

# Managementsamenvatting

## Urgentie-indeling in de ambulancezorg en acute eerstelijnszorg

Een verantwoording voor de urgentie-indeling

ISBN 978-94-6122-558-0

### Aanleiding

Het verder ontwikkelen van de samenwerking tussen huisartsenzorg en ambulancezorg biedt veel perspectief voor het verbeteren van de acute eerstelijnszorgketen. Een van de meest cruciale stappen in het proces van acute zorgverlening is het bepalen van de urgentie van een melding. Voor een goede coördinatie in de acute eerstelijns zorgketen is het dan ook van belang om te weten hoe de urgentiebepalingen binnen de ambulancezorg en de huisartsen zorg zich tot elkaar verhouden.

### Triage en urgentie-indeling

Het doel van triage en urgentie-indelingen is om de juiste zorgverlener op het juiste moment bij de juiste patiënt te krijgen met een voor de patiënt zo optimaal mogelijke uitkomst. Op dit moment zijn er grote verschillen tussen de triage en urgentie-indeling in de ambulancezorg vergeleken met huisartsenzorg. De ambulancezorg gebruikt een urgentie-indelingssysteem met drie urgenties, namelijk A1- en A2-urgentie voor spoedeisende ambulancezorg en B-urgentie voor planbare ambulancezorg. Huisartsenposten gebruiken de Nederlandse Triage Standaard met zes urgenties aflopend in urgentie van U0 (meest urgent) naar U5 (minst urgent). Zowel in de ambulancezorg als bij huisartsenposten worden gestandaardiseerde triagemethodieken toegepast om de juiste urgentie en zorginzet bij een zorgvraag te bepalen.

### Doelstelling en onderzoeksvragen

In dit project is nader onderzocht wat de onderbouwing achter de urgentie-indelingen in de acute eerstelijnszorg en huisartsenzorg is. Dit is zowel onderzocht in Nederland als in andere landen waar Nederland mogelijk iets van kan leren. Daarbij is niet alleen gekeken naar de urgentie-indeling, maar ook naar allerlei contextfactoren zoals bijvoorbeeld de organisatie van de ambulancezorg en de scholing van centralisten. Ambulancezorg Nederland gebruikt de resultaten van het onderzoek als basis voor doorontwikkeling van urgentie-indelingen in de ambulancezorg en zoekt daarbij ook aansluiting met de huisartsenzorg. Het onderzoek beantwoordt de volgende onderzoeksvragen:

- *'Hoe is de ambulancezorg en acute eerstelijnszorg in de vier geselecteerde landen/regio's, vergelijkbaar met Nederland, georganiseerd?'*
- *'Welke urgentie-indelingen worden toegepast in de ambulancezorg en acute eerstelijnszorgketen in de geselecteerde landen/regio's, vergelijkbaar met Nederland, en wat is de onderbouwing van de urgentie-indelingen?'*
- *'Wat is de onderbouwing voor de urgentie-indeling in het huidige Nederlandse systeem van de ambulancezorg?'*
- *'Welke urgentie-indeling(en) past(sen) het best binnen de ambulancezorg en acute eerstelijns zorgketen in Nederland? Past dit bij alle onderdelen van de acute eerstelijns zorgketen?'*

## Methodie

Om deze vragen te beantwoorden zijn verschillende methoden toegepast. Er is gestart met deskresearch. De hieruit verkregen informatie is gebruikt om in samenspraak met een kernteam, naast Nederland, vier landen (Denemarken, Wales, Zweden en Canada) te selecteren voor een verdiepend onderzoek. De resultaten in het onderzoek zijn gebaseerd op 36 face-to-face of telefonische interviews met Nederlandse of buitenlandse experts op het gebied van ambulancezorg of eerstelijnszorg. Daarnaast is per land een narratief literatuuronderzoek uitgevoerd.

## Resultaten

### Grote diversiteit in de organisatie van ambulance en (acute) eerstelijnszorg

De organisatie van ambulancezorg in de onderzochte landen verschilt. Urgentie-indelingen in de ambulancezorg worden nationaal, regionaal of lokaal toegepast. Daarbij is sprake van variëteit in de scholing en educatie van ambulancezorgverleners en bieden de onderzochte landen verschillende vormen van ambulancezorg aan. In Denemarken, Wales en Zweden wordt vanuit de meldkamer ook taxivervoer georganiseerd voor meldingen door patiënten. In Nederland loopt één pilot naar deze wijze van vervoer van patiënten.

Ook de acute eerstelijnszorg is in de onderzochte landen verschillend georganiseerd. Kenmerkend is dat de huisarts overdag op werkdagen in alle onderzochte landen verantwoordelijk is voor het bieden van zorgverlening voor niet levensbedreigende zorgvragen. In de avond-, nacht-, en weekenduren (ANW-uren) is dit verschillend vormgegeven. Zweden en Canada hebben problemen met de toegankelijkheid van de acute eerstelijnszorg. Opvallend is dat in alle vier de onderzochte landen overdag een medische hulplijn bemand door verpleegkundigen beschikbaar is om zorgvragen te triëren en de juiste zorginzet te bepalen. De ervaringen met deze medische hulplijnen zijn positief. Een vergelijkbare medische hulplijn die 24 uur per dag 7 dagen per week beschikbaar is voor niet levensbedreigende zorgvragen bestaat momenteel niet in Nederland.

### Urgentie-indeling ambulancezorg

Er is veel diversiteit in de gebruikte urgentie-indelingen in de ambulancezorg. De indelingen verschillen in de mate van differentiatie voor spoedeisende en planbare zorg. De gebruikte urgentie-indelingen in de onderzochte landen zijn niet volledig onderbouwd door wetenschappelijke evidentie, ze zijn ontstaan vanuit de praktijk aangevuld met expert opinion en clinical practice.

## Bevinding 1. Meer differentiatie van urgentie-indeling

### Spoedeisende ambulancezorg

In Wales en Canada wordt gebruik gemaakt van een urgentie-indelingssysteem met meer urgenties voor spoedeisende ambulancezorg in vergelijking met het Nederlandse systeem. Dit zorgt voor meer flexibiliteit binnen het systeem en de mogelijkheid om zorgvragen goed te onderscheiden, zodat tijd-kritische patiënten een tijdige respons ontvangen. In Denemarken en Zweden wordt vergelijkbaar aan Nederland een urgentie-indeling toegepast met twee urgenties voor het spoedeisende ambulancezorg. Beide landen lopen tegen dezelfde problematiek aan als Nederland, namelijk dat het systeem weinig onderscheidend vermogen heeft en dat de patiënt hierdoor niet altijd de juiste zorg op het juiste moment ontvangt. Landen met meer differentiatie ondervinden deze problematiek minder en er lijken nauwelijks ongewenste neveneffecten te zijn van het hebben van meer gedifferentieerde urgentie-indelingen. Het verkennen van een meer gedifferentieerd urgentie-indelingssysteem in Nederland behoort daarom tot de mogelijkheden. Uit het onderzoek komt naar voren dat de geïnterviewde Nederlandse experts hier positief tegenover staan.

### Planbare ambulancezorg

In Denemarken en Zweden wordt, in vergelijking met Nederland, gebruik gemaakt van een urgentie-indelingssysteem met meer urgenties voor planbare ambulancezorg, waaronder zittend vervoer (taxivervoer). Het organiseren van dit planbare vervoer vanuit één meldkamer heeft onder meer als voordeel dat er geen inzet van een ambulance-eenheid nodig is en dit de capaciteit en efficiëntie van beschikbare ambulances vergroot. Voor Nederland zijn er mogelijkheden om B-inzetten verder te differentiëren naast de inzet van zorgambulances.

### Bevinding 2. Inzet juiste zorgverlener

De gebruikte urgentie-indelingen in Wales en Canada, met meer differentiatie van spoedeisende ambulancezorg in vergelijking met het Nederlandse systeem, leidt tot inzet van de juiste zorgverlener. In Canada wordt bij de hoogste urgentie een Advanced Life Support ambulance-eenheid ingezet. Basic Life Support ambulance-eenheden worden ingezet bij lagere urgenties. In Wales wordt een vergelijkbaar systeem toegepast door per code van het urgentie-indelingssysteem vast te stellen wat de meest passende zorgverlener is. Zo wordt een advanced paramedic ingezet, waardoor meer mensen thuis kunnen blijven en vervoer niet nodig is. Bij het verkennen van verdere differentiatie van het urgentie-indelingssysteem kan tegelijkertijd worden gekeken naar meer differentiatie in de inzet zorgverleners bij een melding.

### Bevinding 3. Gebruik andere indicatoren om kwaliteit van zorg te monitoren

Responstijden zijn in veel landen een eigen leven gaan leiden als kwaliteitsindicator, terwijl de tijden zorginhoudelijk niets zeggen over de kwaliteit van de geboden zorg, behalve voor enkele tijdkritische aandoeningen (zoals circulatiestilstand, verstikking). De geïnterviewde Nederlandse experts bevestigen dit beeld en vinden het belangrijk om zorginhoudelijk naar responstijden te kijken. Andere invalshoeken om de kwaliteit van zorg te monitoren zijn indicatoren die patiënten tevredenheid/ervaringen, patiëntuitkomsten of het zorgpad van de patiënt beoordelen. Bijvoorbeeld in Wales waar zorgbundels zijn ontwikkeld om een indicatie te geven van de kwaliteit van een zorgpad van een aantal aandoeningen. Experts adviseren om deze indicatoren samen met patiënten te ontwikkelen. Het meten van kwaliteit vanuit meerdere invalshoeken komt overeen met het Kwaliteitskader ambulancezorg (in ontwikkeling), waarin onder andere staat opgenomen dat een RAV periodiek patiëntervaringsonderzoek moet uitvoeren om de zorg goed af te stemmen op de wensen en behoeften van de patiënt. Tevens staat in de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg opgenomen dat de kwaliteit van de ambulancezorg door de RAV aantoonbaar systematisch wordt bewaakt en waar nodig verbeterd. Dit onderzoek bevestigt dat continuering van de ontwikkeling van andere kwaliteitsindicatoren dan responstijden belangrijk is.

### Bevinding 4. Loslaten van responstijden, met uitzondering van hoogst urgente inzetten

Een voorbeeld dat veel belangstelling heeft onder Nederlandse experts is Wales waar enkel voor de hoogste urgentie een responstijd wordt gehanteerd van 8 minuten met een norm van 65%. Wales had net als de andere landen binnen het onderzoek, te maken met een toename van het aantal zorgvragen. Daarnaast ondervond de ambulanceorganisatie moeite met het behalen van de oude responstijden en was er sprake van een inefficiënte inzet van de beschikbare middelen “Hitting the targets, but missing the point”. Het Clinical Response Model, waarin de responstijden - met uitzondering van de hoogste urgentie - zijn losgelaten en de centralist 120 seconden extra tijd krijgt om de juiste inzet te bepalen, heeft verschillende voordelen. Het loslaten van de focus op louter responstijden geeft de meldkamer meer vrijheid bij het inzetten van de juiste ambulance-eenheid in plaats van de dichtstbijzijnde eenheid. Hierdoor worden minder eenheden ingezet en verbetert de efficiency. Verder leidt de extra uitvaartijd ertoe dat de hulpvraag beter in kaart wordt gebracht, waardoor duidelijker is welke eenheid voor die patiënt het beste is. Daarnaast stopt in Wales de tijdsregistratie van de responstijd bij het ter plaatse komen van de eerste responder. Dit kan een ambulance, burgerhulpverlener of co-responder zijn.

Uitbreiding van de inzet van burgerhulpverleners en andere co-responders voor het behalen van een kortere responstijd behoort tot de mogelijkheden in Nederland. Ook de geïnterviewde Nederlandse experts kijken positief aan tegen het uitbreiden van de inzet van burgerhulpverlening voor bepaalde tijdkritische toestandsbeelden. Het loslaten van responstijden voor minder urgente zorgvragen zoals in Wales, sluit niet aan bij de meningen van de geïnterviewde Nederlandse experts. Zij verwachten dat dit tot langere wachttijden zal leiden voor de minder urgente zorgvragen. Echter, onderzoek uit Wales toont aan dat er geen directe relatie is tussen langere wachttijden en slechtere uitkomsten voor de meerderheid van de patiënten in de laag urgente categorieën. Het verkennen van het loslaten van de responstijden voor de lagere urgenties behoort tot de mogelijkheden voor doorontwikkeling van het urgentie-indelingssysteem in Nederland.

## Bevinding 5. Lerend zorgsysteem: gebruik (historische) gegevens

Het Nederlandse urgentie-indelingssysteem is ontstaan vanuit de praktijk en niet onderbouwd door wetenschappelijke evidentie. In Wales zijn historische gegevens gebruikt bij het vormen en verfijnen van het urgentie-indelingssysteem. Ook Canada is verder gevorderd in het toepassen van geregistreerde gegevens. Beide landen definiëren urgenties voor patiëntengroepen en beoordelen achteraf of de inzet overeenkwam met wat nodig bleek. Op grond van deze feedbackloop worden standaarden ontwikkeld voor de inzet van acute zorg. Toepassing van een vergelijkbare methode bij de doorontwikkeling van de Nederlandse urgentie-indelingen is wenselijk. Daarnaast worden in Canada de gegevens gebruikt om inzet van capaciteit en middelen (verschillende niveaus van zorgverleners en de inzet van voertuigen) te optimaliseren. In Nederland worden momenteel op regionaal niveau gegevens geregistreerd voor kwaliteitsbewaking binnen het urgentie-indelingssysteem. De Nederlandse experts adviseren om uit te breiden van regionale initiatieven naar een landelijke database om de kwaliteit van ambulancezorg te monitoren. De sector is reeds gestart met het verkennen van deze mogelijkheid.

## Samenwerking acute eerstelijns(keten)zorg

De focus van het onderzoek lag op het verkennen van de verschillende urgentie-indelingssystemen gebruikt voor ambulancezorg en de acute eerstelijnszorg in enkele andere landen dan Nederland. Daarbij is ook de mate van afstemming van de urgentie-indelingen met de acute eerstelijnszorg en de samenwerking tussen de ambulancezorg en acute eerstelijnszorg onderzocht. Dit leidde tot een aantal bevindingen die niet direct betrekking hebben op de urgentie-indeling, maar wel van belang zijn voor acute eerstelijnszorgverlening in Nederland.

## Nevenbevinding 1. Opties (acute) eerstelijnszorg: zorgcoördinatie met meer ketenpartners

De geïntegreerde meldkamer in Denemarken, waarbij triagist (huisartsenzorg) en centralist (ambulancezorg) elkaars rol kunnen vervullen, contacten hebben met verschillende vormen van acute eerstelijns zorgverlening (o.a. acute thuiszorg, HAP en acute teams) en afspraken voor de patiënt kunnen maken bij de SEH spreekt tot de verbeelding. Daarnaast kan een geïntegreerde meldkamer een manier zijn om invulling te geven aan ambitie van AZN om zorgcoördinatie in de acute eerstelijnszorgketen verder te ontwikkelen. De geïnterviewde Nederlandse experts staan positief tegenover het verkennen van integratie van meldkamers en het uitbreiden van mogelijkheden om acute eerstelijnszorg in te zetten.

## Nevenbevinding 2. Integratie door inzet van elkaars medewerkers

In meerdere onderzochte landen vindt uitwisseling van zorgprofessionals in de huisartsenzorg en de ambulancezorg plaats. In Nederland zijn op dit moment enkele initiatieven gestart waarbij een verpleegkundig specialist of physician assistant werkzaam is op een huisartsenpost. Een verkenning van het uitbreiden van deze samenwerkingen behoort tot de mogelijkheden gezien de voordelen die bijvoorbeeld Wales hiervan ondervindt. Daar probeert men met de inzet van speciaal opgeleide

paramedics mensen zoveel mogelijk thuis te laten en daar goede zorg te leveren. Ook vermeldenswaardig is de inzet van community paramedics in Canada, om hiermee het aantal 112 meldingen van veel-melders te voorkomen.

### Nevenbevinding 3. Alternatieve zorgroutes, het volgen van de patiënt in de keten

In meerdere onderzochte landen is sprake van verdergaande ketenzorg van patiënten in de spoedzorgketen. In Zweden kan bijvoorbeeld de patiënt met geriatrische problematiek direct doorgestuurd worden naar de juiste afdeling, zodat de SEH wordt ontlast. Ook is het mogelijk om een patiënt vanuit de ambulance naar eerstelijns gezondheidscentra te verwijzen. Het verkennen van alternatieve zorgpaden in de spoedzorgketen behoort tot de mogelijkheden in Nederland.

### Nederland koploper in afstemming urgentie-indelingen in de acute eerstelijnszorgketen

Tot slot bleek dat, in vergelijking met de overige landen in dit onderzoek, Nederland het enige land is waar een duidelijke ambitie is uitgesproken om de acute eerstelijnszorgverlening gezamenlijk met ketenpartners verder vorm te geven. Dat Nederland hierin voorop loopt, bleek ook tijdens de interviews met buitenlandse experts. Afstemming met de urgentie-indeling in de acute eerstelijnszorgketen was een eyeopener voor de buitenlandse experts, waar positief op gereageerd werd.

### Toepassing van voorbeelden vanuit het buitenland in Nederland

Bij het plaatsen van goede buitenlandse voorbeelden in een Nederlandse context, is het goed rekening te houden met verschillen in de organisatie van de acute zorg en de gezondheidszorgcultuur, die in elk land toch weer anders is. Daarom is zorgvuldige afstemming met ketenpartners belangrijk bij aanpassingen van de Nederlandse situatie. Stapsgewijze processen waarbij kleine veranderingen worden geïntroduceerd in goed voorbereide pilots passen hierbij.