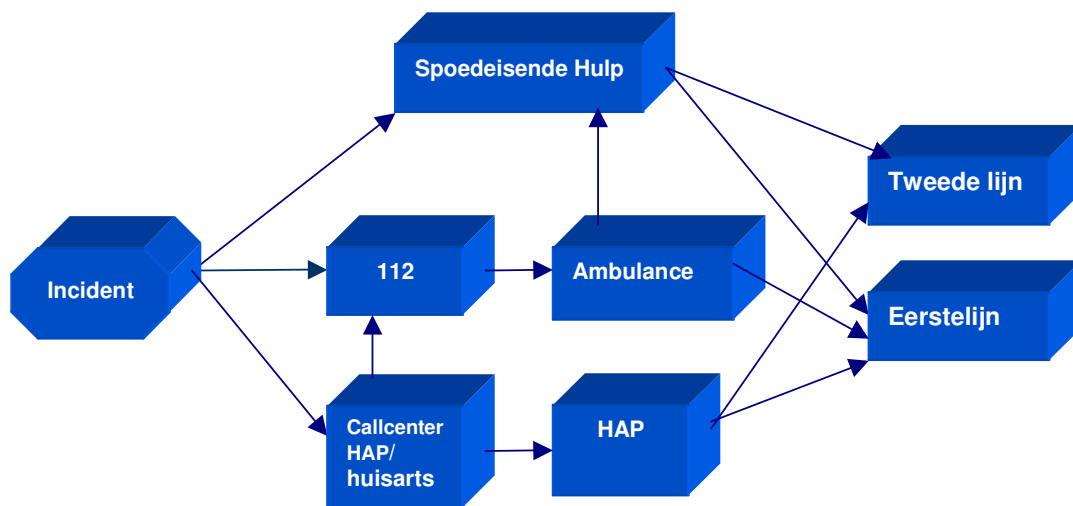


Acute zorg in beeld

Onderzoek naar vraag en aanbod in acute zorg binnen Regio Amsterdam en Omstreken



Karlijn Joling
Master Health Services Research
Netherlands Institute for Health Sciences

Begeleiders

P. van Exter, arts MHA¹
Prof.dr.ir. J.M.H.Vissers²

¹ Medisch Manager Ambulancezorg Regionale Ambulance Voorziening Agglomeratie Amsterdam

² Hoogleraar Zorglogistieke Bedrijfsvoering, IBMG/Erasmus MC

Dit rapport is uitgebracht in opdracht van

Regionale Ambulance Voorziening Agglomeratie Amsterdam (RAVAA)
Nieuwe achtergracht 100
1018 WT Amsterdam
Postbus 2200
1000 CE Amsterdam
(020) 555 5694

Dit rapport is elektronisch op te vragen via pvexter@ggd.amsterdam.nl
Vragen en opmerkingen n.a.v. dit rapport kunt u sturen naar kjoling@zonnet.nl

Inhoudsopgave

Voorwoord.....	4
1. Inleiding.....	5
2. Verantwoording van het onderzoek.....	8
3. Het aanbod van acute zorg per zorgaanbieder	10
3.1 Huisarts en acute zorgketen	11
3.2 Ambulancezorg en acute zorgketen.....	13
3.3 Ziekenhuis en acute zorgketen	15
4. De vraag naar acute zorg per zorgaanbieder.....	17
4.1 Huisartsenposten	17
4.2 Regionale Ambulance Voorziening.....	18
4.3 Spoedeisende hulp afdelingen.....	21
4.4 Totale vraag naar acute zorg	24
5. Afstemming tussen partners in de acute zorgketen	25
5.1 Afstemming in de acute zorgketen volgens huisartsenposten	25
5.2 Afstemming in de acute zorgketen volgens de RAV.....	26
5.3 Afstemming in de acute zorgketen volgens de SEH's	27
5.4 Integratie HAP en SEH.....	27
6. Scenario's en gevolgen voor patiëntenstromen	29
6.1 Scenario 1: Ongewijzigd beleid.....	29
6.2 Scenario 2: Direct op de juiste plaats.....	30
6.3 Scenario 3: Veranderde posities van partijen.....	33
6.4 Scenario 4: Integratie als antwoord?	36
6.5 Samenvatting scenario's	38
7. Conclusie/ Samenvatting.....	39
8. Discussie en aanbevelingen.....	41
Literatuurlijst	43
Bijlage 1: Topiclijsten Interviews	45
Bijlage 2: Triage in de acute zorgketen.....	48

Voorwoord

Dit rapport is geschreven ter afsluiting van de Master Health Services Research aan het Netherlands Institute for Health Sciences (Nihs) te Rotterdam.

De acute zorg was voor mij een onbekende sector die ook tijdens mijn bacheloropleiding Beleid en Management Gezondheidszorg onderbelicht is gebleven. Daarom was het voor mij erg interessant een vraagstelling voor mijn afstudeerscriptie te kunnen nemen die betrekking had op deze sector. Tevens is mij de vrijheid gegeven een vraagstelling te kiezen die aansloot bij mijn interesse en vanuit die interesse heb ik voor een logistieke benadering van het onderwerp gekozen.

Met dank aan professor Klazinga die mij bij de RAVAA geïntroduceerd heeft. Bijzondere dank gaat uit naar Pieter van Exter (RAVAA) en professor Jan Vissers (iBMG) die mij begeleid hebben bij de totstandkoming van dit rapport.

Karlijn Joling
Rotterdam, mei 2006

1. Inleiding

De laatste jaren staat de acute zorg volop in de belangstelling. Het netwerk van acute zorg wordt gevormd door diverse zorgaanbieders. De huisartsenposten (HAP), Regionale Ambulance Voorziening (RAV)³ en de spoedeisende hulpafdelingen (SEH) zijn de partijen waar de meeste aandacht naar uitgaat. Alleen al tussen 2002 en 2005 verschenen veertien nota's met beleidsadviezen over spoedzorg. Al deze nota's resulteren in suggesties voor onderzoek en ontwikkeling van kwaliteit van spoedzorg vanuit patiënten, professioneel en organisatorisch perspectief (Onderzoeksprogramma Spoedzorg 2005). Om een beeld te geven van de beleidsmatige context van dit onderzoek volgen eerst enkele passages uit deze nota's. Daarna wordt ingegaan op de doelstelling en vraagstelling van dit onderzoek.

Achtergrond van het onderzoek

In de beleidsvisie acute zorg van VWS (oktober 2003) staat dat *de eigen verantwoordelijkheid en het initiatief van veldpartijen voorop moet komen te staan*. Het ministerie vindt dat *acute zorg altijd en snel beschikbaar moet zijn*. Hiervoor is het nodig dat de keten verbeterd wordt. *Het gaat daarbij zowel om het functioneren van de schakels zelf als om de afstemming tussen de schakels*. Verbeteringen zijn mogelijk op de aspecten kwaliteit, bereikbaarheid en doelmatigheid. Concreet moet men afspraken maken over triage en patiëntenlogistiek. De prestaties moeten zichtbaar gemaakt worden en de patiëntenstromen beter geleid worden.

De RVZ concludeert in het rapport Acute zorg (2003) dat *met een andere organisatie van de acute zorg meer mensenlevens gered kunnen worden* en dat er met name *winst te behalen is in de eerste fase*. De Raad vindt dat acute zorg taakverdeling en concentratie vereist. Dit wil het RVZ onder meer bereiken door *openbaarheid van de prestaties in de acute zorg* en door te *overleggen over integratie van huisartsenposten en SEH afdelingen*.

Het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) gaat in het rapport *“Huisartsendienstenstructuren: doelmatigheid en sturing door zorgverzekeraars”* verschenen in mei 2004 in op kostenverschillen en doelmatigheid, kwaliteit, samenhang en integratie binnen de acute zorgketen en sturing door de zorgverzekeraar. De conclusie van het CVZ over samenwerking tussen Spoedeisende Hulpafdelingen van ziekenhuisartsen (SEH) en HAP is dat op korte termijn het model waarbij de HAP fungeert als voorportaal van de SEH de meest wenselijke en haalbare variant is. *De samenwerking tussen HAP en Regionale Ambulance Voorziening (RAV), vanuit het oogpunt van doelmatigheid, vergt nader onderzoek*.

Het IGZ-rapport “Spoedeisende hulpverlening: haastige spoed niet overal goed” uit september 2004 stelt dat *in de samenhang binnen de Spoedeisende Medische Hulpketen weliswaar verbetering is geconstateerd, maar dat er nog veel kan en moet gebeuren*. Voor de SEH-afdelingen is het bijvoorbeeld nodig dat er levelindelingen en triageprotocollen komen en dat de patiëntenstromen inzichtelijk gemaakt worden.

Zorgverzekeraars Nederland (ZN) schrijft in hun rapport “Acute zorg op maat” (maart 2004) dat een eenduidige toegang noodzakelijk is. Zij denken hierbij aan een landelijk telefoonnummer waar getrieerd wordt en aan een geïntegreerde HAP en SEH, waar fysieke triage plaatsvindt.

³ Een regionale ambulancevoorziening (RAV) is een samenwerkingsverband tussen alle ambulancediensten en de Meldkamer Ambulancezorg (MKA) in de betreffende regio.

Deze landelijke ontwikkelingen en groeiende aandacht voor de acute zorg vanuit verschillende partijen zijn ook in de regio Amsterdam niet onopgemerkt gebleken. Thema's als triage, samenwerking en afstemming in de acute zorgketen staan volop in de belangstelling bij zowel huisartsen, specialisten als ambulancediensten. Daarnaast wil het ministerie van VWS dat ketenpartners in de acute zorg intensiever gaan samenwerken. In de beleidsregels van het wetsvoorstel Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi) is daarom de verplichting opgenomen voor alle aanbieders van acute zorg om deel te nemen aan het nieuw in te stellen regionaal overleg (Persbericht Meer samenwerking op het gebied van acute zorg, 15-9-2005, website VWS). De Regionale Ambulance Voorziening Agglomeratie Amsterdam (RAVAA), die bestaat uit de ambulancediensten en de Meldkamer Ambulancezorg in de regio Amsterdam, wil binnen deze ontwikkelingen een actieve rol vervullen. Daarom ontstond de wens om meer inzicht te krijgen in het zorgaanbod en de zorgvraag van acute zorg in de regio Amsterdam. De prestaties moeten zichtbaar gemaakt worden en de patiëntenstromen beter geleid worden. Dit onderzoek tracht deze doelstellingen te vervullen.

Doel en vraagstelling van het onderzoek

Goede acute zorg is alleen mogelijk als alle schakels én kwalitatief goed functioneren én goed op elkaar zijn afgestemd. Dat is met zoveel betrokken partijen en de tijdsdruk waaronder acute zorg geleverd moet worden, niet eenvoudig. De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) constateerde dan ook vorig jaar in het rapport 'Spoedeisende hulpverlening: Haastige spoed niet overal goed' dat de aansluiting tussen de verschillende schakels in de keten van acute zorg nog verbeterd moet worden (IGZ 2004).

Daarbij gaat het vooral om een betere herkenbaarheid en toegankelijkheid van de acute zorg voor de patiënt. Er zijn verschillende ingangen om een acute zorgvraag beantwoord te krijgen. Te denken aan het bellen van 112, bezoeken van de SEH of huisarts cq huisartsenpost. Om de afstemming tussen de verschillende schakels in de keten van acute zorg te verbeteren, is allereerst inzicht nodig in de wijze waarop de patiënten hun weg naar het acute zorgaanbod vinden. Dit was aanleiding voor de RAVAA om een onderzoek te starten naar de acute zorg in de regio Amsterdam en Omstreken. Het onderzoek richt zich op het in kaart brengen van de acute zorgketen in deze regio, inzicht krijgen in de patiëntenstromen en de ondoelmatigheden in de keten.

De vraagstelling van het onderzoek luidt als volgt: *Hoe kan vraag en aanbod beter worden afgestemd voor de acute zorg in de regio Amsterdam, gebruik makend van een logistieke benadering?*

Onder acute zorg wordt verstaan: *'wanneer zo spoedig mogelijk, maar in ieder geval binnen enkele minuten tot enkele uren, zorg verleend moet worden om overlijden of irreversibele gezondheidsschade als gevolg van een acute levensbedreigende aandoening of een ongeval te voorkomen'* (RVZ 2003).

Men spreekt van een acute zorgvraag *'als een patiënt/slachtoffer of omstander om onmiddellijke hulp vraagt in verband met een ervaren of geobserveerde mogelijk ernstige of op een korte termijn levensbedreigende situatie als gevolg van een gezondheidsprobleem of letsel dat plotseling is ontstaan of verergerd'* (RVZ 2003).

Dit onderzoek neemt bij de beschrijving van vraag en aanbod de definitie van acute zorgvraag als uitgangspunt. De centrale vraagstelling wordt opgesplitst in de volgende deelvragen:

1. *Wat zijn de kenmerken van het aanbod van de acute zorg in de regio Amsterdam*
2. *Wat zijn de kenmerken van de vraag naar acute zorg in de regio Amsterdam (beschrijven patiëntenstromen)*
3. *Welke afstemmingsproblemen doen zich voor tussen de verschillende aanbieders van de acute zorg*
4. *Welke scenario's zijn er om vraag en aanbod beter op elkaar te laten aansluiten?*

Deze onderwerpen worden alle behandeld vanuit een logistieke benadering. Dit houdt in dat de nadruk wordt gelegd op het beschrijven van de kenmerken van zorgvraag en -aanbod. Hierbij valt te denken aan de herkomst van de patiënten (hoe komen zij de acute zorgketen binnen) en de verwijzing van patiënten (waar gaan zij vervolgens naartoe).

De eerste onderzoeksvraag richt zich op de beschrijving van het aanbod van de acute zorg in de regio Amsterdam. Het netwerk van acute zorg in de regio Amsterdam wordt gevormd door de huisartsenposten (HAP) die tijdens de avond, nacht en weekenddiensten acute zorgvragen behandelen, Regionale Ambulance Voorziening Agglomeratie Amsterdam (RAVAA), de spoedeisende hulpafdelingen (SEH), de intensive care afdelingen (IC), de crisisdiensten van de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) en de acute thuiszorg. Vanwege tijdsoverwegingen richt dit onderzoek zich alleen op de schakels waartussen de grootste patiëntenstromen lopen, te weten de HAP, de RAV en de SEH. De overige aanbieders zijn in dit onderzoek niet meegenomen.

De tweede onderzoeksvraag betreft het in kaart brengen van de verschillende patiëntenstromen die lopen tussen de aanbieders van acute zorg. Het gaat daarbij niet om de kenmerken van de patiënten als geslacht, leeftijd etc. De nadruk ligt op de manier waarop de patiënten bij een acute zorgaanbieder binnenkomen en waar zij vervolgens naartoe gaan.

Na de beschrijving van het zorgaanbod en de zorgvraag wordt de afstemming tussen de verschillende partijen geïnventariseerd. Vervolgens zullen enkele scenario's mogelijkheden beschrijven om vraag en aanbod beter op elkaar te laten aansluiten. Daarbij wordt ingegaan op de consequenties voor de patiëntenstromen.

Opbouw rapport

Het volgende hoofdstuk beschrijft de methoden van het onderzoek. Hoofdstuk 3 en 4 vormen de kern van het rapport. In hoofdstuk 3 wordt een beschrijving van het aanbod van acute zorg in Regio Amsterdam gegeven. Hoofdstuk 4 geeft vervolgens een beschrijving van de vraag naar acute zorg. In hoofdstuk 5 wordt uiteengezet hoe de verschillende aanbieders van acute zorg de afstemming en communicatie in de keten beschrijven en welke knelpunten zij daarin ervaren. Hoofdstuk 6 schetst hierna vier scenario's en analyseert de veranderingen in vraag en aanbod. Tot slot worden enkele aanbevelingen gedaan.

2. Verantwoording van het onderzoek

Design en onderzoekspopulatie

Het onderzoek betreft een retrospectief en descriptief onderzoek van alle patiënten die gedurende een jaar een acute zorgvraag hebben gehad én een beroep gedaan hebben op één van de aanbieders van acute zorg in de regio Amsterdam. Het onderzoek bestaat uit een descriptieve fase waarin het aanbod van de acute zorg wordt beschreven en patiëntenstromen die door dit netwerk lopen in kaart worden gebracht. De tweede fase is een explorerende fase waarin de gegevens uit de beschrijving worden verwerkt in enkele scenario's. Hierbij wordt geanalyseerd hoe vraag en aanbod beter kunnen worden afgestemd en wat de mogelijke effecten zijn voor de verschillende patiëntenstromen.

Afbakening

Dit rapport beperkt zich tot een *deel* van de acute zorgketen. Het is het deel waarin het grootste volume aan patiënten omgaat: de huisartsenpost (HAP), de ambulancezorg (RAV) en de spoedeisende hulp afdelingen (SEH's) (Balestra et al. 2004). De RAV Amsterdam e.o. bestaat uit de ambulancediensten die in de regio Amsterdam actief zijn (GGD en VZA) en de Meldkamer Ambulancezorg (MKA).

Het land is door de overheid opgedeeld in 24 RAV-regio's. In figuur 2.1 is de RAV-regio Amsterdam en Omstreken afgebeeld. Alle huisartsenposten, ambulancediensten en seh-afdelingen binnen deze regio zijn in het onderzoek betrokken. In totaal zijn in deze regio 12 huisartsenposten, 6 ambulanceposten, 1 meldkamer en 9 spoedeisende hulpafdelingen actief. Een nadere beschrijving van de deelnemende zorgverleners is te vinden in hoofdstuk 3 (Aanbod van acute zorg).

Dataverzameling

Het kwalitatieve gedeelte van het onderzoek bestaat uit interviews die zijn gehouden met afdelingshoofden van de spoedeisende hulpafdelingen, directeuren van de huisartsenkoepels en leidinggevendenden van de RAV. Deze interviews zijn gevoerd aan de hand van een vooraf opgestelde en toegestuurde topiclijst (zie bijlage 1). De onderwerpen op deze topiclijst zijn zo gekozen dat de onderzoeksvragen beantwoord konden worden.

Het kwantitatieve gedeelte omvat gegevens die afkomstig zijn uit bestaande registratiesystemen van de verschillende deelnemende zorgaanbieders (Huisartsenposten, SEH's en Meldkamer). Met behulp van deze gegevens zijn de patiëntenstromen in kaart gebracht.

Data-analyse

Voor de kwantitatieve analyse is gebruik gemaakt van de meest recente beschikbare gegevens. De meeste gegevens zijn afkomstig uit 2005; enkele analyses zijn gebaseerd op gegevens uit de eerste maanden van 2006. De gegevens zijn afkomstig uit registraties van de verschillende aanbieders. Deze partijen registreerden de gegevens niet altijd op dezelfde manier en ook de mate waarin de gegevens werden bijgehouden varieerde. Hierdoor was het moeilijk bepaalde cijfers bij elkaar te voegen en zo een totaal overzicht van de gehele regio te krijgen. Bij de kengetallen is waar nodig dieper ingegaan op de achtergrond van de gegevens. Door het ontbreken van een eenduidige registratie is de betrouwbaarheid van de gegevens beperkt. Het gaat er in dit rapport echter om een indicatie van de orde en grootte van patiëntenstromen gedurende een jaar te geven en de registraties zijn betrouwbaar genoeg om dit doel te kunnen waarborgen.

Kwaliteitsprocedures

Om de gegevens goed te kunnen interpreteren, ondanks ontbreken van eenduidige registraties, zijn alle gegevens persoonlijk bij de afdelingshoofden van de SEH's verkregen en besproken. Hierdoor kon zo veel mogelijk rekening worden gehouden met de verschillen en wanneer de gegevens niet samengevoegd konden worden, is dit in het rapport aangegeven.

De interviews met de afdelingshoofden zijn apart uitgewerkt en vervolgens gebruikt bij de analyse. Wanneer na een interview antwoorden niet duidelijk waren, is via e-mail navraag gedaan bij de geïnterviewde. Om de validiteit van het onderzoek te waarborgen, hebben enkele deskundigen tijdens het schrijven van het rapport meegelezen. Deze deskundigen zijn afkomstig uit verschillende vakgebieden. Zowel de huisartsenposten als de ziekenhuizen als de ambulancezorg werd vertegenwoordigd door een of meerdere meelezers.

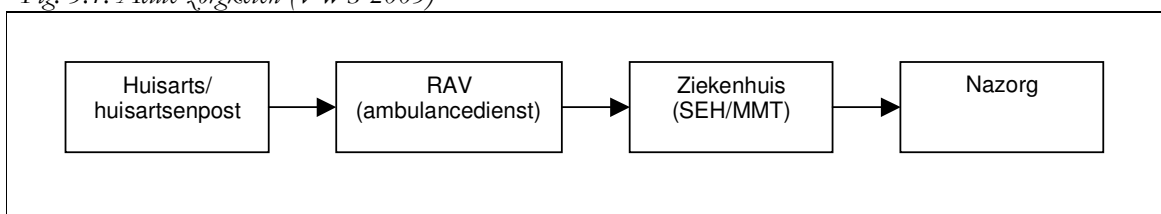
Fig. 2.1: Overzichtskaart RAV regio Amsterdam e.o.



3. Het aanbod van acute zorg per zorgaanbieder

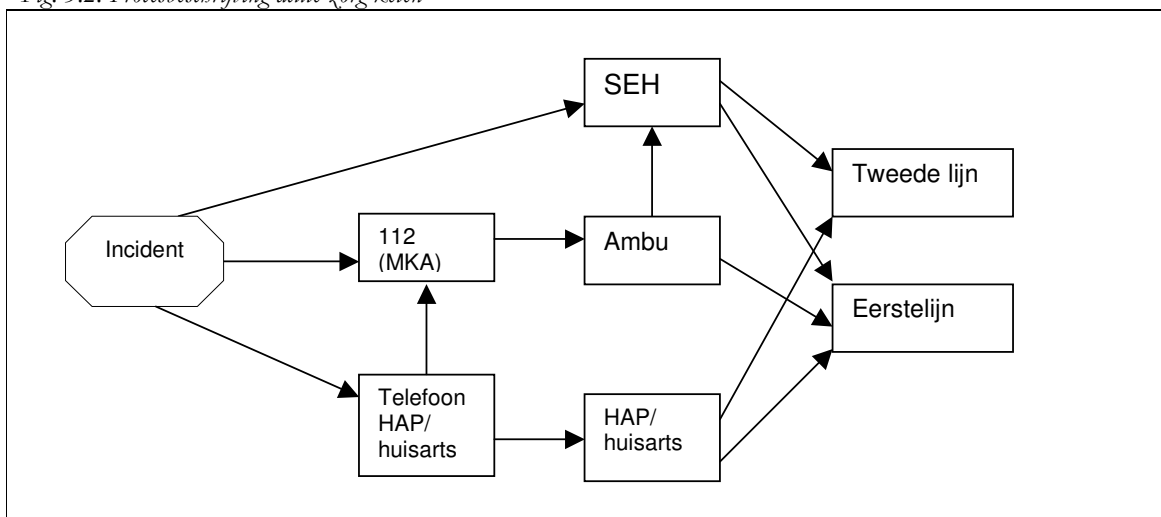
De acute zorg wordt beschouwd als een keten. De belangrijkste schakels in de keten zijn de huisartsen, de huisartsenposten, de Regionale Ambulace Voorziening (RAV), Spoedeisende hulpafdelingen (SEH's) van de ziekenhuizen en traumacentra met hun mobiele medische teams (MTT's). Ook de verloskundige hulpverlening en de geestelijke gezondheidszorg kennen vormen van acute zorg (VWS 2003). Dit rapport beperkt zich tot een *deel* van de acute zorgketen. Het is het deel waarin het grootste volume aan patiënten omgaat: de huisartsenpost (HAP), de ambulancediensten en de spoedeisende hulp (SEH) (Balestra 2004). De keten ziet er schematisch als volgt uit:

Fig. 3.1: Acute zorgketen (VWS 2003)



Bij figuur 3.1 moet worden opgemerkt dat het hier niet gaat om een weergave van patiëntenstromen, maar om de formele keten van aanbieders van acute zorg. In figuur 3.1 zijn met name de actoren in de keten benoemd. Niet zichtbaar wordt hoe de keten werkt. Voor dit onderzoek is een stroomdiagram ontworpen waarin het proces in de acute zorgketen centraal staat (figuur 3.2).

Fig. 3.2: Procesbeschrijving acute zorg keten



In figuur 3.2. is te zien dat een patiënt met een acute zorgvraag via drie wegen de acute zorgketen kan binnengaan. De patiënt kan direct naar een spoedeisende hulpafdeling gaan, kan 112 bellen of kan naar de huisartsenpost bellen. Vervolgens komt de patiënt (eventueel via enkele andere schakels) in de tweedelij terecht (opname in het ziekenhuis of controle op de polikliniek) of in de eerste lijn terecht (patiënt gaat naar huis, er vindt nabehandeling door de huisarts plaats). De wijze waarop deze verschillende patiëntenstromen zich in de regio Amsterdam door de acute zorg keten bewegen wordt in het volgende hoofdstuk geanalyseerd. De bevindingen uit het onderzoek zullen in dit stroomdiagram worden verwerkt. Deze figuur zal dan ook verschillende keren in het rapport terugkomen.

3.1 Huisarts en acute zorgketen

“Vooraan” in de keten fungeert de huisarts als poortwachter voor de toegang tot de eerste- en tweedelijns gezondheidszorg, door middel van verwijzing. Dit is een belangrijke functie aangezien het de doelmatigheid bewerkstelligt en onnodig medische zorg voorkomt. In dit rapport wordt het verlenen van acute zorg ook als een integraal onderdeel van het basistakenpakket van de huisarts beschouwd. Hier bestaat echter geen volledige consensus over binnen de sector. Voor het verlenen van zorg in de avond-, nacht en weekenden (ANW) zijn voor de huisarts aparte regionale diensten opgericht, veelal ondergebracht in Huisartsenposten (HAP).

De stad Amsterdam is onderverdeeld in zeven deelgebieden. Elk ziekenhuis heeft de verantwoordelijkheid voor opvang van de acute patiënten die in haar regio wonen (het zogenaamde regio-ziekenhuis). Op basis van de postcode van de patiënt kan bepaald worden in welk ziekenhuis de patiënt altijd terecht kan voor acute opnamen (Bron: Regeling spoedopnamen, Afspraken spoedeisende opnamen in de stad Amsterdam, www.sigra.nl).

Over een acute patiënt die moet worden opgenomen, wordt door de verwijzende huisarts eerst contact opgenomen met het ziekenhuis waar de patiënt voor dezelfde aandoening reeds onder behandeling is of in het regio-ziekenhuis voor acute zorg. Overigens staat het de huisarts vrij eerst een ander ziekenhuis te bellen, bijvoorbeeld vanwege de voorkeur van een patiënt. Is er in het betreffende ziekenhuis geen mogelijkheid om de acute patiënt op te nemen, dan kan het ziekenhuis de huisarts vragen maximaal twee omliggende ziekenhuizen te bellen. Lukt een opname ook daar niet, dan wordt de acute patiënt, na telefonische aanmelding, door de huisarts gepresenteerd in het ziekenhuis waar de patiënt reeds onder behandeling is, dan wel in het regio-ziekenhuis voor acute zorg. Zo nodig draagt het betreffende ziekenhuis dan zorg voor overplaatsing naar elders. Indien de patiënt naar de mening van de huisarts dermate instabiel is, dat deze direct gestabiliseerd moet worden, dan wordt de patiënt direct naar de Eerste Hulp van het regio-ziekenhuis voor acute zorg vervoerd en aldaar gestabiliseerd. De huisarts meldt de patiënt telefonisch aan bij de Eerste Hulp van het ziekenhuis (VWS 2003).

Huisartsenposten in Regio Amsterdam

In totaal zijn er 12 huisartsenposten actief in de regio Amsterdam en Omstreken. De huisartsenposten zijn gelegen in Amsterdam, Zaanstreek/ Waterland, Haarlemmermeer en Amstelland. Regionaal gezien, vallen deze huisartsenposten in drie verschillende gebieden. In dit rapport zal worden gesproken over de Regio's Noord, Amsterdam Centrum en Zuid. De huisartsenposten in Amsterdam Centrum behoren tot de Stichting Huisartsen Dienstenposten Amsterdam (SHDA), de huisartsenposten in Noord vormen de Coöperatieve Huisartsenposten Zaanstreek/ Waterland (CHZW). Onder de koepel Zuid bevinden zich nog twee onafhankelijke huisartsenposten, te weten HAP Amstelland en HAP Haarlemmermeer.

Op de huisartsenposten wordt de waarneming voor de huisartsenzorg geregeld. De posten zijn geopend buiten kantooruren tijdens avonden, nachten en weekenden en op feestdagen. Alle inwoners van het adherentiegebied kunnen telefonisch contact opnemen met de huisartsenpost om dringende medische klachten voor te leggen. De huisartsen uit de regio draaien bij toerbeurt dienst op de huisartsenpost. De telefoon wordt aangenomen door speciaal hiertoe opgeleide doktersassistenten, die in dienst zijn van een van de huisartsendienstenstructuren. Tijdens het telefoongesprek verricht de doktersassistente triage. Dit kan zijn door een telefonisch advies (door een huisarts of de doktersassistente zelf), een consult op de huisartsenpost of een visite aan het huisadres van de patiënt. Ook kan besloten worden een ambulance te sturen en contact worden gelegd met de Meldkamer. De doktersassistente werkt op basis van de NHG-richtlijnen (Nederlands Huisartsen Genootschap).

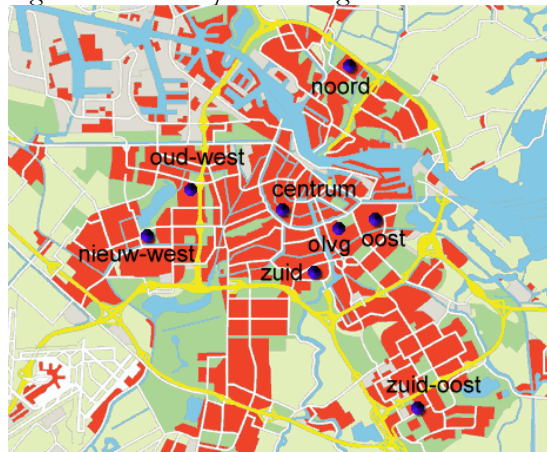
Huisartsenposten in Regio Amsterdam Centrum

Onder de koepel Amsterdam Centrum vallen acht huisartsenposten (zie figuur 3.3). De huisartsen werken tijdens de avonden, weekenden en feestdagen vanuit zeven posten. Tijdens de nachten wordt er vanuit twee nachtposten gewerkt, namelijk de post bij het OLVG en de post Nieuw West. De 15 minuten grens waarbinnen een HAP bereikbaar moet zijn, blijft middels deze constructie gewaarborgd.

Er zijn vijf coördinatoren die elk één of meer HAP's coördineren. Op alle posten werken circa 65 doktersassistenten en er werken ongeveer 100 waarnemend artsen. De HAP is door de week bezet met minimaal twee artsen per post per dienst. 's Nachts werken vier artsen in oost en twee in west. In het weekend ligt zijn enkele posten soms door drie artsen bezet (interview directeur SHDA).

De HAP's in Amsterdam Centrum zijn allemaal gehuisvest bij een andere instelling, onder meer bij huisartsenpraktijken, gezondheidscentra en ziekenhuizen. Twee posten zitten in het ziekenhuisgebouw, twee posten zitten in een polikliniek.

Fig. 3.3: Huisartsenposten in Regio Amsterdam Centrum



Huisartsenposten in Regio Noord

Onder de koepel Noord zijn twee huisartsenposten actief: HAP Zaanstreek te Zaandam en HAP Waterland te Purmerend. Op basis van de postcode van de patiënt wordt bepaald onder welke regio hij/zij valt. Zowel HAP Zaanstreek als HAP Waterland is gehuisvest op het ziekenhuisterrein. Waterland is een van de weinige regio's in Nederland die de spoedeisende zorg organiseren door middel van een verregaande samenwerking tussen HAP en SEH. De SEH van het Waterlandziekenhuis wordt daar gecombineerd met de HAP in de zogenaamde 'Spoedpost'. Er is één loket waar de huisarts de triage van aanlopers op zich neemt. Er wordt daarbij onderscheid gemaakt tussen de complexe zorg en de niet-complexe zorg. Op de werkvloer is er voor de patiënt een eenduidig beeld. Overleg vindt telefonisch plaats, maar door het integrale model van de Spoedpost kan er ook mondeling overleg plaatsvinden. Vooralsnog betreft de samenwerking alleen nog buiten kantoor tijden. In Zaandam bevindt de HAP zich wel op het ziekenhuisterrein van het Zaaans MC, maar verder zijn het twee aparte organisaties.

Huisartsenposten in Regio Zuid

Ten slotte behoren nog twee onafhankelijke huisartsenposten tot het werkgebied van de RAVAA. Dit zijn HAP Haarlemmermeer en HAP Amstelland. Deze posten behoorden in 2005 met nog zes andere huisartsenposten tot één gezamenlijke stichting. Zowel HAP Haarlemmermeer als HAP Amstelland zijn gehuisvest op een ziekenhuisterrein. HAP Amstelland

ligt op het terrein van het Amstelland ziekenhuis. Dit ziekenhuis heeft echter geen SEH, maar heeft wel de intentie om een SEH te openen. Wanneer dit is gerealiseerd, is het ook het streven dat SEH en HAP geïntegreerd gaan werken. Om deze plannen ook werkelijk realiteit te laten worden, moet wel een aantal barrières overwonnen worden. Dit zal verder worden besproken in de paragraaf “Integratie HAP en SEH”. HAP Haarlemmermeer bevindt zich op het terrein van het Spaarne ziekenhuis te Hoofddorp. HAP en SEH maken wel afspraken over samenwerking, maar vormen twee aparte organisaties.

3.2 Ambulancezorg en acute zorgketen

De ambulancezorg levert acute 1e en 2e lijns zorg, zowel thuis als op de openbare weg en daarnaast ook zorgtransport/ mobiele zorg. Ook de vervoerde patiënten hebben eerst zorg gehad. Zij speelt een cruciale rol in het optimaal doorgeleiden van patiënten binnen de keten van acute zorg, maar vervult dus ook een belangrijke functie in het verlenen van (interview Medisch Manager Ambulancezorg). Dit totale zorgproces is onder te verdelen in de volgende stappen;

- de melding van een zorgvraag, de zorgindicatie, -toewijzing en coördinatie en registratie door de Meldkamer ambulancezorg,
- de begeleiding en zorgverlening aan patiënten en zonodig het vervoeren van patiënten,
- de overdracht van de patiënt aan een volgende schakel binnen de keten (AmbulanceZorg Nederland 2004).

In de regio Amsterdam en Omstreken wordt dit proces uitgevoerd door de Regionale Ambulance Voorziening Agglomeratie Amsterdam (RAVAA). Dit is een samenwerkingsverband van de Meldkamer Ambulancezorg (MKA) en de ambulancediensten die in deze regio actief zijn (VZA en GGD).

Ambulancezorg in Regio Amsterdam

De RAVAA verzorgt een gebied van 1,4 miljoen inwoners. De regio is groter dan Amsterdam alleen. Op de regiokaart (zie figuur 3.4) is te zien welk gebied dit bestrijkt. Het gebied omvat de regio Zaanstreek Waterland, de regio Amsterdam en een deel van de regio Amstelland en de Meerlanden.

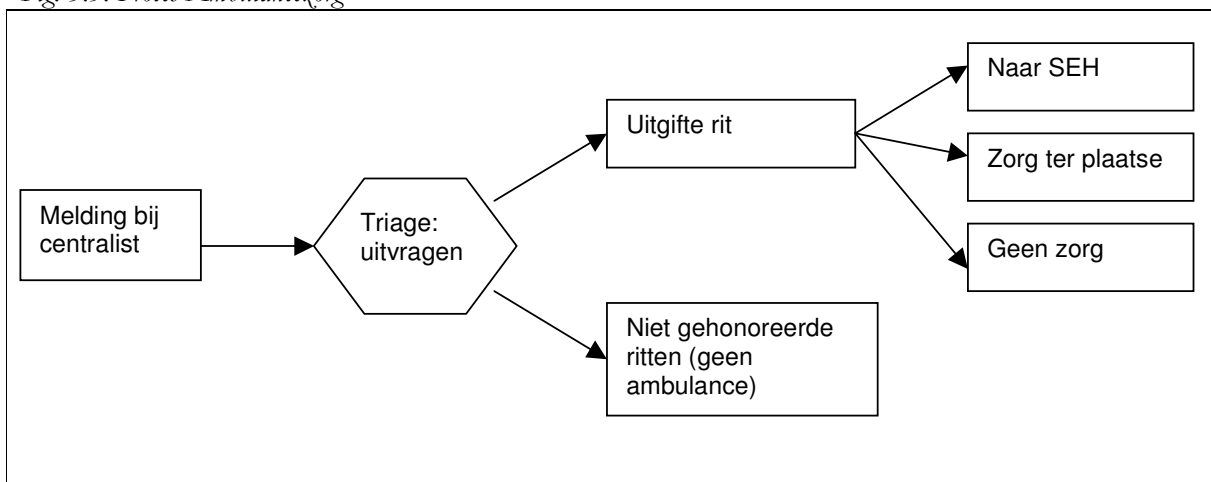
Fig. 3.4: werkegebied RAVAA



De RAVAA is verantwoordelijk voor ambulancehulpverlening in de regio Amsterdam en Omstreken (indicatiestelling, zorgtoewijzing, zorgverlening, zorgcoördinatie en zorgverwijzing). Het ambulancewerk wordt uitgezet naar de twee diensten die actief zijn in de regio: de ambulancedienst van de GGD en de ambulancedienst van het VZA. Deze ambulancediensten werken vanuit zes centrale posten. Daarnaast zijn er nog drie satellietposten die niet continu bemand zijn. De Meldkamer Ambulancezorg is vooralsnog niet samen met de meldkamer politie en brandweer gelokaliseerd. In de afgelopen jaren is vaak gesproken over het onderbrengen van de meldkamers van brandweer, ambulancezorg en politie op één locatie, de zogenaamde co locatie. Een gemeenschappelijke meldkamer van deze drie diensten staat op de planning voor 2010. De RAVAA staat 24 uur per dag paraat om op iedere locatie in de regio Amsterdam binnen 15 minuten, na een spoedmelding, zorg te kunnen verlenen. In de regio Amsterdam werd deze grens gedurende 2004 in 7% van de spoedritten overschreden (Provincie Noord Holland 2005). Naast het spoedvervoer regelt de RAVAA het zogenaamde 'bestelde' vervoer en haar landelijke functie voor intensive care en regio-overstijgende verplaatsingen (GGD intranet Meldkamer).

Het proces dat plaatsvindt als een 112 melding wordt gedaan, is in figuur 3.5 in kaart gebracht. Wanneer een melding bij de Meldkamer binnenkomt, begint de centralist met uitvragen en het vaststellen van de ambulance indicatie. Niet alle hulpvragen via 112 voor een ambulance worden door de Meldkamer gehonoreerd. Vele meldingen worden doorverwezen naar een huisarts of krijgen een advies. Indien wel een ambulance nodig is, start het zoeken naar een ambulance. Als een beschikbare ambulance gevonden is, wordt de rit uitgegeven en vertrekt de ambulance naar het incident. Ook niet alle ambulances die bij een ongeval arriveren vervoeren hun patiënt naar een ziekenhuis maar behandelen deze ter plaatse of de betrokkene gaat eventueel later zelf naar een huisarts of met advies huiswaarts (categorie 'zorg ter plaatse'). De acute zorgvraag kan zich ook al hebben opgelost op het moment dat de ambulance arriveert (categorie 'geen zorg'). Ten slotte kan de patiënt worden vervoerd naar de spoedeisende hulp afdeling van een ziekenhuis (categorie 'naar SEH').

Fig. 3.5: Proces Ambulancezorg



Figuur 3.5 laat zien de richting zien waarin verschillende patiëntenstromen zich bewegen binnen de ambulancezorg. De omvang van deze patiëntenstromen wordt uitgewerkt in hoofdstuk 4 (De vraag naar acute zorg per zorgaanbieder).

3.3 Ziekenhuis en acute zorgketen

De derde belangrijke schakel waar behandeling van acute patiënten plaatsvindt, is het ziekenhuis. Deze behandeling kan al dan niet vooraf gegaan zijn door zorg verleend in de ambulance of door de huisarts (prehospitale zorg). Patiënten met een acute zorgvraag kunnen het ziekenhuis binnenkomen via de spoedeisende hulp afdeling, via de polikliniek (eventueel gevolgd door opname), indien aanwezig via de Eerste Hart Hulp (EHH) of een directe opname. In dit onderzoek worden alleen de acute zorgvragen meegenomen van patiënten die binnenkomen op of via de SEH. Acute zorg patiënten die direct naar een interventie of andere afdeling gaan, worden buiten beschouwing gelaten.

Patiënten kunnen via verschillende wegen bij de SEH terechtkomen;

- via verwijzing door de huisarts
- met een ambulance
- vanuit een andere instelling
- op eigen initiatief (zelfverwijzers)

In Nederland zijn tien ziekenhuizen aangewezen als traumacentrum. In de regio Amsterdam vormen het AMC en het VUmc gezamenlijk één traumacentrum. Er loopt een aanvraag om als twee gescheiden traumacentra verder te gaan. Het traumacentrum vervult een coördinerende rol met betrekking tot triage en patiëntenlogistiek (AmbulanceZorg Nederland 2004).

Aanbod van acute zorg door ziekenhuizen in regio Amsterdam

In dit onderzoek worden 10 ziekenhuizen meegenomen, te weten het Lucas Andreas, BovenIJ, AMC, VUmc, OLVG, Slotervaartziekenhuis (alle te Amsterdam), het Zwaans MC (Zaandam), Waterlandziekenhuis (Purmerend), het Spaarne ziekenhuis (Haarlemmermeer) en Amstelland (Amstelveen). Alleen het Amstelland beschikt niet over een SEH afdeling. Wel heeft het Amstelland ziekenhuis een presentatiekamer. Hier komen alleen patiënten met een acute zorgvraag op verwijzing van de huisarts. Verder valt ook Schiphol onder de agglomeratie Amsterdam. Zij beschikken over een eerste hulp en ambulances om de acute zorg op het eigen terrein te kunnen organiseren. Patiënten worden indien nodig vervoerd naar het VUmc.

In de RAV-regio Amsterdam en Omstreken bevinden zich twee academische ziekenhuizen en 8 algemene ziekenhuizen. De SEH-afdelingen van de ziekenhuizen zijn in verschillende mate uitgerust om urgente patiënten te behandelen, wat is weergegeven door middel van het level. Het AMC en VUmc zijn gezamenlijk aangewezen als traumacentrum en zijn behoren tot level 1 (hoogste level). Het OLVG behoort tot level 2. De traumapatiënten worden naar een SEH van één van deze ziekenhuizen gebracht. Patiënten met minder ernstige klachten kunnen ook naar de andere (level 3) ziekenhuizen vervoerd worden.

4. De vraag naar acute zorg per zorgaanbieder

Het beschrijven van de vraag naar acute zorg in de regio Amsterdam houdt in dit onderzoek met name in het in kaart brengen van de verschillende patiëntenstromen. Hierin gaat het niet alleen om de contactfrequenties van de patiëntenpopulaties op de HAP, ambulancehulpverlening en SEH, maar ook om de zorgkarakteristieken van deze patiëntcontacten. De karakteristieken van de patiëntenstromen hebben in dit onderzoek betrekking op de manier waarop de patiënten het acute zorgaanbod benaderen (verwijzingen), de wijze waarop zij vervolgens verder de keten 'instromen' en indien mogelijk zal de urgentie van de hulpvraag worden meegenomen. Inzicht in deze materie kan een bijdrage leveren aan de efficiëntie en afstemming tussen de verschillende partners in de keten spoedeisende zorg.

4.1 Huisartsenposten

De huisartsenposten, die in het werkgebied van de RAVAA vallen, hebben gedurende 2005 in totaal bijna 240.000 patiëntencontacten gehad. Dit komt neer op een contactfrequentie van 171 contacten per 1000 patiënten per jaar. Meer dan de helft van de patiëntencontacten vond binnen Amsterdam Centrum plaats (56%). Van alle HAP contacten betreft 51% een telefonisch consult, 39% een consult en 10% een visite. Dit komt neer op 87, 67 en 17 contacten per 1000 patiënten per jaar. Opvallend is dat in Amsterdam Centrum de telefonische consulten een aanzienlijk groter deel van de patiëntencontacten beslaan dan in de andere twee dienstenstructuren. Daar is de verhouding tussen telefonische en fysieke consulten behoorlijk in evenwicht, terwijl in Amsterdam Centrum bijna 60% van de patiëntencontacten telefonisch wordt afgehandeld.

Tabel 4.1: HAP contacten in regio Amsterdam e.o.

	Noord	Zuid	Centrum	Totaal
Aantal posten	2	2	8	12
Patiëntenpopulatie	300.000	250.000	785.000	ruim 1,3 mln
Aantal artsen	123	96	432	651
Aantal patiëntencontacten	62.704	41.600	135.139	239.443
Telefonische consulten	26.006 (41%)	17.160 (41%)	79.934 (59%)	123.100
Consulten	30.379 (48%)	18.957 (46%)	43.013 (32%)	92.349
Visites	6.319 (11%)	5.483 (13%)	12.192 (9%)	23.994

Figuur 4.1 vergelijkt de verdeling van patiëntencontacten op de huisartsenposten in Amsterdam met de gemiddelde landelijke verdeling.

Fig.4.1A: Herkomst HAP patiënten Regio A'dam

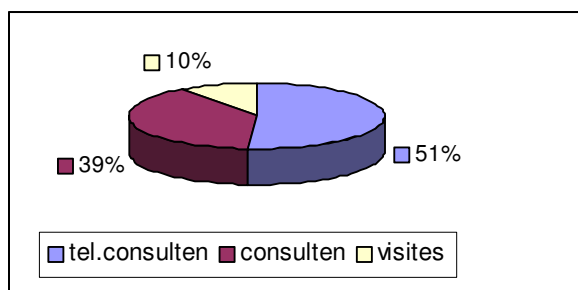
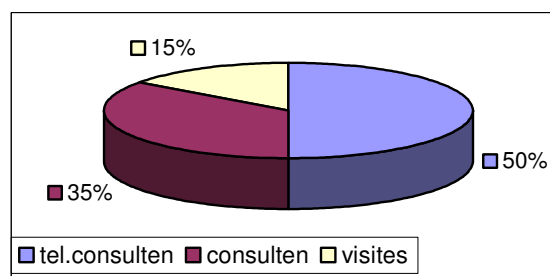


Fig. 4.1B: Herkomst HAP patiënten Landelijk (Grol & Schrijvers 2005)



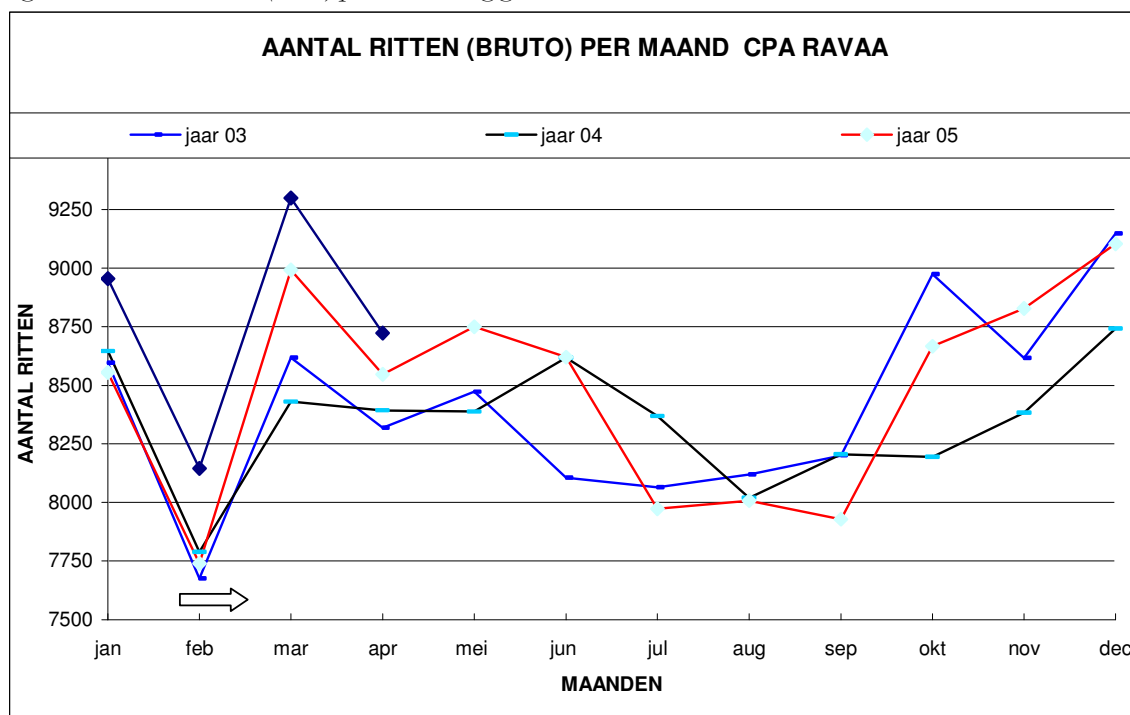
In figuur 4.1 is te zien dat de wijze waarop de HAP patiënten in de Regio Amsterdam en Omstreken worden behandeld (telefonisch consult, consult op de HAP of huisvisite) nagenoeg overeenkomt met de manier waarop dit landelijk gebeurt. Amsterdam rijdt in verhouding iets minder huisvisites en legt meer consulten af. Met name het aantal consulten dat op de HAP plaatsvindt is groter dan elders in Nederland.

4.2 Regionale Ambulance Voorziening

De Regionale Ambulancevoorziening Agglomeratie Amsterdam (RAVAA) heeft in totaal 101.709 ritten uitgegeven tijdens 2005. Hiervan behoorden 97.902 ritten tot het werkgebied van de RAVAA.

In figuur 4.2 en tabel 4.2 is te zien dat de vraag naar acute zorg de laatste jaren redelijk stabiel is geweest. Het jaar 2006 is met een aanmerkelijk hoger aantal ritten gestart dan de afgelopen drie jaren. Wel is tot nog toe een zelfde patroon waar te nemen. De productie vertoont in de laatste maanden van het jaar wel vaak een stijging. Zo is januari in elk jaar een redelijk drukke maand en volgt in februari een daling. Gedurende de afgelopen jaren loopt in maart de vraag vervolgens weer op. De zomermaanden tonen een dalende trend en de productie vertoont in de laatste maanden van het jaar vaak weer een stijging. Vaak wordt verondersteld dat de stroom acute patiënten onvoorspelbaar is, maar uit deze gegevens blijkt dat er wel degelijk vaste patronen bestaan in de vraag naar acute zorg (De Vries & Hiddema 2001).

Figuur 4.2: Aantal ritten (bruto) per maand uitgegeven door de RAVAA



Tabel 4.2: Aantal ritten per maand/ jaar

	jan	feb	mrt	apr	mei	jun	jul	aug	sep	okt	nov	dec	Totaal
2003	8595	7676	8617	8319	8472	8106	8065	8120	8200	8974	8616	9147	100.907
2004	8645	7789	8430	8393	8388	8617	8369	8019	8205	8194	8383	8742	100.174
2005	8554	7740	8992	8547	8749	8620	7973	8008	7928	8666	8828	9104	101.709
2006	8955	8145	9299	8723									35.122

Tabel 4.2 geeft een overzicht van de kenmerken van de zorgverlening die verleend is vanuit de ambulancezorg. Er zijn verschillende soorten van vervoer: spoedvervoer en besteld vervoer (zie bijlage 2 voor verdere informatie over deze indeling). Wanneer het gaat om een acute, mogelijk levensbedreigende situatie wordt er spoedvervoer ingezet. Dit wordt A1 vervoer genoemd en hierbij rijdt de ambulance met zwaailicht en sirene omdat men binnen 15 minuten ter plaatse moet zijn. Voor A2 vervoer geldt een aanrijtijd van 30 minuten en het gaat hierbij ook om spoedgevallen die echter niet levensbedreigend zijn. Een groot gedeelte van de ritten bestaat echter uit vervoer dat niet urgent is (besteld vervoer). Dit is vervoer van patiënten van ziekenhuis naar ziekenhuis of van huis naar een onderzoek- of behandelafdeling van een ziekenhuis (www.meldkamer.nl).

Onderstaande analyses zullen alleen betrekking hebben op de meldingen en uitgegeven ritten die tot het werkgebied van de RAVAA behoren. Tijdens 2005 betrof 50% van deze ritten een A1-rit en 12% een A2-rit. Daarnaast was 37% besteld vervoer (B-rit).

Tabel 4.3: Kenmerken van de acute zorg verleend door ambulancedienst

Ritten	Aantal	Perc.(%)
Ritten	97.902	100%
A1	49.432	50%
A2	12.060	12%
B	36.410	37%

Deze verhoudingen tussen A1, A2 en B-vervoer zijn ook landelijk te zien, met name het percentage B-ritten komt overeen. De ambulancezorg in regio Amsterdam en Omstreken heeft vergeleken met heel Nederland 9% meer A1 ritten verzorgd en 7% minder A2 ritten (zie figuur 4.3).

Fig. 4.3A: Urgentieverdeling Regio Amsterdam

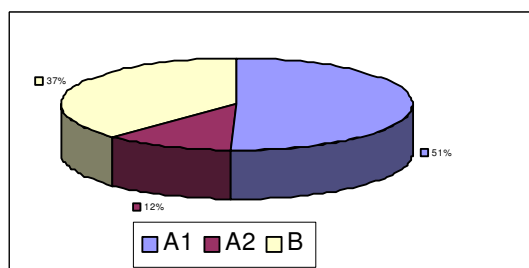
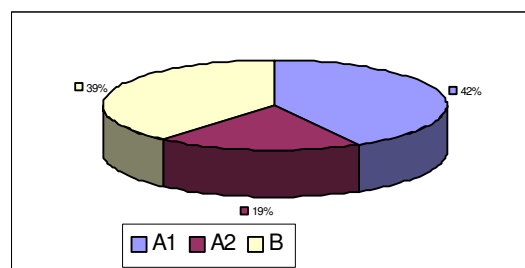


Fig. 4.3B: Urgentieverdeling Landelijk (Grol & Schrijvers 2005)



In 2006 is begonnen met het registreren van de zogenaamde niet gehonoreerde ritten (tabel 4.4). Dit zijn meldingen waar geen ambulance naartoe wordt gestuurd. Op basis van registraties van deze ritten gedurende januari tot en met maart 2006 wordt geschat dat ongeveer bij 14% van de meldingen geen ambulance wordt gestuurd⁴. Meestal wordt er in deze gevallen telefonisch een (zelfzorg)advies gegeven door de centralist (38%) of wordt het advies gegeven naar de huisarts te gaan/bellen (20%). Verder wordt 20% van deze meldingen doorverbonden. Ten slotte blijkt 7%

4 Berekening: 2530 niet gehonoreerde ritten (NG) tijdens 1e kwartaal 2006, betekent na extrapolatie circa 10.120 NG gedurende heel 2006. Het aantal A1, A2 en B-ritten lijkt op basis van de eerste maanden van 2006 (tabel 4.1) met circa 5% te stijgen t.o.v. 2005. Het aantal meldingen (excl. B vervoer) in 2006 komt dan op circa 74.687 (61.492*1,05+10.120). De NG ritten maken dan circa 14% van het totaal aantal meldingen uit.

van de meldingen waarnaar geen ambulance wordt gestuurd loos alarm te zijn en volgt geen verdere actie.

Tabel 4.4: Niet gehonoreerde ritten

Niet gehonoreerde ritten ⁵	10.120	100%
Telefonisch advies		38%
Advies huisarts		20%
Doorverbinden HAP		14%
Doorverbinden politie/brandweer		6%
Loos		7%
Anders		15%

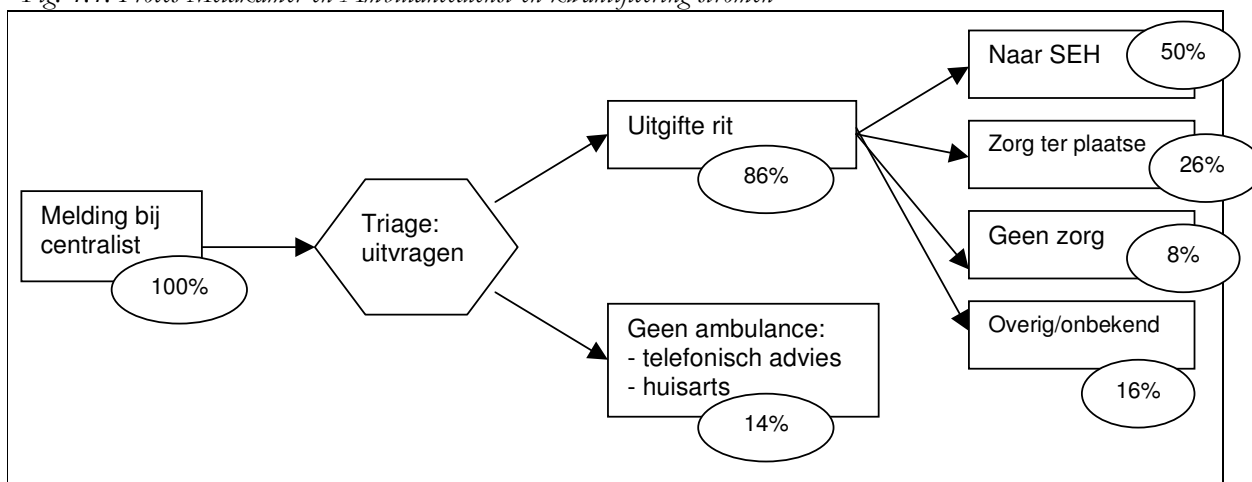
Bij de meldingen waar wel een ambulance op ging rijden (tabel 4.5) werd 50% naar de SEH vervoerd. Bij 26% van de A1- en A2-ritten verleende de ambulancebemanning wel zorg ter plaatse, maar werd de patiënt niet vervoerd. In 8% van de gevallen vond geen zorg en geen vervoer plaats. In totaal zijn er 61.492 A1- en A2-ritten door de RAVAA gereden, waarbij het ritten betrof naar een patiënt die eerste hulp ter plaatse nodig had en/of waarbij de patiënt vervoerd werd naar een spoedeisende hulpafdeling van een ziekenhuis.

Tabel 4.5: Kenmerken spoedvervoer (A1 en A2 ritten)

	Aantal	Perc. (%)
Behandeling en vervoer patiënt		
Naar SEH	30.805	50%
Overig	10.202	16%
Vervoer zonder patiënt		
Zorg ter plaatse	15.738	26%
Niet vervoerd	4.697	8%

In figuur 4.4 zijn de patiëntenstromen in de ambulancezorg in kaart gebracht en zijn de gegevens uit tabel 4.4 en tabel 4.5 verwerkt.

Fig. 4.4: Proces Meldkamer en Ambulancedienst en kwantificering stromen



⁵ Dit is een extrapolatie van de 2530 niet gehonoreerde ritten tijdens de maanden januari t/m maart 2006. Voor deze periode werden de niet gehonoreerde ritten nog niet bijgehouden. Wel moet rekening worden gehouden met het feit dat tijdens deze beginperiode het bijhouden van niet gehonoreerde ritten mogelijk nog niet in alle gevallen gebeurt, aangezien dit nog niet is 'ingeslepen' in het werk van de centralist.

Uit de figuur is af te lezen dat de helft van de uitgegeven ritten om een complexe zorgvraag gaat. Van alle meldingen die binnenkomen, is circa 43% spoedeisend. Een aanzienlijk deel van de 112 meldingen omvat dus niet complexe, (acute) eerstelijnszorg.

4.3 Spoedeisende hulp afdelingen

Gedurende een jaar bezochten circa 238.499 patiënten een SEH-afdeling in de regio Amsterdam en Omstreken⁶. Dit betekent dat een SEH-afdeling in deze regio jaarlijks 26.500 patiëntencontacten heeft (gemiddeld 73 per dag). Tussen de verschillende ziekenhuizen varieerde dit tussen de 17.225 en 42.979 patiënten per jaar (47 tot 118 per dag). Dit aantal ligt aanzienlijk hoger dan het landelijke gemiddelde dat tussen de 10.000 en 20.000 patiënten per jaar is (gemiddeld 49 per dag). In tabel 4.6 zijn deze gegevens weergegeven.

Tabel 4.6: Aantal SEH-patiënten in Regio Amsterdam en Omstreken en landelijk

	Regio A'dam	Landelijk
Totaal aantal SEH-patiënten		
Per jaar	238.499	
Per dag	654	
Gemiddeld aantal patiënten per SEH		
Per jaar	26.500	10.000-20.000
(range)	(17.225-42.979)	(1893-42.240)
Per dag (range)	73 (47-118)	49 (1-215)

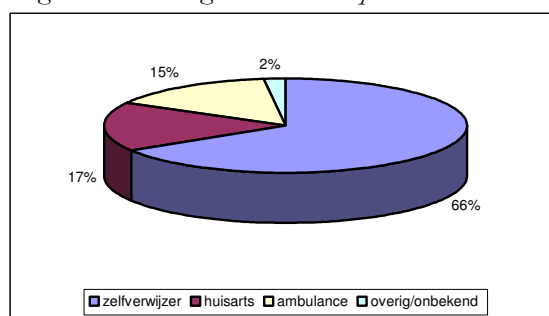
Herkomst van patiënten

Van alle SEH patiënten bezocht 66% de SEH op eigen initiatief, werd 17% doorverwezen door de huisarts of huisartsenpost en kwam 15% met de ambulance binnen (via 112 melding en via huisarts). Bij 2% van de SEH-patiënten was de herkomst niet te achterhalen (zie tabel 4.7 en figuur 4.5).

Tabel 4.7 : Hoe komen patiënten op de SEH binnen?

Herkomst	Regio A'dam	Landelijk ⁷
Zelfverwijzer	66%	54%
Huisarts/HAP	17%	28%
Ambulance	15%	7%
Overig/onbekend	2%	onbekend
Totaal	100%	

Fig. 4.5: Verdeling herkomst van patiënten



In tabel 4.7 wordt de regio Amsterdam vergeleken met landelijke gegevens over de herkomst van patiënten. Wat voornamelijk opvalt, is dat binnen Amsterdam relatief meer zelfverwijzers de SEH aandoen dan landelijk.

⁶ De 18.000 SEH consulten op Schiphol en 3000 consulten op de presentatiekamer van het Amstelland ziekenhuis zijn niet in dit aantal opgenomen.

⁷ Gegevens zijn gebaseerd op 1,8 miljoen SEH bezoeken in Nederland

Zelfverwijzers

In het rapport “Haastige spoed niet overal goed” heeft de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ 2004) onderzoek gedaan naar de hulpverlening van SEH-afdelingen in Nederland. Uit hun onderzoek blijkt dat bijna de helft van het totaal aantal SEH-bezoekers zelfverwijzer is. Zoals in figuur 4.6 te zien is, geldt: hoe meer bezoekers, des te groter het percentage zelfverwijzers. Bij de hele grote afdelingen met meer dan 40.000 bezoekers per jaar is het gemiddelde percentage zelfverwijzers 71 procent. De SEH-afdelingen met een relatief gering aantal bezoekers hebben aanzienlijk minder zelfverwijzers, gemiddeld ongeveer een kwart van het totaal.

In de regio Amsterdam en Omstreken lag het percentage zelfverwijzers tussen 39 en 80 procent. Dit waren twee uitersten, het merendeel van de SEH's had een percentage zelfverwijzers van 60-70%. Gemiddeld ligt dit dus iets hoger dan het landelijke percentage. De grotere SEH-afdelingen bleken relatief niet meer zelfverwijzers te hebben. Het hogere percentage zelfverwijzers kan te maken hebben met het stedelijke karakter van deze RAV-Regio. De SEH's in het Amsterdam hebben gemiddeld met een andere patiëntenpopulatie te maken dan SEH's die in niet in stedelijk gebied zijn gevestigd. Door dit hogere aantal zelfverwijzers wordt ook de verwijzing van patiënten beïnvloed.

Fig. 4.6A: Gemiddeld aantal zelfverwijzers naar omvang SEH-afdeling (%) (N=52) (IGZ 2004)

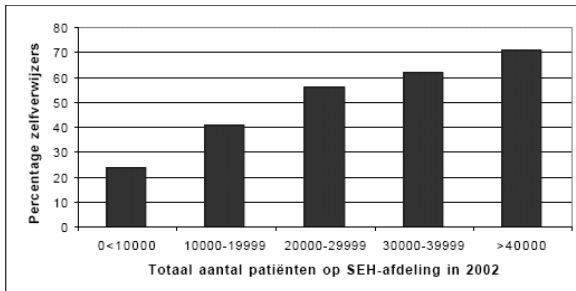
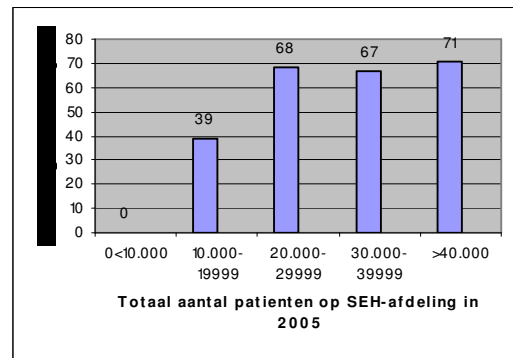


Fig. 4.6B: Gemiddeld aantal zelfverwijzers naar omvang SEH-afdeling in Regio A'dam e.o. (%) (N=9)



Tijdens de interviews is de indruk ontstaan dat de ziekenhuizen in het algemeen een wisselend beleid voeren om het aantal zelfverwijzers, dat geen specifieke SEH-zorg nodig heeft, terug te dringen. De indruk is dat het beleid om deze patiënten bij de HAP terecht te laten komen bij het ene ziekenhuis actiever wordt gevoerd dan bij het andere ziekenhuis. De patiënten die geen specifieke SEH-zorg nodig hebben, worden tot nu toe niet direct terugverwezen naar de huisarts, maar gewoon behandeld op de SEH. Sommige ziekenhuizen geven aan de patiënt in zo'n geval te vertellen dat hij volgende keer met een vergelijkbare klacht ook naar de huisarts of huisartsenpost kan en soms wordt hierover aanvullende informatie gegeven. Deze soepele opstelling heeft waarschijnlijk deels een financiële achtergrond: elke zelfverwijzer wordt ingeschreven op naam van één van de poortspecialisten, die dit consult kan declareren, ongeacht de gegeven hulp. Ook worden via de SEH afdeling nieuwe patiënten binnengehaald en heeft een goede service op deze afdeling een PR-functie voor het ziekenhuis (Peters 2001) Daarnaast kan het zijn dat veel medewerkers van de afdeling SEH weinig voelen voor een discussie met de zelfverwijzer over het al dan niet terecht bezoek, niet in de laatste plaats uit angst voor een agressieve reactie (IGZ 2004). Ten slotte sluit deze opstelling aan bij de gedachte de patiënt meer keuzevrijheid te bieden.

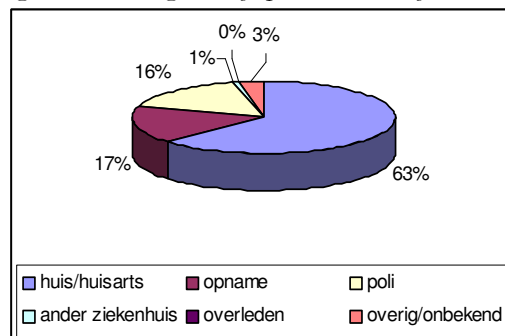
Verwijzing na SEH

De verwezen SEH-patiënten zijn ingedeeld in zes groepen, te weten: naar huis of huisarts, controle op de poli, opname in het eigen ziekenhuis, overplaatsingen naar een ander ziekenhuis, overleden patiënten en overig verwezen patiënten. De spreiding over deze verschillende categorieën is te lezen in tabel 4.8 en figuur 4.7.

Tabel 4.8: Waar gaan patiënten vervolgens heen?

Verwijzing na SEH	Regio A'dam	Landelijk ⁸
Huisarts/huis	63%	48%
Poli	16%	30%
Opname	17%	20%
Ander ziekenhuis	1%	onbekend
Overlijden	0%	0,1%
Overig/ onbekend	3%	onbekend
Totaal	100%	

Fig. 4.7: Verdeling verwezen patiënten na bezoek SEH



De meeste patiënten werden na hun bezoek aan de SEH terugverwezen naar de huisarts of gingen naar huis (63%). Landelijk wordt iets minder dan de helft van de SEH patiënten naar huis of huisarts verwezen. Dit hogere percentage komt waarschijnlijk voort uit het percentage zelfverwijzers dat ook hoger ligt. Deze patiëntengroep heeft doorgaans minder urgente klachten en worden vaker terugverwezen naar huis of huisarts.

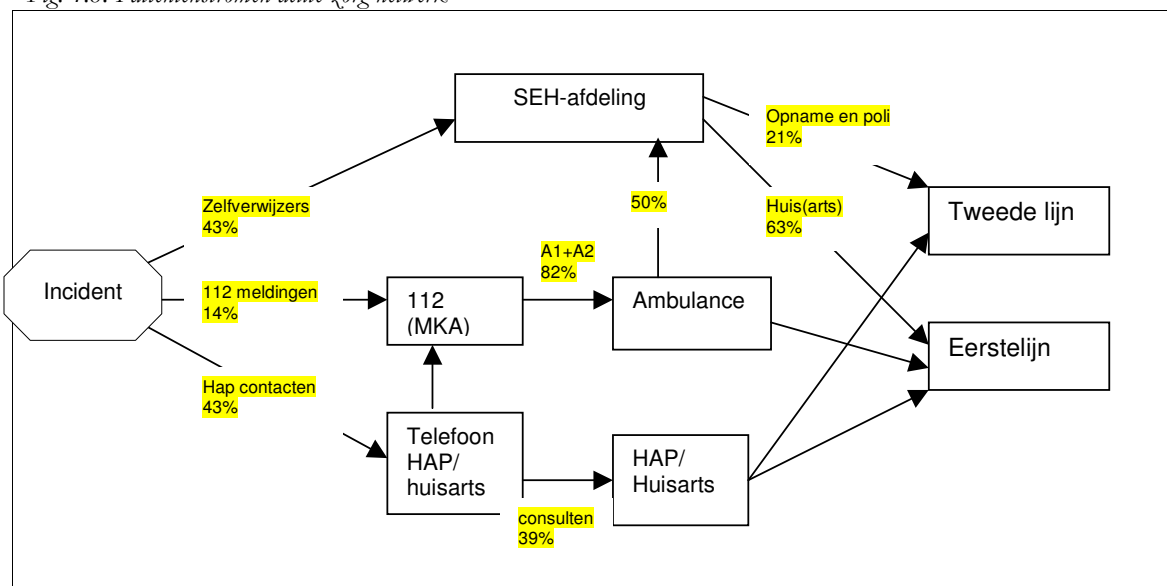
De patiënten die niet naar de huisarts of naar huis gaan worden doorgaans opgenomen (17%) of verwezen naar de polikliniek (16%). Deze percentages liggen landelijk weer iets hoger (respectievelijk 20 en 30%). Een klein deel van de patiënten wordt naar een ander ziekenhuis verwezen. Het aantal patiënten dat op de SEH overlijdt, is bijna nihil. Van 3% van de patiënten is het vervoltraject niet vastgesteld.

⁸ (Grol & Schrijvers 2005)

4.4 Totale vraag naar acute zorg

In de vorige paragrafen is de vraag naar acute zorg bij de huisartsenposten, ambulancezorg en SEH's afzonderlijk in beeld gebracht. Omvang en kenmerken van de verschillende patiëntenstromen zijn zo goed mogelijk beschreven. Deze zijn waar mogelijk in het stroomdiagram uit hoofdstuk 3 opgenomen (figuur 4.8).

Fig. 4.8: Patiëntenstromen acute zorg netwerk

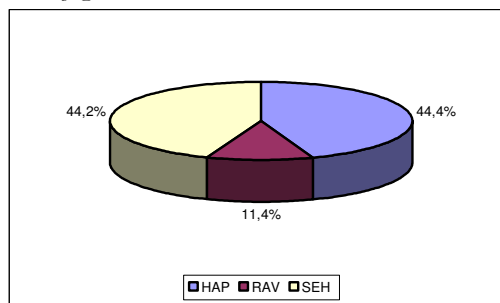


De gegevens uit paragraaf 4.1 t/m 4.3 zijn samengevat in tabel 4.4 en figuur 4.4, zodat een overzicht ontstaat van de totale acute zorg in de regio Amsterdam en Omstreken gedurende een jaar. Van de 539.434 patiënten met een acute zorgvraag kwam 44% terecht bij een huisartsenpost. Eveneens 44% meldde zich bij een SEH afdeling. Voor ruim 11% van de patiënten werd ambulancezorg ingezet (A1 en A2).

Tabel 4.4: Vraag naar acute zorg in Regio Amsterdam gedurende een jaar

	Aantal	Percentage
HAP	239.443	44%
Ambulancezorg (RAV)	61.492	11%
SEH	238.499	44%
Totaal	539.434	100%

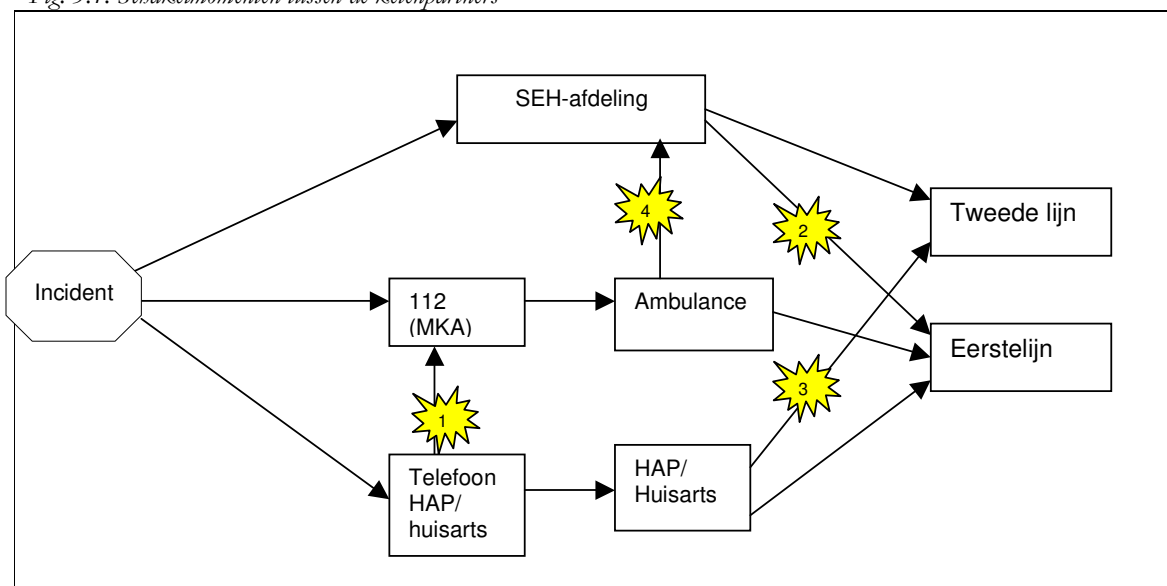
Fig. 4.4: Verdeling vraag naar acute zorg naar zorgaanbieder



5. Afstemming tussen partners in de acute zorgketen

Samenwerking tussen ketenpartners kent veel kritische schakelmomenten met risico op communicatieproblemen, continuïteitsverlies, doublures of vergeten handelingen. Het is van belang de huidige samenwerking in kaart te brengen en knelpunten op te sporen waardoor de keten spoedeisende zorg versterkt kan worden (onderzoeksprogramma Spoedzorg 2005). In figuur 5.1 zijn enkele belangrijke schakelmomenten in de acute zorgketen weergegeven (gele sterren). Bij de bespreking van de afstemming tussen de verschillende ketenpartners wordt verschillende keren naar deze figuur verwezen.

Fig. 5.1: Schakelmomenten tussen de ketenpartners



5.1 Afstemming in de acute zorgketen volgens huisartsenposten

De huisartsenkoepels geven aan dat de relatie met zowel ambulancevoorziening als spoedeisende hulp over het algemeen goed is. Er zijn nog wel verbeteringen mogelijk.

De afstemming met de Meldkamer kan beter aangezien er in tweederde van de gevallen dubbel spoed wordt gereden, dus zowel door ambulancedienst als door huisarts (nr. 1 in fig. 5.1) (Van Exter 2005). Er moet daarom meer duidelijkheid komen over wie wanneer spoed gaat rijden. De huisartsenpost en de ambulancedienst werken in elkaars verlengde. Er zijn dan ook samenwerkingsafspraken gemaakt om de schakels goed op elkaar te laten aansluiten, maar in de praktijk wordt ervaren dat deze afspraken nog niet altijd strikt worden nageleefd (interview directeur Huisartsendienstenstructuur). Verder hebben de huisartsen de wens spoed te mogen rijden. Hier moet nog steeds toestemming van de Meldkamer voor komen en vanuit de huisartsen wordt het ontbreken van deze regeling als knelpunt ervaren (ibid.).

Tussen HAP en SEH kan met name de overdracht van patiënten beter (nrs. 2 en 3 in fig. 5.1). Tot op heden worden patiënten alleen van HAP naar SEH doorverwezen, het terugverwijzen van SEH naar HAP vindt nauwelijks plaats. Het realiseren van een nauwere samenwerking tussen HAP en SEH is nog in ontwikkeling en de onderlinge contacten verlopen vaak nog vrij anoniem. Domeindenken en (financiële) belangen spelen hierbij mede een rol. Dit wordt verder besproken in de paragraaf "Integratie HAP en SEH".

Verder bellen veel patiënten niet eerst naar de HAP, maar gaan rechtstreeks naar de SEH. Dit heeft ook financiële gevolgen. Per bewoner wordt een vast bedrag voor de huisartsen-spoedzorg

gerekend. Wanneer patiënten met ‘huisartsenklachten’ naar de SEH gaan, komen daar de extra kosten van de SEH bij. Eind 2005 is gestart met het verspreiden van brochures en advertenties om de burgers meer informatie te geven over wanneer zij naar de HAP moeten gaan. De aanloop naar de HAP lijkt nu te stijgen (interview directeur Huisartsendienstenstructuur). In Purmerend is sinds de integratie van HAP en SEH al verandering te zien in de stroom patiënten die vroeger naar de SEH kwam, terwijl zij op de HAP ‘thuis hoorden’. Deze stroom komt nu wel op de HAP terecht en wordt opgevangen door de inzet van de kortelijn-verpleegkundige⁹. Vraag is wel of deze verandering algemeen geldend is, aangezien eerdere pogingen om de stroom zelfverwijzers met huisartsgerelateerde klachten af te remmen in Amsterdam al vele jaren hebben gefaald. Een reden hiervoor kan zijn dat bepaalde bevolkingsgroepen zich niet gemakkelijk laten sturen, wat nog versterkt kan worden als de huisarts anoniem wordt (opmerking revisor).

Een ander genoemd knelpunt vormt de bereikbaarheid van specialisten voor de huisarts. Het vinden van een geschikte plek voor een patiënt verloopt vaak moeizaam. De postcoderegeling heeft hierin wel verbetering gebracht, maar tot op heden wordt deze regeling nog niet in de gehele zuidelijke regio gevolgd (interview directeur Huisartsendienstenstructuur).

5.2 Afstemming in de acute zorgketen volgens de RAV

Binnen de Regionale Ambulance Voorziening Amsterdam werken de ambulancediensten nauw samen met de Meldkamer. Communicatie tussen Meldkamer en Ambulancediensten is van cruciaal belang. De communicatie tussen Meldkamer en Ambulancebemanning is over het algemeen goed, maar is altijd voor verbetering vatbaar.

“Communicatie is nooit 100% waterdicht. Als dat het geval zou zijn, zou je kunnen spreken van perfecte zorgverlening” (interview ambulancechauffeur).

Verder is er ook afstemming nodig tussen RAV en huisartsen en SEH’s. Met name tijdens de overdracht van patiënten kan de communicatie nog verbeteren. Afstemming tussen huisarts en ambulancezorg vindt plaats als de ambulancebemanning op de plaats van het incident aankomt en de huisarts al gearriveerd is of nog gealarmeerd moet worden. Een knelpunt hierbij is de bereikbaarheid van de eigen huisarts van de patiënt. Daarnaast worden ook de verschillen in de manier van trieëren tussen beide partijen tijdens deze overdrachtmomenten duidelijk. De relatie tussen ambulancediensten en SEH verloopt goed. Elk ziekenhuis werkt volgens regionale protocollen waardoor er geen grote verschillen in werkwijze zijn. Er is een directe lijn tussen de ambulancebemanning en de SEH’s (weergegeven door nr. 4 in fig. 5.1). De ambulancebemanning doet een ‘voormelding’ waardoor de SEH al een duidelijk beeld heeft van de patiënt voordat deze arriveert. Deze voormelding loopt wel altijd via de Meldkamer, zodat deze overzicht en controle kan houden. De patiënt wordt op basis van gemaakte afspraken naar een bepaald ziekenhuis vervoerd. Bij kleine incidenten geldt dat de patiënt naar het ziekenhuis in de regio wordt gebracht. Van deze regel mag worden afgeweken als daar goede argumenten voor zijn, bijvoorbeeld als de patiënt bekend is bij een ander ziekenhuis. Bij grote incidenten gaat de patiënt naar een ziekenhuis dat op de urgentie van deze zorgvraag is ingesteld (level 1 of 2 ziekenhuis). In de praktijk wordt hiervan nog wel eens afgeweken. Wanneer een instabiele patiënt’s nachts vervoerd moet worden naar een SEH is er enerzijds de optie om naar het dichtstbijzijnde (kleine) SEH te rijden en de patiënt daar te stabiliseren. Anderzijds is er de

⁹ Een nieuwe functie in de Spoedpost, waarin een SEH-verpleegkundige d.m.v. extra scholing is opgeleid voor het zelfstandig beoordelen van eenvoudige medische problemen aan de hand van protocollen waarin anamnese, onderzoek, valkuilen en beleid staan beschreven. Op basis van deze protocollen stelt de kortelijnverpleegkundige een werkdiagnose. Het beleid is per werkdiagnose in het protocol vastgelegd. De dienstdoende huisarts is verantwoordelijk en beschikbaar voor tussenkomst. Hij superviseert en fiatteert (www.acutezorg.nl).

mogelijkheid direct naar een level 1 of 2 SEH-afdeling door te rijden, die over de juiste middelen beschikt om de patiënt te behandelen.

Wanneer een rit aangevraagd wordt door een huisarts regelt deze de plek voor de patiënt (interview Medisch Manager Ambulancezorg).

5.3 Afstemming in de acute zorgketen volgens de SEH's

Er komen nog veel patiënten op de SEH die ook naar de HAP gekund hadden. Het wijzigen van zo'n patiëntenstroom kost echter jaren. Deze patiënten worden nu wel gewoon op de SEH behandeld. In een aantal ziekenhuizen wordt de patiënt bekend gemaakt met het feit dat ze met soortgelijke klachten ook naar de huisartsenpost kunnen en wordt eventueel informatie over de HAP meegegeven. Er zijn meerdere redenen voor patiënten om zich met huisartsgerelateerde klachten op de SEH te melden. Zo is het bij de huisarts niet altijd mogelijk om dezelfde dag gezien worden. Ook zijn er 's nachts maar twee huisartsenposten open. Patiënten die vroeg in de ochtend bellen en van de andere kant van A'dam komen, worden in verband met files naar de SEH verwezen (interview afdelingshoofd SEH).

Over het algemeen wordt een verbetering in de communicatie en vooral in de overdracht van patiënten geconstateerd wanneer de HAP op het ziekenhuisterrein gevestigd wordt (nrs. 2 en 3 in fig. 5.1). De HAP springt dan bij drukte bij. Er wordt dan telefonisch contact gelegd, waarna de patiënt naar de HAP wordt gestuurd (en eventueel weer wordt terugverwezen naar SEH). Er zijn afspraken gemaakt dat een bepaald aantal patiënten per nacht naar de HAP gestuurd kan worden, zodat zij daar gezien worden (interview afdelingshoofd SEH). In sommige ziekenhuizen vindt structureel overleg plaats met de HAP. De ervaring is dat dit samen met vaste afspraken een positief effect heeft op de overdracht van patiënten (interview afdelingshoofd SEH).

De samenwerking met de ambulancedienst verloopt goed. Soms botsen ambulancepersoneel en SEH personeel door culturele verschillen, maar dat betreft meestal 'ruis op individueel niveau'. De overdrachtsmomenten (nr. 4 in fig. 5.1) zijn de momenten waarop deze cultuurverschillen merkbaar zijn (interview afdelingshoofd SEH).

5.4 Integratie HAP en SEH

Op dit moment is alleen in Purmerend een volledige integratie van HAP en SEH gerealiseerd in de vorm van een Spoedpost. Op het terrein van enkele andere ziekenhuizen bevindt zich wel een HAP, maar HAP en SEH zijn twee verschillende organisaties. Bij bijna alle ziekenhuizen zijn er plannen om te integreren met een HAP of om op een andere manier samenwerking te organiseren. De constructie waarin integratie plaats moet vinden, is nog niet ingevuld (interviews afdelingshoofden SEH's). Integratie zal gevolgen hebben voor de schakelmomenten tussen HAP en SEH, in figuur 5.1 weergegeven door nrs. 2 en 3.

Het integreren van SEH en HAP gaat niet zonder slag of stoot. De voorbereiding voor het oprichten van de Spoedpost in Purmerend heeft 1,5 jaar geduurd. Zorginhoudelijk was er al snel overeenstemming, maar organisatorisch zijn er nog verbeteringen mogelijk. Er zijn verschillende knelpunten die een optimale integratie moeilijk maken. Allereerst bestaan er cultuur verschillen tussen huisartsengeneeskunde en ziekenhuiszorg. De HAP is van oorsprong een platte organisatie met weinig lagen waar vooral veel met 'hoofd en handen' wordt gedaan. De SEH is een gelaagde organisatie waarin veel technieken worden toegepast. Voor de hulpverleners is het lastig om achter één loket te werken, omdat de aansturing vanuit twee organisaties plaatsvindt. Daarnaast zijn er ook praktische problemen die een rol spelen zoals het gebruik van verschillende triagesystemen. In Purmerend heeft de oprichting van een werkgroep in de

voorbereidingsfase bijgedragen aan oplossingen op dit gebied (interview directeur Huisartsendienstenstructuur).

Ten tweede zijn er financiële barrières die integratie in de weg staan. De verschillende acute zorgvormen worden verschillend gefinancierd. Er is nog geen tarief voor gecombineerde spoedzorg. Het inleveren van patiëntencontacten heeft zowel voor huisarts als spoedeisende hulp financiële consequenties. Financiële belangen lijken bij huisartsen tot op heden een mindere mate van invloed te zijn aangezien zij per uur betaald krijgen. Specialisten leveren echter inkomen in wanneer het aantal SEH patiënten afneemt (interview directeur Huisartsendienstenstructuur). Ook zijn er consequenties voor de patiënt. Acute zorg verleend door de HAP heeft geen invloed op de no-claim van de patiënt, terwijl de zorg verleend op de SEH dit wel heeft. Het heeft dus voor de patiënt financiële gevolgen waarheen hij/zij wordt getriëerd.

Naast deze financiële belangen, spelen ook andere belangen een rol. De bouw van een Spoedpost zorgt ervoor dat het de uitstraling van een ziekenhuislocatie heeft, terwijl het merendeel van de patiënten huisartsgerelateerde klachten heeft. Hierdoor bestaat voor de huisartsen het gevaar dat hun herkenbaarheid en autonomie wordt aangetast. Voor het slagen van het samengaan van HAP en SEH, is een goede vertrouwensbasis tussen huisarts en specialist dan ook essentieel (interview directeur Huisartsendienstenstructuur).

6. Scenario's en gevolgen voor patiëntenstromen

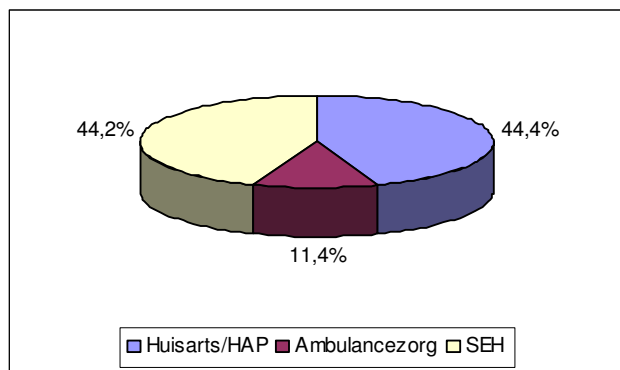
Er zijn verschillende diensten waar patiënten met een acute zorgvraag heen kunnen gaan (112 bellen, HAP/huisarts of SEH). De indruk bestaat dat veel patiënten niet precies weten bij welke dienst zij terecht kunnen met hun acute zorgvraag. Uit de aard van de klachten waarmee de patiënten naar SEH of HAP gaan, blijkt tevens een grote overlap in de behandelmogelijkheden te bestaan (NPCF 2005). Daardoor bestaat de kans dat de patiënt niet bij de dienst arriveert die zijn zorgvraag op de beste manier beantwoordt; vraag en aanbod sluiten niet naadloos op elkaar aan. Dit hoofdstuk presenteert een viertal scenario's waarin verschillende aanpassingen plaatsvinden aan de vraag- en/ of aanbodzijde. In elk van de scenario's wordt geanalyseerd hoe de patiëntenstromen naar HAP, ambulancezorg en SEH veranderen als deze aanpassingen werkelijkheid worden.

Het eerste scenario beschrijft de situatie bij ongewijzigd beleid en bespreekt de voor- en nadelen van deze situatie (paragraaf 6.1). Vervolgens wordt een scenario beschreven dat analyseert wat de gevolgen zijn als patiënten direct op de juiste plaats terechtkomen (6.2). Dit extreme scenario is gebaseerd op de veronderstelling dat het altijd mogelijk is om van te voren in te schatten welke patiënt uiteindelijk 2^e lijnszorg nodig zal hebben. Er wordt in kaart gebracht wat de gevolgen zijn voor het aantal patiënten dat jaarlijks een beroep doet op de HAP, ambulancezorg en SEH als deze veronderstelling werkelijkheid zou kunnen worden. In het derde scenario wordt geanalyseerd wat er gebeurt als de verschillende aanbieders bewust een andere positie innemen (6.3). Wat zijn de gevolgen wanneer HAP, RAV of SEH hun zorgaanbod versmallen of verbreden? Ten slotte bespreekt 6.4 het scenario waarin de verschillende partijen integreren en er één locatie ontstaat waar de patiënt met zijn acute zorgvraag terecht kan.

6.1 Scenario 1: Ongewijzigd beleid

Bij ongewijzigd beleid blijft de acute zorg georganiseerd zoals in hoofdstuk 3 en 4 is beschreven. Dit houdt in dat 44% van de acute zorgvragen beantwoord wordt door de huisarts of HAP, eveneens 44% blijft bij de SEH's en 11% doet een beroep op de ambulancezorg (zie figuur 6.1)

Figuur 6.1: Huidige verdeling van acute zorg



Uit de figuur blijkt dat HAP en SEH een evenredig deel van de acute zorgvragen voor hun rekening nemen. Ook de ambulancezorg behandelt nog 11% van de acute zorgvragen. In de huidige situatie zijn er dus altijd drie verschillende aanbieders beschikbaar waar de patiënt een beroep op kan doen. Voordeel voor de patiënt is dat hij naar de aanbieder van zijn voorkeur kan gaan. Patiënten geven in het algemeen eerder de voorkeur voor een SEH-afdeling dan voor een HAP (NPCF 2005). Deze voorkeur komt voort uit het geloof in een grotere medische

expertise/kennis in het ziekenhuis, eerdere positieve ervaringen met de SEH en tevens negatieve ervaringen met de HAP (ibid.).

De beschikbaarheid van drie verschillende aanbieders biedt voordelen voor de patiënt, deze organisatie brengt echter ook ondoelmatigheden met zich mee. Vooral 's nachts staat de beschikbare capaciteit vaak niet in verhouding tot het aantal patiënten dat een beroep doet op acute zorg. Gezien het kleine aantal patiënten zou de acute eerstelijnszorg ook door minder partijen geleverd kunnen worden. Het is dus een afweging tussen keuzevrijheid voor de patiënt en doelmatigheid van de organisatie van acute zorg.

Bij ongewijzigd beleid is de verwachting dat het aantal SEH patiënten jaarlijks blijft toenemen. Het grootste deel (bijna tweederde) van de patiëntencontacten zal blijven bestaan uit zelfverwijzers die zich met relatief eenvoudige klachten op de SEH melden (zie hoofdstuk 4). Ook is in hoofdstuk 4 te zien dat het aantal ritten dat de Meldkamer uitgeeft jaarlijks groeit. In 2006 is al in de eerste drie maanden een aanzienlijke stijging te zien ten opzichte van 2005. Als het huidige beleid wordt voortgezet, kan dit betekenen dat patiënten in toenemende mate een beroep gaan doen op acute zorgverlening waarbij geen drempels zijn opgeworpen en er dus een verschuiving plaatsvindt naar SEH en RAV.

Deze verwachtingen zijn echter niet geheel te onderbouwen met gegevens uit hoofdstuk 3 en 4, aangezien er alleen naar de patiëntencontacten gedurende 2005 is gekeken. Het is dan ook niet mogelijk verschuivingen over enkele jaren waar te nemen en deze te projecteren naar de toekomst.

6.2 Scenario 2: Direct op de juiste plaats

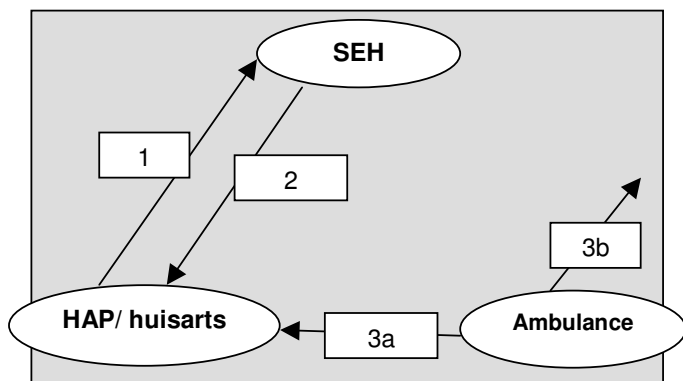
Patiënten met een niet complexe (acute) zorgvraag doen geregeld een beroep op de SEH. Zij worden dan in de tweedelijng geholpen, terwijl zij een eerstelijns klacht bleken te hebben. In de literatuur wordt in dit verband ook wel gesproken over 'oneigenlijke' of 'onterechte' zorgvragen. Er valt echter over te discussiëren of deze terminologie juist is. De patiënt heeft immers een zorgvraag die in zijn ogen acuut is en wil dat deze vraag beantwoord wordt. De NPCF stelt dan ook dat *"oneigenlijke vragen niet bestaan. Hoogstens worden ze op een oneigenlijk moment of op een oneigenlijke plaats gesteld"* (NPCF 2005).

Wanneer het mogelijk zou zijn op het moment dat de patiënt een acute zorgvraag heeft optimale kennis te hebben over de aard en ernst van de klacht, zou de patiënt en direct naar de 'juiste' aanbieder toe kunnen gaan. Hoewel dit een utopie is, probeert dit scenario vanuit een logistieke benadering te analyseren wat de gevolgen zijn wanneer de patiënt direct, zonder omwegen, op de juiste plaats terecht komt. Met andere woorden: wat zijn de gevolgen van zorgvragen gesteld op een oneigenlijke plaats voor de omvang van patiëntencontacten op HAP, ambulance en SEH? Onder 'zorgvragen op een oneigenlijke plaats' verstaat dit scenario *die* zorgvragen die in geval van optimale kennis over aard en ernst van de klacht bij een andere aanbieder terecht hadden moeten komen. Uitgaande van deze definitie zijn er drie patiëntenstromen die op een oneigenlijke plaats terecht komen:

1. patiënten die uiteindelijk zijn doorverwezen van HAP naar SEH
2. patiënten die vanaf de SEH vervolgens naar huis of naar de huisarts gingen
3. patiënten die door de ambulance uiteindelijk niet vervoerd zijn

Deze drie oneigenlijke stromen worden nu afzonderlijk besproken. Schematisch zijn de stromen weergegeven in figuur 6.2.

Fig. 6.2: Oneigenlijke patiëntenstromen naar de juiste plaats



Stroom 1: Doorverwezen van HAP naar SEH

Eén ‘oneigenlijke’ patiëntenstroom is de groep patiënten die op de HAP kwam en vervolgens naar de SEH is doorverwezen. De veronderstelling is dat uit de doorverwijzing blijkt dat deze patiënten zich gezien hun klachten beter direct op de SEH konden melden (zie figuur 6.2 stroom 1).

Bij de huisartsenposten worden (nog) geen gegevens bijgehouden van het aantal doorverwijzingen naar de SEH. Aan de hand van de overdrachtsformulieren die op HAP Zaandam worden gebruikt is een schatting gemaakt van het aantal huisvisites dat wordt doorverwezen naar SEH. Gedurende april 2005 werden 6 patiënten na een huisvisite doorverwezen naar SEH. Per maand worden gemiddeld 297 visites gereden door HAP Zaandam. Dit betekent dat circa $6/297=2\%$ van de huisvisites wordt doorverwezen naar SEH. Wanneer deze 2% wordt toegepast op het totale aantal huisvisites in de regio Amsterdam betekent dit dat $0,02*23.994=480$ huisvisites zijn doorverwezen naar de SEH.

Er zijn in de regio Amsterdam geen registraties beschikbaar van patiënten die na een consult op de HAP zijn verwezen naar de SEH. Daarom zijn hiervoor landelijke percentages gebruikt (NPCF 2005). Uit deze gegevens bleek 20% van de HAP bezoeken niet geheel terecht was. Het merendeel van deze patiënten werd doorverwezen (16%). Verondersteld dat dit percentage ook voor de regio Amsterdam geldt, zouden in totaal 14.776 patiënten verwezen zijn naar de SEH en 3694 patiënten hadden doorverwezen moeten worden, maar zijn op de HAP behandeld.

Stroom 2: Terugverwezen van SEH naar huis of huisarts

Daarnaast zijn er patiënten die de SEH bezochten en na zorgverlening werden terugverwezen naar de huisarts of naar huis. Verondersteld wordt dat deze patiëntenstroom in geval van optimale kennis over aard en ernst van de klacht ook direct naar de HAP of huisarts had kunnen gaan (fig. 6.2 stroom 2).

Op de SEH-afdelingen in de RAV-regio Amsterdam en Omstreken werd in totaal 150.757 (63%) van de patiënten na gezien te zijn op de SEH vervolgens naar de huisarts of naar huis gestuurd. Dit betekent dat in de optimale situatie dit aantal direct bij de HAP of huisarts terecht zou komen.

Stroom 3: Niet vervoerde patiënten

Een andere groep patiënten die op een oneigenlijke plaats terechtkwam, zijn de patiënten die een beroep deden op de ambulancedienst en uiteindelijk niet vervoerd werden. Deze groep bestaat enerzijds uit patiënten die alleen zorg ter plaatse ontvingen (categorie “zorg ter plaatse”), anderzijds uit patiënten die geen zorg (meer) nodig hadden (categorie “geen zorg”). Verondersteld wordt dat de eerste groep (15.738 patiënten) ook rechtstreeks bij de HAP of

huisarts terecht had gekund (stroom 3a). Uit het enkel verlenen van zorg ter plaatse en het niet vervoeren van de patiënt is immers af te leiden dat het hier ging om niet complexe vragen die ook door de huisarts behandeld hadden kunnen worden. De 4.697 patiënten die geen zorg ontvingen stromen in dit scenario de acute zorgketen uit, aangezien er geen acute zorgvraag bleek te zijn (stroom 3b). Dit veronderstelt wel dat ook de zorg voor ongevallen en onwelwordingen op straat en in de openbare ruimte door de HAP overgenomen wordt. Er is niet berekend hoeveel mensen in de thuissituatie ambulancezorg krijgen, zonder dat ze uiteindelijk vervoerd worden.

Door bovenstaande berekeningen door te voeren, zal het aantal patiëntencontacten voor HAP, ambulancezorg en SEH veranderen. De veranderingen en patiëntenaantallen worden in tabel 6.1 samengevat.

Tabel 6.1: Verandering van patiëntencontacten in scenario 2

		NAAR			
		HAP/huisarts	Ambulancezorg	SEH	Uitval
VAN	HAP/huisarts	X	-	3694+480=4174	
	Ambulancezorg	15.738	X	-	4697
	SEH	150.757	-	X	

Gevolgen voor HAP, ambulancezorg en SEH

Als patiënten met een acute zorgvraag direct op de juiste plaats terecht komen, zal het aantal patiënten dat een beroep doet op HAP/huisarts, ambulancezorg of SEH veranderen. De figuren 6.3A t/m C geven weer hoe de nieuwe verhoudingen procentueel komen te liggen tussen de verschillende aanbieders van acute zorg.

Figuren 6.3A, 6.3B en 6.3C

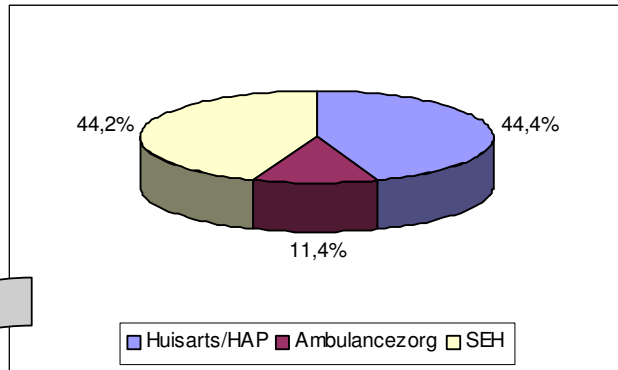


Fig. 6.3A: Huidige situatie

Gedurende een jaar kwam 44% van de patiënten met een acute zorgvraag bij de HAP terecht. Eveneens 44% meldde zich bij de SEH en 11% deed een beroep op de ambulancezorg.

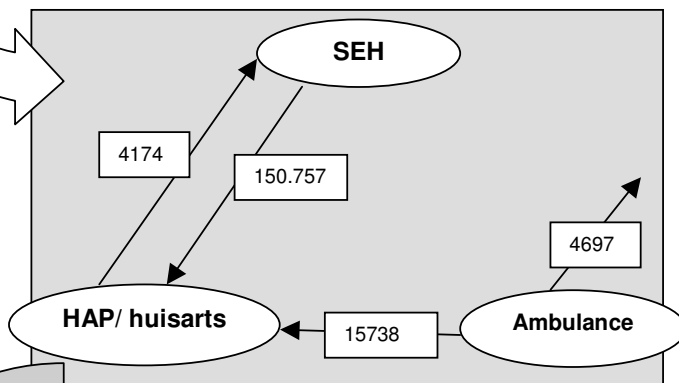


Fig. 6.3B: Verandering van patiëntenstromen

Wat verandert er voor HAP, ambulancezorg en SEH als patiënten direct op de juiste plaats terechtkomen? Tabel 6.1 presenteert de toename of afname in patiëntencontacten per aanbieder.

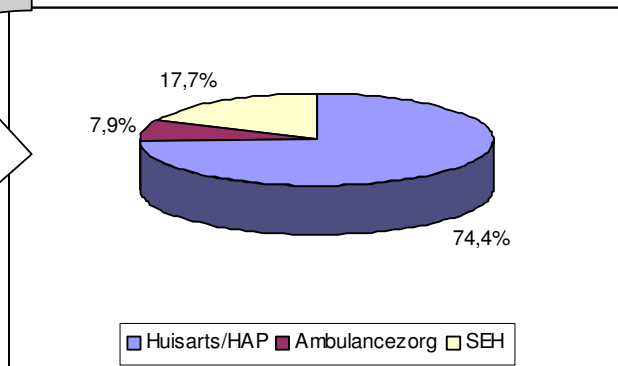


Fig. 6.3C: Nieuwe situatie

Als patiënten direct op de juiste plaats terechtkomen volgens de veronderstellingen van het scenario komt 74% van de acute zorgvragen bij de HAP/huisarts terecht, 18% komt bij de SEH en 8% bij de ambulancezorg terecht.

Uit figuur 6.3 blijkt dat het grote consequenties heeft wanneer het geschetste scenario werkelijkheid zou worden. Met name de huisartsen krijgen er een groot deel van de acute zorgvragen bij. Vraag is of deze toename met hun capaciteit te verwerken is, maar ook of het vanuit patiëntenperspectief wenselijk is dat een eerstelijns klacht alleen op eerstelijns niveau kan worden afgehandeld. De patiënt heeft immers meer keuzevrijheid als hij of zij met zijn (acute) eerstelijns klacht ook bij de SEH en ambulancezorg terecht kan. Vanuit dit perspectief kan de discussie gevoerd worden of slechts één partij zich moet toeleggen op deze acute eerstelijnszorg of dat dit aanbod vanuit meerdere partijen moet plaatsvinden. Het volgende scenario bespreekt nu wat er gebeurt als HAP, ambulancezorg en SEH hun takenpakket versmallen cq verbreden.

6.3 Scenario 3: Veranderde posities van partijen

Acute zorg wordt op dit moment grotendeels geleverd door drie aanbieders: HAP, RAV en SEH. De complexe acute zorg kan alleen in de tweedelijns door de SEH-afdelingen worden verleend. Het vervoeren van patiënten blijft een taak van de RAV. Maar de niet complexe acute zorg, ofwel

de acute eerstelijnszorg kan door alledrie de aanbieders geleverd worden. Posities van de verschillende aanbieders kunnen in de toekomst dan ook veranderen, doordat het takenpakket van deze partijen zich versmalt of verbreedt. Tabel 6.2 laat per partij zien hoe deze zijn zorgaanbod kan versmallen of verbreden.

Tabel 6.2: Versmalling of verbreding van het zorgaanbod

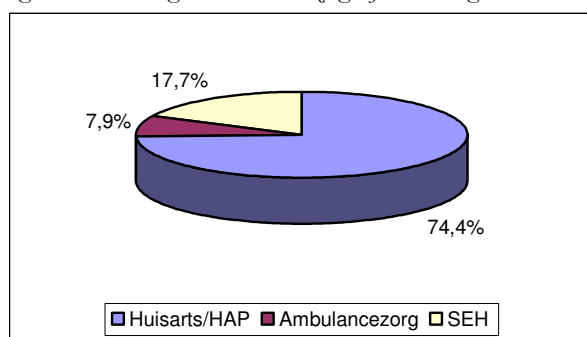
	Versmallen	verbreden
Huisarts/ HAP	HAP/huisarts levert geen acute zorg meer, maar de huisarts beperkt zich tot de reguliere zorgverlening	HAP/huisarts levert alle acute eerstelijnszorg en is poortwachter indien nodig
Ambulancezorg	Ambulancezorg functioneert alleen als vervoersbedrijf, levert zelf geen acute zorg meer	Ambulancezorg levert alle acute eerstelijnszorg en vervoert de patiënt indien nodig
SEH	SEH levert alleen acute tweedelijnszorg	SEH levert alle acute eerstelijnszorg en levert 2 ^e lijns zorg indien nodig -

Bij een versmalling of verbreding van het aanbod, gaat het dus om het afstoten of toe-eigenen van de acute *eerstelijnszorg*. Wanneer de positie van een van de aanbieders verandert, heeft dit per definitie gevolgen voor de positie van de andere twee aanbieders. Het totale volume acute zorgvragen blijft immers onveranderd, waardoor versmalling van het aanbod van een partij een verbreding van het aanbod van (een) andere partij(en) tot gevolg heeft en vice versa. Hieronder wordt besproken wat de gevolgen zijn als respectievelijk HAP, ambulancezorg of SEH de acute eerstelijnszorg naar zich toetrekt.

Verbreding positie HAP

Op dit moment levert de HAP 44% van de acute zorg. Een mogelijkheid is dat de acute eerstelijnszorg geheel in handen komt van de huisartsen. Indien de HAP deze poortwachtersfunctie volledig inneemt, zullen de berekeningen gelden die in scenario 2 zijn beschreven. Dit betekent dat bijna 75% van de acute zorg door huisartsen zal worden afgehandeld (zie figuur 6.4). De ambulancezorg rukt in dit scenario slechts uit voor meer complexe zorg met vervoer naar de SEH en de SEH verzorgt de complexe acute zorgvragen die niet in de eerste lijn behandeld kunnen worden.

Fig. 6.4: Verdeling aanbod acute zorg bij verbreding HAP

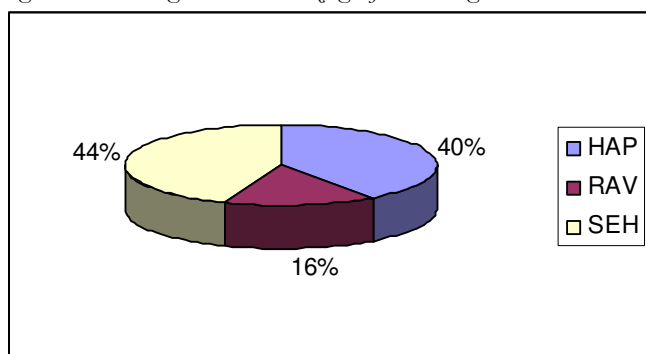


Verbreding positie ambulancezorg

Ambulancezorg is in de eerste plaats onderdeel van de keten van spoedeisende medische hulpverlening. Een sterkere koppeling met SEH of HAP maakt ook het inzetten van ambulanceteams in andere functies ten behoeve van de acute eerstelijns zorg mogelijk. De RAV kan haar positie verder uitbreiden door alle prehospital acute eerstelijnszorg voor haar rekening te nemen. Huisvisites die nu nog door de HAP gereden worden, kunnen dan verzorgd worden

door de ambulancezorg. Dit zou neerkomen op een toename van 23.994 patiëntencontacten per jaar. De nieuwe verdeling van het acute zorg aanbod is weergegeven in figuur 6.5.

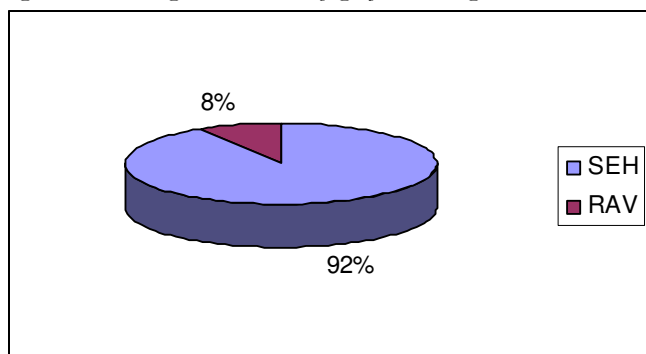
Fig. 6.5: Verdeling aanbod acute zorg bij verbreding RAV



Verbreding positie SEH

De SEH voorziening kan niet verdwijnen gezien de 7x24 uur beschikbaarheid van tweedelijns acute zorg. Aangezien deze voorziening toch beschikbaar is, is het mogelijk om hier ook alle acute eerstelijnszorg te leveren. De ambulances brengen alle patiënten naar de SEH. De huisartsen sturen iedereen met een acute zorgvraag naar de SEH. Het aantal eerstelijns patiënten op de SEH zal hierdoor meer dan verdubbelen, aangezien ook alle huidige HAP-contacten (239.443) nu op de SEH terecht komen. De RAV brengt in de huidige situatie geen patiënten naar de HAP, maar verleent wel zorg ter plaatse. Deze zorg kan in dit scenario worden overgenomen door de SEH; de RAV treedt dan alleen op als vervoerder. Dit leidt tot een toename van 15.738 patiëntencontacten per jaar. De nieuwe verdeling van het acute zorg aanbod is weergegeven in figuur 6.6.

Fig. 6.6: Verdeling aanbod acute zorg bij verbreding SEH



Samengevat zijn in bovenstaande drie scenario's verschillende manieren beschreven om de acute zorg te organiseren. In de huidige situatie leveren zowel HAP, RAV als SEH acute eerste- en/of tweedelijnszorg. Daarnaast bestaat de mogelijkheid eerstelijns klachten alleen op eerstelijnsniveau te beantwoorden. Anderzijds is er de optie dat slechts één aanbieder zich toelegt op het verlenen van de acute eerstelijnszorg (de complexe acute zorg blijft immers in handen van de SEH). Voor elk beleid kunnen er zowel aanpassingen plaatsvinden aan de aanbod- als aan de vraagzijde. Mogelijke interventies aan de vraagzijde als scenario 2 ingezet wordt, zijn onder andere het voeren van een actieve communicatiecampagne of consequent terugsturen van onverwezen patiënten die zich bij SEH melden. Aan de aanbodzijde kan integratie van de verschillende diensten een aanpassing zijn. Hierbij kan gedacht worden aan zowel fysieke integratie als telefonische integratie.

6.4 Scenario 4: Integratie als antwoord?

In de afgelopen decennia zijn voornamelijk interventies aan de vraagzijde doorgevoerd om eerstelijnsklachten ook in de eerstelijns te behandelen. Tegenwoordig wordt er meer aan een herontwerp van de aanbodzijde gedacht om de gewenste situatie te bereiken. Het faciliteren van het totale aanbod van acute zorg (HAP, SEH, ambulancepost) op één locatie, is mogelijk een oplossing om vraag en aanbod beter te laten aansluiten. Door deze constructie is er meer duidelijkheid voor de patiënt waar hij met zijn klacht naartoe moet en ook een eventuele door- of terugverwijzing kan sneller plaatsvinden. Van de patiënten is 45% van mening dat huisartsenposten en SEH in de toekomst dienen samen te gaan (Giesen 2004). De vraag is wat de consequenties zijn van het samenvoegen van de patiëntenstroom van SEH en HAP door deze via één loket te laten behandelen. Deze vraag staat in dit vierde scenario centraal.

Gevolgen van samenvoeging patiëntenstromen

In de Regio Amsterdam verzorgen de huisartsenposten jaarlijks nu zo'n 239.443 contacten. Voor een patiëntenpopulatie van 1,4 miljoen betekent dit 171 contacten per 1000 inwoners per jaar. Deze contactfrequentie is bijna gelijk aan de contactfrequentie op de SEH (170 contacten per 1000 patiënten per jaar).

Van de HAP contacten betreft circa 51% een telefonisch consult, 39% een consult op de HAP en 10% een huisvisite. Dit correspondeert met 87, 67 en 17 contacten per 1000 patiënten per jaar. Het aantal contacten op de geïntegreerde post zal minimaal toenemen van 170 naar 237 contacten. Deze toename kan mogelijk problemen opleveren voor de capaciteit, met name in de avond en het weekend. Voor de nacht zullen er zeker geen problemen ontstaan, gezien het geringe aantal contacten van SEH en HAP in deze periode. Door het samenvoegen van patiëntenstromen kan er in de nacht zo gewerkt worden met minder ruimte en inzet van personeel dan nu met afzonderlijke instellingen het geval is.

Naast fysieke integratie, behoort ook gezamenlijke telefonische triage tot de één-loket gedachte. Het instellen van een regionaal centraal telefoonnummer (113) voor alle niet-complexe medische hulpvragen waarbij de HAP centrales samen gaan heeft ook invloed op de patiëntencontacten. Het aantal telefonische meldingen van de HAP zal toenemen van 171 naar 341 (171+170) contacten per 1000 patiënten per jaar. Dit betekent een capaciteitsuitbreiding van de HAP, bijvoorbeeld met een deel van de capaciteit van de Meldkamer, waar nu de 112 meldingen binnenkomen. Hier zullen naar verwachting minder meldingen binnenkomen, aangezien een deel van de minder urgente zorgvragen verschuift naar 113. Gesteld dat alle patiënten die geen zorg of alleen zorg ter plaatse ontvangen in de toekomst 113 bellen, zal het aantal meldingen bij de Meldkamer afnemen met 20.435 (som van beide categorieën), wat neerkomt op 15 meldingen per 1000 patiënten per jaar.

Een centraal nummer heeft waarschijnlijk tot gevolg dat er meer contacten telefonisch wordt afgehandeld en minder consulten plaats gaan vinden dan bij gescheiden patiëntenstromen. Door te werken met één gezamenlijk nummer kunnen alle zorgvragen op één plaats geïnventariseerd worden. Vervolgens kan bepaald worden welke inzet noodzakelijk is naar tijd, plaats en hulpverleningsniveau (Giesen 2004).

In de regio Amsterdam is sinds mei 2005 al een initiatief gestart waarbij HAP en SEH volledig geïntegreerd werken (de Spoedpost in Purmerend). Op basis van de gegevens van deze post wordt gekeken of integratie van HAP en SEH daadwerkelijk veranderingen in patiëntenstromen teweeg brengt.

Patiëntenstromen op de Spoedpost

Op de Spoedpost blijken van de patiënten die de SEH bezoeken 45% zelfverwijzer te zijn, 19% komt binnen via de huisarts, 24% via HAP en 12% komt via een andere weg binnen.

Wat opvalt, is dat het percentage zelfverwijzers een stuk lager is dan in de rest van de regio waar HAP en SEH niet geïntegreerd werken. Het aantal patiënten dat via de huisarts de SEH op de Spoedpost binnenkomt, ligt iets hoger (19 en 24% versus 17% in de rest van Regio A'dam). Dit kan betekenen dat de zelfverwijzers die zich vroeger op de SEH meldden nu door de huisarts behandeld worden, maar tegelijkertijd ook weer meer patiënten door de huisarts worden doorverwezen naar de SEH.

Wanneer de verwijzing van SEH- patiënten op de Spoedpost vergeleken wordt met dezelfde maand een jaar eerder (toen SEH en HAP nog niet geïntegreerd waren) komt het volgende beeld naar voren:

Tabel 6.3: Waar gaan patiënten heen na bezoek aan SEH?

	<i>Geen integratie</i>	<i>Integratie HAP/SEH</i>
Huis/ geen nabehandeling	2%	2%
Huisarts	43%	25%
Poli	28%	25%
Opname	23%	25%
Onbekend	6%	23%
Totaal	100%	100%

Uit tabel 6.3 blijkt dat integratie met name een verandering teweeg brengt in het percentage patiënten dat na een SEH-bezoek naar de huisarts wordt verwezen. Als HAP en SEH zelfstandig werken, wordt een veel groter deel van de patiënten terugverwezen naar de huisarts dan wanneer HAP en SEH geïntegreerd zijn. Dit kan veroorzaakt worden doordat patiënten die terugverwezen worden naar de huisarts in het geïntegreerde model niet op de SEH terecht komen, maar direct op de HAP terecht komen.

Samengevat zijn op basis van literatuur en empirie de volgende veranderingen te verwachten:

- Het aantal contacten op een geïntegreerde post zal minimaal toenemen van 170 naar 237 contacten per 1000 patiënten per jaar.
- Het aantal telefonische aanmeldingen van de HAP zal toenemen van 171 naar 341 (171+170) contacten per 1000 patiënten per jaar.
- De meldingen die bij de Meldkamer binnenkomen, zullen door de komst van het 113-nummer afnemen met ongeveer 15 meldingen per 1000 patiënten per jaar.
- Het percentage zelfverwijzers dat op een geïntegreerde post op de SEH terecht komt daalt. Het aantal patiënten dat via de huisarts de SEH op de Spoedpost binnenkomt vertoont een lichte stijging.
- Als HAP en SEH zelfstandig werken, wordt een veel groter deel van de patiënten terugverwezen naar de huisarts dan wanneer HAP en SEH geïntegreerd zijn.

6.5 Samenvatting scenario's

In de voorgaande paragrafen zijn vier verschillende scenario's beschreven. Deze scenario's hebben verschillende voor- en nadelen en ook de effecten van elk scenario zijn weer anders. In tabel 6.4 worden zowel de voor- en nadelen als de effecten van de scenario's samengevat.

Scenario	Voordelen	Nadelen	Verwachte effecten
1 Ongewijzigd beleid	Keuzevrijheid patiënt Eigen onafhankelijke positie van actoren blijft intact.	Verschillende ondoelmatigheden (o.a. overlap in het acute zorg aanbod)	SEH en HAP beantwoorden beide 44% van de acute zorg vragen, RAV beantwoordt 11%. Moeilijk om gegevens naar toekomst te projecteren ¹⁰ . Verschuiving naar SEH en RAV denkbaar.
2 Direct op de juiste plaats	Geen doorverwijzingen Optimale aansluiting vraag en aanbod	Onrealistisch scenario; niet mogelijk om van te voren in te schatten welke patiënt uiteindelijk 2e lijnszorg nodig zal hebben	HAP zal bijna 75% van de totale acute zorg vragen beantwoorden.
3 Veranderde posities van partijen	Duidelijkheid voor de patiënt, doordat het aanbod door één partij verzorgd wordt. Ondoelmatigheid uit scenario 1 verdwijnt.	Heeft elke partij de capaciteit om het totale aanbod van acute zorg op zich te nemen? Is het verstrekken van 1e lijnszorg in de 2e lijn gewenst?	Patiëntencontacten van de verschillende aanbieders zullen ingrijpend veranderen (zie figuren 6.4, 6.5 en 6.6)
4 Integratie	1 loket voor de patiënt, patiënt is direct op juiste plaats, minder doorverwijzingen. Huisartsen verzorgen 1e lijnszorg, ziekenhuizen verzorgen 2e lijnszorg.	Keuzevrijheid patiënt vermindert. Knelpunten als cultuurverschillen, financiële barrières, domeindenken.	Geïntegreerde HAP/SEH beantwoordt 88% van de acute zorgvragen. Indicatie dat aantal zelfverwijzers daalt.

Tabel 6.4 biedt de mogelijkheid de verschillende scenario's tegen elkaar af te wegen. Voor elke partij spelen er weer andere belangen een rol en hierdoor zal ook de voorkeur voor een bepaald scenario variëren. De één-loket-gedachte lijkt een mooie constructie om vraag en aanbod op elkaar af te stemmen. De patiënt krijgt hierdoor duidelijkheid over waar hij met zijn acute zorgvraag naartoe moet en zal minder verschillende schakels in de acute zorgketen hoeven te doorlopen. Het overwinnen van de verschillende barrières zal uiteindelijk dan ook opwegen tegen de voordelen die deze constructie voor de patiënt biedt. In hoofdstuk 8 zal ook met betrekking tot deze verschillende scenario's een aantal aanbevelingen worden gedaan.

¹⁰ Doordat in deze studie geen gegevens over meerdere jaren zijn meegenomen, is een jaarlijkse verschuiving van patiëntenstromen niet waar te nemen en kunnen er geen uitspraken worden gedaan over een eventuele ingezette trend.

7. Conclusie/ Samenvatting

De acute zorg is sterk in beweging. Landelijke organisaties en verschillende onderzoeksinstituten ontwikkelen ideeën over de organisatie van acute zorg. Ook in de Regio Amsterdam en Omstreken is er volop overleg tussen de diverse aanbieders van acute zorg over de onderlinge afstemming en samenwerking. Om de organisatie van acute zorg lokaal te kunnen verbeteren, heeft de Regionale Ambulance Voorziening Agglomeratie Amsterdam (RAVAA) het initiatief genomen de vraag en het aanbod in acute zorg binnen de regio in beeld te brengen. De vraagstelling die hierbij centraal stond luidt: *Hoe kan vraag en aanbod beter worden afgestemd voor de acute zorg in de regio Amsterdam, gebruik makend van een logistieke benadering?*

De aanbieders binnen het netwerk van acute zorg in de regio Amsterdam die in dit onderzoek betrokken zijn, zijn de 12 huisartsenposten (HAP), de RAVAA en negen spoedeisende hulpafdelingen (SEH). Het beschrijven van de vraag naar acute zorg bestond uit het in kaart brengen van de verschillende patiëntenstromen.

Gedurende een jaar hebben in totaal bijna 540.000 patiëntencontacten plaatsgevonden, verdeeld over alle betrokken aanbieders van acute zorg in de regio Amsterdam. Ruim 44% deed een beroep op de HAP en tevens 44% kwam bij de SEH terecht. De RAV beantwoordde 11% van de acute zorgvragen.

De huisartsenposten hebben bijna 240.000 patiëntencontacten afgehandeld, waarvan 39% een consult op de HAP betrof. Circa 51% werd telefonisch afgehandeld en 10% van de contacten betrof een huisvisite.

Gedurende een jaar kwamen naar schatting bijna 75.000 112-meldingen binnen bij de Meldkamer Ambulancezorg (MKA). Hiervan werd ongeveer 14% telefonisch afgehandeld. De MKA gaf bijna 61.500 A1 en A2 ritten binnen de regio Amsterdam uit. Bij 26% verleende de RAVAA wel zorg ter plaatse, maar werd de patiënt niet vervoerd.

Op de SEH's hebben bijna 240.000 patiëntencontacten plaatsgevonden, waarvan ongeveer tweederde van de patiënten op eigen initiatief de SEH bezocht. Circa 17% werd verwezen door een huisarts en 15% kwam met de ambulance binnen. Het merendeel van alle SEH-patiënten werd vervolgens terugverwezen naar huis of naar de huisarts (63%). Dit deel vormt waarschijnlijk de groep patiënten die door de huisarts behandeld kan worden. Daarnaast is de groep patiënten waar de ambulancebemanning alleen zorg ter plaatse verleende eveneens tot de groep te rekenen die eigenlijk door de huisarts behandeld had kunnen worden.

Doordat de organisatie van acute zorg in handen is van diverse aanbieders, is het belangrijk dat er onderlinge communicatie en afstemming plaatsvindt. Knelpunten die zich voordoen treden met name op tijdens de overdracht van patiënten. De verschillende benadering van een acute zorgpatiënt komt op deze momenten naar voren.

Voor een gedeelte zijn de werkzaamheden van de acute zorgaanbieders overlappend. Het gaat dan met name om de niet-complexe acute eerstelijnszorg. In de huidige situatie wordt deze zorg zowel door HAP, ambulancezorg als SEH aangeboden. Er zijn verschillende scenario's denkbaar om deze acute eerstelijnszorg anders te organiseren. Alle zorgvragen op de juiste plaats krijgen door aan de vraagzijde bepaalde 'onterechte' patiëntenstromen te wijzigen lijkt niet haalbaar, doordat de ernst van de zorgvragen vooraf niet te voorspellen is, maar ook omdat dan een exceptioneel beroep wordt gedaan op de capaciteit van de huisartsenzorg. Beter is het aanbod zodanig te organiseren, zodat een goede aansluiting ontstaat op de bestaande zorgvragen. Dit kan gebeuren doordat één partij zijn positie uitbreidt en deze niet-complexe zorgvragen naar zich toetrekt. Dit heeft directe gevolgen voor de positie en de diensten van de andere zorgaanbieders. Een andere mogelijkheid is het integreren van het acute zorgaanbod, zodat er voor de patiënt één loket ontstaat waar deze met zijn acute zorgvraag terecht kan. Op basis van interviews over de gewenste toekomstige samenwerking tussen HAP en SEH lijkt in de regio Amsterdam ruimte te

zijn voor integratie van HAP en SEH. Er zijn nog weinig concrete plannen over de precieze constructie waarin deze integratie moet plaatsvinden. Landelijk gaat de voorkeur uit naar het '1-poort model', met een telefonische triage voorafgaand aan het bezoek van een patiënt aan de geïntegreerde SEH/HAP en een verpleegkundige voor de triage aan de poort.

Wel zal deze nieuwe structuur barrières moeten overwinnen voordat de schotten tussen de verschillende disciplines daadwerkelijk zijn opgeheven. Het is dan ook van belang dat integratie niet alleen plaatsvindt om problemen aan de aanbodzijde op te lossen, maar dat het zo goed mogelijk inspelen op de behoefte van de patiënt centraal staat bij het doorvoeren van zulke ingrijpende veranderingen in de organisatie van zorg.

8. Discussie en aanbevelingen

Acute zorg moet altijd en snel beschikbaar zijn. Dat is met zoveel betrokken partijen en de tijdsdruk waaronder acute zorg geleverd moet worden, niet eenvoudig. Ook in de regio Amsterdam is er in de acute zorgketen een zekere mate van ondoelmatigheid aanwezig. Te denken valt aan patiënten die zich op een ‘verkeerde’ plek melden, dubbel spoed rijden en aan de aanwezigheid van zowel HAP als SEH tijdens de nacht voor maar een gering aantal patiënten. De aansluiting tussen vraag en aanbod is dus op verschillende punten voor verbetering vatbaar. Dit rapport adviseert de vraag van de patiënt hiervoor als uitgangspunt te nemen. Aanpassingen aan de *aanbodzijde* zijn nodig om een betere afstemming te bewerkstelligen. Het aanbod moet zo worden ingericht dat de patiënt zijn eigen niveau van zorg krijgt. Diverse scenario’s zijn denkbaar om, met name de acute eerstelijnszorg, anders te organiseren. De constructie waarin HAP en SEH integreren ontwikkelt zich op steeds meer plaatsen in Nederland. Dit scenario lijkt dan ook het meest waarschijnlijk. Voor de verschillende opties zijn zowel voor- als nadelen te bedenken (hoofdstuk 6). Wanneer deze voor- en nadelen tegen elkaar worden afgezet, is het belangrijk de patiënt centraal te stellen. De vraag van de patiënt moet op de juiste manier beantwoord worden, de manier waarop dit georganiseerd wordt, is ondergeschikt.

Om afstemming tussen vraag en aanbod in acute zorg te verbeteren, is allereerst inzicht nodig in de wijze waarop de patiënten hun weg naar het acute zorgaanbod vinden. Tot op heden ontbrak een structureel overzicht van de contactfrequenties van patiëntenpopulaties op de HAP, ambulancehulpverlening en SEH. Ook bestond geen inzicht in de patiënt- en zorgkarakteristieken van deze patiëntencontacten. Dit onderzoek had als doel de patiëntenstromen die zich tussen de diverse aanbieders voordoen in beeld te brengen. Door de beperkingen van de studie en de beschikbare data is er een eerste aanzet gegeven. Er blijven echter genoeg mogelijkheden open om vraag en aanbod gedetailleerder te beschrijven. Zo kan het onderzoek worden uitgebreid door ook andere aanbieders van acute zorg mee te nemen. Te denken valt aan de acute thuis-, verloskundige- en psychiatrische zorg, maar ook de acute zorg die direct, niet via SEH, naar een interventieafdeling of andere afdeling is gegaan. Gezien de beperkte tijdspanne, is besloten het onderzoek te beperken tot de acute zorg verleend door HAP, ambulancezorg en SEH.

Ook beschrijft dit onderzoek niet alle karakteristieken van de patiëntenstromen. Behalve de herkomst en verwijzing van patiëntengroepen is het waardevol ook inzicht te krijgen in leeftijd en geslacht, medische klacht, urgentie van de zorgvraag en aanvraagdiagnostiek van bepaalde stromen. Hopelijk stimuleert dit rapport toekomstig onderzoek naar de kenmerken van patiëntenstromen en kan het aanbod vervolgens beter op de vraag worden afgestemd. Om verder onderzoek mogelijk te maken, is het wel van belang dat partijen meer parameters op eenzelfde manier gaan registreren. Hieronder worden per aanbieder een aantal aanbevelingen gedaan.

Op **de huisartsenposten** is sprake van een duidelijke registratie van de herkomst van patiënten. De patiënten ‘komen binnen’ op de HAP via een telefonisch consult, een fysiek consult of een huisvisite. Er zijn echter geen gegevens beschikbaar op geïntegreerd niveau over de nabehandeling van patiënten. Hoeveel procent van de patiënten krijgt geen nabehandeling en gaat naar huis en welk deel wordt doorverwezen naar de Spoedeisende Hulp of volgt een ander traject? Eventueel kunnen registraties uitgebreid worden door de herkomst van patiënten te koppelen aan het vervoltraject. Op deze manier kan bijvoorbeeld onderzocht worden welk deel van de huisvisites uitmondt in een verwijzing naar de SEH. Op sommige posten wordt dit wel genoteerd door middel van een overdrachtsformulier, maar deze informatie wordt nog niet integraal verwerkt en kan nog worden uitgebreid door ook overdrachtsformulieren te gebruiken bij een verwijzing na een fysiek consult.

De **meldkamer van de RAVAA** beschikt over een enorme hoeveelheid informatie. Van elke rit worden alle gegevens direct door de centralisten ingevoerd. Doordat de meldkamer werkt met een systeem waarin gezocht kan worden op meerdere criteria, kunnen parameters ook aan elkaar gekoppeld worden. Zo is het bijvoorbeeld mogelijk binnen de A1 ritten te zoeken naar het aantal presentaties (ritten aangevraagd door de huisarts). De ritgegevens worden tijdens de melding door de centralist ingevoerd. Hierdoor worden gebruikte afkortingen soms niet op dezelfde manier genoteerd wat het zoeken in het systeem bemoeilijkt. De optie om bestaande categorieën te kunnen aanvinken zou dit kunnen verhelpen.

De **SEH afdelingen** registreerden in verschillende mate gegevens over herkomst en nabehandeling van patiënten. Een aantal SEH's gebruiken voor de herkomst en nabehandeling van patiënten een paar categorieën, terwijl andere SEH's binnen deze categorieën een onderverdeling maken, waardoor meerdere subcategorieën ontstaan. Op deze SEH's worden dus meer gegevens bijgehouden. Doordat het onderzoek tot doel had een totaalbeeld van de patiëntenstromen in de RAV-regio te geven, werden de meegenomen gegevens beperkt tot hetgeen beschikbaar was bij elke SEH afdeling. Wanneer op een eenduidige manier geregistreerd zal worden, kan een meer gedetailleerd beeld worden gevormd van de karakteristieken van de patiëntenstromen. Hierbij kan gedacht worden aan het registreren van urgentie, verschillen tussen de ANW uren en kantooruren of het verder onder de loep nemen van een specifieke groep patiënten zoals de zelfverwijzers en binnen deze groep overige parameters te noteren. Te denken valt aan het registreren van de urgenties en de nabehandeling van zelfverwijzers, zodat mogelijk meer uitspraken gedaan kunnen worden over oneigenlijke zorgvragen.

Samengevat kan worden vastgesteld dat de verschillende aanbieders van acute zorg in de regio Amsterdam en Omstreken al een heleboel informatie registreren. Toch kunnen er op dit gebied nog uitbreidingen plaatsvinden en met name de mogelijkheid om parameters aan elkaar te kunnen koppelen, zal ervoor zorgen dat meer gedetailleerde informatie over patiëntenstromen beschikbaar komt.

Literatuurlijst

- Algemene Vereniging Verpleegkundigen en Verzorgenden (AVVV). 2005. Snel en goed omdat het moet. Standpunt AVVV over de herinrichting acute zorgketen. April 2005.
- AmbulanceZorg Nederland. 2004. De Bakens Verzetten. Samenwerking binnen de acute zorgketen. Zwolle, maart 2004.
- Balestra, W. et al. 2004. Samenwerking, Samenhang, Integratie Huisartsenpost en Spoedeisende Hulp. Een onderzoek naar de mogelijkheden van verregaande samenwerking in de acute zorg en de gevolgen voor de dienstverlening en doelmatigheid. Plexus Medical Group Amsterdam, 29 maart 2004.
- College voor zorgverzekeraars (CVZ). 2004. Huisartsendienstenstructuren: doelmatigheid en sturing door zorgverzekeraars.
- Exter, P. van. 2005. Spoedrijden vanaf huisartsenposten in Amsterdam. RAVAA, mei 2005.
- Foekema, H. & C. Hendrix. 2005. Spoed moet goed. Een onderzoek naar de spoedeisende zorg. TNS NIPO in opdracht van NPCF, 5 januari 2005.
- Giesen, P. 2004. Toekomstige samenwerking tussen de Huisartsenpost en de Spoedeisende Eerste Hulp. Een verkennende studie geschreven in opdracht van het CVZ. WOK Centre for quality of care research. Nijmegen 2004.
- Giesen, P. et al. Hoe urgent is de gepresenteerde morbiditeit op de Centrale Huisartsenpost? Artikel in voorbereiding.
- Grol, R. & A.J.P. Schrijvers. 2005. Onderzoeksprogramma Spoedzorg. Nijmegen/Utrecht.
- Inspectie voor de volksgezondheid. 2004. Spoedeisende hulpverlening – Haastige spoed niet overal goed.
- Ministerie van VWS. 2003. Beleidsvisie Acute Zorg.
- Ministerie van VWS. 2005. Persbericht Meer samenwerking op het gebied van acute zorg. 15-9-2005, www.minvws.nl.
- Peters, C.J.M. 2001. Eerstelijnszorg verleend op Spoedeisende hulpafdelingen. Een beschrijvend onderzoek naar de spoedeisende hulpverlening in de regio Alkmaar. iBMG Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Provincie Noord Holland. 2005. Terugblik Ambulancezorg 2004, verslag van enkele hoofdzaken. Haarlem: Provinciaal Bestuur van Noord-Holland.
- Raad voor de volksgezondheid en zorg. 2003. Acute Zorg.
- Sigra. 1998. Regeling spoedopnamen, Afspraken spoedeisende opnamen in de stad Amsterdam, www.sigra.nl.
- Vries, G. de. & U.F. Hiddema. 2001. Management van patiëntenstromen 2001. Houtem/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Zorgverzekeraars Nederland. 2004. Acute zorg op maat.

Gebruikte internetbronnen

www.meldkamer.nl

www.ggd.amsterdam.nl (intranet)

www.sigra.nl

www.acutezorg.nl

Interviews

Afdelingshoofden Spoedeisende Hulp Afdelingen van:

- Lucas Andreas ziekenhuis
- Slotervaart ziekenhuis
- Waterland ziekenhuis
- Zaaans Medisch Centrum
- VUmc
- AMC
- BovenIJ ziekenhuis
- Spaarne ziekenhuis

Directeuren/ coördinatoren Huisartsdienstenstructuren van:

- Stichting Huisartsen Dienstenstructuren Amsterdam
- Stichting Huisartsenposten Zaanstreek Waterland
- Huisartsen dienstenstructuur Kennemerland, Amstelland en de Meerlanden

Vanuit de Ambulancedienst en Meldkamer

- Manager Centrale Post Ambulancedienst
- Medisch Manager Ambulancezorg
- Ambulancechauffeur Ambulancedienst GGD Amsterdam

Bijlage 1: Topiclijsten Interviews

Versie SEH- hoofden

1. Kengetallen

- a) aantal patiënten per jaar/maand/dag (range)
- b) aantal FTE's
- c) hoe komen de patiënten binnen (kwantificeren)?
 - zelfverwijzers (triagecode 'acut')
 - verwijzing huisarts
 - via ambulancehulpverlening
 - via andere instelling
- d) waar gaan patiënten heen?
 - opnames
 - terug voor controle via SEH, terug voor controle via poli
 - behandeld via huisarts
 - na behandeling op SEH niet meer terug
 - overlijdings%

2. Kenmerken SEH

- a) samenwerking HAP
 - locatie
 - verwijzing tussen beide (b)
- b) triagesysteem
- c) bijzonderheden
- d) voor- en nadelen van deze situatie

3. Knelpunten

- a) Welke logistieke knelpunten doen zich op dit moment voor op de SEH?
 - aanmelden patiënten
 - wachttijden
 - medische urgentie
- b) Idem voor ambulance en huisartsen
- c) Hoe verloopt de samenwerking?

4. Oplossingsmogelijkheden en ambities

- a) welke voorstellen kunnen worden gedaan om tot een betere logistieke afstemming te komen?
- b) wat zijn de verwachte effecten van deze voorstellen?
- c) heeft u behoefte aan coördinatie om de stappen in het proces goed op elkaar te laten aansluiten (en welke)?
- d) Wat zijn de ambities van de SEH op het gebied van mogelijke verbeteringen en welke acties zijn al in gang gezet?

Versie Koepels HAP

1. Kengetallen

- a) Aantal HAP's in regio A'dam
- b) aantal patiënten per jaar/maand/dag (range)
- c) aantal FTE's
- d) aantallen onderverdelen in
 - telefonische contacten
 - consulten
 - huisvisites
- e) hoe komen de patiënten binnen (kwantificeren)?
 - Aanlopers/zelfverwijzers
 - anders, nl...
- f) waar gaan patiënten vervolgens heen (kwantificeren)?
- g) Urgentiecode patiënten

2. Kenmerken HAP

- e) constructies
- f) manier van werken
- g) bijzonderheden
- h) voor- en nadelen van deze situatie

3. Knelpunten

- d) Welke logistieke knelpunten doen zich op dit moment voor op de HAP?
- e) Idem voor acute zorgketen
- f) Hoe verloopt de samenwerking?

4. Oplossingsmogelijkheden en ambities

- a) welke voorstellen kunnen worden gedaan om tot een betere logistieke afstemming te komen?
- b) wat zijn de verwachte effecten van deze voorstellen?
- c) heeft u behoefte aan coordinatie om de stappen in het proces goed op elkaar te laten aansluiten (en welke)?
- d) Wat zijn de ambities van de HAP op het gebied van mogelijke verbeteringen en welke acties zijn al in gang gezet?
- e) Ambities omtrent meer gespecialiseerde acute zorg (levensbedreigende situaties, willen huisartsen wel spoed rijden?)

Versie Meldkamer (MKA)

1. Kengetallen

- a) aantal ritten per jaar/maand/dag
 - indeling ritten; A1/A2/B
- b) waar gaan patiënten vervolgens heen (kwantificeren)?
 - vervoerd naar SEH binnen/ buiten regio (aantallen per zkh)
 - niet vervoerd
 - onderbroken A1 rit
 - EH ter plaatse
- c) niet gehonoreerde ritten
- d) overige beschikbare gegevens?

2. Kenmerken MKA

- a) stappen in het proces (beschrijving)

3. Knelpunten

- a) Welke logistieke knelpunten doen zich op dit moment voor bij de MKA?
- b) Idem voor acute zorgketen
- c) Hoe verloopt de samenwerking?

4. Oplossingsmogelijkheden en ambities

- a) welke voorstellen kunnen worden gedaan om tot een betere logistieke afstemming te komen?
- b) wat zijn de verwachte effecten van deze voorstellen?
- c) heeft u behoefte aan coördinatie om de stappen in het proces goed op elkaar te laten aansluiten (en welke)?
- d) Wat zijn de ambities van de MKA op het gebied van mogelijke verbeteringen en welke acties zijn al in gang gezet?

Bijlage 2: Triage in de acute zorgketen

Huisartsenzorg

Volgens de telefoonwijzer van het Nederlands Huisartsen Genootschap wordt er binnen de huisartsenzorg gewerkt met de volgende criteria (AVVV 2005):

Code	Ernst	Omschrijving
U1	Levensbedreigend	Vitale functies zijn in gevaar. De assistente informeert de huisarts direct. Deze onderbreekt onmiddellijk het werk en gaat zo snel mogelijk naar de patiënt. Eventueel wordt de ambulancedienst tegelijkertijd gewaarschuwd.
U2	Spoed	Reële kans dat de toestand van de patiënt op korte termijn verslechtert. De assistente informeert de huisarts meteen. Deze ziet de patiënt zo snel mogelijk, uiterlijk binnen een uur.
U3	Dringend	Klachten binnen enkele uren beoordelen om medische of emotionele redenen.
U4	Routine	Geen tijdsdruk, de normale gang van zaken volgen. Hier staan de symptomen of condities die reden zijn voor een contact met de huisarts.

Ambulancezorg

Bij de ambulancezorg wordt gewerkt met de volgende criteria (AVVV 2005):

Code	Omschrijving	Noot
A1 rit	Spoedeisende rit van de centralist in geval van acute levensbedreiging van de vitale functies van de patiënt en in het geval dat dit gevaar pas na beoordeling door de ambulancebemanning ter plaatse kan worden uitgesloten.	Zwaailamp en sirene binnen max. 15 min.
A2 rit	Rit in opdracht van de centralist n.a.v. een zorgvraag waaruit blijkt dat geen sprake is van direct levensgevaar, maar waarbij de ambulance wel zo snel mogelijk ter plaatse dient te zijn.	Zonder zwaailamp en sirene binnen max. 30 min.
B rit	Rit in opdracht van de centralist n.a.v. een zorgvraag zonder A1 of A2 urgentie.	

Toelichting

A1 en A2- ritten worden samen aangeduid als spoedritten. B-ritten worden aangeduid als besteld vervoer. Alleen voor A1 ritten geldt een landelijke norm (zo spoedig mogelijk en uiterlijk 15 minuten). In de categorie B kan de zorgbehoefte wel complex zijn, maar niet acuut (AVVV.2005)

Spoedeisende Hulp

Binnen de SEH's in Nederland bestaat nog geen uniform triagesysteem. Het Manchester Triage System (MTS) is een veel gebruikt triagesysteem dat als goed bruikbaar wordt aangeduid. Ook in Amsterdam is dit het meest gebruikte systeem binnen de SEH's. Het MTS werkt met de volgende urgentie categorieën (AVVV 2005):

Urgentie	Naam	Kleur	“Target time” ¹¹
1	Onmiddellijk	Rood	0 minuten
2	Hoog Urgent	Oranje	10 minuten
3	Urgent	Geel	60 minuten
4	Standaard	Groen	120 minuten
5	Niet Urgent	Blauw	240 minuten

¹¹ Max. tijd waarbinnen patiënt gezien moet worden door arts.