

datum 28 november 2017  
betreft Uniformering inzetverdelingsafspraken HAP+RAV

## UNIFORMERING INZETVERDELINGSAFSPRAKEN HAP + RAV

### Inleiding

Ambulancezorg Nederland (AZN) en InEen zijn al een aantal jaren op weg om de samenwerking tussen HAP (Huisartsenposten) en RAV (Regionale Ambulancevoorzieningen) verder te verbeteren. In 2015 zijn AZN en InEen, als onderdeel van het project 'Verbetering van de samenhang en samenwerking in de keten van acute zorg'<sup>1</sup> aan de slag gegaan om de ambities concreet handen en voeten te geven. Dit heeft in 2016 geleid tot het 'Samenwerkingskader HAP+RAV'.

### Samenwerkingskader HAP+RAV

Het samenwerkingskader HAP+RAV is een handvat voor het vastleggen, onderhouden en verbeteren van samenwerkingsafspraken tussen huisartsenposten en Regionale Ambulancezorgvoorzieningen. Het uitgangspunt van de samenwerking is altijd de zorgvraag van de patiënt. Doel is de zorg voor de patiënt met een acute zorgvraag zo te organiseren dat de zorgvraag optimaal wordt beantwoord. Gezamenlijke kernwaarden, maar ook het juridisch kader, vormen daarbij de randvoorwaarden. Het samenwerkingskader beschrijft onderdelen waarop samenwerking gewenst is en hoe deze eruit zou kunnen zien.

Het samenwerkingskader is een dynamisch document. Een aantal thema's die in het kader worden genoemd, zijn nog vol in ontwikkeling. AZN en InEen hebben afgesproken het samenwerkingskader regelmatig te bespreken en het kader op basis van nieuwe ontwikkelingen en/of gesignaleerde knelpunten aan te passen. Een van de onderwerpen betreft de inzetverdelingsafspraken, eerder benoemd als ritverdelingsafspraken.

### Uniformering inzetverdelingsafspraken

Het is voor de patiënt belangrijk dat de zorgprocessen van de HAP en de RAV naadloos op elkaar aansluiten. Het zou vanuit het perspectief van de patiënt niet moeten uitmaken tot wie hij/zij zich wendt. Uitgangspunt voor HAP en RAV is dat de patiënt de juiste zorg ontvangt, op het juiste moment en door de juiste zorgverlener geleverd. Het is in dat kader belangrijk dat HAP en RAV afspraken maken over inzetverdeling. Daarover gaat dit document.

Geconstateerd is dat de manier waarop de inzetten worden verdeeld varieert en dat een *best practice* nog niet voorhanden is<sup>2</sup>. Bij het vaststellen van het samenwerkingskader in 2016 is afgesproken gezamenlijk te kijken of toegewerkt kan worden naar meer uniformiteit.

---

<sup>1</sup> <https://ineen.nl/onderwerpen/acute-zorg/keten-acute-zorg/>

<sup>2</sup> Samenwerkingskader HAP+RAV, paragraaf 4.2. Ambulancezorg Nederland - InEen, juni 2016.

Uniformering van inzetverdelingsafspraken lost een aantal knelpunten op:

- Doordat de regio's van RAV en HAP niet volledig met elkaar overlappen en vanwege de diversiteit in inzetverdelingsafspraken hebben RAV en HAP te maken met verschillende soorten afspraken binnen hun werkgebied. Dit kan risico's voor patiëntveiligheid opleveren en het is operationeel gezien onhandig.
- Het onderscheid en de overlap tussen A1 en Uo/U1 is niet scherp afgebakend<sup>3</sup>. Door duidelijke afspraken over de onderlinge samenwerking te maken zorgen we ervoor dat de patiënt tijdig de juiste zorg ontvangt, ongeacht welke zorgverlener door of namens de patiënt is gebeld.

## **1 UNIFORMERING INZETVERDELINGSAFSPRAKEN**

Het document 'uniformering inzetverdelingsafspraken HAP+RAV' bestaat uit vier componenten:

- inhoudelijke afspraken over zorgvragen die binnenkomen op de HAP
- inhoudelijke afspraken over zorgvragen die binnenkomen op de MKA
- afspraken over de ritverdeling bij een capaciteitstekort en
- implementatie van de inzetverdelingsafspraken.

Bij elke zorgvraag, waarbij de melder<sup>4</sup> zelf al heeft voorgesorteerd door contact te leggen met of de HAP of de Meldkamer Ambulancezorg (MKA), maken we een inhoudelijke afweging welke zorgaanbieder deze zorgvraag het beste kan beantwoorden. Wanneer blijkt dat degene die de zorgvraag het beste kan beantwoorden een capaciteitsprobleem heeft, dan komen de afspraken over de inzetverdeling bij een capaciteitstekort in beeld.

### **1.1 Inhoudelijke afspraken over zorgvragen die binnenkomen op de HAP**

#### **Uo: uitval vitale functies**

- a Wanneer de triagist van de HAP inschat dat de zorgvraag een urgentie Uo heeft, dan is een inzetverzoek voor een ambulance altijd gerechtvaardigd.
- b Bij een Uo is er weinig tijd om een afweging te maken. De melder wordt door de triagist van de HAP direct warm overgedragen<sup>5</sup> aan de verpleegkundig centralist MKA. De triagist van de HAP geeft daarbij de triagegegevens door<sup>6</sup> aan de verpleegkundig centralist MKA en verbindt zo mogelijk de melder met zijn zorgvraag rechtstreeks door aan de verpleegkundig centralist.
- c Na de overdracht aan de MKA kan de triagist van de HAP nog relevante informatie uit het dossier doorgeven aan de MKA (bijvoorbeeld complexe multi-morbiditeit bij een

<sup>3</sup> Aansluitend op het ontwikkelen van de inzetverdelingsafspraken hebben InEen en AZN de intentie om een verkenning te doen naar de mogelijkheden om te komen tot meer eenduidige afspraken over de indeling in urgenties in de huisartsenzorg en ambulancezorg.

<sup>4</sup> De melder is de patiënt of iemand anders, zoals een familielid of omstander, die zorg vraagt voor de patiënt.

<sup>5</sup> Warm overdragen betekent in de meest ideale situatie dat de zorgaanbieder waar de melder de zorgvraag als eerste stelt, de zorgvraag mondeling overdraagt aan de andere zorgaanbieder waarna deze de melder zelf aan de lijn krijgt. Dit kan zowel van HAP naar MKA als andersom plaats vinden. Het heeft de voorkeur om mondeling over te dragen conform de SBAR-methodiek.

<sup>6</sup> Bij de meeste MKA's volgt op het moment dat de adresgegevens van de Uo-patiënt bekend zijn, direct een ambulance-inzet. Dit is bekend als DIA: Directe-Inzet-Ambulance. De DIA wordt al tijdens de overdracht en/of eventuele verdere triage gerealiseerd.

hoogbejaarde of terminale patiënt of terughoudend beleid, waaronder ntbr (*not to be reanimated*) -beleid).

- d De verpleegkundig centralist MKA past in het gesprek met de melder (patiënt of omstander die zorg vraagt) zo nodig verdere triage toe<sup>7</sup>, bepaalt de definitieve zorginzet<sup>8</sup>, en geeft zo nodig meldersinstructie.
- e Het is aan de HAP om te bepalen of de huisarts, evenals de ambulance, ook ter plaatse wil gaan gezien de context specifieke situatie van de betreffende patiënt. De HAP informeert in dat geval de MKA en geeft, conform de regionale afspraken met de RAV, aan of zij gebruik maken van optische en geluidsignalen (OGS)<sup>9</sup>.

### **U1: levensbedreigend, vitale functies zijn instabiel en in gevaar**

- a Wanneer de triagist van de HAP inschat dat de zorgvraag een urgentie U1 heeft, dan is een inzetverzoek voor een ambulance altijd gerechtvaardigd.
- b Een inzetverzoek voor een ambulance gebeurt middels een warme overdracht<sup>10</sup> aan de verpleegkundig centralist MKA, gelijk aan de overdracht bij een Uo<sup>11</sup>.
- c Na de overdracht aan de MKA kan de triagist van de HAP nog relevante informatie uit het dossier doorgeven aan de MKA (bijvoorbeeld complexe multi-morbiditeit bij een hoogbejaarde of terminale patiënt of terughoudend beleid, waaronder ntbr-beleid).
- d De verpleegkundig centralist MKA past in het gesprek met de melder (patiënt of omstander die zorg vraagt) zo nodig verdere triage toe<sup>12</sup>, bepaalt de definitieve zorginzet<sup>13</sup> en geeft zo nodig meldersinstructie.
- e Op grond van de professionele afweging van een huisarts<sup>14</sup> kan deze besluiten een U1-rit zelf uit te voeren, zonder inzetverzoek voor een ambulance. De HAP informeert de MKA wanneer zij gebruik wil maken van OGS, conform de regionale afspraken met de RAV.

---

<sup>7</sup> Op basis van DIA is inzet ambulance al gerealiseerd, zie voetnoot 5.

<sup>8</sup> De verpleegkundig centralist MKA kan op basis van (aanvullende) triage onder meer besluiten tot inzet van meerdere ambulances, of tot een lagere urgentie dan A1 of (in een zeer uitzonderlijke geval) aanvullende zorgverlening. In deze uitzonderlijke gevallen informeert de verpleegkundig centralist MKA de triagist van de HAP hierover. Dit is in belang van de continuïteit van zorg voor de patiënt.

<sup>9</sup> Zie ook het "Richtinggevend kader - Bijzondere verkeersbevoegdheden" (IFV, 2015) en de "Brancherichtlijn Optische en geluidssignalen spoedeisende medische hulpverlening" (AZN - V&VN, 2016).

<sup>10</sup> Zie voetnoot 4.

<sup>11</sup> Zie punt 1.1b. "De melder wordt door de triagist van de HAP direct warm overgedragen aan de verpleegkundig centralist MKA. De triagist van de HAP geeft daarbij de triagegegevens door aan de verpleegkundig centralist MKA en verbindt zo mogelijk de melder met zijn zorgvraag rechtstreeks door aan de verpleegkundig centralist."

<sup>12</sup> Zie voetnoot 6.

<sup>13</sup> Zie voetnoot 7.

<sup>14</sup> Het inzetten van alleen een HAP-arts bij U1 is een professionele afweging en een gerechtvaardigde optie waarbij het volgende, niet-limitatieve, afwegingskader ondersteunend kan zijn. Bij zorgvragen met complexe multi-morbiditeit bij hoogbejaarde of terminale patiënt; bij cardiovasculaire klachten en ntbr beleid; bij bewustzijnsveranderingen bij bekende diabetes; bij bekende epilepsiepatiënt met epilepsieaanval of bij een kind met koortsstuip ouder dan 6 maanden en jonger dan 6 jaar, en bij een twijfelachtige U1 melding (onwelwording, paniektelefoon met onbetrouwbare anamnese, atypische presentatie acuut coronair syndroom-achtige klacht).

- f De huisarts kan ook besluiten om, evenals de ambulance, ter plaatse te gaan gezien de context specifieke situatie van de betreffende patiënt. De HAP informeert de MKA en geeft, conform de regionale afspraken met de RAV, aan of zij gebruik maken van OGS<sup>15</sup>.

**U2: spoed, vitale functies zijn mogelijk bedreigd of er is een reële kans dat de toestand op korte termijn verslechtert.**

- a Als de triagist van de HAP uitkomt op een U2 urgentie, volgt een visite of consult door de huisarts. De huisarts van de HAP kan besluiten om met spoed ter plaatse te gaan, met gebruikmaking van OGS. De HAP informeert in dat geval de MKA en geeft, conform de regionale afspraken met de RAV, aan dat zij gebruik wil maken van OGS.
- b Indien de triagist van de HAP op basis van de triage, vaststelt dat de patiënt vrijwel zeker vervoerd dient te worden, kan de HAP direct een inzetverzoek voor een ambulance doen. De verpleegkundig centralist van de MKA past zo nodig verder triage toe en bepaalt de definitieve zorginzet<sup>16</sup>.

## **1.2 Inhoudelijke afspraken over zorgvragen die binnenkomen bij de MKA**

### **A1: (niet uit te sluiten) acute bedreiging van de vitale functies**

Bij een A1 is weinig tijd om een afweging te maken. De verpleegkundig centralist MKA geeft opdracht aan de ambulance om met A1-urgentie naar de patiënt te rijden. De verpleegkundig centralist MKA geeft zo nodig meldersinstructie. Een A1-urgentie is per definitie een ambulancespoedrit. Een A1-urgentie kan op grond van verdere triage of nieuwe informatie vanuit een volgende melding over dezelfde zorgvraag gewijzigd worden naar een minder spoedeisende urgentie of naar een andere inzet zoals huisartsenzorg. Dit is ter beoordeling van de verpleegkundig centralist MKA. Indien op basis van een professionele afweging de conclusie is dat huisartsenzorg meer passend is, dan draagt de verpleegkundig centralist MKA de zorgvrager warm<sup>17</sup> over aan de triagist van de HAP. De ambulance-inzet wordt dan beëindigd.

### **A2: geen direct levensgevaar, mogelijk sprake van (ernstige) gezondheidsschade**

Als de triage door de verpleegkundig centralist MKA leidt tot een A2-urgentie, is dit in de eerste instantie een spoedrit voor de ambulance. Een A2-urgentie kan op grond van verdere triage of nieuwe informatie vanuit een volgende melding over dezelfde zorgvraag gewijzigd worden naar een meer of minder spoedeisende urgentie of naar een andere inzet zoals huisartsenzorg. Dit is ter beoordeling van de verpleegkundig centralist MKA. Indien op basis van een professionele afweging de conclusie is dat huisartsenzorg meer passend is, dan draagt de verpleegkundig centralist MKA de zorgvrager warm<sup>18</sup> over aan de triagist van de HAP. De ambulance-inzet wordt dan beëindigd.

---

<sup>15</sup> Zie voetnoot 8.

<sup>16</sup> Indien er verschil van inzicht is over de noodzakelijke inzet zal de hoogste urgentie worden gevolgd. In het kader van de kwaliteitsbewaking is gezamenlijke evaluatie van de betreffende inzet zinvol.

<sup>17</sup> Zie voetnoot 4.

<sup>18</sup> Zie voetnoot 4.

### 1.3 Afspraken inzetverdeling bij capaciteitstekort

- a De streefwaarde voor de aanrijdtijd van de huisartsenpost bij U<sub>0</sub> en U<sub>1</sub> zorgvragen (levensbedreigende spoed) waarbij een huisarts van de HAP wordt ingezet is 20 minuten. Wanneer de triagist bij inzet van de huisarts van de HAP bij een U<sub>1</sub> of U<sub>2</sub> inschat dat bij de beschikbare capaciteit de visite-auto de streefwaarde voor de aanrijdtijd niet kan halen, dan kan de triagist de verpleegkundig centralist MKA vragen een ambulance in te zetten. Er wordt afgestemd wie van beiden de kortste aanrijdtijd heeft. Deze realiseert de inzet.
- b De wettelijk vastgestelde streefnorm voor de responsetijd van een ambulance bij een A<sub>1</sub>-melding is zo snel mogelijk, binnen 15 minuten. Bij een A<sub>2</sub>-urgentie is dit binnen 30 minuten. Wanneer de verpleegkundig centralist MKA inschat dat bij de beschikbare capaciteit de ambulance de streefnorm voor de responsetijd voor A<sub>1</sub> of A<sub>2</sub> niet kan halen, dan kan verpleegkundig centralist MKA de triagist van de HAP vragen met spoed een visite-auto in te zetten. Er wordt afgestemd wie van beide de kortste aanrijdtijd heeft. Deze realiseert de inzet.
- c Bij grote drukte bij HAP en RAV houden HAP en RAV elkaar op de hoogte van de mogelijkheden om zorgvragen van elkaar over te nemen.
- d De zorgverlener van respectievelijk MKA of HAP die op verzoek van een zorgverlener HAP of MKA met een capaciteitstekort een inzet doet, koppelt de bevindingen/uitkomst van de zorgverlening terug naar de zorgverlener met het capaciteitstekort.

### 1.4 Implementatie van de inzetverdelingsafspraken

Om vanuit de huidige situatie te komen tot een landelijke uitrol van deze inzetverdelingsafspraken, kan een implementatieplan opgesteld worden. Gezien de regionale verschillen in huidige samenwerking tussen HAP en RAV ligt het niet voor de hand om een landelijk plan op te stellen. Het implementatieplan kan regionaal ontwikkeld worden. Wel is de aanbeveling om hierbij ook een prospectieve risico-inventarisatie te realiseren. *Best practises* vanuit de implementatie kunnen met elkaar gedeeld worden. InEen en AZN kunnen daarin faciliteren.

Het is van belang de uitvoering en effecten van de inzetverdelingsafspraken regionaal en gezamenlijk te evalueren, met aandacht voor zowel casuïstiek als logistiek. In het kader van evaluatie is het verder wenselijk dat HAP en RAV bijhouden hoe vaak er sprake is van een capaciteitstekort voor spoedritten (U<sub>0</sub> / U<sub>1</sub> en A<sub>1</sub> / A<sub>2</sub>) waardoor men de melding overdraagt aan de ketenpartner.

InEen en AZN zullen deze inzetverdelingsafspraken landelijk evalueren, zes en twaalf maanden na de bestuurlijke vaststelling van het document door InEen én AZN.