

Spoedeisende huisartsenzorg en ambulancezorg moeilijk te onderscheiden?

In een onlangs uitgevoerd onderzoek binnen de Ambulancedienst Gelderland-Zuid bleek dat 23,2% van de spoedritten huisartsenzorg betrof. Voor de rapid responder was dit zelfs 64,6%. Samenwerking tussen ambulancedienst en huisartsen en beide meldkamers zou daarom moeten intensiveren om zo effectiever gebruik te kunnen maken van elkaars capaciteit en mogelijkheden. De ambulanceverpleegkundige dient zich daarnaast meer te focussen op de huisartsgeneeskunde. Aanpassing van de ambulance protocollen (LPA) en extra scholing van het ambulancepersoneel zullen hiervoor noodzakelijk zijn. De rapid responder is de aangewezen persoon om zich als eerste in de acute huisartsenzorg te specialiseren.

Door Oscar Francissen

De tijd dat de ambulancedienst alleen uit ziekenvervoer bestond is al lang vervlogen. De ambulance wordt bemand door een ambulancechauffeur en een ambulanceverpleegkundige die werken conform een professionele standaard en landelijke ambulanceprotocollen (LPA) die aansluiten bij de zorg in het ziekenhuis.¹

Rapid responder

De laatste jaren wordt steeds vaker de rapid responder ingezet,

een ervaren ambulanceverpleegkundige, die zich solo verplaatst met ambulancemotor of auto. De gedachte hierachter is dat de aanrijtijd van de ambulance hiermee verkort wordt. De rapid responder vervoert niet maar wordt ingezet om ter plaatse snel te kunnen starten met triage en behandeling.² Centraal in de eerstelijns hulpverlening staat de huisarts. De instelling van Huisartsenposten (HAP) heeft buiten kantooruren tot betere bereikbaarheid van de huisarts geleid.³ Ziekenhuizen situeren deze posten zelfs graag naast hun Spoedeisende Hulp (SEH) om zo het aantal zelfverwijzers te reduceren.⁴ In tegenstelling tot de HAP en de SEH hebben de ambulance-

diensten en de huisartsen de voordelen van intensief samenwerken nog niet ontdekt. Zo functioneren bijvoorbeeld de telefooncentrale van HAP en ambulancedienst volledig los van elkaar. Tijdens kantooruren versnipperd de HAP-centrale ook nog eens naar diverse huisartsenpraktijken met een wisselende bereikbaarheid en handelswijzen.⁵

De rapid responder vervoert niet maar wordt ingezet om ter plaatse snel te kunnen starten met triage en behandeling

Onderzoek

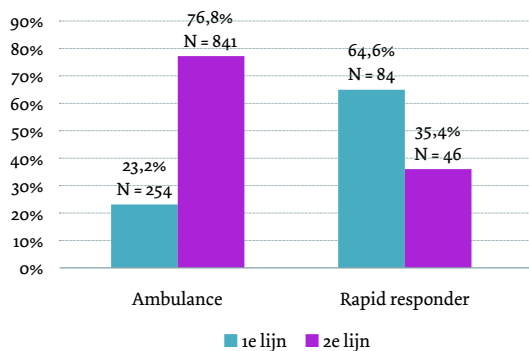
De Regionale Ambulancevoorziening (RAV) Gelderland-Zuid en de afdeling IQ healthcare van het UMC St Radboud hebben onlangs een onderzoek uitgevoerd. Retrospectief werden 1400 '112-meldingen' (A1 en A2) van de ambulancedienst beoordeeld. Deze waren at random geselecteerd uit de periode juni 2011 tot juni 2012. De vraagstelling was:

1. Welk deel van de spoedritten had achteraf gezien door de huisarts afgehandeld kunnen worden?
2. Hoe accuraat differentieert de ambulanceverpleegkundige tussen huisartsenzorg en SEH-zorgbehoefte?

In totaal waren 1225 dossiers geschikt voor analyse. Er werd een splitsing gemaakt tussen de "gewone" ambulance (N=1095) en de rapid responder (N=130).

Achteraf bleek 23,2% (N=254) van de spoedritten huisartsenzorg te betreffen. Bij de ritten van de rapid responder had zelfs 64,6% (N=84) van de patiënten door een huisarts gezien kunnen worden. (fig. 1)

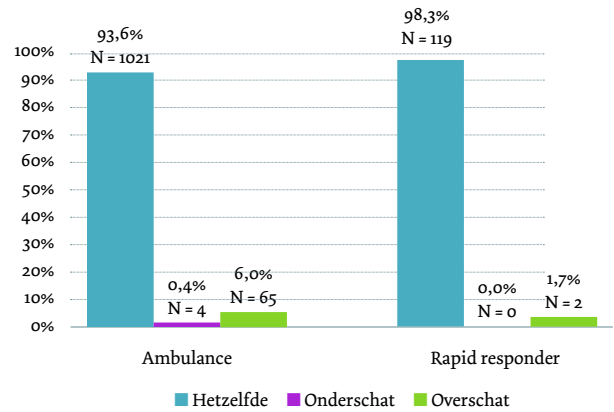
Figuur 1: Gewenste hulpverlening volgens onderzoekers achteraf bepaald.



Meestal maakte de ambulanceverpleegkundige ter plaatse dezelfde keuze, (huisartsen- of SEH-zorg) als de onderzoekers: 98,3% (N=119) van de rapid responder-ritten en 93,6% (N=1021) van de ambulanceritten.

In vier gevallen werd er door de ambulanceverpleegkundige niet naar een SEH verwezen (de rapid responder geen enkele keer), terwijl het volgens de onderzoekers wel SEH-zorg betrof; nimmer was hierbij echter sprake van een levensbedreigende situatie. Wel werd er in 6% (ambulance N=65) en 1,7% (rapid responder N=2) van de gevallen onterecht naar een SEH verwezen. (fig. 2.)

Figuur 2: Adequaatheid van beoordeling van noodzakelijk hulp.



Hetzelfde: beiden dezelfde keuze gemaakt, ambulance vs. onderzoekers.

Onderschat: ter plaatse afgehandeld, maar achteraf oordeel onderzoekers is SEH zorg;

Overschat: vervoerd naar ziekenhuis, maar achteraf oordeel onderzoekers is Huisartsenzorg.

Uitkomsten

Uit het onderzoek komt duidelijk naar voren dat de ambulancedienst regelmatig geconfronteerd wordt met huisartsenzorg. Een belangrijke reden hiervoor kan zijn dat een groot deel van de patiënten dat het alarmnummer belt, denkt dat er sprake is van een serieuze levensbedreigende situatie.⁶ Eerder onderzoek liet zien dat zelfs de professional moeite heeft met het door de telefoon beoordelen van de noodzakelijke hulp.⁷ Opvallend is dat de rapid responder veel meer huisartsenzorgbehoefte ziet dan de "gewone" ambulanceverpleegkundige (65,4% vs. 23,2%). Beiden doen het goed als het gaat om te differentiëren tussen huisartsenzorg of ziekenhuiszorg (98,3% rapid responder, 93,4% ambulance). Een hoog percentage wordt ter plaatse afgehandeld, vooral door de rapid responder. Dit is verrassend omdat beiden protocollair volledig gefocust zijn op opvang op de SEH.

We realiseren ons dat er beperkingen zijn aan dit onderzoek. Informatie over het vervolg van de patiënt ontbreekt. Er is dus geen inzicht over de veiligheid en doelmatigheid van de verleende zorg. Het onderzoek heeft plaatsgevonden in slechts één ambulanceregio, zodat voorzichtigheid met generaliseren is geboden. Het landelijk gemiddelde van ter plaatse afgehandelde ritten volgens het Nationaal Kompas is echter 29%.⁸ In het onderzoek lag het percentage op 22,4%, wat erop duidt dat ons onderzoek representatief zou zijn.

Omdat een gevalideerd meetinstrument ontbrak zijn er vooraf heldere beoordelingscriteria opgesteld en is gebruik gemaakt van drie onafhankelijke beoordelaars. Er werd een hoog percentage overeenstemming bereikt.

Samenvoegen

Wij menen conclusies te kunnen verbinden aan onze waarnemingen. Door het samenvoegen van de meldkamers van de ambulancediensten en van de huisartsen, zou een gedeelte van de spoedritten gefilterd kunnen worden en teruggegeven

aan de huisarts. Het invoeren van een gezamenlijk triage-systeem en spoedprotocollen zouden hierbij hulp kunnen bieden. Er dient echter nog steeds rekening mee te worden gehouden dat meldingen vaak gekleurd zijn door paniek en de werkelijke ernst daardoor moeilijk te beoordelen is. Ook tijdsdruk speelt een belangrijke rol bij de keuze van de meldkamer. De ambulancedienst zal dus geconfronteerd blijven worden met huisartsenzorg. Op grond van onze analyse is intensivering van de samenwerking tussen huisarts en ambulance noodzakelijk.

De voorgeschiedenis en de medicatielijst mogen niet langer een puzzelstuk zijn bij een acuut medisch probleem.

Extra scholing

De politiek heeft de wens uitgesproken om laagcomplex acute zorg zoveel mogelijk bij de huisarts te leggen.^{9,10} De patiëntenstroom naar de huisarts zal hierdoor toenemen. Daarbij komt het grote succes van de HAP en de wens goede zorg te verlenen.¹¹ Dit maakt het dat de HAP 24 uur per dag en 7 dagen in de week beschikbaar zou moeten zijn. Om de haalbaarheid te vergroten zou in de kantooruren een afgeslankte vorm voor spoedeisende zorg kunnen worden ingesteld. Zoals wij lieten zien wordt een belangrijk deel van de acute huisartsenzorg nu al door een ambulancedienst uitgevoerd. Het lijkt dus voor de hand te liggen om meer gebruik te maken van deze dienst en samen te werken. Aanpassing van het LPA en extra scholing van het ambulancepersoneel is dan echter noodzakelijk. Gezien de uitkomst van dit onderzoek is wellicht de rapid responder de aangewezen persoon als eerste, verder medisch opgeleid te worden, met als specialisatie acute huisarts geneeskunde. De rapid responder zou daarna werkzaamheden voor zowel de HAP als de ambulancedienst kunnen verrichten en de brug kunnen vormen tussen beide organisaties. Voor zowel de HAP als de ambulancedienst zou dit een uitbreiding van capaciteit, kennis en mogelijkheden betekenen, tegen beperkte kosten. In een tijd met steeds maar hoger wordende zorgkosten en dreigend tekort aan huisartsen die zich meer moeten richten op acute zorg, wellicht een wenselijke ontwikkeling.

Perspectief

Een consequentie is wel dat patiëntendossiers van beide organisaties moeten worden gekoppeld. De voorgeschiedenis en de medicatielijst mogen niet langer een puzzelstuk zijn bij een acuut medisch probleem. Vergeet daarbij de eigen huisarts niet. Directe terugkoppeling van het patiëntencontact naar hun is wenselijk. Deze vervult immers de centrale rol als case-manager en is belast met de nazorg.

Conclusie is dan ook dat het hoogste tijd wordt dat ambulance en huisartsen hun handen ineenslaan en samen werken aan een adequate, patiëntgerichte en betaalbare extramurale spoedzorg.

Ook Ambulancezorg Nederland (AZN) en de Vereniging Huisartsenposten Nederland (VHN) denken hier zo over. Een half jaar na het uitkomen van dit onderzoek, afgelopen 24 septem-

ber, hebben beide organisaties een beleidsagenda HAP en RAV 2013-2014 aangeboden aan het ministerie van VWS¹². Hierin wordt aangegeven dat het streven is om binnen anderhalf jaar tot samenwerkingsafspraken te komen.

Literatuur

1. Grunsven, PM. V. Honigh, M. Samenwerking met de ambulancezorg in de acute eerste lijnszorg. *Bijblijven* 2008; 24(10):78-84.
2. Ministeries van VWS en BZK. Beleidsdocument en richtlijn first en rapid responder. 30 november 2005. http://www.cnvvakmensen.nl/fileadmin/bestanden/cnvbb/pdf-bestanden/07_10_25_richtlijn_inzet_First_Responder_ambu_.pdf
3. Giesen, P., Smits, M., Huibers, L., Grol, R., & Wensing, M. Quality of after-hours primary care in the Netherlands: a narrative review. *Ann Intern Med* 2011; 155(2):108-13.
4. Giesen P, Vermue N, Huibers L, Van Vugt C. HAP en SEH zoeken elkaar op. Huisartsen hameren op duidelijke afspraken. *Medisch Contact* 2007; 62:1092-3.
5. Broers, S., Smits, M., Van de Berg, F., Giesen, P. Zorgconsumptie op de huisartsenpost: wat is de samenhang met huisartsenpraktijkenmerken? *Raport IQ healthcare, UMC St Radboud*; nov 2011.
6. Palazzo, F., Warner, O., Harron, M., & Sadana, A. Misuse of the London ambulance service: How much and why? *J Accid Emerg Med* 1998; 15:368-370.
7. Hjalte, L., Suserud, B., Herlitz, J., Karlberg, I. Why are people without medical needs transported by ambulance? A study of indications for pre-hospital care. *Eur J Emerg Med* 2007;14:151-6.
8. Nationaal Kompas (www.nationaalkompas.nl). (11 juli 2011).
9. De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) Medisch specialistische zorg in 20/20'. Sept 2011
10. Giesbers S., Smits M., Giesen P. Zelfverwijzers SEH jagen zorgkosten op. *Med Contact* 2011; 66: 587-589.
11. Nederlands Huisartsgenootschap NHG standpunt. De huisartsgeneeskunde inbreng in de acute zorg. *NHG*;2005.
12. Ambulancezorg en huisartsenposten slaan handen ineen. Beleidsagenda HAP+RAV 2013-2014. <http://www.ambulancezorg.nl/nederlands/pagina/3742/samenwerking-hap-rav.html> <kader>

Onderzoekers:

MPA. Oscar H. B. Francissen, Master Physician Assistant, Ambulanceverpleegkundige en rapid responder, assistent medisch manager RAV Gelderland-Zuid (tevens auteur).

Dr. Marleen Smits, postdoc-onderzoeker bij het IQ Scientific Institute for Quality of Healthcare (IQ healthcare), UMC St Radboud.

Dr. Paul Giesen, huisarts, projectleider onderzoek huisartsenposten en spoedzorg. IQ Scientific Institute for Quality of Healthcare (IQ healthcare), UMC St Radboud.

Dr. Pierre M. van Grunsven, huisarts (N.P.), medisch manager RAV Gelderland-Zuid.

Prof. dr. Theo Wobbes, emeritus hoogleraar Chirurgische oncologie UMC St Radboud en gastdocent bij de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen.

Correspondentieadres: Oscar Francissen Master Physician Assistant Veiligheidsregio Gelderland-Zuid. oscar.francissen@vrgz.nl