale Ambulancevoorzieningen (RAV's) (Ambulancezorg Nederland, 2015), die hun wettelijke grondslag hebben in de Tijdelijke wet ambulancezorg (Twaz). De RAV is ook verantwoordelijk voor de meldkamer ambulancezorg (MKA). De centralisten op de MKA bepalen of de inzet van een ambulance nodig is en stellen vast met welke urgentie de ambulance ingezet wordt, aan de hand van een triageprotocol. De gebruikte triageprotocollen zijn het Advanced Medical Priority Dispatch System (AMPDS), met als digitale versie PROQA, of de Nederlandse Triage Standaard (NTS). Ambulancezorg mag pas verleend worden na opdracht van de MKA en de MKA fungeert daarmee als poortwachter voor de toegang tot acute zorg.

Ambulanceritten worden ingedeeld in drie urgentieklassen: A1 in het geval van levensgevaar of gevaar voor blijvende invaliditeit; A2 bij niet direct levensgevaar, maar als snelle hulp nodig is; B is voor overige, planbare, ambulancezorg (Ambulancezorg Nederland, 2013). Voor A1 ritten geldt de wettelijke norm dat voor 95% van de ritten de ambulance binnen 15 minuten ter plaatse moet zijn (Beleidsregels Twaz). In box 1 staat een overzicht van kerncijfers over de ambulancezorg in Nederland.

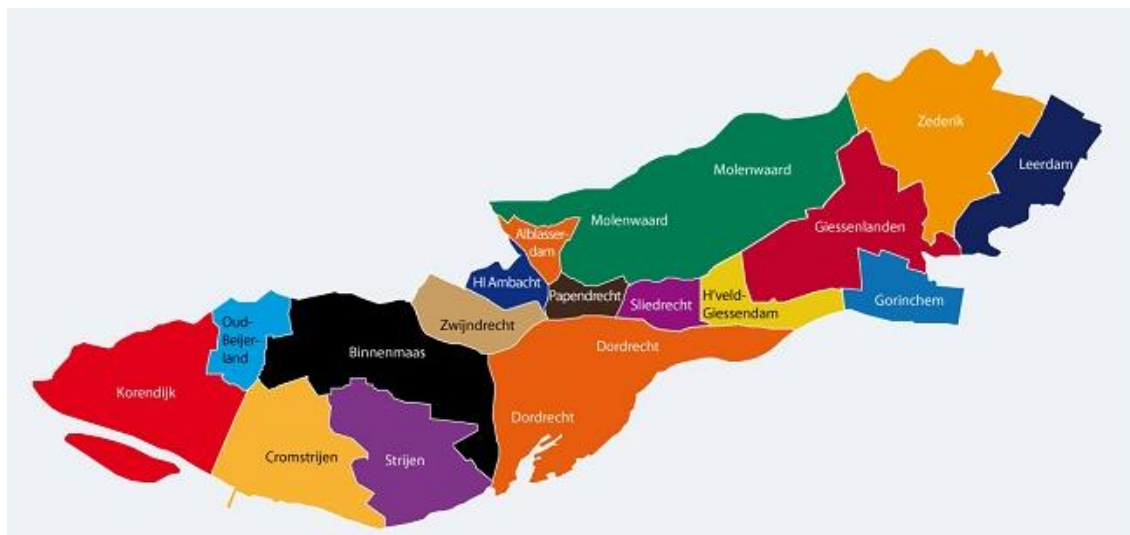
Tabel 1. Kerncijfers ambulancezorg in 2014 (Ambulancezorg Nederland, 2015).

Aantal RAV-regio's	25 ¹
Aantal standplaatsen	231 ¹
Aantal ambulances	755 ¹
Aantal fte ambulancezorg	5.089 ¹
Totaal aantal inzetten ambulance	1.190.320
Aantal A1 inzetten	579.784 (49%)
Aantal A2 inzetten	288.924 (24%)
Aantal B inzetten	321.612 (27%)
Aantal declarabele inzetten ²	874.944 (74%)
Aantal Eerste Hulp Geen Vervoer (EHGV) inzetten (A1, A2 en B) ²	243.530 (20%)
1 Per 31 december 2014	
2 Voor toelichting zie paragraaf 1.2.3	

De ambulancezorg maakt deel uit van de acute zorgketen, waarbinnen de ambulancediensten samenwerken met ziekenhuizen, traumacentra, huisartsen(posten), GGZ-instellingen en verloskundigen. In het Regionaal Overleg Acute Zorg (ROAZ) worden afspraken gemaakt tussen de ketenpartners over verbeteringen in de samenwerking. De coördinatie van het ROAZ wordt uitgevoerd door een ziekenhuis met een traumacentrum (Ambulancezorg Nederland, 2015). Er zijn elf ROAZ-regio's in Nederland (LNAZ, 2013).

1.2.2 Ambulanceregio Zuid-Holland Zuid

De ambulancedienst Zuid-Holland Zuid heeft zes ambulanceposten die gevestigd zijn in Dordrecht, Gorinchem, Klaaswaal, Meerkerk, Papendrecht en Zwijndrecht. In figuur 1 is het werkgebied van de ambulancedienst te zien. In 2014 werkten er 153 medewerkers (135 fte), waarvan 59 ambulanceverpleegkundigen. In 2014 had de ambulancedienst 18 ambulances (AZN, 2015).



Figuur 1. Regio Zuid-Holland Zuid (bron: www.adzhz.nl)

1.2.3 Ontwikkeling in vraag naar spoedeisende ambulancezorg

In de laatste jaren is er een duidelijke landelijke toename te zien in het aantal ambulanceritten. In de periode 2010 – 2014 is het totaal aantal ritten toegenomen met ruim 12% (Ambulancezorg Nederland, 2015). De totale stijging kwam volledig voor rekening van het aantal spoedritten (A1 en A2), met een gemiddelde toename van 4,2% per jaar sinds 2008. De toename in A1 en A2 ritten was tot 2013 gelijk, maar in 2013 was er een duidelijke verschuiving te zien naar meer inzet met hogere urgentie. Het volume van A1 ritten groeide met 8,1%, terwijl het aantal A2-ritten met 0,4% steeg ten opzichte van 2012 (Kommer, Gijsen en van Gils, 2015). De inzet met urgentie B nam over de hele periode juist af, met 5,6% in 2013 vergeleken met 2009.

Er zijn grote regionale verschillen te zien in de ontwikkeling van het aantal ambulanceritten. Een deel van de groei in het aantal spoedeisende ambulanceritten hangt samen met demografische ontwikkelingen, zoals de vergrijzing van de bevolking. De toegenomen vraag naar spoedeisende zorg is overigens ook te zien in internationaal perspectief (Kommer, Gijsen & van Gils, 2015; Lowthian et al., 2011). Ook het aantal ambulance-inzetten per 1000 inwoners verschilt sterk per regio. In de regio's Zuid-Holland Zuid is, Rotterdam Rijnmond, Amsterdam/Zaanstreek-Waterland en Groningen worden, met 80-85 per 1000 inwoners, de meeste ambulanceritten gereden (AZN, 2015). Regionale verschillen zijn er ook te zien in het behalen van de norm voor responstijden. In 17 ambulanceregio's was minder dan 95% van de

A1-ritten binnen 15 minuten bij de patiënt, met een spreiding van 91% tot 94% (NZA, 2016).

Nog sterker dan de toename van het totale aantal ritten, was de toename van het aantal niet-declarabele ritten. Een deel van deze ritten bestaat uit loze ritten, waar een ambulance wordt opgeroepen en er bijvoorbeeld geen patiënt wordt aangetroffen. Een ander deel van de niet-declarabele ritten bestaat uit Eerste hulp geen vervoer-ritten (EHGV). In 2013 eindigde bijna 27% van de spoedeisende ambulanceritten (A1 en A2) als EHGV-rit. De patiënt wordt dan ter plekke behandeld en niet vervoerd (Kommer, Gijsen en van Gils, 2015; Verhage, Tuinstra & Bakker, 2014).

1.2.4 Acute huisartsgeneeskundige zorg

Voor acute zorgvragen die niet levensbedreigend zijn, kan een patiënt overdag in principe terecht bij de eigen huisartsenpraktijk (NHG, 2013). Op de huisartsenpost kunnen patiënten terecht die acute huisartsgeneeskundige zorg nodig hebben op momenten dat de huisartsenpraktijk gesloten is. Daarmee maakt de huisartsenpost deel uit van de acute zorgketen. In Nederland zijn er 55 organisaties van huisartsenposten, de huisartsendienstenstructuren, met 123 huisartsenposten (InEen, 2015).

Huisartsenposten leveren zorg in de ANW-uren: in de avond (17 tot 24 uur), nacht (0 tot 8 uur) en in het weekend en op nationale feestdagen. In principe vindt het eerste contact met de huisartsenpost telefonisch plaats. Een triage-assistent doorloopt een triageprotocol (veelal de Nederlandse Triage Standaard, soms het NHG triageprotocol) en kent een urgentie toe, waarna een vervolgactie wordt bepaald. De urgentiecategorieën, met de snelheid van handelen, zijn: U0 is uitval vitale functies – reanimatie; U1 is direct levensgevaar – onmiddellijk; U2 is bedreiging vitale functies of orgaanschade – zo snel mogelijk; U3 is reële kans op schade – binnen enkele uren; U4 is verwaarloosbare kans op schade – dezelfde dag; en U5 is geen kans op schade – volgende werkdag. De zorgvraag kan vervolgens telefonisch worden beantwoord, of er vindt persoonlijk contact met de patiënt plaats: de patiënt komt dan naar de huisartsenpost of er wordt een visite aan de patiënt afgelegd. Het is ook mogelijk dat de triage leidt tot de oproep van een ambulance door de triage-assistent, eventueel na overleg met de huisarts. (NHG, 2013; NTS, 2012).

1.2.5 Alternatief zorgaanbod – verpleegkundig specialist acute zorg

De ambulancedienst Zuid-Holland Zuid wil verkennen wat de mogelijkheden zijn voor het verminderen van de ervaren druk op de spoedeisende ambulancezorg. Een mogelijk alternatief voor de inzet van een volledig bemande ambulance voor niet-spoedeisende, maar wel acute zorgvragen is de inzet van een Verpleegkundig Specialist acute zorg bij somatische aandoeningen (verder: verpleegkundig specialist). In het Verenigd Koninkrijk is al ervaring opgedaan met de een *paramedic practitioner* (PP), een met de verpleegkundig specialist vergelijkbare zorgverlener, werkzaam in het grijze gebied tussen acute huisartsgeneeskundige zorg en spoedeisende ambulancezorg.

De PP wordt ingezet in een aantal regio's in het Verenigd Koninkrijk en zorgt ervoor dat reguliere ambulances minder vaak ingezet hoeven te worden voor A1 vervoer, met name voor

oudere patiënten (Mason et al., 2007). Voorheen werden patiënten in het Verenigd Koninkrijk altijd naar de spoedeisende hulp (SEH) vervoerd, wat zorgde voor lange wachttijden en een zware belasting van de SEH (Blunt, Edwards & Merry, 2015). De PP is vooral gericht op het verlenen van acute zorg aan kwetsbare ouderen in hun thuissituatie, onder regie van de huisarts. Het is niet altijd nodig om een oudere patiënt, met bijvoorbeeld onduidelijke pijnklachten, naar de spoedeisende hulp te vervoeren met een ambulance (Mason et al., 2007). Overleg tussen huisarts en de PP op locatie zou namelijk ook tot de conclusie kunnen leiden dat de zorgverlening bij de patiënt thuis plaatsvindt.

De PP is een ambulanceverpleegkundige met aanvullende opleiding en heeft daardoor de bevoegdheid om medische handelingen te verrichten die normaal gesproken zijn voorbehouden aan een arts (Evans, McGovern, Birch & Newbury-Birch, 2013; Mason, 2007). De PP combineert de kennis en vaardigheden voor acute zorgverlening met een meer generieke klinische beoordeling van een patiënt. Daarmee zou de PP het gat tussen de acute zorgverlening door de ambulanceverpleegkundige en de generieke klinische zorgverlening door de huisarts kunnen vullen. In het Verenigd Koninkrijk heeft de PP een directe verbinding met de huisarts. De PP overlegt daarnaast veelvuldig met andere zorgverleners in de acute zorgketen om passende zorg te kunnen verlenen (Woollard, 2006).

Onder de huidige Nederlandse wetgeving (wet BIG) is de PP, in de vorm zoals in het Verenigd Koninkrijk wordt ingezet, niet mogelijk. Daar is een wetswijziging voor nodig. In de Nederlandse praktijk komt een verpleegkundig specialist acute zorg bij somatische aandoeningen het dichtst in de buurt van de Engelse *paramedic practitioner*. De verpleegkundig specialist heeft een (tijdelijke) wettelijke bevoegdheid voor het uitvoeren van zelfstandig voorbehouden handelingen (Tijdelijk besluit zelfstandige bevoegdheid verpleegkundig specialisten). De verpleegkundig specialist acute zorg heeft na een verpleegkundige of paramedische HBO-opleiding een HBO-zorgmaster behaald (Laurant, van de Camp, Boerboom & Wijers, 2014). In het vervolg van het rapport gaat het dan ook over de verpleegkundig specialist.

2 Conclusies en aanbevelingen

Het aantal spoedeisende ambulanceritten in ambulanceregio Zuid-Holland Zuid, aangevraagd door een huisarts, neemt toe, vooral buiten kantooruren. Er is ook een duidelijke toename van het aantal ritten waarbij de patiënt niet vervoerd wordt. Landelijk is er een verschuiving te zien naar meer hoog-urgente en minder laag-urgente contacten op de huisartsenpost. Zorgverleners in Zuid-Holland Zuid zijn van mening dat de triage op de huisartsenpost een aandeel heeft in de toename van spoedeisende ambulanceritten die worden aangevraagd door een huisarts. Dit onderzoek laat duidelijke verschillen in opvattingen zien tussen ambulanceverpleegkundigen en huisartsen. Er lijkt onder de deelnemers aan het onderzoek voorzichtig draagvlak te zijn voor de inzet van een verpleegkundig specialist acute zorg in het grijze gebied tussen acute huisartsgeneeskundige zorg en spoedeisende ambulancezorg. Ambulanceverpleegkundigen zijn hierover positiever dan huisartsen.

2.1 Spoedeisende ambulanceritten in Zuid-Holland Zuid nemen toe, vooral in ANW-uren

Op basis van de analyses van ambulanceritgegevens van ambulancedienst Zuid-Holland Zuid (zie hoofdstuk 3) blijkt er een duidelijke toename in de vraag naar spoedeisende ambulanceritten. Deze toename is te zien voor het totaal aantal spoedeisende ambulanceritten en nog sterker voor spoedeisende ambulanceritten die zijn aangevraagd door een huisarts, met name tijdens ANW-uren. Landelijke gegevens over contacten met de huisartsenpost (zie hoofdstuk 4) laten zien dat het aantal contacten door de jaren stabiel blijft, maar er is wel een verschuiving te zien naar meer hoog-urgente contacten (U1 en U2). Het aantal U1 contacten is verdubbeld en deze toename bestaat voornamelijk uit telefonische contacten. Het aantal U1 contacten waarvoor een consult plaatsvindt of een visite door de huisarts wordt afgelegd is beperkt en blijft vrijwel gelijk.

Naast elkaar leggen van de ambulance- en huisartsenpostgegevens wekt de suggestie dat de toename in het aantal U1 contacten wordt opgevangen door de ambulancedienst. Een verklaring hiervoor zou kunnen zijn dat de capaciteit van de huisartsenpost te beperkt is om de toename in het aantal U1 contacten zelf op te vangen en meer visites af te leggen. Een andere verklaring zou kunnen zijn dat de beoordeling van de urgentie eerder dan voorheen leidt tot de oproep van een ambulance. Beide mogelijkheden zijn genoemd door zorgverleners die hebben deelgenomen aan het onderzoek. Overigens moet de toename van het aantal U1 contacten in perspectief worden gezien van het beperkte aantal contacten met de huisartsenpost dat urgentie U1 krijgt toegekend.

Het aantal spoedeisende ambulanceritten in opdracht van een huisarts in ANW-uren dat eindigt als EHGVRit (Eerste Hulp Geen Vervoer) neemt toe (van 311 ritten EHGVRitten in 2012 naar 655 in 2014). De patiënt wordt dan ter plekke behandeld, maar niet vervoerd naar de spoedeisende hulp. Procentueel neemt het aantal EHGVRitten op aanvraag van de huisarts niet heel sterk toe: in 2014 was dit 18,5% van de A1-ritten, ten opzichte van 16% in 2012. Toch

is dit in absolute zin meer dan een verdubbeling van het aantal EHGVRitten. Ongeveer twee keer per etmaal rukt de ambulance in Zuid-Holland Zuid uit in opdracht van een huisarts, zonder dat vervoer van een patiënt achteraf nodig blijkt te zijn. Dat roept de vraag op of een ambulance in deze situaties de beste vorm van zorgverlening was.

2.2 In beleving zorgverleners Zuid-Holland Zuid speelt triage huisartsenpost grote rol in toename A1 ritten

De toename in, door huisartsen aangevraagde, spoedeisende ambulanceritten in Zuid-Holland Zuid kan samenhangen met demografische ontwikkelingen en de organisatie van het zorgstelsel. Bijvoorbeeld de toenemende vergrijzing en minder intramurale behandeling van langdurig zieken, kwetsbare ouderen en psychiatrische patiënten. Er kunnen echter ook oorzaken aan ten grondslag liggen die te maken hebben met de organisatie en het beleid rondom spoedzorg in de regio Zuid-Holland Zuid. De ervaringen van zorgverleners uit deze regio die hebben deelgenomen aan dit onderzoek wijzen in de laatst genoemde richting. Een groot deel van deze zorgverleners wijst de triage op de huisartsenpost aan als verklaring. Bij sommige ingangsklachten zoals pijn op de borst, wordt vaak direct een ambulance ingezet. Tevens geven respondenten aan dat strikte toepassing van het triageprotocol leidt tot (te) snelle inzet van een ambulance, terwijl huisartsenzorg gepaster zou zijn. Het willen uitsluiten van risico's en schadeclaims lijkt hieraan – volgens de respondenten - ook bij te dragen.

2.3 Zorgverleners voorzichtig positief over inzet verpleegkundig specialist acute zorg, wisselende opvattingen over voorwaarden

Over het algemeen bestaat er onder de zorgverleners die hebben deelgenomen aan het onderzoek, draagvlak voor de verpleegkundig specialist acute zorg. De opvattingen over de toegevoegde waarde van een verpleegkundig specialist als uitbreiding van het zorgaanbod in de acute zorgketen, verschillen per type zorgverlener. Ambulanceverpleegkundigen zijn positiever over deze zorgverlener dan huisartsen, die er wat neutraler tegenover staan. De opvattingen over de partij die de verantwoordelijkheid zou moeten dragen over de verpleegkundig specialist, zijn verdeeld over de ambulancedienst en (de organisatie van) huisartsenpost(en). Dit geldt eveneens voor de financiering. Deze draagvlakmeting kan fungeren als startpunt voor de discussie over de inzet van de verpleegkundig specialist. Voor de juridische en financiële inbedding van de verpleegkundig specialist in de acute zorgketen is meer onderzoek nodig.

Opvallend is dat een minderheid uitgesproken tégen de verpleegkundig specialist is. Wel werd duidelijk dat veel zorgverleners meer zien in betere afstemming en samenwerking tussen ambulancedienst en huisartsen(post) en het onder de loep nemen van de triage. In de opvattingen van zorgverleners schuilt de vrees dat een verpleegkundig specialist een lapmiddel wordt voor onderliggende (afstemmings-) kwesties en dat triage (nog) complexer wordt met een extra zorgverlener.

2.4 Aanbevelingen

Dit onderzoek laat zien dat er een toegenomen vraag naar ambulancezorg is, waar een ambulance eigenlijk niet hoeft te worden ingezet. De triage leidt te vaak tot de inzet van een ambulance, waar dat eigenlijk niet nodig is. Angst voor “calamiteiten” draagt hier wellicht ook aan bij. In het zorgveld lijkt draagvlak te zijn voor de inzet van een alternatief voor de ambulance in de vorm van een verpleegkundig specialist. Om een dergelijke nieuwe voorziening goed te kunnen inzetten, zijn aanpassingen in het triagesysteem nodig.

Dit leidt tot de volgende aanbevelingen:

- De triage op de huisartsenpost roept veel discussie op onder zorgverleners in de acute zorgketen in Zuid-Holland Zuid. Afstemming tussen ambulancedienst, meldkamer ambulance en huisartsenposten in de regio Zuid-Holland Zuid over de criteria wanneer de inzet van een ambulance geïndiceerd is, is wenselijk. Organiseer afstemming en intervisie en zoek waar mogelijk de samenwerking op. Verken de mogelijkheden voor samenwerking tussen meldkamer ambulance en huisartsenpost in de triage.
- Onderzoek of de triage op de huisartsenpost inderdaad invloed heeft op de toename van het aantal spoedeisende ambulanceritten. Onderzoek welke factoren van invloed zijn op de triage-uitkomst.
- Onderzoek de (juridische en financiële) haalbaarheid en inbedding van de verpleegkundig specialist in de acute zorgketen. Bekijk welke partij in de acute zorgketen de aangewezen organisatie is om de verantwoordelijkheid te dragen.
- De inzet van een verpleegkundig specialist en de gevolgen daarvan voor de acute zorgverlening zou op beperkte schaal verkend kunnen worden door middel van een pilot, waarbij ervaringen van patiënten en zorgverleners worden bijgehouden.

3 Ontwikkeling Spoedeisende ambulanceritten Zuid-Holland Zuid 2012 – 2014

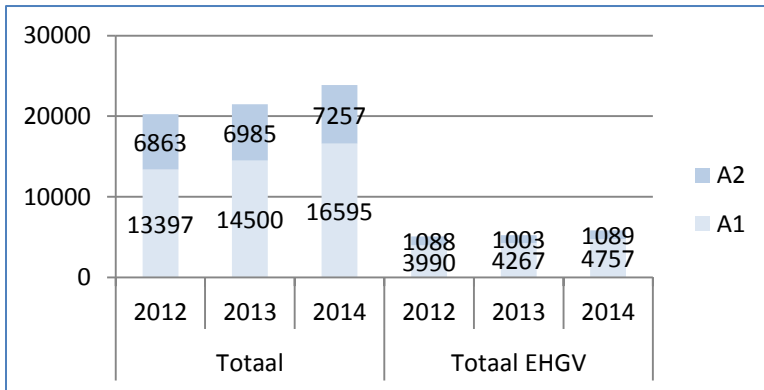
- Het aantal spoedeisende ambulanceritten (A1 en A2 ritten) in de regio Zuid-Holland Zuid steeg met 17,7% in de periode 2012 - 2014. Het aantal spoedeisende ambulanceritten in opdracht van een huisarts steeg in deze periode met 26,1%.
- Het totaal aantal A1-ritten steeg met 23,9% in 2014 ten opzichte van 2012. Hierbinnen bedroeg de stijging van het aantal A1-ritten dat werd aangevraagd door de huisarts met 55,7%. De stijging komt voornamelijk voor rekening van A1-ritten aangevraagd buiten kantooruren, met een stijging van 86,3% van het aantal ritten in 2014 ten opzichte van 2012.
- Het aandeel ritten aangevraagd door een huisarts dat uitmondde in een EHGVRit (Eerste Hulp Geen Vervoer) steeg met 73,7% in de periode 2012 – 2014 sterker dan de totale toename van EHGVRitten (toename 19,2%). In 2012 eindigde 16,3% van de A1-ritten aangevraagd door een huisarts in ANW-uren als EHGVRit, in 2014 was dat 18,5%. Hoewel het aandeel toeneemt is het lager dan het aandeel EHGVRitten ten opzichte van het totaal aantal A1-ritten (29,8% in 2012 en 28,7% in 2014).
- De stijging van het aantal ambulanceritten deed zich over de hele linie voor: bij jonge en oude mensen, mannen en vrouwen, en spitste zich ook niet toe op bepaalde gezondheidsproblemen.

In dit hoofdstuk leest u de ontwikkelingen van het aantal spoedeisende ambulanceritten in de periode 2012 – 2014, op basis van de ambulanceritgegevens van ambulancedienst Zuid-Holland Zuid. Daarnaast leest u ook over het aantal ritten aangevraagd door de huisarts (zowel overdag als tijdens de avond- nacht- en weekenddienst), de urgentie van de ritten en het aantal spoedeisende ambulanceritten waarbij vervoer van de patiënt niet nodig bleek (EHGVRitten). In bijlage A vindt u een beschrijving van de gevolgde werkwijze.

3.1 Totaal aantal spoedeisende ambulanceritten

In de periode 2012 - 2014 nam het totaal aantal spoedeisende ambulanceritten (A1 en A2 ritten) in de regio Zuid Holland Zuid toe met 17,7% (van 20.260 in 2012 tot 23.852 in 2014). Deze ritten bestonden voor het grootste deel uit A1-ritten, namelijk 66,1% in 2012, 67,5% in 2013 en 69,6% in 2014. Het totaal aantal A1-ritten nam toe met 23,9% in de periode 2012 - 2014 (figuur 2).

Figuur 2 laat zien dat het totaal aantal EHGVRitten toenam met 15,1% (van 5.078 in 2012 tot 5.846 in 2014) en voornamelijk uit A1-ritten bestond. Ten opzichte van de eerder genoemde toename in totaal aantal spoedeisende ambulanceritten bleef het aantal EHGVRitten gelijk; bij ongeveer 25% van het totaal aantal spoedeisende ambulanceritten vond geen patiëntenvervoer plaats.

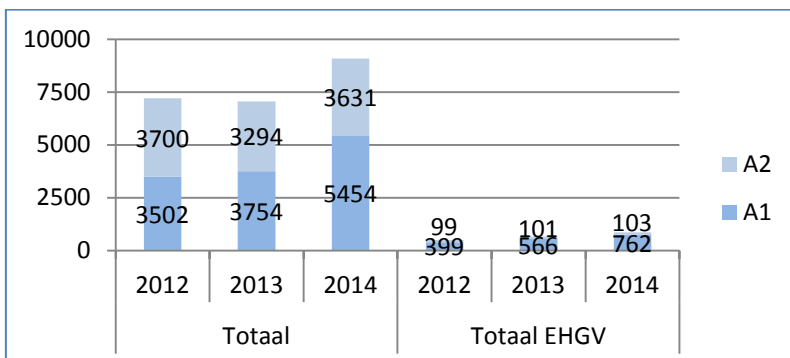


Figuur 2. Totaal aantal spoedeisende ambulanceritten en EHGK ritten, verdeeld naar urgentie, in de ambulanceregio Zuid-Holland Zuid voor de periode 2012 - 2014

3.2 Spoedeisende ambulanceritten aangevraagd door de huisarts

In 2012 werd 35,5% van de spoedeisende ambulanceritten aangevraagd door een huisarts (n=7.202), in 2013 was dat 32,8% (n=7.048) en in 2014 was dat 38,1% (n=9.085) van de ritten. Het totale aantal spoedeisende ambulanceritten dat door een huisarts werd aangevraagd in de regio Zuid-Holland Zuid nam toe met 26,1%: in 2012 voor 48,6% bestaande uit A1-ritten, in 2013 voor 53,3% en in 2014 voor 60,0% (figuur 3). In de periode 2012 – 2014 steeg het aantal A1-ritten dat werd aangevraagd door een huisarts met 55,7%. In deze periode was de stijging van het totale aantal A1-ritten, met 23,9% minder sterk. In 2012 bestond 26,1% van het totaal aantal A1-ritten uit aanvragen van een huisarts, in 2014 was dit aandeel toegenomen tot 32,9%. Het aandeel A2-ritten dat werd aangevraagd door een huisarts daalde tussen 2012 en 2014 licht.

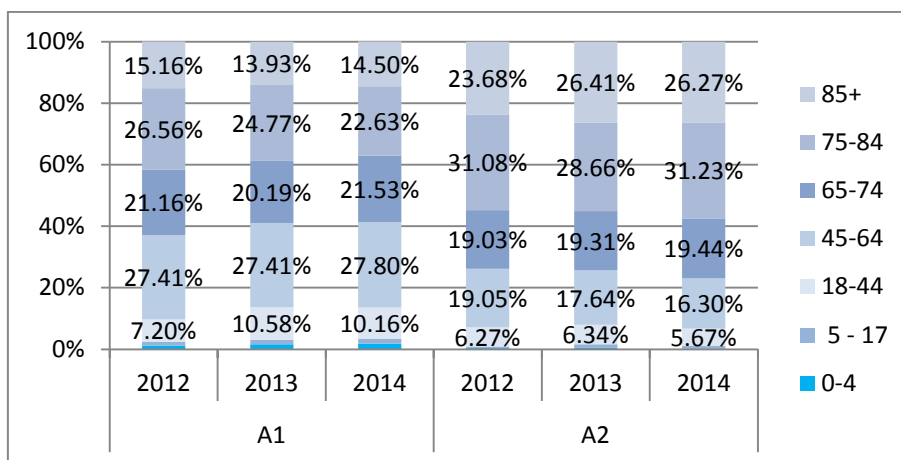
Figuur 3 laat ook zien dat het aantal door de huisarts aangevraagde A1 en A2-ritten dat eindigde als EHGK-rit met 73,7% toenam. In 2012 eindigde 6,9% van de spoedeisende ambulanceritten aangevraagd door de huisarts als EHGK-rit. Dit aandeel nam toe tot 9,5% in 2014. Het grootste deel van deze EHGK-ritten bestond uit A1-ritten en in de periode 2012 – 2014 nam dit aantal toe met 91,0%. In 2012 eindigde 11,4% van de A1-ritten als EHGK-rit, in 2014 was dit 14,0%. Het aantal A2-ritten in opdracht van de huisarts, waarbij vervoer van de patiënt niet nodig bleek te zijn, bleef stabiel over de periode 2012 - 2014.



Figuur 3. Totaal aantal spoedeisende ambulanceritten aangevraagd door de huisarts en aandeel EHGK-ritten, verdeeld naar urgentie, in de ambulanceregio Zuid Holland Zuid voor de periode 2012 – 2014

3.2.1 Patiëntkenmerken

Er werden in de hele periode 2012 – 2014 meer spoedeisende ambulanceritten door huisartsen aangevraagd voor vrouwen (ongeveer 53%) dan voor mannen (ongeveer 47%). Deze verdeling bleef constant in de hele periode. De gemiddelde leeftijd van de patiënten daalde licht van een gemiddelde leeftijd van 70 jaar in 2012 naar 68 jaar in 2014. De leeftijd van patiënten voor wie een huisarts een A1-rit aanvroeg lag lager en daalde van gemiddeld 67 jaar in 2012 naar 65 jaar in 2014. De gemiddelde leeftijd van patiënten voor wie een A2-rit werd gereden lag iets hoger en steeg van gemiddeld 72 jaar in 2012 naar 73 jaar in 2014. Dit is ook zichtbaar in de verdeling van leeftijdscategorieën (figuur 4). A1-ritten werden vaker aangevraagd voor jongere patiënten (18-44 jaar, 45-64 jaar) en de A2-ritten werden meer aangevraagd voor ouderen (75-84 jaar, 84 jaar en ouder).



Figuur 4. Leeftijdsofbouw van patiënten, verdeeld naar urgentie, waarvoor spoedeisende ambulanceritten door de huisarts zijn aangevraagd in de periode 2012 – 2014, in de ambulanceregio Zuid-Holland Zuid

3.2.2 Gezondheidsproblemen

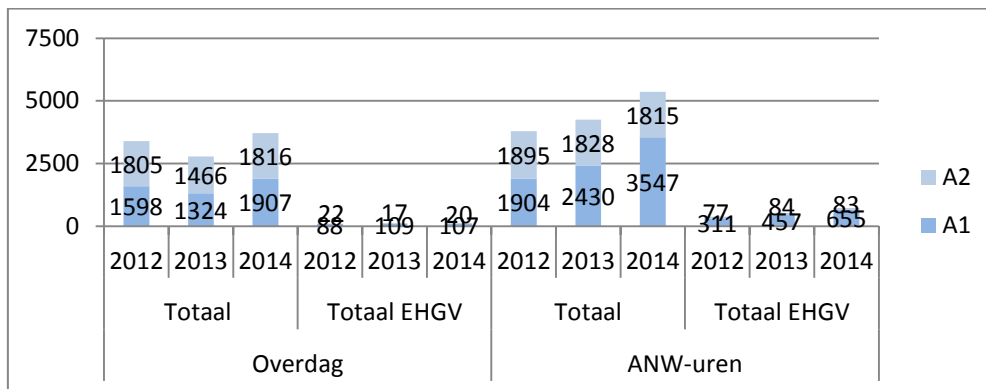
De verdeling van gezondheidsproblemen waarvoor een spoedeisende ambulancerit werd gereden bleef door de jaren heen ongeveer gelijk. De meeste ritten werden gereden voor Angina Pectoris (ongeveer 15%) en chirurgie overig (ongeveer 8%). In 2014 leek er een betere registratie van letselcodes plaats te vinden: 1,6% van de ritten had in 2014 geen diagnose, terwijl dat in 2012 voor 13,0% van de ritten het geval was.

3.3 Uitsplitsing van spoedeisende ambulanceritten naar tijdstip van aanvraag

Voor de spoedeisende ambulanceritten die zijn aangevraagd tussen 8.00 uur en 17.00 uur zijn wij er vanuit gegaan dat dit een aanvraag vanuit de huisartsendagpraktijk betrof. Voor de ritten die zijn aangevraagd tijdens ANW-uren ('s avonds: 17.00 uur-0.00 uur; 's nachts: 0.00 uur-8.00 uur; in het weekend en op feestdagen) zijn wij uitgegaan van een aanvraag door een huisarts of assistent werkzaam op de huisartsenpost. Op de huisartsenpost is de aanvrager van een spoedeisende ambulancerit vaak de triage-assistent (zie paragraaf 1.2.4).

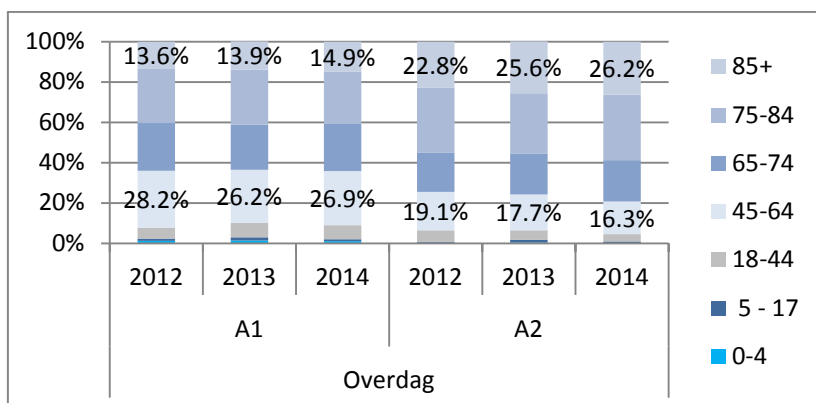
3.3.1 Spoedeisende ambulanceritten overdag aangevraagd

Het aantal spoedeisende ambulanceritten dat overdag werd aangevraagd door de huisarts nam tussen 2012 en 2014 toe met 9,4%. In verhouding tot het totale aantal door huisartsen aangevraagde spoedeisende ambulanceritten, daalde het aandeel overdag, terwijl het aandeel in ANW-uren aangevraagde ritten toenam. Zoals te zien is in figuur 5 bestond 47,0% van de in 2012 overdag aangevraagde ritten uit A1-ritten (n=1.598), in 2013 was dit aandeel 47,5%, in 2014 was dit 51,2%. Het aantal A1-ritten aangevraagd door de huisarts overdag steeg in aantal met 19,3%, maar als aandeel van het totaal aantal door huisartsen aangevraagde A1-ritten bleef het stabiel (ongeveer 21%). Het aantal overdag aangevraagde A2-ritten bleef stabiel, in verhouding tot het totaal aantal door de huisarts aangevraagde ritten nam het aandeel A2-ritten overdag echter af. Het aantal overdag aangevraagde ritten dat eindigde als EHG-rit was gering. In de periode 2012 - 2014 eindigde 3,5% van de overdag aangevraagde ritten als EHG-rit, voornamelijk bestaande uit A1 ritten (figuur 5).



Figuur 5. Totaal aantal spoedeisende ambulanceritten (A1 en A2) en aantal ritten waarbij alleen eerste hulp is verleend. Aangevraagd via de huisarts, overdag en tijdens ANW-uren, in de ambulanceregio Zuid-Holland Zuid voor de periode 2012 - 2014

De gemiddelde leeftijd van patiënten voor wie overdag een rit door een huisarts werd aangevraagd was met 70 jaar stabiel in de periode 2012 - 2014. Ook de gemiddelde leeftijd van patiënten voor wie overdag een A1-rit werd aangevraagd bleef stabiel (67 jaar). Het stabiel blijven van de leeftijd van patiënten waarvoor overdag een A1-rit werd aangevraagd, is ook terug te zien in de leeftijdsverdeling (figuur 6). De gemiddelde leeftijd van patiënten voor wie overdag een A2-rit werd aangevraagd door de huisarts, nam toe van gemiddeld 72 jaar in 2012 tot 74 jaar in 2014. Daarmee vertoonde deze ontwikkeling in leeftijd dezelfde trend als de gemiddelde leeftijd van het totaal aantal A2-ritten aangevraagd door de huisarts. Figuur 6 laat zien dat A2-ritten overdag meer ingezet werden voor oudere patiënten (85+) en afnam voor jongere patiënten (18-44).



Figuur 6. Leeftijdopbouw van patiënten, verdeeld naar urgentie, waarvoor spoedeisende ambulanceritten door de huisarts overdag zijn aangevraagd in de periode 2012 – 2014 in de ambulanceregio Zuid-Holland Zuid

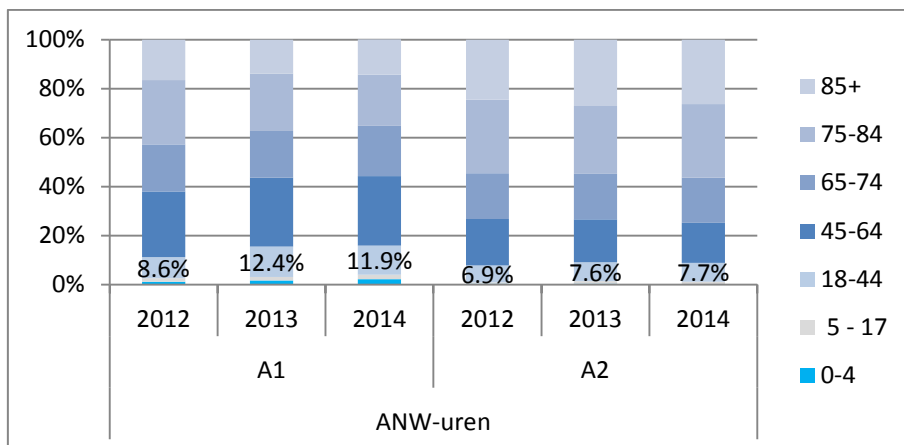
3.3.2 Spoedeisende ambulanceritten aangevraagd tijdens ANW-uren

Figuur 5 laat zien dat het aantal spoedeisende ambulanceritten aangevraagd tijdens ANW-uren, tussen 2012 en 2014 met 41,1% toenam. Ook het aandeel ritten in ANW-uren nam toe. In 2012 werd 52,7% van de ambulance spoedritten aangevraagd tijdens ANW-uren, in 2014 nam dit toe tot 59,0%.

Het aantal A1-ritten dat tijdens ANW-uren werd aangevraagd steeg met 86,3%. In 2012 bestond 50,1% van de door een huisarts in ANW-uren aangevraagde spoedeisende ambulanceritten uit A1-ritten. In 2013 bestond 57,1% uit A1-ritten en in 2014 was dat 66,2% (figuur 5). Ook het aandeel van het totaal aantal door huisartsen aangevraagde spoedeisende ambulanceritten nam toe. In 2012 was 26,4% van de door huisartsen aangevraagde ritten een A1-rit in ANW-uren, in 2014 was dit aandeel gestegen tot 39,0%. Het aantal A2-ritten tijdens ANW-uren aangevraagd door de huisarts daalde licht in de periode 2012 – 2014 (met 4,2%).

Het totaal aantal tijdens ANW-uren aangevraagde spoedeisende ambulanceritten dat eindigde als EHGVRit, nam tussen 2012 en 2014 toe met 90,2%. Ook als aandeel van het totaal aantal tijdens ANW-uren aangevraagde spoedeisende ambulanceritten, nam het aandeel EHGVRitten toe van 10,2% in 2012 tot 13,8% in 2014. In aantal bestond het grootste deel van deze EHGVRitten uit A1 ritten en dit aantal nam toe met 110,6% in 2014 ten opzichte van 2012 (zie figuur 5). Het aandeel A1-ritten aangevraagd in ANW-uren dat eindigde als EHGVRit steeg minder snel, van 16,3% in 2012 tot 18,5% in 2014. Het aantal A2-ritten dat eindigde als EHGVRit was beperkt en bleef stabiel.

De gemiddelde leeftijd van patiënten waarvoor een spoedeisende ambulancerit werd aangevraagd tijdens ANW-uren, daalde van 70 jaar in 2012 tot 67 jaar in 2014. De gemiddelde leeftijd voor patiënten voor wie een A1-rit werd gereden, daalde van gemiddeld 67 jaar in 2012 naar 64 jaar in 2014, terwijl de gemiddelde leeftijd voor patiënten voor wie een A2-rit werd aangevraagd stabiel bleef (72 jaar). Figuur 6 laat zien dat het aantal A1-ritten voor oudere patiënten (75+) tussen 2012 en 2014 afnam. Het aantal A1-ritten voor patiënten in de jongere leeftijdscategorieën nam toe, met name in de leeftijdscategorie 18-44. Verdere uitsplitsing van deze leeftijdsgroep in jongvolwassenen en volwassenen laat een vergelijkbaar beeld zien.



Figuur 7. Leeftijdsopbouw van patiënten, verdeeld naar urgentie, waarvoor spoedeisende ambulanceritten door de huisarts tijdens ANW-uren zijn aangevraagd in de ambulanceregio Zuid-Holland Zuid voor de periode 2012 - 2014

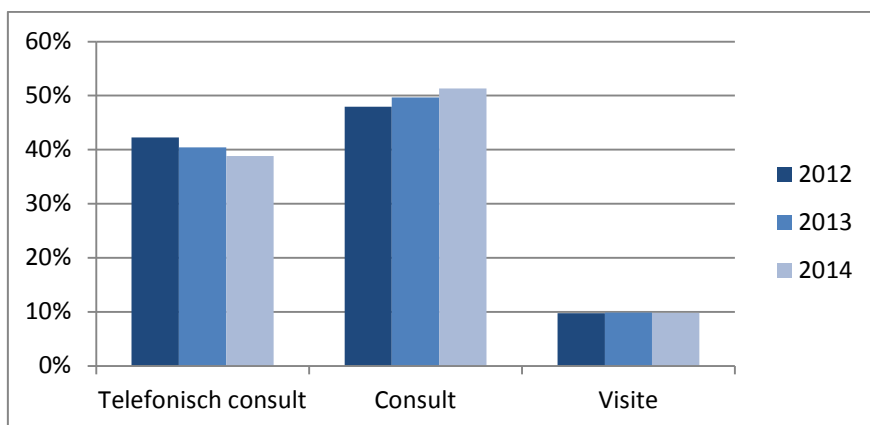
4 Urgentie en gezondheidsproblemen op de huisartsenpost 2012 – 2014

- Het aantal contacten met de huisartsenpost per 1000 inwoners is in de periode 2012 – 2014 constant gebleven. Daarbinnen nam het aandeel telefonische consulten af en bleef het aandeel visites stabiel.
- De meeste contacten vonden plaats voor somatische gezondheidsproblemen en dit aantal nam toe.
- Het aantal contacten met een hoge urgentie (U1 en U2) nam toe, waarbij het aantal U1 contacten verdubbelde.
- Voor U1 contacten bleef het aantal visites en consulten nagenoeg gelijk, het aantal telefonische contacten nam toe.

Ontwikkelingen in het aantal spoedeisende ambulanceritten kunnen samenhangen met de acute zorg die vanuit huisartsenposten wordt verleend. Inzicht in de ontwikkeling van de contacten met huisartsenposten geeft een indicatie van deze mogelijke samenhang. Voor de regio Zuid-Holland Zuid kon niet worden beschikt over gegevens van huisartsenposten, omdat geen van de huisartsendienstenstructuren in deze regio is aangesloten bij NIVEL Zorgregistraties eerste lijn. In dit hoofdstuk vindt u daarom een beschrijving van de zorg verleend door huisartsenposten van huisartsendienstenstructuren (HDS-en) die zijn aangesloten bij NIVEL Zorgregistraties eerste lijn, voor de jaren 2012 tot en met 2014. Voor de analyses maakten wij gebruik van een selectie van HDSen waarvan wij de gegevens hebben gebruikt, namelijk van de HDSen die gezondheidsproblemen goed registreren. De huisartsenposten waarvan wij de gegevens hebben gebruikt hebben een totaal verzorgingsgebied van bijna 9 miljoen inwoners. In bijlage A vindt u een beschrijving van de selectie en gevolgde werkwijze.

4.1 Aantal en type contacten

Het gemiddeld aantal contacten per inwoner bleef tussen 2012 en 2014 nagenoeg gelijk (23 contacten per 1000 inwoners). Ongeveer de helft van de contacten is een consult op de huisartsenpost zelf. Ongeveer 10% van de contacten betreft een visite bij de patiënt thuis en de rest zijn telefonische contacten die geen vervolg hebben gekregen als consult op de huisartsenpost of visite door de huisarts van de huisartsenpost. Figuur 8 laat zien dat het aandeel visites in de periode 2012 – 2014 gelijk is gebleven. Het aandeel consulten nam toe, terwijl het aandeel telefonische consulten af nam. De toename van het aantal consulten per 1000 inwoners in de verzorgingsgebieden bedraagt 8,3 (niet te zien in het figuur: van 109,2 contacten per 1000 inwoners in 2012 tot 117,5 in 2014). In paragraaf 1.2.4 vindt u per type contact de verdeling naar urgentiecategorie.

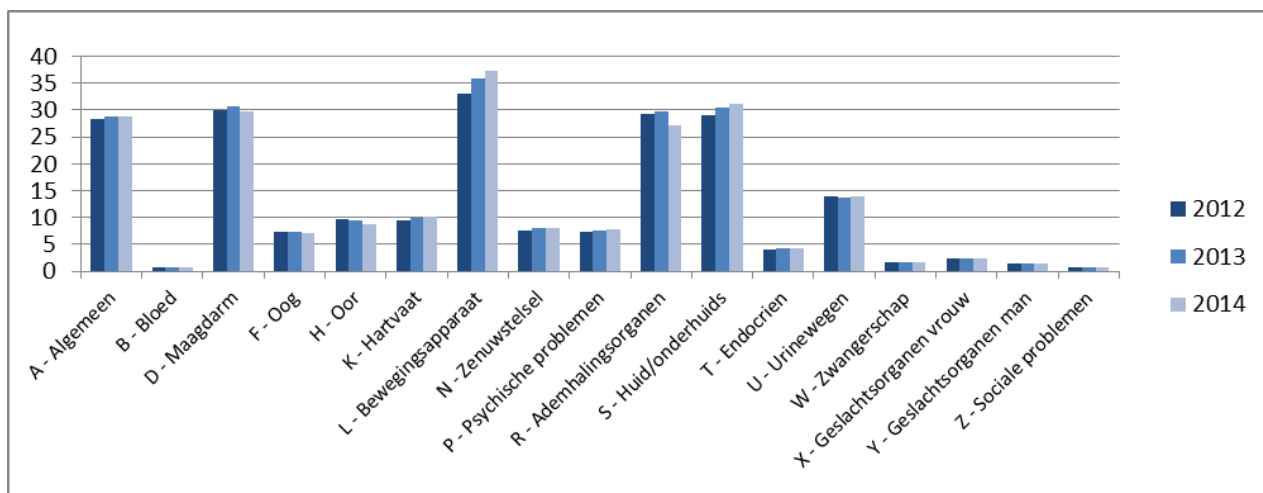


Figuur 8. Verdeling van type contacten met de huisartsenpost in de periode 2012 - 2014

4.2 Gezondheidsproblemen

Het gezondheidsprobleem waarvoor de patiënt contact heeft met de huisartsenpost wordt geregistreerd met behulp van ICPC-codes (International Classification of Primary Care (Lamberts & Wood, 1987). In bijlage A kunt u meer lezen over de registratie aan de hand van ICPC-codes. Het aantal contacten voor losse ICPC-codes is beperkt en daarom is het informatiever om te kijken naar de groepering van gezondheidsproblemen in ICPC-hoofdstukken en ICPC-clusters.

Figuur 9 laat zien dat het aantal contacten binnen het hoofdstuk L – Bewegingsapparaat het duidelijkst toeneemt (van 33,2 contacten per 1000 inwoners in 2012 naar 37,4 contacten in 2014). Een toename is ook te zien voor contacten binnen het hoofdstuk S – Huid (29 contacten per 1000 inwoners in 2012, 31 contacten in 2014). Een afname is te zien voor contacten binnen hoofdstuk R – Ademhalingsorganen (29,2 contacten per 1000 inwoners in 2012, licht gestegen tot 29,7 in 2013 en gedaald naar 27,1 contacten in 2014).

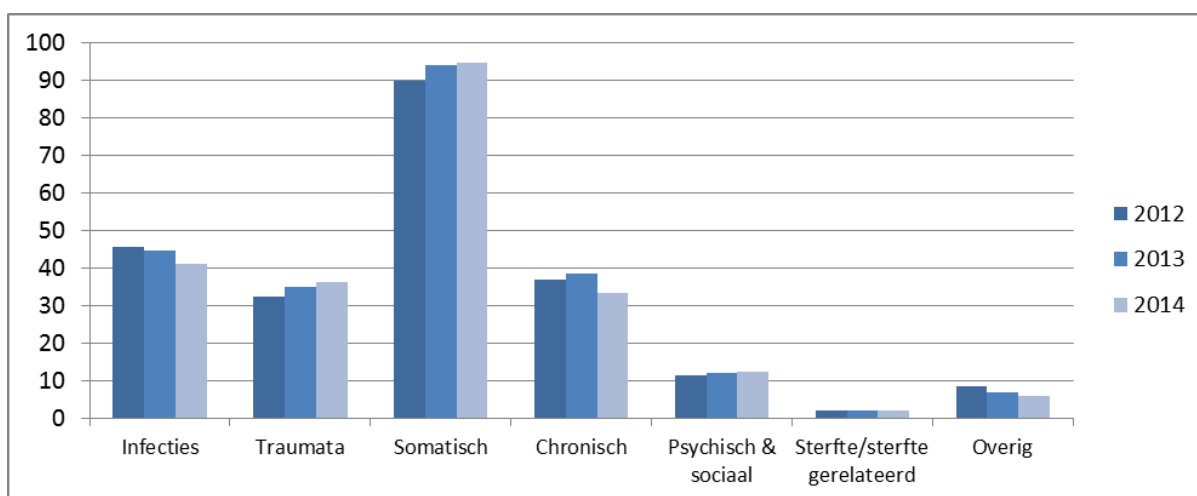


Figuur 9. Gemiddeld aantal contacten op de huisartsenpost per ICPC-hoofdstuk, per 1000 inwoners van de verzorgingsgebieden in de huisartsendienstenstructuren in de periode 2012 - 2014

Tabel 3 toont de ontwikkeling per cluster van aandoeningen. Het merendeel van de contacten vindt plaats voor somatische gezondheidsproblemen (zie figuur 10) en dat dat aantal stijgt tussen 2012 en 2014. Een stijging is eveneens te zien in het aantal contacten voor traumata. Het aantal contacten voor infecties en chronische gezondheidsproblemen daalde in de periode 2012 – 2014. Een klein deel van de contacten op de huisartsenpost vond plaats voor psychische en sociale problemen en dit aandeel steeg licht.

Tabel 3. Voorbeelden van symptomen en ziekten per ICPC-cluster

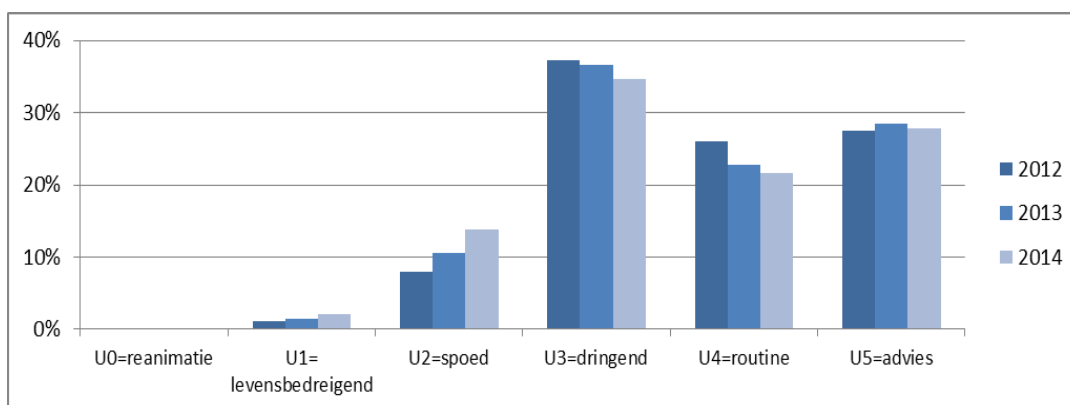
ICPC-cluster	Voorbeelden van symptomen en ziekten
Traumata	scheurwond/snijwond, ongeval/letsel, beet/steek insect, verstuiking/distorsie enkel, brandwond/verbranding huid, vreemd voorwerp in oog/neus/oor.
Infectieziekten	urinewegsinfectie, acute infectie bovenste luchtwegen, oorontsteking, longontsteking, acute blindedarmonsteking, acuut reuma, meningitis, influenza
Somatische gezondheidsproblemen	misselijkheid, gegeneraliseerde buikpijn, borstkas symptomen/klachten, koorts, overmatig huilende zuigeling, pijn toegeschreven aan hart, flauwvallen.
Chronische gezondheidsproblemen	astma, diabetes mellitus, emfyseem/COPD, angina pectoris, migraine, jicht, boezemfibrilleren/-fladderen, allergie/allergische reactie, maligniteit bronchus/long.
Psychische en sociale problemen	bezorgdheid over (bij)werking geneesmiddel, angstig/nerveus/gespannen gevoel, crisis/voorbijgaande stressreactie, chronisch alcoholmisbruik, probleem ten gevolge van geweld.
Sterfte/sterfte gerelateerd	dood/overlijden, verzoek/gesprek over euthanasie.
Overig	geneesmiddelintoxicatie, complicatie(s) medische behandeling, hypoglykemie, functiebeperking/handicap urine, zwangerschap: bevestigd, geen ziekte.



Figuur 10. Gemiddeld aantal contacten op de huisartsenpost per ICPC-cluster, per 1000 inwoners van de verzorgingsgebieden in de huisartsendienstenstructuren in de periode 2012 – 2014

4.3 Urgentieverdeling

Ongeveer de helft van de contacten op de huisartsenpost is gecategoriseerd als laag-urgent, urgentiecode U4 of U5 (figuur 11). Het aandeel contacten met urgentie U4 nam af in de periode 2012 – 2014, van 26,1% van de contacten in 2012 tot 21,7% in 2014. Het percentage contacten met urgentie U5 bleef gelijk. In 2014 werd er minder vaak urgentie U3 aan een contact toegekend dan in 2012. Daarentegen steeg het aandeel hoog-urgente contacten: in 2012 kreeg iets meer dan 1% (1,05%) van de contacten een urgentie U1 toebedeeld, in 2014 was dit aandeel verdubbeld tot 2,1% van de contacten. Ook het aandeel spoedcontacten (U2) nam in deze periode toe: van 8% in 2012 tot 13,9% in 2014. Het aantal contacten binnen de hoogste urgentiecode, U0, is nihil en is verder buiten beschouwing gebleven.

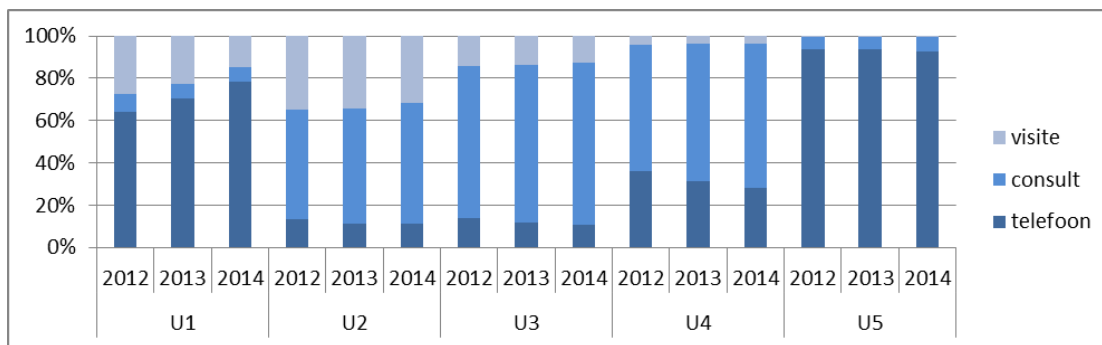


Figuur 11. Urgentieverdeling, percentage van totaal aantal contacten met een huisartsenpost in de periode 2012 - 2014

4.3.1 Type contact per urgentiecode

Of een contact met de huisartsenpost telefonisch, als consult of als visite plaatsvindt, verschilt per urgentiecode (figuur 12). Zo vindt het overgrote merendeel van de contacten met de laagste urgentie (U5) telefonisch plaats. De patiënt krijgt dan telefonisch advies. Aan de andere kant van het urgentiespectrum, voor contacten met urgentie U1, vindt eveneens het grootste deel van de contacten telefonisch plaats. Aangezien de patiënt dan geen vervolcontact heeft met de huisartsenpost, maar wel in levensgevaar verkeert volgens de urgentiebeoordeling, wordt de patiënt dan waarschijnlijk doorverwezen naar de ambulance. Deze informatie is echter niet te herleiden uit de huisartsenpostgegevens.

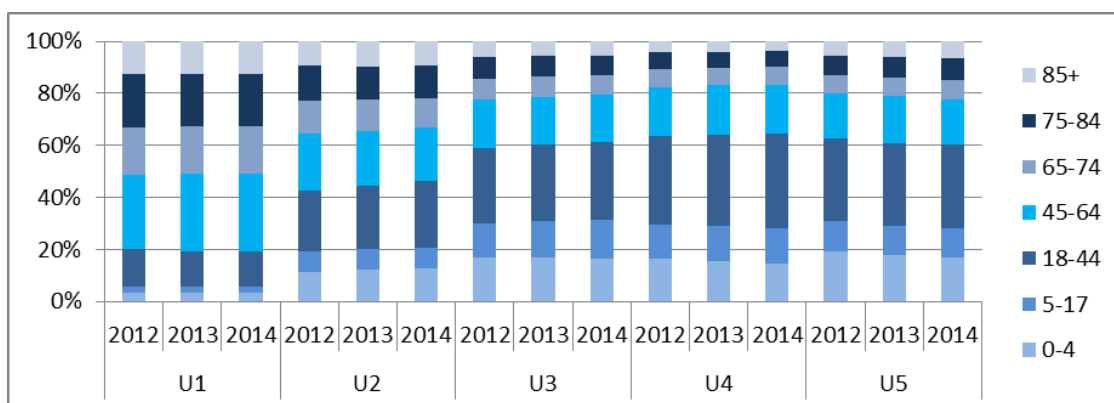
Zoals is te zien in figuur 12, is in de periode 2012 – 2014 een daling te zien van het aandeel visites dat wordt afgelegd voor urgentiecode U1. In 2012 werd in 27,5% van de contacten met U1 een visite afgelegd, in 2014 was dit aandeel gedaald naar 14,6%. De daling in het aandeel visites is, zij het minder sterk, over de hele linie te zien. Het aandeel consulten nam juist licht toe. Het aandeel telefonische contacten liet een duidelijke stijging zien, met name voor U1 contacten.



Figuur 12. Verdeling van de type contacten met de huisartsenpost per urgentiecategorie in de periode 2012 - 2014

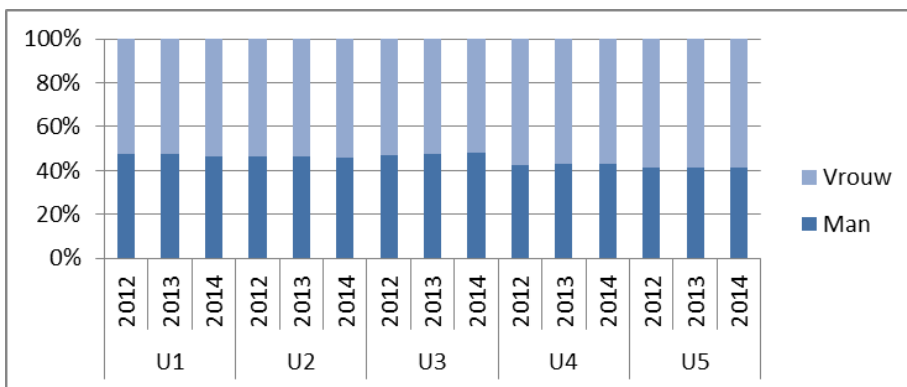
4.3.2 Patiëntkenmerken

Contacten met de huisartsenpost vinden voornamelijk plaats voor kinderen in de leeftijd van 0 tot en met 4 jaar en voor ouderen van 85 jaar en ouder. Uitgesplitst naar urgentiecategorie is te zien dat het aandeel ouderen binnen urgentie U1 relatief hoog is (figuur 13). Relatief veel contacten met urgentie U1 vinden bovendien plaats voor patiënten binnen de leeftijds categorie 45-64 jaar. In de periode 2012 – 2014 is er weinig verandering te zien in de leeftijdsopbouw van de patiënten voor alle urgentie categorieën.



Figuur 13. Leeftijdsopbouw van patiënten per urgentiecategorie in de periode 2012 - 2014

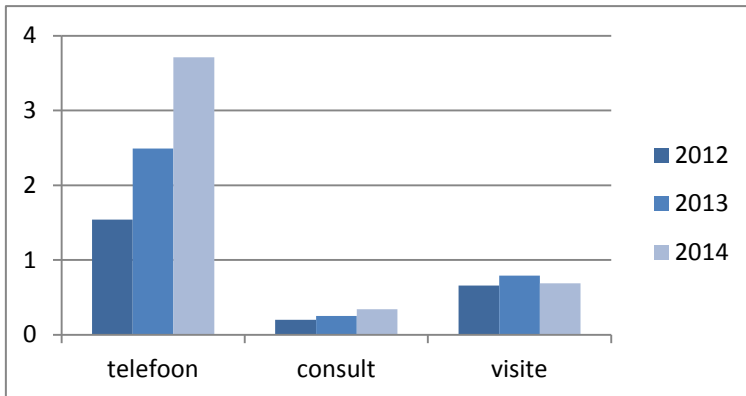
Relatief meer vrouwen dan mannen hebben contact met de huisartsenpost (figuur 14), waarbij het aandeel vrouwen lager is naarmate de urgentie hoger is. In de periode 2012 – 2014 blijft het aandeel mannen en vrouwen per urgentie categorie stabiel.



Figuur 14. Aandeel vrouwen en mannen per urgentie categorie in de periode 2012 - 2014

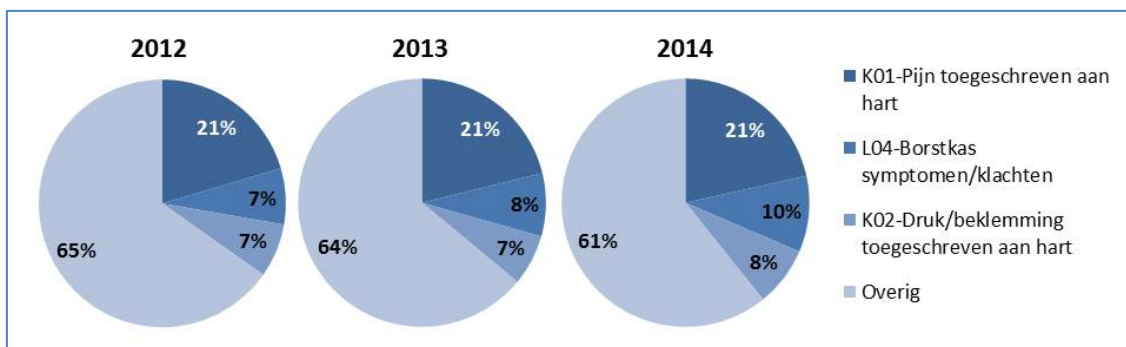
4.3.3 Urgentie U1 nader beschouwd

Bij de urgentie categorie U1 wordt voor een deel van de patiënten een ambulance aangevraagd (InEen, 2015). Daarom is het zinvol om te kijken naar de ontwikkelingen in kenmerken van U1 contacten. Zoals u in het begin van de paragraaf hebt kunnen lezen, is het aandeel U1 contacten erg klein, maar neemt het aandeel binnen het aantal contacten sterk toe. Per 1000 inwoners van de verzorgingsgebieden neemt het aantal contacten toe van 2,4 per jaar in 2012 tot 4,7 in 2014. Dat is bijna een verdubbeling. Daarbinnen neemt vooral het aantal telefonische contacten toe: van 1,5 contacten per 1000 inwoners in 2012 tot 3,7 contacten per 1000 inwoners in 2014 (figuur 15). De toename voor het aantal consulten en visites per 1000 inwoners is daarentegen beperkt.



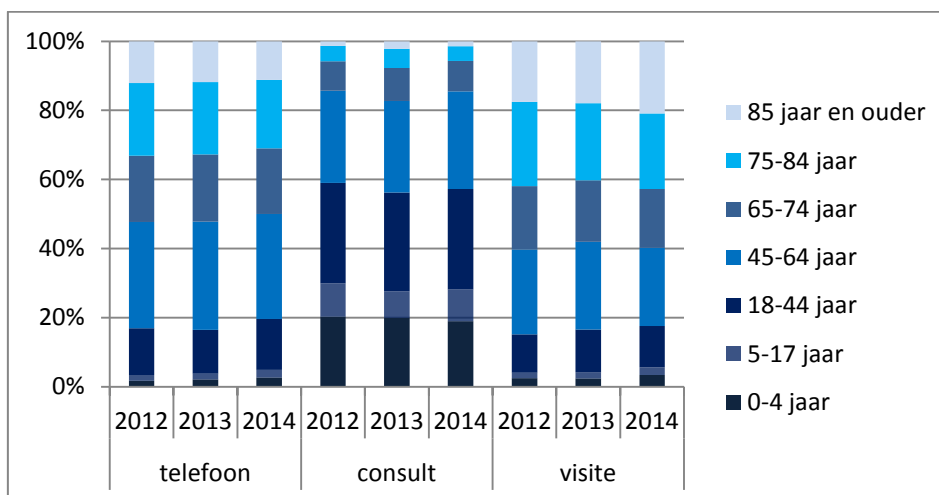
Figuur 15. Aantal U1 contacten per 1000 inwoners per type contact in de periode 2012 - 2014

De gezondheidsproblemen waarvoor urgentie U1 wordt toegekend bestaan voor een groot deel uit pijn op de borst gerelateerde klachten, zoals u kunt zien in figuur 16. Het aandeel van deze klachten is in 2014 toegenomen ten opzichte van 2012 en deze toename komt voornamelijk voor rekening van ICPC-code L04 Borstkas symptomen/klachten. Een indeling van de gezondheidsklachten in ICPC-clusters laat zien dat het aandeel somatische gezondheidsproblemen toeneemt (van 59,4% in 2012 tot 66,9% in 2014) en het aandeel chronische gezondheidsproblemen afneemt (van 26,6% in 2012 naar 20,8% in 2014).



Figuur 16. Top-3 gezondheidsproblemen met urgentie U1 in de periode 2012 – 2014

De leeftijdsverdeling per type contact voor urgentie U1 blijft in de periode 2012 – 2014 redelijk gelijk (figuur 17). Telefonische contacten vinden vooral plaats voor patiënten in de leeftijdsgroep 45 – 64 jaar, consulten vinden voornamelijk plaats voor de leeftijdsgroep 18-44 jaar. Voor het aandeel telefonische contacten is in de leeftijdsverdeling een beperkte verschuiving te zien in de leeftijdsgroepen 0 – 4 jaar (+ 1 %), 18 – 44 jaar (+1,2%), 75 – 84 jaar (-1,2%) en 85 jaar en ouder (-0,9%). Het aandeel visites nam af voor de leeftijdsgroep 45 – 75 jaar en toe voor de leeftijdsgroepen 0 – 44 jaar en 85 jaar en ouder. Hoewel de toename voor deze laatste groep 3,3% bedroeg, is het belangrijk om te realiseren dat het om kleine aantallen gaat. Het is minder informatief om te kijken naar consulten, aangezien dit type contact maar voor een zeer beperkt deel van de U1 contacten voorkomt (zie ook figuren 12 en 15).



Figuur 17. Leeftijdsverdeling per type contact voor contacten met urgentie U1 in de periode 2012 – 2014

5 Ervaringen van zorgverleners Zuid-Holland Zuid ontwikkeling spoedeisende ambulanceritten

- Zorgverleners zien een toename in het aantal spoedeisende ambulanceritten dat wordt aangevraagd door huisartsen.
- Als mogelijke oorzaken voor de toename van EHGVR-ritten ervaren zorgverleners vooral dat er een hoge urgentie wordt toegekend uit angst voor “calamiteiten”, dat triage met behulp van het NTS triagesysteem vaak tot een te hoge inschatting van de urgentie leidt, dat afspraken over vertaling van U1 naar A1 niet altijd terecht zijn en een toename van kwetsbare ouderen die langer thuis blijven wonen.
- De meerderheid van de ambulanceverpleegkundigen ervaart onvoldoende eenduidige afspraken tussen huisartsenpost en ambulancedienst over wanneer een ambulance moet worden ingezet. Het grootste deel van de huisartsen is het hier niet mee eens.

Het is van belang hoe ontwikkelingen in de zorgvraag worden ervaren door de zorgverleners in de acute zorgketen. Hun ervaringen en opvattingen kunnen de bevindingen uit de ambulanceritgegevens en de gegevens over contacten met huisartsenposten meer duiding geven en in de juiste context plaatsen. In dit hoofdstuk vindt u een beschrijving van de ervaringen en opvattingen van zorgverleners in de acute zorgketen van Zuid-Holland Zuid over de ontwikkelingen van het aantal spoedeisende ambulanceritten, aangevraagd door huisartsen in de dagzorg en op de huisartsenpost.

Om een eerste indruk te krijgen van de ervaringen en opvattingen van zorgverleners in Zuid-Holland Zuid is een tweetal online focusgroepen georganiseerd. Het doel hiervan was om te inventariseren wat er aan opvattingen leeft onder zorgverleners: of de verschillende beroepsgroepen vergelijkbare of juist verschillende ervaringen hebben. De beschrijving van de bevindingen uit de online focusgroepen vormt het eerste deel van dit hoofdstuk. Om te onderzoeken of opvattingen en ervaringen breder worden gedeeld is een vragenlijst verspreid onder een groot deel van de zorgverleners in de acute zorgketen in Zuid-Holland Zuid. In het tweede deel van dit hoofdstuk vindt u de rapportage van de bevindingen op basis van het vragenlijstonderzoek.

5.1 Online focusgroepen

Aan de online focusgroepen hebben veertien zorgverleners deelgenomen, waarvan drie ambulanceverpleegkundigen, vijf huisartsen, drie centralisten van de meldkamer ambulance en drie medewerkers van de spoedeisende hulp (SEH). Vooral de ambulanceverpleegkundigen en huisartsen hebben actief bijgedragen aan het gesprek, terwijl de inbreng van de centralisten en SEH-medewerkers beperkt bleef. De deelnemers is in eerste instantie gevraagd naar hun ervaringen en opvattingen over de spoedeisende ambulanceritten die worden gereden in opdracht van huisartsen. Daarna is hen gevraagd naar mogelijke alternatieven voor de spoedinzet van een ambulance in situaties die minder spoedeisend zijn. Als laatst is

gevraagd naar de opvattingen van zorgverleners over de inzet van een verpleegkundig specialist acute zorg. In bijlage A vindt u de gevolgde werkwijze van de online focusgroepen in detail.

5.1.1 Toename spoedeisende ambulanceritten

De deelnemers van de online focusgroepen herkennen het beeld dat het aantal aanvragen van spoedeisende ambulanceritten toeneemt. De toename hangt volgens een deel van hen vooral samen met aanvragen vanuit de huisartsenpost. Een ambulanceverpleegkundige merkte op overdag geen toename van aanvragen te zien vanuit de huisarts. Zorgverleners noemden verschillende mogelijkheden als verklaring voor de ervaren toename.

5.1.2 Oorzaken: triage en afstemming

De focusgroepeelnemers zijn eensgezind als het gaat over de oorzaken van de waargenomen toename in door huisartsen aangevraagde spoedeisende ambulanceritten. Het merendeel van hen wees de triage op de huisartsenpost aan als een verklaring voor een toename in de aanvraag van A1 ritten vanuit de huisartsenpost. De triage werpt volgens hen een lage drempel op voor het aanvragen en toekennen van spoedeisende ambulanceritten. Vooral patiënten met pijn op de borst-klachten krijgen vaak (te) snel een hoge urgentie toegekend, die wordt vertaald naar een A1 melding:

“Op het moment dat er gevraagd wordt of de patiënt pijn op de borst heeft, rinkelen alarmbellen en wordt er meteen een ambulance gestuurd.”

(Ambulanceverpleegkundige)

De triage op de huisartsenpost vindt veelal plaats met behulp van de NTS (Nederlandse Triage Standaard, InEen, 2015). Meldingen met urgentie U1 worden (vaak) direct omgezet naar een A1-melding voor de ambulance. Volgens een ambulanceverpleegkundige is dat niet terecht, omdat U1 niet altijd gelijk staat aan een A1 indicatie. Volgens twee ambulanceverpleegkundigen en een huisarts komt daarbij dat de criteria voor het aanvragen van een A1-rit niet eenduidig zijn. Daarmee wordt de aanvraag van een A1-rit volgens hen afhankelijk van de huisarts die de rit aanvraagt. Een aantal huisartsen stelde dat de triage-assistent op de huisartsenpost vaak een spoedeisende ambulancerit aanvraagt zonder tussenkomst van een huisarts. Volgens hen is de huisarts daarmee de regie in het triageproces kwijt geraakt.

Ook de protocollen op de meldkamer ambulance spelen volgens twee ambulanceverpleegkundigen een rol in het uitgeven van een (te) hoge urgentie. Het komt voor dat een huisarts de meldkamer belt om een A2 rit aan te vragen, maar dat de melding pijn-op-de-borst direct leidt tot ‘opschaling’ naar een A1 rit door de centralist. Een aantal focusgroepeelnemers was van mening dat de triage op de huisartsenpost, maar ook op de meldkamer ambulance, defensief is ingesteld om “calamiteiten” te voorkomen. Een huisarts en ambulanceverpleegkundige noemden een toenemende juridisering en angst voor “calamiteiten” als aanleiding voor het strak hanteren van het triageprotocol. Dit komt volgens de huisarts ook door de onbekendheid met de patiënt en gebrek aan informatie over de patiënt.

5.1.3 Oorzaken: capaciteit huisarts

De toename in aanvragen van spoedeisende ambulanceritten blijkt, volgens meerdere focusgroepeelneemers, ook samen te hangen met capaciteit van de huisartsenpost en werklust van de huisarts. Een direct capaciteitsprobleem doet zich volgens een huisarts voor door sluiting van een huisartsenpost. Dat heeft ertoe geleid dat de criteria voor het afhandelen van U1 en U2 meldingen niet worden gehaald en er dan maar een ambulance wordt opgeroepen. Drukke op de huisartsenpost werd ook herhaaldelijk genoemd.

5.1.4 Oorzaken: rol huisarts en samenleving

Andere mogelijke oorzaken die de deelnemers noemden, waren de rol van de huisarts in het verlenen van spoedzorg en een mondiger wordende samenleving. Een huisarts merkte op dat huisartsen over het algemeen terughoudend zijn met zelf spoedeisende zorg verlenen, al is de jongere generatie huisartsen volgens de huisarts beter geschoold in deze zorg. Niet alle huisartsen zouden zich altijd prettig voelen bij het verlenen van spoedzorg.

Een aantal zorgverleners ervaart een veranderde verwachting vanuit de samenleving: mensen denken recht te hebben op alle mogelijke zorg en eisen dat op. Volgens een huisarts moet de maatschappij accepteren dat niet iedereen gered kan worden:

“We weten als mens maar een ding zeker: we gaan dood, en soms heb je pech.”(Huisarts)

5.1.5 Maatregelen: triage

Het ligt voor de hand dat een deel van de deelnemers mogelijke oplossingen zoekt in de door hen gesignaleerde oorzaken. Zo noemde een aantal zorgverleners dat het triagesysteem op de huisartsenpost geperfectioneerd zou moeten worden. Meerdere focusgroepeelneemers, zowel ambulanceverpleegkundigen als huisartsen, noemden daarbij het ineenvlechten (en perfectioneren) van de triage op de meldkamer ambulance en de huisartsenpost als optie, eventueel met een regie-arts (huisarts waarmee de triage-assistent overleg kan plegen en zo de triage ondersteunt, InEen, 2015) die het laatste woord heeft:

“Een heel ander triage systeem; een 112/ en niet spoed nummer waarbij alle zorgvragen worden beoordeeld door een triagist, welke doorverbindt met de huisarts welke telefoondienst heeft.” (Huisarts)

Ook volgens een andere huisarts zouden triage-assistenten eerst af moeten stemmen met de huisarts voordat een spoedeisende ambulancerit wordt uitgegeven. Tegelijkertijd betwijfelt de huisarts of dat spoedritten zou voorkomen:

“Ik vermoed dat vaak alsnog voor een defensieve benadering zal worden gekozen.”
(Huisarts)

5.1.6 Maatregelen: samenwerking/afstemming

De afstemming tussen ambulancedienst en huisarts over de taakverdeling en criteria om een ambulance aan te vragen, kan volgens een aantal ambulanceverpleegkundigen en een huisarts ook verbeterd worden. Om meer begrip voor elkaars werk te krijgen en duidelijke

verwachtingen te hebben zouden huisartsen en ambulanceverpleegkundigen meer met elkaar af moeten stemmen:

“Zorg dat er bij elkaar in de keuken gekeken wordt en ga met elkaar meerijden en stap eens binnen op de meldkamer en bij de huisartsenpost.” (Ambulanceverpleegkundige)

Er moeten volgens een huisarts en twee ambulanceverpleegkundigen daarbij duidelijke afspraken gemaakt worden in de taakverdeling tussen ambulanceverpleegkundige en huisarts:

“Goede taakverdeling en werkafspraken die ook worden nageleefd (OOK DOOR ONS HUISARTSEN!) zijn cruciaal” (Huisarts)

5.1.7 Maatregelen: andere vorm van zorgverlening

Een huisarts en ambulanceverpleegkundige opperden als oplossing het (meer) inzetten van een *rapid responder*, of een huisarts met chauffeur vanaf de huisartsenpost. (Een *rapid responder* is een ambulanceverpleegkundige die met motor of acute zorgauto sneller ter plaatse is dan een reguliere ambulance. De *rapid responder* kan de patiënt niet vervoeren. AZN, 2014). De huisarts zou dan wel moeten worden opgeleid in het verlenen van acute zorg en bijvoorbeeld moeten kunnen omgaan met een ECG-apparaat. Dit raakt aan de oplossing waarvoor in dit onderzoek een draagvlakmeting is gedaan, de verpleegkundig specialist acute zorg. De zorgverleners die deze opties noemden deden dat voorafgaand aan de vraag naar de inzet van een verpleegkundig specialist acute zorg.

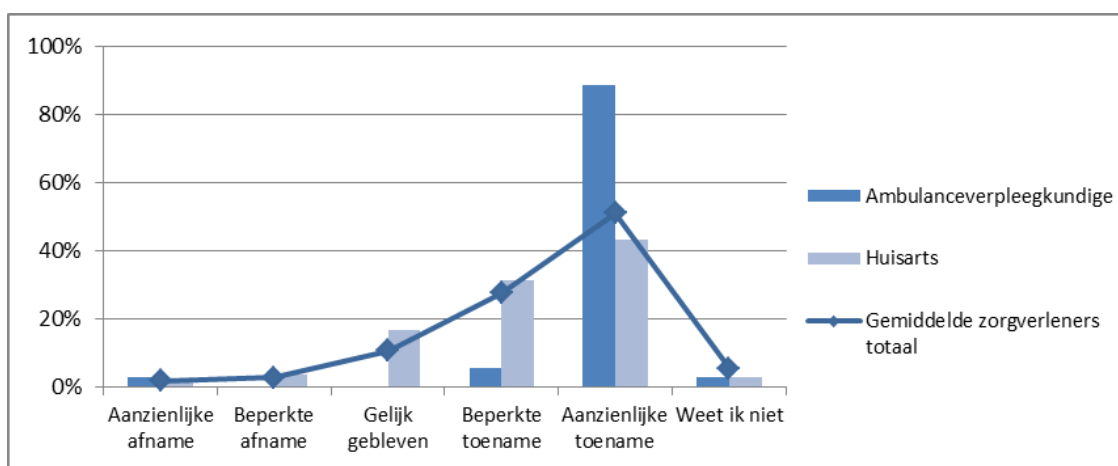
5.2 Vragenlijst

De vragenlijst is afgenomen onder zorgverleners in de acute zorgketen in de regio Zuid-Holland Zuid. Wij hebben hiervoor ambulanceverpleegkundigen, huisartsen, centralisten van de meldkamer ambulance, zorgverleners van de spoedeisende hulp en assistenten van de huisartsenpost benaderd. In totaal hebben 217 (respons 32%) zorgverleners deelgenomen aan het vragenlijstonderzoek, van wie er 191 de vragenlijst volledig hebben ingevuld. De grootste groep deelnemers bestaat uit huisartsen (48%), gevolgd door ambulanceverpleegkundigen (16%). In bijlage A vindt u de gevolgde werkwijze van het vragenlijstonderzoek.

In de volgende paragrafen leest u de ervaringen en opvattingen van zorgverleners over spoedeisende ambulancezorg, aangevraagd door huisartsen. In deze paragraaf vindt u een samenvatting van de belangrijkste bevindingen, in bijlage B kunt u de antwoorden per vraag vinden.

5.2.1 Toename spoedeisende ambulanceritten

Het merendeel van de ondervraagde zorgverleners heeft in de afgelopen twee tot drie jaar een toename in het aantal spoedeisende ambulanceritten ervaren (figuur 18). Ruim 15% van de zorgverleners is van mening dat het aantal ritten gelijk is gebleven of afneemt. Daarbij zijn er duidelijke verschillen te zien tussen de twee grootste groepen zorgverleners: van de ambulanceverpleegkundigen ervaart 89% een aanzienlijke toename in het aantal spoedeisende ambulanceritten, van de huisartsen is dat 43%. Nog eens 31% van de huisartsen ervaart een beperkte toename.



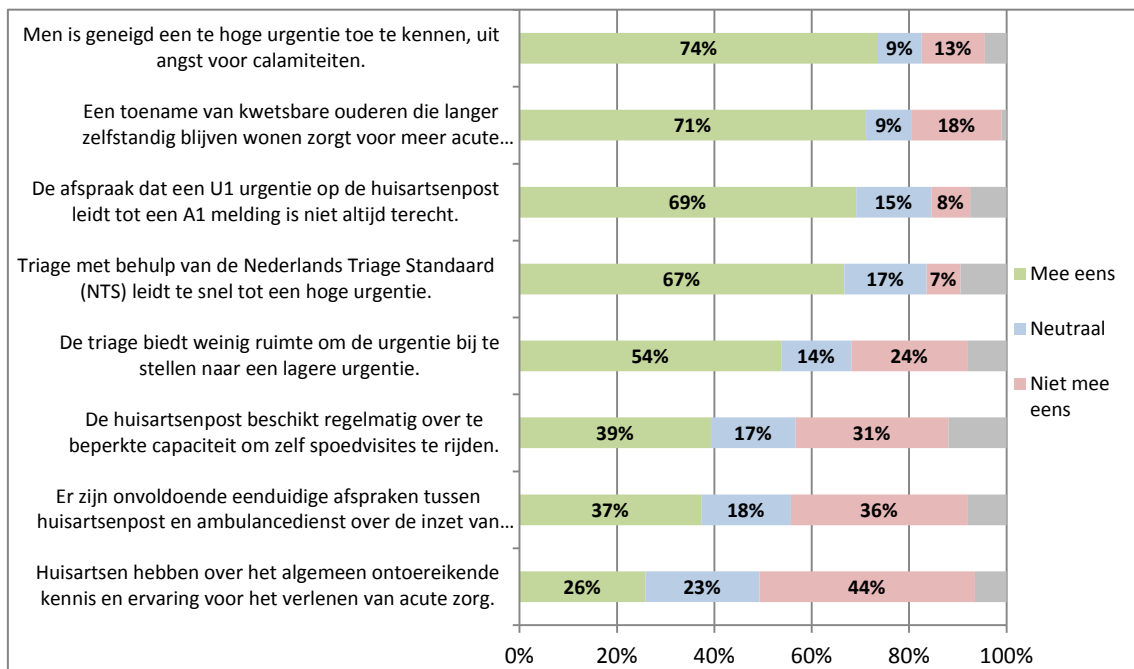
Figuur 18. Ervaren ontwikkeling spoedeisende ambulanceritten

De helft van de respondenten is het eens met de stelling dat het te vaak voorkomt dat de inzet van een spoedeisende ambulancerit achteraf niet nodig was voor de zorgvraag van de patiënt. Ook hier is weer een duidelijk onderscheid tussen huisartsen en ambulanceverpleegkundigen: 40% van de huisartsen is het eens met de stelling versus 86% van de ambulanceverpleegkundigen.

5.2.2 Mogelijke oorzaken EHGVRitten

Aan de zorgverleners is een aantal stellingen voorgelegd over mogelijke oorzaken van spoedeisende ambulanceritten waarvan achteraf bleek dat vervoer van de patiënt niet nodig was (EHGV-ritten: Eerste Hulp Geen Vervoer). In figuur 19 ziet u dat de opvattingen per stelling uiteenlopen. De meerderheid van de respondenten is het eens met de stellingen over de triage als mogelijke oorzaak voor EHGVRitten. Driekwart van de ondervraagde zorgverleners is het eens met de stelling dat er uit angst voor “calamiteiten” een te hoge urgentie wordt toegekend. Een duidelijke minderheid van de respondenten is het eens met de stellingen over de capaciteit van de huisartsenpost, de afspraken tussen huisartsenpost en ambulancedienst en de kennis en ervaring van huisartsen over acute zorg.

De verschillende beroepsgroepen zitten aardig op één lijn met hun opvattingen over mogelijke oorzaken voor de toename van het aantal door huisartsen aangevraagde spoedeisende ambulanceritten: een toename van ouderen, een hoge urgentie door de NTS triagestandaard en het toekennen van een te hoge urgentie uit angst voor “calamiteiten”. Dit geldt niet voor de andere stellingen, ambulanceverpleegkundigen en huisartsen hebben over een aantal stellingen tegengestelde opvattingen. Bijvoorbeeld over de kennis en ervaring van huisartsen over acute zorg als oorzaak van de stijging van door huisartsen aangevraagde spoedeisende ambulanceritten: 60% van de ambulanceverpleegkundigen is het eens met deze stelling (11% oneens), terwijl 70% van de huisartsen het oneens is (10% eens). Ook over de afspraken tussen huisartsenpost en ambulancedienst lopen de opvattingen uiteen. Van de ambulanceverpleegkundigen is 77% het met deze stelling eens, terwijl minder dan een kwart van de huisartsen zich kan vinden in deze stelling. Ook verschillen de opvattingen van ambulanceverpleegkundigen en huisartsen over de capaciteit van huisartsenposten voor het rijden van spoedvisites, zij het minder scherp. 57% van de ambulanceverpleegkundigen is het met de stelling eens (9% oneens), 28% van de huisartsen is het eens met de stelling (48% oneens).



Figuur 19. Stellingen en mogelijke oorzaken EHGVRitten

5.2.3 Andere overwegingen

Aan het einde van de vragenlijst konden de respondenten aanvullende opmerkingen maken, een mogelijkheid waarvan veelvuldig gebruik is gemaakt (n=84). In deze paragraaf leest u een samenvatting van de opmerkingen. De opmerkingen sluiten grotendeels aan bij bevindingen uit de focusgroepen, met voornamelijk zorgen over strikte triageprotocollen.

Het NTS triagesysteem wordt vaak, door verschillende typen zorgverleners, aangewezen als belangrijke oorzaak voor A1-meldingen die niet terecht zijn. Het triageprotocol zou te sensitief zijn:

“Het NTS is veel te sensitief, het is gericht op vooral niets te missen. Zo worden op de HAP ambulances gestuurd naar 25 jarige voorheen gezonde patiënten met bijvoorbeeld pijn op de borst en ook naar 90+ bejaarden die misschien helemaal niet naar het ziekenhuis willen. Niet zelden reageert een patiënt verbaasd als ze horen dat de ambulance direct komt ...”. (Huisarts)

Een deel van de zorgverleners die kritisch waren over het triageprotocol meende dat strikte triage inherent is aan de ‘angstcultuur’ waarin niet getolereerd wordt dat er fouten worden gemaakt. Dit zou ook voortvloeien uit de wet- en regelgeving en de verwachtingen uit de maatschappij.

“Ik merk dat de druk op de huisartsenpost qua patiëntenzorg hoog is. Ook zijn de mensen veeleisend en heb ik altijd het gevoel dat ik geen fouten mag maken. Als er uit de triage U1 komt, is het moeilijk om geen A1 rit te rijden. Ik denk dat er inderdaad vaak uit angst om fouten te maken, defensief wordt gehandeld en te snel een ambulance wordt ingezet. Daar komt bij dat het telefonisch gewoon erg lastig blijft om in te schatten of een klacht U1 is. Mensen brengen hun klachten vaak ook als ernstiger dan ze daadwerkelijk zijn. Als deze angst-cultuur zou kunnen minderen zou dit heel wat schelen.” (Huisarts)

Volgens een deel van de respondenten zou het triageprotocol dan ook niet leidend moeten zijn in de aanvraag van een spoedeisende ambulancerit. Huisartsen zouden de toekenning van een hoge urgentie moeten beoordelen en eventueel naar een lagere urgentie moeten kunnen bijstellen, is de mening van diverse huisartsen en andere zorgverleners:

“Op de huisartsenpost zou er altijd een regiearts aanwezig in het call-centrum moeten zijn, dit geeft makkelijker en beter overleg ivm triage/hoge urgentie en beleid inschatten.” (Assistent op de huisartsenpost)

Meerdere zorgverleners vonden de mogelijkheden voor het uitvragen in de triage te beperkt. Als er meer tijd zou zijn om de patiënt te bevragen, zou dit volgens hen leiden tot minder hoog-urgente meldingen. Zij vinden het wenselijk om meer te mogen afwijken van triageprotocollen en meer uitvraagmogelijkheid te hebben:

“Als er goed wordt uitgevraagd is het sturen van een ambulance meestal niet nodig!” (Huisarts)

6 Draagvlak onder zorgverleners Zuid-Holland Zuid voor verpleegkundig specialist acute zorg

- Een kleine meerderheid van de zorgverleners is van mening dat een verpleegkundig specialist acute zorg een zinvolle uitbreiding is van het zorgaanbod. Tweederde denkt dat inzet van de verpleegkundig specialist leidt tot een betere inzetbaarheid van de ambulance. Dit geldt sterker voor ambulanceverpleegkundigen dan voor huisartsen.
- Vanuit alle beroepsgroepen wordt overwegend (gedeeltelijke) steun verwacht voor de inzet van de verpleegkundig specialist. De meeste steun wordt verwacht van centralisten op de MKA en ambulanceverpleegkundigen.
- Ambulancedienst en huisartsenpost worden beiden vaak genoemd als partij waar de verpleegkundig specialist in dienst zou moeten zijn.
- Financiering van de verpleegkundig specialist zou voornamelijk een gedeelde verantwoordelijkheid moeten zijn van ambulancedienst, huisartsenpost (en spoedeisende hulp). Huisartsen wijzen de huisartsenpost als enige financier af, terwijl een derde van de ambulanceverpleegkundigen dat als aangewezen (enige) partij voor financiering ziet.

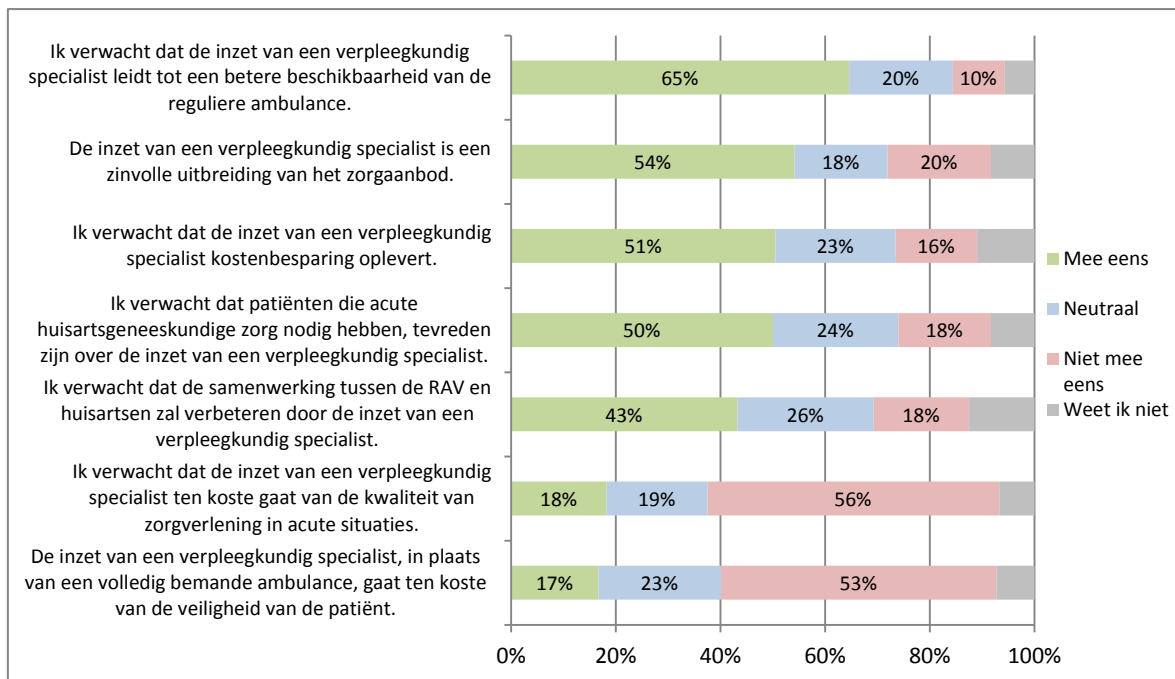
In de online focusgroepen is aan de zorgverleners een beschrijving voorgelegd van de *paramedic practitioner*. In Nederland is het wettelijk niet mogelijk om een *paramedic practitioner* te zetten (zie inleiding). In de focusgroepen is hier echter wel naar gevraagd, om zo open mogelijk te inventariseren wat de gedachten van zorgverleners over deze 'nieuwe' zorgverlener waren.

In de vragenlijst is aan de respondenten ook de *paramedic practitioner* uitgelegd, maar alleen doorgevraagd op de verpleegkundig specialist. In het vervolg van dit hoofdstuk vindt u de opvattingen van zorgverleners over de inzet van een verpleegkundig specialist en de mate waarin er draagvlak bestaat voor de inzet van dit type zorgverlener.

6.1 Opvattingen over de inzet van een verpleegkundig specialist

Aan de zorgverleners is in de vragenlijst een aantal stellingen voorgelegd over de inzet van een verpleegkundig specialist. In figuur 20 kunt u zien dat tweederde van de respondenten het eens is met de stelling dat de verpleegkundig specialist leidt tot een betere beschikbaarheid van de ambulance. De helft vindt de verpleegkundig specialist een zinvolle uitbreiding van het zorgaanbod, verwacht dat de inzet kostenbesparing oplevert en verwacht dat patiënten tevreden zullen zijn. Ruim de helft van de respondenten denkt niet dat de inzet van een verpleegkundig specialist ten koste gaat van de kwaliteit van zorgverlening of de veiligheid van de patiënt. 43% is het eens met de stelling dat de samenwerking tussen de ambulancedienst en huisartsen zal verbeteren door de inzet van een verpleegkundig specialist (ruim een kwart is neutraal, 18% oneens).

Hoewel de beroepsgroepen geen tegengestelde opvattingen hebben over de stellingen, verschillen de verhoudingen tussen de antwoordcategorieën. Met de stelling dat de verpleegkundig specialist een zinvolle uitbreiding van het zorgaanbod is, is elke beroepsgroep het overwegend eens. Van de deelnemende huisartsen geldt dit echter voor 41% (21% neutraal, 26% oneens), terwijl 57% van de ambulanceverpleegkundigen (20% neutraal en 20% oneens) en 88% van de SEH-verpleegkundigen (n=23) het met de stelling eens is. Een duidelijk verschil tussen de typen zorgverleners is ook te zien in de opvattingen over betere beschikbaarheid van de reguliere ambulance. Van de SEH-verpleegkundigen is 92% het hiermee eens (0% oneens), van de ambulanceverpleegkundigen is dat 83%. In verhouding zijn minder huisartsen het eens met deze stelling, namelijk iets meer dan de helft (24% neutraal, 13% oneens). Tevredenheid van de patiënt met de verpleegkundig specialist wordt door 77% van de ambulanceverpleegkundigen verwacht en door 36% van de huisartsen (31% neutraal, 24% oneens). Eveneens een duidelijk verschil is te zien voor de verwachting dat de samenwerking tussen ambulancedienst en huisartsen zal verbeteren: 60% van de ambulanceverpleegkundigen is het hiermee eens, versus 34% van de huisartsen (29% neutraal, 27% oneens).

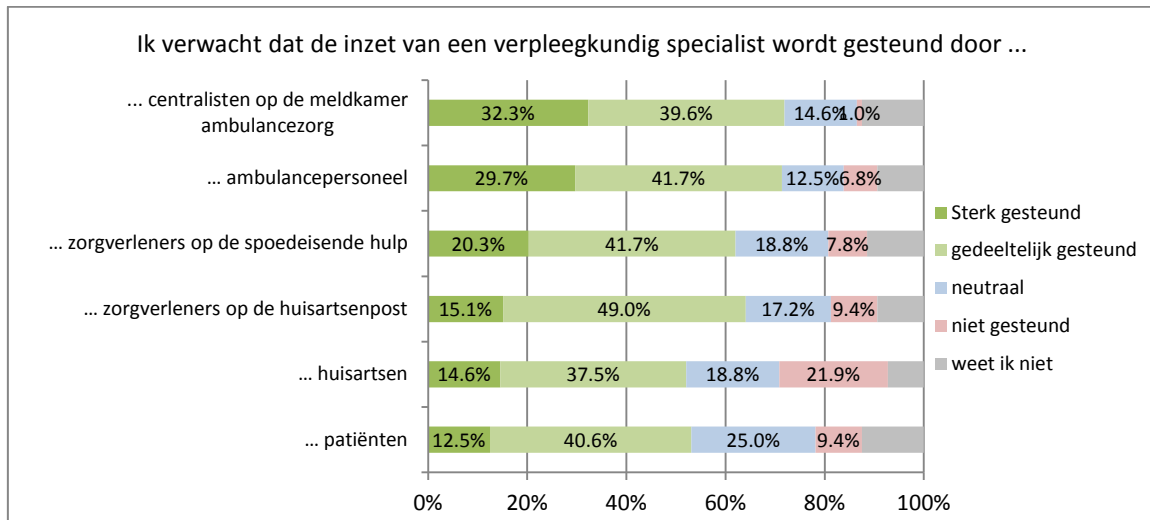


Figuur 20. Stellingen over de inzet van een verpleegkundig specialist

6.2 Steun beroepsgroepen voor de verpleegkundig specialist

Aan de zorgverleners is gevraagd in hoeverre zij verwachten dat de inzet van een verpleegkundig specialist wordt gesteund door de verschillende beroepsgroepen en patiënten. In figuur 21 is te zien dat de meerderheid verwacht dat er zowel steun is vanuit alle beroepsgroepen als van patiënten. (Bepaalde) steun van patiënten wordt vooral verwacht van ambulanceverpleegkundigen, assistenten op de huisartsenpost en SEH-verpleegkundigen. Van

de huisartsen verwacht 6% sterke steun en 31% beperkte steun van patiënten, 15% van de huisartsen verwacht geen steun, 33% is neutraal.

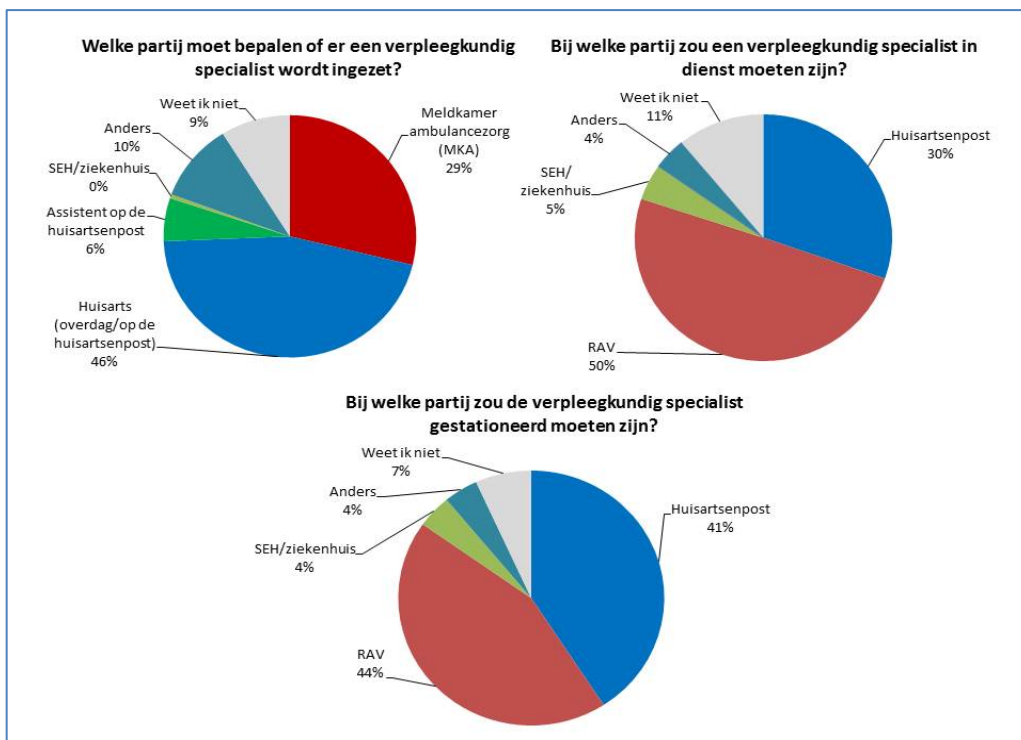


Figuur 21. Verwachte steun van zorgverleners voor de inzet van een verpleegkundig specialist

De meeste steun verwachten de zorgverleners van centralisten en ambulancepersoneel. Meer dan de helft van de ambulanceverpleegkundigen verwacht gedeeltelijke steun binnen hun beroepsgroep, bijna een kwart verwacht sterke steun. In verhouding verwachten de zorgverleners vaker sterke steun van ambulancepersoneel dan van huisartsen (31%). De deelnemers verwachten de minste steun van huisartsen, vooral door huisartsen zelf. 41% van de huisartsen verwacht sterke of gedeeltelijke steun binnen hun beroepsgroep, tegen 34% van de huisartsen die verwacht dat de verpleegkundig specialist niet wordt gesteund. Van de ambulanceverpleegkundigen verwacht bijvoorbeeld 66% sterke of gedeeltelijke steun van de huisartsen en verwacht 14% geen steun. Relatief veel SEH-verpleegkundigen verwachten sterke steun vanuit hun eigen beroepsgroep, namelijk 54% (n=14).

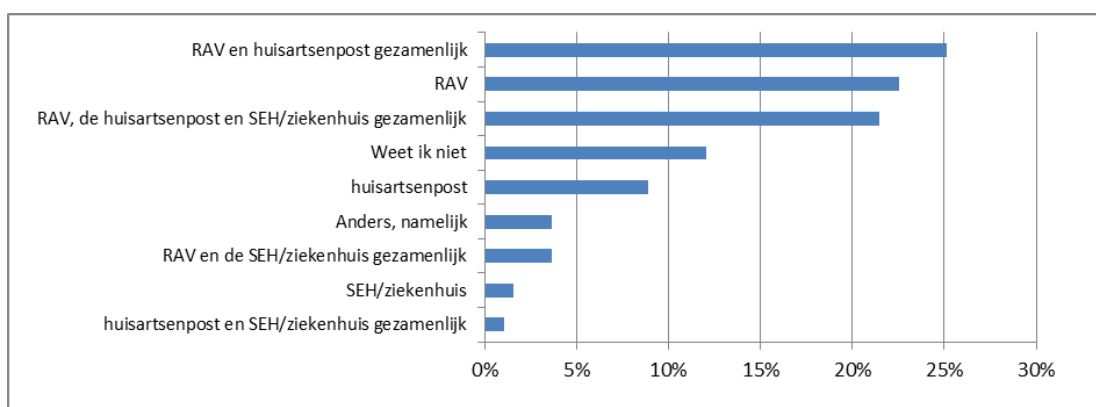
6.3 Voorwaarden inzet verpleegkundig specialist

De inzet van een verpleegkundig specialist is bedoeld als tussenvorm van acute huisartsgeneeskundige zorg en spoedeisende ambulancezorg. De vraag is dan welke partij leidend is bij de inzet van deze vorm van zorgverlening. De huisartsenpost en ambulancedienst (en meldkamer) zouden duidelijke de leidende partijen moeten zijn volgens de respondenten (figuur 22). De verhoudingen tussen deze twee partijen verschilt voor het bepalen van de inzet, dienstverband en stationering. Meer zorgverleners vinden dat de huisarts de inzet van de verpleegkundig specialist moet bepalen, de ambulancedienst werd vaker genoemd als partij waar deze zorgverlener in dienst zou moeten zijn. De huisartsenpost of ambulancedienst werd door ongeveer evenveel zorgverleners gezien als de partij waar de verpleegkundig specialist gestationeerd zou moeten zijn. Over welke partij de inzet zou moeten bepalen zijn de zorgverleners redelijk eensgezind. Over het dienstverband en stationering wijzen ambulanceverpleegkundigen wat vaker naar de huisartsenpost als de leidende partij (56% voor het dienstverband, 59% voor stationering), huisartsen juist iets vaker naar de ambulancedienst (55% voor het dienstverband, 45% voor stationering).



Figuur 22. Welke partij moet verantwoordelijk zijn voor de verpleegkundig specialist

De meeste respondenten vinden financiering van de verpleegkundig specialist de gezamenlijke verantwoordelijkheid van de ambulancedienst en huisartsenpost (figuur 23). Ruim een vijfde vindt dat de SEH/ziekenhuis ook partij moet zijn in de financiering. 23% van de respondenten wijst de RAV aan als financier, 9% de huisartsenpost. Er zijn duidelijke verschillen tussen de beroepsgroepen in hun opvattingen over de aangewezen partij(en) voor financiering van de verpleegkundig specialist. Van de ambulanceverpleegkundigen is 32% van mening dat de financiering moet komen uit het budget van de huisartsenpost, tegen 1% van de huisartsen die dat vindt. 27% van de ambulanceverpleegkundigen vindt dat het budget van de ambulancedienst moet worden aangesproken, terwijl dit geldt voor 37% van de huisartsen. Van de ambulanceverpleegkundigen steunt 38% gezamenlijke financiering door ambulancedienst en huisartsenpost, tegen 12% van de huisartsen.



Figuur 23. Door welke partij moet de verpleegkundig specialist worden gefinancierd als invoering kostenneutraal moet gebeuren.

6.4 Andere overwegingen

De mogelijkheid om aan het eind van de vragenlijst opmerkingen in te vullen is door een deel van de respondenten gebruikt om hun mening te geven over de verpleegkundig specialist. In deze paragraaf leest u een samenvatting van de opmerkingen.

Zorgverleners die aanvullende opmerkingen hebben gemaakt zijn voornamelijk kritisch over de inzet van een verpleegkundig specialist. Zij betwijfelen de meerwaarde voor het verlenen van acute zorg en noemen bezwaren zoals het verliezen van tijd als een patiënt alsnog naar de spoedeisende hulp moet worden vervoerd. Meerdere zorgverleners waren van mening dat een verpleegkundig specialist de communicatie compliceert en de zorgverlening (nog) minder overzichtelijk maakt:

“Ik denk door nog een specialist erbij te zetten in de acute keten dat het verwarrend voor de patiënt wordt en de keten ook niet ten goede komt.”

(Ambulanceverpleegkundige)

Een huisarts merkte op dat de verpleegkundig specialist vooral bedoeld is voor de opvang van kwetsbare ouderen, maar dat deze groep niet zorgt voor onnodige A1-ritten:

“De inzet van een verpleegkundig specialist zal denk ik niet leiden tot minder A1 ritten, maar wel zorgen voor minder visites van de huisarts zelf.” (Huisarts)

Er zijn ook positieve geluiden. Een verpleegkundig specialist zou volgens een huisarts een uitkomst kunnen zijn in situaties waar een snelle beoordeling van de patiënt nodig is. Een andere huisarts stelde:

“Een goed opgeleide verpleegkundig specialist, die goed weet wat zijn/haar beperkingen zijn kan zeker waardevol zijn in de acute zorg.” (Huisarts)

7 Nabeschuwing

De toename van het aantal spoedeisende ambulanceritten in Zuid-Holland Zuid past in een landelijk beeld. Uit dit onderzoek blijkt geen samenhang met demografische kenmerken, al komt dat wel uit eerder onderzoek naar voren. Eerder onderzoek laat zien dat ambulanceverpleegkundigen ervaren dat de triage op de huisartsenpost samenhangt met een toename van het aantal spoedeisende ambulanceritten. Veiligheid van de triage is een belangrijke overweging. De ambulancedienst en huisartsen(posten) zouden (nog) meer moeten afstemmen over welke zorg op zijn plaats is. De verpleegkundig specialist kan daar een rol in spelen.

In dit hoofdstuk leest u hoe de onderzoeksbevindingen passen binnen de context van bestaande literatuur en de implicaties van de gevolgde werkwijze voor de interpretatie van de onderzoeksbevindingen.

7.1 Aansluiting bij de bestaande literatuur

In deze paragraaf leest u hoe de bevindingen uit dit onderzoek aansluiten bij eerder onderzoek.

7.1.1 Ontwikkeling acute zorgvraag

De toename van het aantal spoedeisende ambulanceritten in Zuid-Holland Zuid past in een landelijk beeld, maar vergeleken bij andere regio's in Nederland behoort deze ambulancedienst tot de middenmoot (Kommer et al., 2015). Wat de zorgvraag bij de huisartsenpost betreft is er weliswaar een duidelijke stijging te zien in het aandeel hoog-urgente contacten, maar de toename van het totale aantal contacten is na jarenlange stijging gestabiliseerd (InEen, 2015). Uit dit onderzoek komt geen duidelijk beeld naar voren van demografische kenmerken die samenhangen met de toegenomen vraag naar acute zorg. Uit een studie van Kommer et al. (2015) bleek echter de helft van de groei samen te hangen met demografische factoren, zoals de vergrijzing. De studie is gebaseerd op ambulanceritgegevens van acht ambulanceregio's die leeftijd en geslacht van de patiënt goed registreerden. Van de overige regio's was de registratie ontoereikend. Ook in andere landen wordt vergrijzing en de daarmee samenhangende toename in het aantal mensen met chronische aandoeningen, aangewezen als één van de oorzaken van de toename van de acute zorgvragen (Berchet, 2015). Daarnaast wijst Berchet (2015) op factoren aan de zorgaanbiederskant, zoals een gebrekkige toegang tot eerstelijnszorg, een tekort aan zorgvoorzieningen buiten kantoortijden en lange wachttijden.

7.1.2 Triage

Zorgverleners in dit onderzoek wijzen de manier van triëren op de huisartsenpost aan als een oorzaak voor de toename van het aantal door huisartsen aangevraagde spoedeisende ambulanceritten. De ervaring van zorgverleners dat patiënten met pijn op de borst-klachten door de huisartsenpost worden doorverwezen naar de ambulance sluit aan bij de bevindingen van Verhage et al. (2014). Uit het NHG-standpunt over huisarts en spoedzorg (2013) blijkt dat de wijze van triëren wordt ingegeven door de wens de veiligheid van de triage te verbeteren. Hierbij wordt ook de keerzijde genoemd dat de werkdruk van huisartsen toeneemt en de doelmatigheid afneemt.

7.1.3 Tussen ambulancezorg en huisartsgeneeskundige zorg

In de opvatting van een groot deel van de zorgverleners die deelnamen aan dit onderzoek is betere afstemming en taakverdeling tussen de ambulancedienst en huisartsen(posten) noodzakelijk. Dit pleidooi wordt ook gevoerd door Giesen et al (2015), Ambulancezorg Nederland, VHN (nu InEen) (2012) en de NHG (2013). Het belang van afstemming blijkt ook uit het hoge aantal spoedeisende ambulanceritten waarvan achteraf bleek dat de patiënt in de eerstelijns behandeld had kunnen worden (Smits et al, 2014). Giesen et al. (2015) opperen de inzet van een huisarts samen met een ambulanceverpleegkundige als één van de maatregelen om tot betere afstemming en betere acute zorgverlening te komen.

In veel Europese landen wordt gezocht naar oplossingen voor zorgvragen in het grijze gebied tussen acute zorg in de eerste lijn en spoedzorg in de tweede lijn (Sagan & Richardson, 2015). In dit onderzoek is, in navolging van de inzet van *paramedic practitioners* in het Verenigd Koninkrijk, uitgegaan van de Verpleegkundig Specialist acute zorg bij somatische aandoeningen als zorgverlener tussen de ambulance en huisarts. De *paramedic practitioner* heeft geen wettelijke basis in Nederland. Daarom is uitgegaan van de verpleegkundig specialist als zorgverlener die het dichtst in de buurt komt van de *paramedic practitioner*. Het is echter niet evident dat de verpleegkundig specialist direct past in het profiel van zorgverlener tussen de ambulance en de huisarts. De functie van verpleegkundig specialist is relatief nieuw en daardoor is het voor zorgorganisaties nog niet altijd duidelijk hoe deze zorgverlener moet worden ingezet. Bovendien verschillen de uitstrooprofielen per opleiding en daarom is er geen sprake van dé verpleegkundig specialist acute zorg voor somatische aandoeningen (Laurant et al., 2014). Voordat een verpleegkundig specialist inzetbaar zal zijn als zorgverlener tussen de ambulance en huisarts zal aanvullende opleiding en het opdoen van ervaringen op de huisartsenpost nodig zijn. Dit onderzoek biedt daarvoor nog te weinig onderbouwing, aanvullend onderzoek is nodig.

7.2 Sterke en zwakke punten van deze studie

De gevolgde werkwijze in dit onderzoek heeft implicaties voor de interpretatie van de bevindingen en kent een aantal sterke en een aantal zwakke punten. Een sterk punt van de onderzoeks aanpak is het gebruik van meerdere methoden en bronnen. Daardoor is een rijk beeld ontstaan van ontwikkelingen in de acute zorgketen en opvattingen van zorgverleners. De vergelijking van drie jaren geeft bovendien een indicatie van een trend in de vraag naar acute zorg. De combinatie van ambulanceritgegevens en gegevens over zorggebruik op de huisartsenpost maakt een vergelijking mogelijk tussen deze vormen van acute zorg. De vragenlijst voor het peilen van opvattingen van zorgverleners is afgenomen onder verschillende typen zorgverleners in de acute zorgketen, wat heeft geleid tot een gevarieerd beeld van heersende opvattingen onder zorgverleners.

Tegelijkertijd is er een aantal beperkingen dat in overweging moet worden genomen. Allereerst is de kwaliteit van registreren in de ambulanceritgegevens beperkt. Patiëntkenmerken zoals leeftijd en geslacht worden meestal geregistreerd, maar de letselcode (gezondheidsprobleem) waarvoor wordt uitgereden is niet altijd ingevuld, of er is gebruik gemaakt van een verzamelcode zoals *overig*. Zowel de ambulanceritgegevens als de gegevens over contacten met de huisartsenpost bevatten een beperkte set van patiëntkenmerken. Daardoor is er geen rekening gehouden met, mogelijk, invloedrijke kenmerken zoals ziektegeschiedenis en sociaaleconomische status van de patiënt. Ook is er geen rekening gehouden met organisatiekenmerken van de ambulancedienst en huisartsenposten (bijvoorbeeld samenwerking tussen huisartsenpost en spoedeisende hulp).

De zorgverleners zijn geworven via de ambulancedienst en de huisartsenposten in de regio Zuid-Holland Zuid (en omliggende gebieden voor wat betreft huisartsen en huisartsenpostassistenten). Daardoor heeft er een zekere zelfselectie plaats kunnen vinden en is het aannemelijk dat juist die zorgverleners hebben deelgenomen met een duidelijke mening over spoedeisende ambulancezorg in opdracht van huisartsen. Bovendien is er geen zicht op de zorgverleners die niet hebben deelgenomen. Daardoor zijn de uitkomsten vooral een afspiegeling van de opvattingen van de deelnemers en niet representatief voor alle zorgverleners uit de acute zorgketen in Zuid-Holland Zuid. Daar staat tegenover dat, met 217 deelnemers (respons 32%), een redelijk aantal zorgverleners heeft deelgenomen aan de vragenlijst. Bijna de helft van de deelnemers bestond uit huisartsen. In de opvattingen van huisartsen was meer spreiding te zien over de antwoordcategorieën en zij gaven vaker als antwoord *neutraal*, terwijl ambulanceverpleegkundigen vaker *helemaal mee eens* of *helemaal mee oneens* antwoordden.

De mate van zelfselectie is vooral aan de orde voor de deelnemers aan de online focusgroepen. Een kleine groep zorgverleners heeft gereageerd op de oproep deel te nemen aan de online focusgroepen. De uitkomsten hebben echter een goede eerste indruk gegeven van de opvattingen die er zoal leven bij zorgverleners in Zuid-Holland Zuid. De uitkomsten waren bruikbaar voor het samenstellen van de vragenlijst. De opvattingen in de focusgroepen kwamen overeen met de opmerkingen die een groot deel van de zorgverleners maakte in het open opmerkingenveld van de vragenlijst.

De bevindingen van dit onderzoek geven een beeld van de situatie in de ambulanceregio Zuid-Holland Zuid en zijn niet zomaar te vertalen naar de landelijke situatie. Dit geldt wel voor de gegevens over contacten met de huisartsenpost, die representatief zijn voor Nederland wat betreft leeftijd en geslacht van de patiënten (zie bijlage A).

Dit onderzoek heeft nog niet in beeld kunnen brengen wat de gevolgen zijn van de hervormingen van het zorgstelsel, zoals die vanaf 1 januari 2015 zijn ingezet (Algemene Rekenkamer, 2014). De geanalyseerde ambulanceritgegevens en gegevens over contacten met de huisartsenpost betroffen de jaren 2012 - 2014. De komende jaren zal blijken of het grotere beroep op zelfredzaamheid en het langer zelfstandig blijven wonen van ouderen en langdurig zieken, zal leiden tot veranderingen in de vraag naar acute zorg.

Literatuur

- Algemene Rekenkamer (2014). Hervorming AWBZ. Een simulatie van de gevolgen. Den Haag: Algemene Rekenkamer.
- Ambulancedienst Zuid-Holland Zuid. www.adzhz.nl. Gevonden op 6 april 2016.
- Ambulancezorg Nederland (2015). Ambulances in-zicht 2014. Zwolle: Ambulancezorg Nederland (AZN).
- Ambulancezorg Nederland (ANZ), Vereniging Huisartsenposten Nederland (VHN) (2012). Ambulancezorg en huisartsenposten slaan handen ineen. Beleidsagenda HAP + RAV 2013-2014. Zwolle/Utrecht: AZN/VHN (nu InEen).
- Berchet, C. (2015). Emergency care services: Trends, drivers, and interventions to manage the demand. OECD Working Paper No. 83. Parijs: Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD).
- Blunt, I., Edwards, N., Merry, L. (2015). What's behind the A&E 'Crisis'? London: Nuffield Trust.
- Evans, R., McGovern, R., Birch, J. & Newbury-Birch, D. (2013). Which extended paramedic skills are making an impact in emergency care and can be related to the UK paramedic system? A systematic review of the literature. *Emergency Medicine Journal*. doi:10.1136/emmermed-2012-202129.
- Fleuren, M.A.H., Paulussen, T.G.W.M., van Dommelen, P. & van Buuren, S. (2014). Towards a measurement instrument for determinants of innovations. *International Journal for Quality in Health Care*, 26 (5).
- Fleuren, M.A.H., Paulussen, T.G.W.M., van Dommelen, P. & van Buuren, S. (2012). Meetinstrument voor Determinanten van Innovaties. TNO.
- InEen (2015). Benchmarkbulletin huisartsenposten 2015. Utrecht: InEen.
- Kommer, G.J., Gijsen, R. & van Gils, P. (2015) Trendanalyse spoedeisende ambulancezorg. Bilthoven: RIVM.
- Kommer, G.J. & Zwakhals, S.L.N. (2013) Referentiekader Spreiding en Beschikbaarheid Ambulancezorg 2013. Bilthoven: RIVM.
- Kuchinke, Wolfgang, Ohmann, C., Verheij, R.A., van Veen, E.B. & Delaney, B.C. (2016). Development Towards a Learning Health System—Experiences with the Privacy Protection Model of the TRANSFoRM Project. In: Data Protection on the Move. Springer Netherlands, 101-134.
- Lamberts, H. & Wood, M. (1987). International classification of primary care. Oxford: Oxford University Press.
- Nederlandse Zorgautoriteit (NZA) (2016). Normoverschrijdingen responstijden ambulances. De zorgplicht van zorgverzekeraars voor ambulancezorg. Utrecht: NZA.
- NIVEL Zorgregistraties eerste lijn. <http://www.nivel.nl/nl/NZR/zorgregistraties-eerstelijin>. Utrecht: NIVEL.
- NIVEL Zorgregistraties eerste lijn (2014). Privacyreglement: <http://www.nivel.nl/sites/default/files/Privacyreglement%20met%20toelichting%20pseudonimisering%20v2.1%2020140507.pdf> Utrecht: NIVEL.
- Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ) (2013). Ketenbrede kwaliteitsindicatoren acute zorg. Tilburg: LNAZ.
- Laurant, M., van de Camp, K., Boerboom, L. & Wijers, N. (2014). Een studie naar functieprofielen, taken en verantwoordelijkheden van Physician Assistants en Verpleegkundig Specialisten. Nijmegen: IQ Healthcare, Radboudumc.

- Lowthian, J.A., Cameron, P.A., Stoelwinder, J.U., Curtis, A., Currell, A., Cooke, M.W. & McNeil, J.J. (2011). Increasing utilisation of emergency ambulances. *Health Service Utilisation*, 35: 63-69.
- Mason S., et al. (2007). Effectiveness of paramedic practitioners in attending 999 calls from elderly people in the community: cluster randomized controlled trial. *British Medical Journal*, doi:10.1136/bmj.39343.649097.55
- Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) (2013). NHG-standpunt Huisarts en spoedzorg. Utrecht: NHG.
- Nederlandse Triage Standaard (2012). Triage acute zorg op één golflengte. Factsheet NTS. Utrecht: NTS.
- Sagan, A. & Richardson, E. (2015). Out-of-hours primary care and demand for emergency medical services. *Eurohealth*, 21 (4).
- Smits, M., Francissen, O., Weerts, M., Janssen, K., van Grunsven, P. & Giesen, P. (2014). Spoedritten ambulance vaak eerstelijnszorg. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 158.
- Tates, K., Zwaanswijk, M., Otten, R., Van Dulmen, A.M., Hoogerbrugge, P.M., Kamps, W.A. & Bensing, J.M. (2009). Online focus groups as a tool to collect data in hard-to-include populations: Examples from paediatric oncology. *BMC Medical Research Methodology*, 9 (15).
- Verhage, V., Tuinstra, J. & Bakker, R. (2014) Ambulanceritten zonder vervoer van de patiënt. *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, 92 (3).
- Wollard, M. (2006). The Role of the Paramedic Practitioner in the UK. *Australasian Journal of Paramedicine*, 4 (1).
- Zwaanswijk, M. & Kösters, M. (ingediend). Children's and parents' evaluations of 'FRIENDS for Life', an indicated school-based prevention program for children with symptoms of anxiety and depression.
- Zwaanswijk, M., Tate, K., Van Dulmen, A.M., Hoogerbrugge, P.M., Kamps, W.A., Bensing, J.M. (2007). Young patients', parents', and survivors' communication preferences in paediatric oncology: Results of online focus groups. *BMC Pediatrics*, 7 (35).

Wet- en regelgeving

Beleidsregels van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 20 september 2011, nr. CZ-3082275, ter uitvoering van artikel 6, derde lid, van de Twaz.

Tijdelijk besluit zelfstandige bevoegdheid verpleegkundig specialisten.

Tijdelijke wet ambulancezorg (Twaz).

Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (wet BIG).

Bijlagen

Bijlage A:	Methoden
Bijlage B:	Tabellen vragenlijstonderzoek
Bijlage C:	Vragenlijst
Bijlage D:	Vragen en toelichting online focusgroepen

Bijlage A: Methoden

Dit onderzoek is in de periode oktober 2015 – maart 2016 uitgevoerd. Er is gebruik gemaakt van: ambulanceritgegevens, elektronische patiëntendossiers van huisartsenposten, online focusgroepen en vragenlijsten.

Ambulanceritgegevens

Voor het analyseren van de ontwikkeling van de spoedritten is er gebruik gemaakt van de ambulanceritgegevens van de ambulancedienst Zuid-Holland Zuid voor de jaren 2012, 2013 en 2014. In de gehele periode is het verzorgingsgebied van de ambulancedienst gelijk gebleven.

De meldkamer Ambulance van ambulancedienst Zuid-Holland Zuid registreert ambulance ritgegevens van zes ambulanceposten. Hierin wordt voor elke melding een toestandsbeeld/letselcode geregistreerd, die aangeeft met welke werkdiagnose de ambulance naar een patiënt gegaan is. Daarnaast worden in deze database de urgentie van de ambulancerit en patiëntgegevens zoals leeftijd en geslacht geregistreerd. Als een ambulance wordt aangevraagd door een huisarts, dan wordt dit eveneens geregistreerd.

Allereerst is het totale aantal ritten berekend, voor alle typen aanvragers (huisarts versus niet-huisarts). Vervolgens zijn de analyses gedaan op ritten die door huisarts zijn aangevraagd (n=9.873 in 2012, n=9.276 in 2013 en n=11.631 in 2014). In de analyses is steeds gekeken naar de spoedeisende ambulanceritten; ritten met urgentie A1 en A2. Op basis van de aanvraagtijd en de datum is een selectie gemaakt van ritten aangevraagd tijdens de dagzorg en op de huisartsenpost. Ritdata met ontbrekende aanvraagtijden (n=1 in 2012) werden niet meegenomen. Bij ritten die overdag (8.00 uur-17.00 uur) werden aangevraagd, is er vanuit gegaan dat deze door de huisarts in de dagpraktijk zijn aangevraagd. Voor ritten die zijn aangevraagd in de avonden (17.00 uur-0.00 uur), 's nachts (0.00 uur-8.00 uur), in het weekend of tijdens feestdagen wordt er vanuit gegaan dat de huisarts of assistent op de huisartsenpost de aanvraag heeft gedaan.

Door middel van beschrijvende statistiek is er gekeken naar het aantal spoedeisende ambulanceritten aangevraagd door de huisarts, uitgesplitst naar dagpraktijk en ANW-uren op de huisartsenpost. Daarnaast is er gekeken wat het aandeel eerste hulp geen vervoer ritten was, aan de hand van de omschrijving van de rit. In 2012 en 2014 zijn deze ritten geclassificeerd als "EH ter plaatse" in 2013 wordt een eerste hulp geen vervoer rit omschreven als "EH geen vervoer". Ook is per urgentie categorie gekeken naar leeftijd- en geslachtsverdelingen. De ritten met ontbrekende gegevens op deze kenmerken zijn buiten beschouwing gelaten. Dit gaat om de volgende aantallen, die deels overlappen: in 2012: 60 ritten zonder registratie van het geslacht van de patiënt en 73 zonder registratie van de leeftijd van de patiënt; in 2013: 135 ritten zonder registratie van geslacht, 142 zonder leeftijd; in 2014: 53 ritten zonder registratie van geslacht, 54 zonder leeftijd.

Gegevens huisartsenposten NIVEL Zorgregistraties eerste lijn

Als onderdeel van NIVEL Zorgregistraties eerste lijn (www.nivel.nl/zorgregistraties) verzamelt het NIVEL sinds 2012 routinematig geregistreerde gegevens uit elektronische patiëntendossiers van een steekproef van eerstelijns zorgaanbieders, waaronder organisaties van huisartsenposten (huisartsendienstenstructuren, HDSen). Deze data bevat onder andere informatie over de gezondheidsproblemen die gepresenteerd worden op de huisartsenpost en de urgentie die aan deze problemen is toegekend. Het gaat hier om de contacten die zijn gedeclareerd.

Voor dit onderzoek zijn alleen gegevens gebruikt van HDSen waar sprake is van een goede registratie van gezondheidsproblemen. Voor de analyses is gebruik gemaakt van de gegevens van HDSen waar gezondheidsproblemen goed zijn geregistreerd. Dat houdt in dat er voor minimaal 70% van de contacten met de huisartsenpost een betekenisvolle ICPC-code is geregistreerd. Symptomen en aandoeningen van personen die gebruik maken van de huisartsenpost zijn geregistreerd met behulp van de International Classification of Primary Care (ICPC) (Lamberts & Wood, 1987). Alleen ICPC-codes in de range 01 tot en met 29 (symptomen) en in de range 70 tot en met 99 (aandoeningen) worden beschouwd als betekenisvolle ICPC-codes. Daarnaast worden ook A44 (inenting), R44 (influenzavaccinatie) en X37 (cervix-uitstrijkje) als betekenisvolle ICPC-codes beschouwd. ICPC-codes A97 (geen ziekte) en A99 (andere gegeneraliseerde/niet gespecificeerde ziekte) kunnen betekenisvolle ICPC-codes zijn. De neiging bestaat echter om deze codes te gebruiken als een zorgverlener niet direct weet wat er met een patiënt aan de hand is. Wij zien deze codes daarom niet als betekenisvolle ICPC-codes. Dit geldt ook voor ICPC-codes in de range 30-69 (verrichtingen). Omdat veel individuele ICPC-codes slechts bij kleine aantallen patiënten voorkomen, zijn de codes voor de analyses gegroepeerd in ICPC-hoofdstukken en ICPC-clusters op basis van orgaanstelsels of type probleem.

De urgentiecategorieën, met de snelheid van handelen, zijn: U0 is uitval vitale functies – reanimatie; U1 is direct levensgevaar – onmiddellijk; U2 is bedreiging vitale functies of orgaanschade – zo snel mogelijk; U3 is reële kans op schade – binnen enkele uren; U4 is verwaarloosbare kans op schade – dezelfde dag; en U5 is geen kans op schade – volgende werkdag. (NHG, 2013; NTS, 2012).

Over de periode 2012-2014 zijn de gegevens gebruikt van 17 tot 22 HDSen met een gezamenlijk verzorgingsgebied variërend van 6,1 miljoen in 2012 tot 8,9 miljoen in 2014. Deze populatie is representatief voor de Nederlandse bevolking wat betreft leeftijd en geslacht.

HDSen hebben aangegeven welke postcodegebieden tot hun verzorgingsgebied behoren. Voor bepaling van het aantal inwoners in de verzorgingsgebieden en de leeftijds- en geslachtsverdeling van de inwoners zijn gegevens van het Centraal Bureau voor de Statistiek gebruikt, die gaan over het betreffende rapportagejaar (dus gegevens uit 2013 voor het rapportagejaar 2013). Sommige postcodegebieden vallen in het verzorgingsgebied van meer dan één HDS. In die gevallen is een correctiefactor op het aantal inwoners toegepast om dubbeltellingen te voorkomen.

Tabel 1. Totaal aantal contacten van goed registrerende HDS-en in de periode 2012 - 2014

Jaar	Totaal aantal contacten	Aantal inwoners verzorgingsgebieden
2012	1.398.250	6.144.649
2013	1.925.199	8.233.366
2014	2.036.230	8.898.940

In de periode 2012 – 2014 nam het aantal HDS-en toe dat gegevens ter beschikking stelde aan NIVEL Zorgregistraties. De gegevens voor de selectie van HDSen over 2012 beslaan bijna 1,4 miljoen contacten van ruim 0,9 miljoen patiënten en ruim 6,1 miljoen inwoners in de verzorgingsgebieden (zie tabel 1). In de opvolgende jaren is het aantal patiënten toegenomen tot ruim 1,3 miljoen in 2014. Het aantal contacten per jaar per inwoner van de verzorgingsgebieden is constant gebleven. Deze cijfers betreffen alleen de gegevens van de selectie van goed registrerende HDSen.

Beschrijvende analyses zijn uitgevoerd met behulp van het statistische softwarepakket STATA versie 14.0. Op basis van de gegevens van de goed registrerende HDSen is berekend hoe vaak gezondheidsproblemen, gegroepeerd in ICPC-hoofdstukken en ICPC-clusters, voorkomen per 1000 inwoners van de verzorgingsgebieden van de HDSen. Verder is een verdeling gemaakt naar type contacten en de urgentie van contacten. Vervolgens zijn er uitsplitsingen gemaakt van type contacten per urgentiecategorie en urgentie per type gezondheidsprobleem. Ook is er gekeken naar de patiëntkenmerken voor verschillende categorieën contacten met de huisartsenpost.

De routinematig bijgehouden patiëntgegevens en zorginhoudelijke gegevens worden naar het NIVEL verzonden via een Trusted Third Party (ZorgTTP). De software van ZorgTTP converteert patient-identificerende gegevens naar een pseudoniem. Dit wordt gedaan om de privacy van patiënten te kunnen waarborgen in het kader van de Wet Bescherming Persoonsgegevens. Voor meer informatie over de privacybescherming zie <http://www.nivel.nl/sites/default/files/Privacyreglement%20met%20toelichting%20pseudonimisering%20v2.1%2020140507.pdf> en Kuchinke et al. (2016).

Online Focusgroepen

Om te verkennen welke mogelijke oorzaken zorgverleners in de acute zorgketen ervaren voor de toename van het aantal door huisartsen aangevraagde spoedeisende ambulanceritten, is gebruik gemaakt van online focusgroepen. Online focusgroepen hebben als voordeel dat deelnemers kunnen reageren vanaf een plaats en op een moment dat hen het beste uitkomt. De online focusgroepen zijn uitgevoerd via een beveiligde applicatie, die ontwikkeld is in een eerder NIVEL-project (Zwaanswijk et al., 2007; Tates et al., 2009). De deelnemers is gevraagd om anoniem te reageren op de vragen en op elkaars reacties.

De bedoeling was om verschillende typen zorgverleners uit de acute zorgketen te laten deelnemen aan de online focusgroepen. Daartoe zijn ambulanceverpleegkundigen, huisartsen, huisartsenpostassistenten, zorgverleners op de spoedeisende hulp (SEH) en centralisten van

de meldkamer ambulance benaderd. Van ambulanceverpleegkundigen (n=64), SEH zorgverleners (n=82) en centralisten (n=26) in de regio Zuid-Holland Zuid waren de e-mailadressen bekend en aan hen is een uitnodiging voor deelname per e-mail gestuurd.

Voor de werving van huisartsen is in eerste instantie gebruik gemaakt van een adressenbestand van huisartsen in de regio Zuid-Holland Zuid. Deze adressen waren afkomstig uit het AGB-register van Vektis (www.agbcode.nl), versie oktober 2015. Van de 279 huisartsen in dit bestand was een postadres bekend. Uit dit bestand werd een aselechte steekproef getrokken van 90 huisartsen, die vervolgens per brief zijn uitgenodigd. Hier kwam slechts één reactie op. Het was niet mogelijk om e-mailadressen van huisartsen te verkrijgen en daarom is via drie huisartsendienstenstructuren (HDSen) met verzorgingsgebieden in de regio Zuid-Holland Zuid ('t Hellegat, Drechtsteden en Gorinchem) een mailing naar de aangesloten huisartsen en assistenten gestuurd.

Aan de online focusgroepen hebben veertien zorgverleners deelgenomen, verdeeld over twee online focusgroepen. De deelnemers bestonden uit drie ambulanceverpleegkundigen, vijf huisartsen, drie centralisten van de meldkamer ambulance en drie medewerkers van de spoedeisende hulp (SEH). De verschillende typen zorgverleners zijn evenredig verdeeld over de online focusgroepen, op volgorde van aanmelding (om en om). Vooral de ambulanceverpleegkundigen en huisartsen hebben actief bijgedragen aan het gesprek, terwijl de inbreng van de centralisten en SEH-medewerkers beperkt bleef.

In de online focusgroepen werd gevraagd naar mogelijke verklaringen voor de toegenomen vraag naar spoedeisende ambulancezorg en over mogelijke oplossingen hiervoor. Onderwerpen die aan de orde kwamen zijn: ervaringen met de ontwikkelingen van het aantal spoedeisende ambulanceritten in opdracht van een huisarts, mogelijke oorzaken van deze ontwikkelingen, mogelijke oplossingen, en opvattingen over de *paramedic practitioner*. In de online focusgroepen is aan de zorgverleners een beschrijving voorgelegd van de *paramedic practitioner*. In Nederland is het wettelijk niet mogelijk om een *paramedic practitioner* in te zetten (zie inleiding). In de focusgroepen is hier echter wel naar gevraagd, om zo open mogelijk te inventariseren wat de gedachten van zorgverleners over deze 'nieuwe' zorgverlener waren. De vragen voor de online focusgroepen zijn opgesteld in samenspraak met de ambulancedienst Zuid-Holland Zuid.

Voorafgaand aan de opening van de online focusgroepen ontving iedere deelnemer een e-mail met inlogcode, anonieme nickname en de spelregels (zie bijlage D). De online focusgroepen stonden acht dagen open, waarvan vijf werkdagen iedere dag een vraag is toegevoegd, aangekondigd door een e-mail aan de aanmelders. Daarna hebben de groepen nog drie dagen open gestaan (waarvan één werkdag) om voldoende tijd te hebben om te reageren op alle vragen. De onderzoeker logde een paar keer per dag in om te zien of de reacties voldeden aan de spelregels.

Na sluiting van de online focusgroepen is de ruwe tekst gerubriceerd per deelnemer en per vraag. Daarna is er een analysematrix gemaakt, met in de kolommen de onderwerpen uit de focusgroepen en op de rijen de deelnemers. De ruwe tekst is geplakt in de velden per deelnemer en onderwerp. Per deelnemer is zo een beeld verkregen hoe deze over de

verschillende onderwerpen denkt. Per onderwerp is een beeld verkregen hoe er door de verschillende deelnemers over werd gedacht. Ieder onderwerp werd zo nodig uitgesplitst in deelthema's, waarna een samenvatting van de tekst per onderwerp is gemaakt.

Vragenlijst

De bevindingen van de focusgroepen zijn gebruikt voor het opstellen van een vragenlijst. Met behulp van deze vragenlijst is onderzocht welke opvattingen en ervaringen verschillende typen zorgverleners hebben over spoedeisende ambulancezorg aangevraagd door huisartsen. Een deel van de vragenlijst bestond uit een draagvlakmeting voor de verpleegkundig specialist acute zorg. Dit deel is gedeeltelijk gebaseerd op de MIDI-vragenlijst van Fleuren et al. (2012, 2014). De vragenlijst is vervolgens gecontroleerd op juistheid van de terminologie door een onderzoeker/ambulanceverpleegkundige van ambulancedienst Zuid-Holland Zuid.

Een uitnodigingsbrief per e-mail met een link naar de online vragenlijst is gestuurd naar de zorgverleners waarvan e-mailadressen bekend waren: ambulanceverpleegkundigen (n=64), SEH zorgverleners (n=82) en centralisten (n=26). Huisartsen en assistenten van huisartsenposten zijn via de drie HDSen benaderd: 95 assistenten, 395 huisartsen en 15 chauffeurs. In totaal hebben 217 zorgverleners deelgenomen aan het vragenlijstonderzoek (respons 32%: 104 huisartsen, 35 ambulanceverpleegkundigen, 30 verpleegkundigen van de spoedeisende hulp, 23 assistenten van de huisartsenpost, 8 MKA centralisten, en 17 andere zorgverleners), van wie er 191 de vragenlijst volledig hebben ingevuld. Onbekend zijn de kenmerken van de zorgverleners die niet hebben gereageerd.

Bijlage B: Tabellen vragenlijstonderzoek

Vraag	Vraag beantwoord (n=)	Niet beantwoord (n)	totaal	
			Aantal (n)	% (zonder missings)
1a	217	0		
Wat is uw functie?				
Ambulanceverpleegkundige			35	16,1%
Assistent op de huisartsenpost			23	10,6%
Centralist op de MKA			8	3,7%
Verpleegkundige op de spoedeisende hulp			30	13,8%
Arts op de spoedeisende hulp			0	0,0%
Huisarts			104	47,9%
Anders, namelijk			17	7,8%
AIOS Huisartsgeneeskunde				
Huisarts in opleiding				
Triagist op de HAP en kwaliteitsfunctionaris				
ambulance en spoedeisende hulp				
verpleegkundige				
ambulanceverpleegkundige in opleiding				
centralist MK brandweer uitgifte witte				
kolom				
chauffeur huisarts				
huisarts in opleiding				
huisarts-in-opleiding				
huisartsen chauffeur				
huisartsenchauffeur				
huisartsenpost chauffeur				
medisch adviseur HAP				
seh vpk en ambulance vpk				
teammanager MKA				
triagist hap				
zowel ambulanceverpleegkundige en seh				
verpleegkundige				
			totaal	

	Vraag beantwoord (n=)	Niet beantwoord (n)	Aantal (n)	% (zonder missings)
3	In hoeverre ervaart u in de afgelopen 2 tot 3 jaar in uw eigen werk een af- of toename in het aantal ambulance spoedritten (A1 en A2) aangevraagd door de huisarts/huisartsenpost?	213	4	
	Aanzienlijke afname		4	1,9%
	Beperkte afname		6	2,8%
	Gelijk gebleven		23	10,8%
	Beperkte toename		59	27,7%
	Aanzienlijke toename		109	51,2%
	Weet ik niet		12	5,6%
			totaal	

	Vraag beantwoord (n=)	Niet beantwoord (n)	Aantal (n)	% (zonder missings)
4	Het komt te vaak voor dat de inzet van een ambulance (type A1 of A2) achteraf niet nodig was voor de zorgvraag van de patiënt.	212	5	
	Helemaal mee eens		26	12,3%
	Mee eens		81	38,2%
	Niet mee eens, niet mee oneens		39	18,4%
	Mee oneens		43	20,3%
	Helemaal mee oneens		10	4,7%
	Weet ik niet		13	6,1%
			totaal	

	Vraag beantwoord (n=)	Niet beantwoord (n)	Aantal (n)	% (zonder missings)
5a	Een toename van kwetsbare ouderen die langer zelfstandig blijven wonen zorgt voor meer acute zorgvragen.	201	16	
	Helemaal mee eens		40	19,9%
	Mee eens		103	51,2%
	Niet mee eens, niet mee oneens		19	9,5%
	Mee oneens		31	15,4%
	Helemaal mee oneens		6	3,0%
	Weet ik niet		2	1,0%
			totaal	

	Vraag beantwoord (n=)	Niet beantwoord (n)	Aantal (n)	% (zonder missings)
5b	Er zijn onvoldoende eenduidige afspraken tussen huisartsenpost en ambulancedienst over de inzet van een ambulance.	201	16	
	Helemaal mee eens		20	10,0%
	Mee eens		55	27,4%
	Niet mee eens, niet mee oneens		37	18,4%
	Mee oneens		65	32,3%
	Helemaal mee oneens		8	4,0%
	Weet ik niet		16	8,0%
			totaal	

	Vraag beantwoord (n=)	Niet beantwoord (n)	Aantal (n)	% (zonder missings)
5c	Men is geneigd een te hoge urgentie toe te kennen, uit angst voor "calamiteiten".	201	16	
	Helemaal mee eens		60	29,9%
	Mee eens		88	43,8%
	Niet mee eens, niet mee oneens		18	8,9%
	Mee oneens		21	10,5%
	Helemaal mee oneens		5	2,5%
	Weet ik niet		9	4,5%
			totaal	

	Vraag beantwoord (n=)	Niet beantwoord (n)	Aantal (n)	% (zonder missings)
5d	De afspraak dat een U1 urgentie op de huisartsenpost leidt tot een A1 melding is niet altijd terecht.	201	16	
	Helemaal mee eens		43	21,4%
	Mee eens		96	47,8%
	Niet mee eens, niet mee oneens		31	15,4%
	Mee oneens		11	5,5%
	Helemaal mee oneens		5	2,5%
	Weet ik niet		15	7,5%
			totaal	

	Vraag beantwoord (n=)	Niet beantwoord (n)	Aantal (n)	% (zonder missings)
5e	Triage met behulp van de Nederlands Triage Standaard (NTS) leidt te snel tot een hoge urgentie.			
	201	16		
			58	28,9%
			76	37,8%
			34	16,9%
			11	5,5%
			3	1,5%
			19	9,5%
			totaal	

	Vraag beantwoord (n=)	Niet beantwoord (n)	Aantal (n)	% (zonder missings)
5f	De triage biedt weinig ruimte om de urgentie bij te stellen naar een lagere urgentie.			
	201	16		
			29	14,4%
			79	39,3%
			29	14,4%
			45	22,4%
			3	1,5%
			16	8,0%
			totaal	

	Vraag beantwoord (n=)	Niet beantwoord (n)	Aantal (n)	% (zonder missings)
5g	De huisartsenpost beschikt regelmatig over te beperkte capaciteit om zelf spoedvisites te rijden.			
	201	16		
			27	13,4%
			52	25,9%
			35	17,4%
			55	27,4%
			8	4,0%
			24	11,9%
			totaal	

	Vraag beantwoord (n=)	Niet beantwoord (n)	Aantal (n)	% (zonder missings)
5h	Huisartsen hebben over het algemeen ontoereikende kennis en ervaring voor het verlenen van acute zorg.	201	16	
	Helemaal mee eens		10	5,0%
	Mee eens		42	20,9%
	Niet mee eens, niet mee oneens		47	23,4%
	Mee oneens		63	31,3%
	Helemaal mee oneens		26	12,9%
	Weet ik niet		13	6,5%
			totaal	

	Vraag beantwoord (n=)	Niet beantwoord (n)	Aantal (n)	% (zonder missings)
6	Hoeveel procent van de huidige, door de huisarts/huisartsenpost aangevraagde, A1 ritten zou volgens uw schatting door een verpleegkundig specialist kunnen worden uitgevoerd?	196	21	
	0 tot 5%		36	18,4%
	5-10%		38	19,4%
	10-20%		32	16,3%
	20-40%		34	17,4%
	meer dan 40 %		14	7,1%
	Weet ik niet		42	21,4%
			totaal	

	Vraag beantwoord (n=)	Niet beantwoord (n)	Aantal (n)	% (zonder missings)
7	Hoeveel procent van de huidige, door de huisarts/huisartsenpost aangevraagde, A2 ritten zou volgens uw schatting door een verpleegkundig specialist kunnen worden uitgevoerd?	196	21	
	0 tot 5%		23	11,7%
	5-10%		31	15,8%
	10-20%		46	23,5%
	20-40%		36	18,4%
	meer dan 40 %		21	10,7%
	Weet ik niet		39	19,9%
			totaal	

	Vraag beantwoord (n=)	Niet beantwoord (n)	Aantal (n)	% (zonder missings)
8a	De inzet van een verpleegkundig specialist is een zinvolle uitbreiding van het zorgaanbod.		192	25
	Helemaal mee eens		25	13,0%
	Mee eens		79	41,2%
	Niet mee eens, niet mee oneens		34	17,7%
	Mee oneens		23	12,0%
	Helemaal mee oneens		15	7,8%
	Weet ik niet		16	8,3%
			totaal	

	Vraag beantwoord (n=)	Niet beantwoord (n)	Aantal (n)	% (zonder missings)
8b	Ik verwacht dat de inzet van een verpleegkundig specialist ten koste gaat van de kwaliteit van zorgverlening in acute situaties.		192	25
	Helemaal mee eens		10	5,2%
	Mee eens		25	13,0%
	Niet mee eens, niet mee oneens		37	19,3%
	Mee oneens		93	48,4%
	Helemaal mee oneens		14	7,3%
	Weet ik niet		13	6,8%
			totaal	

	Vraag beantwoord (n=)	Niet beantwoord (n)	Aantal (n)	% (zonder missings)
8c	De inzet van een verpleegkundig specialist, in plaats van een volledig bemande ambulance, gaat ten koste van de veiligheid van de patiënt.		192	25
	Helemaal mee eens		6	3,1%
	Mee eens		26	13,5%
	Niet mee eens, niet mee oneens		45	23,4%
	Mee oneens		90	46,9%
	Helemaal mee oneens		11	5,7%
	Weet ik niet		14	7,3%
			totaal	

	Vraag beantwoord (n=)	Niet beantwoord (n)	Aantal (n)	% (zonder missings)
8d	Ik verwacht dat de inzet van een verpleegkundig specialist leidt tot een betere beschikbaarheid van de reguliere ambulance.		192	25
	Helemaal mee eens		18	9,4%
	Mee eens		106	55,2%
	Niet mee eens, niet mee oneens		38	19,8%
	Mee oneens		16	8,3%
	Helemaal mee oneens		3	1,6%
	Weet ik niet		11	5,7%
			totaal	

	Vraag beantwoord (n=)	Niet beantwoord (n)	Aantal (n)	% (zonder missings)
8e	Ik verwacht dat de inzet van een verpleegkundig specialist kostenbesparing oplevert.		192	25
	Helemaal mee eens		16	8,3%
	Mee eens		81	42,2%
	Niet mee eens, niet mee oneens		44	22,9%
	Mee oneens		21	10,9%
	Helemaal mee oneens		9	4,7%
	Weet ik niet		21	10,9%
			totaal	

	Vraag beantwoord (n=)	Niet beantwoord (n)	Aantal (n)	% (zonder missings)
8f	Ik verwacht dat patiënten die acute huisartsgeneeskundige zorg nodig hebben, tevreden zijn over de inzet van een verpleegkundig specialist.		192	25
	Helemaal mee eens		17	8,9%
	Mee eens		79	41,2%
	Niet mee eens, niet mee oneens		46	24,0%
	Mee oneens		24	12,5%
	Helemaal mee oneens		10	5,2%
	Weet ik niet		16	8,3%
			totaal	

	Vraag beantwoord (n=)	Niet beantwoord (n)	Aantal (n)	% (zonder missings)
8g	Ik verwacht dat de samenwerking tussen de RAV en huisartsen zal verbeteren door de inzet van een verpleegkundig specialist.	192	25	
	Helemaal mee eens		16	8,3%
	Mee eens		67	34,9%
	Niet mee eens, niet mee oneens		50	26,0%
	Mee oneens		25	13,0%
	Helemaal mee oneens		10	5,2%
	Weet ik niet		24	12,5%
			totaal	

	Vraag beantwoord (n=)	Niet beantwoord (n)	Aantal (n)	% (zonder missings)
9a	Ik verwacht dat de inzet van een verpleegkundig specialist wordt gesteund door centralisten op de meldkamer ambulancezorg	192	25	
	Sterk gesteund		62	32,3%
	gedeeltelijk gesteund		76	39,6%
	neutraal		28	14,6%
	niet gesteund		2	1,0%
	weet ik niet		24	12,5%

	Vraag beantwoord (n=)	Niet beantwoord (n)	Aantal (n)	% (zonder missings)
9b	Ik verwacht dat de inzet van een verpleegkundig specialist wordt gesteund door ambulancepersoneel	192	25	
	Sterk gesteund		57	29,7%
	gedeeltelijk gesteund		80	41,7%
	neutraal		24	12,5%
	niet gesteund		13	6,8%
	weet ik niet		18	9,4%

	Vraag beantwoord (n=)	Niet beantwoord (n)	Aantal (n)	% (zonder missings)
9c	Ik verwacht dat de inzet van een verpleegkundig specialist wordt gesteund door zorgverleners op de huisartsenpost	192	25	
	Sterk gesteund		29	15,1%
	gedeeltelijk gesteund		94	49,0%
	neutraal		33	17,2%
	niet gesteund		18	9,4%
	weet ik niet		18	9,4%

	Vraag beantwoord (n=)	Niet beantwoord (n)	Aantal (n)	% (zonder missings)
9d	Ik verwacht dat de inzet van een verpleegkundig specialist wordt gesteund door huisartsen	192	25	
	Sterk gesteund		28	14,6%
	gedeeltelijk gesteund		72	37,5%
	neutraal		36	18,8%
	niet gesteund		42	21,9%
	weet ik niet		14	7,3%

	Vraag beantwoord (n=)	Niet beantwoord (n)	Aantal (n)	% (zonder missings)
9e	Ik verwacht dat de inzet van een verpleegkundig specialist wordt gesteund door zorgverleners op de spoedeisende hulp	192	25	
	Sterk gesteund		39	20,3%
	gedeeltelijk gesteund		80	41,7%
	neutraal		36	18,8%
	niet gesteund		15	7,8%
	weet ik niet		22	11,5%

		Vraag beantwoord (n=)	Niet beantwoord (n)	Aantal (n)	% (zonder missings)
9f	Ik verwacht dat de inzet van een verpleegkundig specialist wordt gesteund door patiënten	192	25		
	Sterk gesteund			24	12,5%
	gedeeltelijk gesteund			78	40,6%
	neutraal			48	25,0%
	niet gesteund			18	9,4%
	weet ik niet			24	12,5%

		Vraag beantwoord (n=)	Niet beantwoord (n)	Aantal (n)	% (zonder missings)
10	Welke partij moet bepalen of er een verpleegkundig specialist wordt ingezet?	191	26		
	De meldkamer ambulancezorg (MKA)			55	28,8%
	De huisarts (overdag/op de huisartsenpost)			87	45,6%
	De assistent op de huisartsenpost op basis van het triageprotocol			11	5,8%
	De SEH/ziekenhuis			1	0,5%
	Anders, namelijk			20	10,5%
	Weet ik niet			17	8,9%

		Vraag beantwoord (n=)	Niet beantwoord (n)	Aantal (n)	% (zonder missings)
11	Bij welke partij zou een verpleegkundig specialist in dienst moeten zijn?	191	26		
	Bij de huisartsenpost			58	30,4%
	Bij de RAV			95	49,7%
	Bij de SEH/ziekenhuis			9	4,7%
	Anders, namelijk			8	4,2%
	Weet ik niet			21	11,0%

	Vraag beantwoord (n=)	Niet beantwoord (n)	Aantal (n)	% (zonder missings)
12	Bij welke partij zou de verpleegkundig specialist gestationeerd moeten zijn?			
	191	26		
			78	40,8%
			84	44,0%
			8	4,2%
			8	4,2%
			13	6,8%

	Vraag beantwoord (n=)	Niet beantwoord (n)	Aantal (n)	% (zonder missings)
13	Stel dat de verpleegkundig specialist kostenneutraal wordt ingevoerd, dus er is geen extra financiering voor, uit welk budget moet de financiering dan komen?			
	191	26		
			17	8,9%
			43	22,5%
			3	1,6%
			48	25,1%
			7	3,7%
			2	1,1%
			41	21,5%
			7	3,7%
			23	12,0%

	Vraag beantwoord (n=)	Niet beantwoord (n)	Aantal (n)	% (zonder missings)
14	In hoeverre bent u het eens of oneens met de volgende stelling? De huidige triageprotocollen op de huisartsenpost bieden voldoende mogelijkheid om een verpleegkundig specialist in te zetten.			
	191	26		
	Helemaal mee eens		2	1,1%
	Mee eens		34	17,8%
	Niet mee eens, niet mee oneens		41	21,5%
	Mee oneens		47	24,6%
	Helemaal mee oneens		27	14,1%
	Weet ik niet		40	20,9%

	Vraag beantwoord (n=)	Niet beantwoord (n)	Aantal (n)	% (zonder missings)
15	In hoeverre bent u het eens of oneens met de volgende stelling? De huidige triageprotocollen op de meldkamer ambulancezorg (MKA) bieden voldoende mogelijkheid om een verpleegkundig specialist in te zetten.			
	191	26		
	Helemaal mee eens		6	3,1%
	Mee eens		42	22,0%
	Niet mee eens, niet mee oneens		37	19,4%
	Mee oneens		16	8,4%
	Helemaal mee oneens		12	6,3%
	Weet ik niet		78	40,8%

Bijlage C: Vragenlijst

Vragenlijst Spoedeisende Ambulancezorg

Toelichting

De laatste jaren is er in Nederland sprake van een toename van het aantal spoedeisende ambulanceritten. Een deel van de ritten blijkt achteraf geen spoedinzet van de ambulance te vereisen. In deze gevallen gaat het over acute zorgverlening bij de patiënt thuis zonder vervoer naar de spoedeisende hulp. Door de toenemende zorgvragen van deze aard komt de paraatheid van de ambulancezorg bij andere spoedeisende zorgvragen onder druk te staan. Het gevolg hiervan is dat patiënten mogelijk (te) lang op zorgverlening van de ambulance moeten wachten. Dit roept vragen op over de houdbaarheid van de wijze waarop de spoedzorg op dit moment is georganiseerd.

Met deze vragenlijst willen wij uw ervaringen en opvattingen inventariseren over de inzet van ambulanceritten in spoedeisende situaties aangevraagd door de huisarts/huisartsenpost. Daarnaast willen wij weten hoe u denkt over een mogelijk alternatief voor een volledig bemande ambulance.

Deel A: Achtergrondvragen

Vraag 1 A Wat is uw functie?

- (1) Ambulanceverpleegkundige
- (2) Assistent op de huisartsenpost
- (3) Centralist op de MKA
- (4) Verpleegkundige op de spoedeisende hulp
- (5) Arts op de spoedeisende hulp
- (6) Huisarts
- (7) Anders, namelijk [open vraag]

[Indien bij vraag 1 antwoord (6) huisarts, dan vraag 1B.]

Vraag 1 B Hoe bent u werkzaam als huisarts?

- (1) Vrijgevestigd, solopraktijk
- (2) Vrijgevestigd, groepspraktijk
- (3) In loondienst
- (4) Waarnemend huisarts
- (5) Anders, namelijk [open vraag]

[Indien bij vraag 1 antwoord (6) huisarts, dan vraag 1C.]

Vraag 1 C Hoe vaak doet u dienst op de huisartsenpost?

..... keer per maand [getal, 3 posities, geen decimaal]

Vraag 2. Hoeveel jaar ervaring hebt u in uw huidige beroep, na het afronden van uw opleiding?

..... jaar (afroonden op half jaar) [getal, 3 posities, 1 decimaal]

Deel B: Spoedeisende ambulanceritten

Vraag 3. In hoeverre **ervaart** u in de afgelopen **2 tot 3 jaar** in uw eigen werk een af- of toename in het aantal ambulance spoedritten (A1 en A2) aangevraagd door de huisarts/huisartsenpost?

- (1) Aanzienlijke afname
- (2) Beperkte afname
- (3) Gelijk gebleven
- (4) Beperkte toename
- (5) Aanzienlijke toename
- (88) Weet ik niet

Vraag 4. In hoeverre bent u eens of oneens met de volgende stelling?

Het komt te vaak voor dat de inzet van een ambulance (type A1 of A2) achteraf niet nodig was voor de zorgvraag van de patiënt.

! Het gaat hier om spoedeisende ambulanceritten aangevraagd door een huisarts/huisartsenpost zonder dat een huisarts de patiënt heeft gezien (zogenaamde primaire inzet).

- (1) Helemaal mee eens
- (2) Mee eens
- (3) Niet mee eens, niet mee oneens
- (4) Mee oneens
- (5) Helemaal mee oneens
- (88) Weet ik niet

Deel C: Mogelijke oorzaken

Vraag 5. Hieronder vindt u een lijst met mogelijke oorzaken voor spoedeisende ambulanceritten waarvan achteraf bleek dat de inzet minder spoedeisend was en vervoer van de patiënt niet nodig was.

! Het gaat hier om spoedeisende ambulanceritten aangevraagd door een huisarts/huisartsenpost zonder dat een huisarts de patiënt heeft gezien (zogenaamde primaire inzet).

Geef u aan in hoeverre u het eens of oneens bent met deze mogelijke oorzaken.

	(5) Helemaal mee oneens	(4) Mee oneens	(3) niet eens – niet oneens	(2) Mee eens	(1) Helemaal mee eens	(88) weet ik niet
a) Een toename van kwetsbare ouderen die langer zelfstandig blijven wonen zorgt voor meer acute zorgvragen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Er zijn onvoldoende eenduidige afspraken tussen huisartsenpost en ambulancedienst over de inzet van een ambulance.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Men is geneigd een te hoge urgentie toe te kennen, uit angst voor "calamiteiten".	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) De afspraak dat een U1 urgentie op de huisartsenpost leidt tot een A1 melding is niet altijd terecht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Triage met behulp van de Nederlands Triage Standaard (NTS) leidt te snel tot een hoge urgentie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) De triage biedt weinig ruimte om de urgentie bij te stellen naar een lagere urgentie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) De huisartsenpost beschikt regelmatig over te beperkte capaciteit om zelf spoedvisites te rijden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Huisartsen hebben over het algemeen ontoereikende kennis en ervaring voor het verlenen van acute zorg.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Deel D: **Mogelijk alternatief – verpleegkundig specialist**

Toelichting

Een mogelijk alternatief voor de inzet van een volledig bemande ambulance voor niet-spoedeisende, maar wel acute zorgvragen is de inzet van een paramedic practitioner (PP). De PP wordt al ingezet in een aantal regio's in het Verenigd Koninkrijk en zorgt ervoor dat reguliere ambulances minder vaak ingezet hoeven te worden voor A1 vervoer. De PP is vooral gericht op het verlenen van acute zorg aan kwetsbare ouderen in hun thuissituatie, onder regie van de huisarts. Vaak kunnen oudere patiënten thuis geholpen worden met niet-levensbedreigende, maar wel acute zorgvragen. Het is niet altijd nodig om een oudere patiënt, met bijvoorbeeld onduidelijke pijnklachten, naar de spoedeisende hulp te vervoeren met een ambulance. Overleg tussen huisarts en de paramedic practitioner op locatie zou namelijk ook tot de conclusie kunnen leiden dat de zorgverlening bij de patiënt thuis plaatsvindt.

De PP is een ambulanceverpleegkundige met aanvullende opleiding en heeft daardoor de bevoegdheid om medische handelingen te verrichten die normaal gesproken zijn voorbehouden aan een arts. Een reguliere ambulanceverpleegkundige heeft veel kennis en ervaring van acute zorgverlening, maar is beperkt toegerust in klinisch redeneren en heeft hier ook de tijd niet voor. Een huisarts beschikt juist wel over generieke klinische kennis en vaardigheden, maar beschikt vaak in mindere mate over kennis en ervaring van acute zorgverlening.

De PP combineert de kennis en vaardigheden voor acute zorgverlening en een meer generieke klinische beoordeling van een patiënt. Daarmee vult de PP het gat tussen de acute zorgverlening door de ambulanceverpleegkundige en de generieke klinische zorgverlening van de huisarts. In het Verenigd Koninkrijk heeft de PP een directe verbinding met de huisarts. De PP overlegt daarnaast veelvuldig met andere zorgverleners in de spoedzorgketen om de juiste zorg te kunnen verlenen, daarbij gebruikmakend van specifieke diagnostische parameters.

Onder de huidige Nederlandse wetgeving is de paramedic practitioner, in de vorm zoals in het Verenigd Koninkrijk wordt ingezet, niet mogelijk. Daar is een wetswijziging voor nodig. In de Nederlandse praktijk komt een verpleegkundig specialist acute zorg het dichtst in de buurt van de Engelse paramedic practitioner. In de vragenlijst worden dan ook uw opvattingen gevraagd over de verpleegkundig specialist in de acute zorg (hierna verpleegkundig specialist genoemd).

Vraag 6. Hoeveel procent van de huidige, door de huisarts/huisartsenpost aangevraagde, **A1 ritten** zou volgens uw schatting door een verpleegkundig specialist kunnen worden uitgevoerd?

- (1) 0 tot 5%
- (2) 5-10%
- (3) 10-20%
- (4) 20-40%
- (5) meer dan 40 %
- (88) Weet ik niet

Vraag 7. Hoeveel procent van de huidige, door de huisarts/huisartsenpost aangevraagde, **A2 ritten** zou volgens uw schatting door een verpleegkundig specialist kunnen worden uitgevoerd?

- (1) 0 tot 5%
- (2) 5-10%
- (3) 10-20%
- (4) 20-40%
- (5) meer dan 40 %
- (88) Weet ik niet

Vraag 8. Geef u aan in hoeverre u het eens of oneens bent met onderstaande uitspraken over de verpleegkundig specialist.

	(5) Helemaal mee oneens	(4) Mee oneens	(3) niet eens – niet oneens	(2) Mee eens	(1) Helemaal mee eens	(88) weet ik niet
a) De inzet van een verpleegkundig specialist is een zinvolle uitbreiding van het zorgaanbod.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Ik verwacht dat de inzet van een verpleegkundig specialist ten koste gaat van de kwaliteit van zorgverlening in acute situaties.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) De inzet van een verpleegkundig specialist, in plaats van een volledig bemande ambulance, gaat ten koste van de veiligheid van de patiënt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	(5) Helemaal mee oneens	(4) Mee oneens	(3) niet eens – niet oneens	(2) Mee eens	(1) Helemaal mee eens	(88) weet ik niet
d) Ik verwacht dat de inzet van een verpleegkundig specialist leidt tot een betere beschikbaarheid van de reguliere ambulance.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Ik verwacht dat de inzet van een verpleegkundig specialist kostenbesparing oplevert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Ik verwacht dat patiënten die acute huisartsgeneeskundige zorg nodig hebben, tevreden zijn over de inzet van een verpleegkundig specialist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Ik verwacht dat de samenwerking tussen de RAV en huisartsen zal verbeteren door de inzet van een verpleegkundig specialist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vraag 9. In hoeverre verwacht u dat de uitbreiding van het zorgaanbod met een verpleegkundig specialist gesteund wordt door onderstaande partijen (waaronder uw eigen beroepsgroep)?

Ik verwacht dat de inzet van een verpleegkundig specialist wordt gesteund door ...	(1) Sterk gesteund	(2) gedeeltelijk gesteund	(3) neutraal	(4) niet gesteund	(88) weet ik niet
a) ... centralisten op de meldkamer ambulancezorg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) ... ambulancepersoneel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) ... zorgverleners op de huisartsenpost	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) ... huisartsen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) ... zorgverleners op de spoedeisende hulp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) ... patiënten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Deel E: Voorwaarden verpleegkundig specialist

Vraag 10. Welke partij moet bepalen of er een verpleegkundig specialist wordt ingezet?

- (1) De meldkamer ambulancezorg (MKA)
- (2) De huisarts (overdag/op de huisartsenpost)
- (3) De assistent op de huisartsenpost op basis van het triageprotocol
- (4) De SEH/ziekenhuis
- (5) Anders, namelijk [open vraag]
- (88) Weet ik niet

Vraag 11. Bij welke partij zou een verpleegkundig specialist in dienst moeten zijn?

- (1) Bij de huisartsenpost
- (2) Bij de RAV
- (3) Bij de SEH/ziekenhuis
- (4) Anders, namelijk [open vraag]
- (88) Weet ik niet

Vraag 12. Bij welke partij zou de verpleegkundig specialist gestationeerd moeten zijn?

- (1) Bij de huisartsenpost
- (2) Bij de RAV
- (3) Bij de SEH/ziekenhuis
- (4) Anders, namelijk [open vraag]
- (88) Weet ik niet

Vraag 13. Stel dat de verpleegkundig specialist kostenneutraal wordt ingevoerd, dus er is geen extra financiering voor, uit welk budget moet de financiering dan komen?

- (1) ... uit het huidige budget van de huisartsenpost
- (2) ... uit het huidige budget van de RAV
- (3) ... uit het huidige budget van de SEH/ziekenhuis
- (4) ... uit het huidige budget van de RAV en huisartsenpost gezamenlijk
- (5) ... uit het huidige budget van de RAV en de SEH/ziekenhuis gezamenlijk
- (6) ... uit het huidige budget van de huisartsenpost en SEH/ziekenhuis gezamenlijk
- (7) ... uit het huidige budget van de RAV, de huisartsenpost en SEH/ziekenhuis gezamenlijk
- (8) Anders, namelijk [open vraag]
- (88) Weet ik niet

Vraag 14. In hoeverre bent u het eens of oneens met de volgende stelling?

De huidige triageprotocollen op de huisartsenpost bieden voldoende mogelijkheid om een verpleegkundig specialist in te zetten.

- (1) Helemaal mee eens
- (2) Mee eens
- (3) Niet mee eens, niet mee oneens
- (4) Mee oneens
- (5) Helemaal mee oneens
- (88) Weet ik niet

Vraag 15. In hoeverre bent u het eens of oneens met de volgende stelling?

De huidige triageprotocollen op de meldkamer ambulancezorg (MKA) bieden voldoende mogelijkheid om een verpleegkundig specialist in te zetten.

- (1) Helemaal mee eens
- (2) Mee eens
- (3) Niet mee eens, niet mee oneens
- (4) Mee oneens
- (5) Helemaal mee oneens
- (88) Weet ik niet

Deel F: Slot

Vraag 16. In deze vragenlijst is u gevraagd naar uw opvattingen over de inzet van een verpleegkundig specialist. Dit is één mogelijk alternatief voor de inzet van een ambulance in spoedeisende situaties, waarbij achteraf blijkt dat de inzet van een volledig bemande ambulance niet nodig was, omdat de patiënt niet vervoerd werd. Hebt u andere ideeën over mogelijke alternatieven? Het gaat hierbij om de inzet van een ambulance in opdracht van een huisarts/huisartsenpost.
..... [open vraag, lang]

Vraag 17. Hebt u nog vragen of opmerkingen naar aanleiding van deze vragenlijst?
[open vraag, lang]

Vraag 18. Voor de administratieve verwerking van de vragenlijst willen wij graag uw geslacht en geboortedatum weten. Deze gegevens worden niet gebruikt voor het onderzoek.

Geslacht:

- (1) Vrouw
- (2) Man

Geboortedatum:

.. / .. /

Hartelijk dank voor uw deelname!

Bijlage D: Toelichting online focusgroepen

Inloggegevens, uitleg en spelregels focusgroep spoedeisende ambulancezorg

Geachte [aanhef] [achternaam],

Hartelijk dank voor uw aanmelding voor deelname aan de focusgroep 'Spoedeisende ambulancezorg'. In deze e-mail vindt u uitleg over de achtergrond van het onderzoek dat door **NIVEL** wordt uitgevoerd. Ook vindt u inloggegevens en de spelregels voor de deelname aan de focusgroep.

Via deze link komt u bij de website van de focusgroep: [\[link\]](#) .

U kunt inloggen met de volgende gebruikersnaam en wachtwoord.

Gebruikersnaam: **[naam]**

Wachtwoord: **[ww]**

Uw reacties worden in de focusgroepdiscussie anoniem weergegeven onder een nickname, namelijk: **[nnaam]**

Informatie over het onderzoek

De RAV ZHZ constateert dat sinds een aantal jaar een toenemend beroep wordt gedaan op de spoedeisende ambulancezorg. Een deel van de gereden ambulanceritten (A1-ritten) blijkt echter geen spoed te vereisen. Een andere vorm van zorgverlening zou daar passender zijn. Daardoor ontstaat een grote druk op de paraatheid van de ambulancezorg, met als gevolg dat patiënten mogelijk (te) lang op zorg moeten wachten in echt spoedeisende situaties. De kwaliteit van de zorgverlening dreigt hierdoor in het geding te komen. Bovendien neemt de druk op de zorgverleners in de spoedzorgketen toe.

Doel

Het NIVEL onderzoekt in opdracht van de Regionale Ambulance dienst Zuid-Holland Zuid (RAV ZHZ) de ervaringen en ideeën van zorgverleners die betrokken zijn bij de spoedzorgketen. Om de kwaliteit van spoedzorgverlening door alle betrokken zorgverleners te optimaliseren, willen wij zicht krijgen op mogelijke verklaringen voor de toegenomen vraag naar spoedeisende ambulancezorg. Daarnaast willen wij mogelijke oplossingen voor het verminderen van de druk op de spoedeisende ambulancezorg inventariseren.

Focusgroepen

U wordt gevraagd uw ervaringen en ideeën ten aanzien van spoedeisende ambulancezorg te delen. Via diverse vragen komt een aantal onderwerpen aan bod waarop u kunt reageren en eventueel in discussie kunt gaan met de andere deelnemers van de focusgroep. **Iedere werkdag voor 9:00 uur wordt er een nieuwe vraag aan de focusgroep toegevoegd.**

Na afloop van de periode waarin de focusgroep open staat, ontvangt u een vragenlijst met achtergrondvragen en een aantal evaluatievragen over uw deelname aan de online focusgroep.

Tijdens de groepsdiscussie is op werkdagen één van de onderzoekers op de achtergrond aanwezig om de discussie in goede banen te leiden. **Uw bijdragen aan de discussie zijn voor de andere deelnemers anoniem. Al uw gegevens worden anoniem opgeslagen en strikt vertrouwelijk verwerkt zodat absolute privacy is gewaarborgd. De resultaten van het onderzoek zullen zodanig worden gepresenteerd en gepubliceerd dat deze nooit te herleiden zijn tot individuele deelnemers.**

Spelregels

- Van *maandag 30 november (vanaf 9:00 uur)* tot en met *maandag 7 december (17:00 uur)* kunt u 24 uur per dag reageren.
- Op de website kunt u inloggen met uw gebruikersnaam en wachtwoord.
- U reageert onder een nickname, waardoor uw reacties anoniem blijven.
- Op de openingspagina staan de vragen waarop u kunt reageren. U kunt de vraag aanklikken waar u op wilt reageren en kunt onder deze vraag ook reageren op reacties van andere deelnemers.
- U reageert respectvol op de reacties van de andere deelnemers.
- Ongewenste informatie, zoals namen of gegevens van deelnemers, zorgverleners en ziekenhuizen en/of beledigende opmerkingen, zal door de onderzoekers worden verwijderd.
- De bijdragen aan de Internet discussiegroep zijn anoniem en kunnen alleen door de onderzoekers en de andere deelnemers worden bekeken.
- Uw deelname aan dit onderzoek is geheel vrijwillig en u kunt zich op ieder moment uit het onderzoek terugtrekken zonder opgave van redenen.
- Als u na afloop graag contact wilt hebben met een andere deelnemer kan dat alleen via de onderzoekers.