

MINDER VERVOER EN MEER BEHANDELING TER PLEKKE ZIJN MOGELIJK

Afstemming huisarts en ambulance dringend nodig

Ruim 40 procent van de ambulanceritten is overbodig. Belangrijke oorzaak: onvoldoende samenwerking tussen huisarts en ambulancedienst. Maar daar zijn wel degelijk oplossingen voor, zeggen onderzoekers van IQ healthcare.

Jaarlijks worden er ruim een miljoen ambulanceritten gereden. Hiervan is 70 procent een spoedrit (U1 en U2). Zowel in de ambulance-hulpzorg als in de huisartsenzorg heerst de opvatting dat zorgverleners selectiever moeten omgaan met de inzet van mens en middelen bij acute hulpvragen van patiënten, zoals bij acute rugpijn, koorts, acute buikpijn en kleine trauma's. En ook bij patiënten met langer bestaande somatisch onbegrepen lichamelijke klachten (SOLK), bekende oncologische patiënten en palliatieve patiënten met een acute ontregeling hoeft niet steeds verwijzing naar het ziekenhuis inclusief het volledige arsenaal aan diagnostiek en behandeling te worden ingezet.^{1,2} Toch stijgt het aantal ambulanceritten elk jaar; het is tussen 2008 en 2013 toegenomen met 9,7 procent.³ Ook bestaat er tussen hulpverleners regelmatig wederzijds onbegrip over te veel of te weinig inzet en zwaailichten bij 1-1-2-meldingen en over te veel of te weinig overdracht van ritten door de huisartsen of HAP aan de ambulancezorg. Een onderzoek waarbij achteraf werd gekeken naar de benodigde zorg bij 1-1-2-meldingen (huisartsgeneeskundig of tweedelijns)

liet zien dat 42,3 procent van de patiënten achteraf gezien door de huisarts behandeld had kunnen worden.⁴ Bij inzetten van de *rapid responder* (solo-ambulance-verpleegkundige op motor of in personenwagen) betrof het achteraf maar liefst 64,6 procent huisartsgeneeskundige zorg.⁵ Dit laatste is waarschijnlijk te verklaren door het feit dat de *rapid responder* met name wordt ingezet als de meldkamers ambulancezorg (MKA) vervoer op voorhand niet noodzakelijk acht. Ook betreft het huisartsgeneeskundige zorg op straat, omdat veel huisartsen dit niet tot hun takenpakket vinden behoren. Maar ook omgekeerd gaat de huisarts soms naar een vitaal bedreigde patiënt met vervoersindicatie, waar beter meteen een ambulance gestuurd had kunnen worden.⁴ Dat kan stukken efficiënter.

Betere afstemming

De Vereniging Huisartsenposten Nederland (VHN), nu InEen, en Ambulancezorg Nederland (AZN) hebben voor de komende jaren een beleidsagenda opgesteld om samen de kwaliteit, veiligheid en doelmatigheid van de acute

zorg te verbeteren.⁵ Ook het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) dringt in haar Standpunt Spoedzorg aan op een betere regionale samenwerking.⁶ Een belangrijke kans om tot betere afstemming te komen is de Nederlandse Triage Standaard (NTS). Deze triage-standaard kent zes urgentieklassen tussen uitval vitale functies (urgentie o), hoogurgent U1 (levensbedreigend) en het niet-urgente U5 (zelfzorgadvies). Bijzonder van deze standaard is dat ze aantoonbaar goed en betrouwbaar is toe te passen voor alle partijen in de spoedzorg. Het wordt nu gebruikt door 95 procent van de huisartsenposten (HAP's), circa 40 procent van de MKA's en een onbekend maar toenemend aantal afdelingen Spoedeisende Hulp (SEH's) van de ziekenhuizen. De NTS wordt jaarlijks geactualiseerd op basis van wetenschappelijke richtlijnen en literatuur. Gezamenlijk gebruik van de NTS kan de afstemming tussen de HAP, ambulancezorg en SEH sterk verbeteren. Het kan er ook voor zorgen dat de patiënt vaker op het juiste moment de juiste zorg ontvangt van de juiste hulpverlener.⁷ Maar ook andere maatregelen zijn mogelijk om de samenwerking tussen huisartsenzorg en ambulancezorg te bevorderen. Zo valt een – daadwerkelijke of virtuele – colocatie van de MKA en het HAP-callcenter aan te bevelen, waarbij alle 1-1-2-meldingen en HAP-meldingen binnenkomen en getrieerd worden met de NTS. Verder zijn samenwerkings-afspraken met bereidheid tot wederzijdse inzet

nodig tussen ambulancezorg, huisartsenpraktijken en HAP bij alle (inclusief 1-1-2-) meldingen. Daarbij moeten huisartsen bereid zijn om in de eigen praktijkregio kleine spoedgevallen ook buitenshuis, zoals op straat, op te vangen. Mogelijk met een apart spoedtarief, om huisartsen daartoe te stimuleren.

Ook moeten alle spoednummers van huisartsenpraktijken op de MKA beschikbaar zijn en moet de bereikbaarheid van de huisartsenpraktijk zijn gegarandeerd, zonder antwoordapparaten en met optimale bezetting door in triage getrainde assistentes.

Niet-reanimeerverklaringen, niet-behandel- of vervoerswensen van de patiënt of andere belangrijke memo's dienen door een koppeling via het landelijk schakelpunt (LSP) bij de MKA bekend

te zijn. Hierdoor is de centralist bij een 1-1-2-melding direct op de hoogte en schakelt door naar de huisartsenzorg.⁸ Bij elke 1-1-2-melding volgt elektronische terugkoppeling van diagnostiek en beleid naar de huisarts van betreffende patiënt. Tot slot is een gezamenlijke scholing van professionals in de huisartsenzorg en ambulancezorg van belang. Ook de binnenkort te starten NHG-kaderopleiding 'huisarts en spoedzorg' kan een bijdrage leveren.

HAAS-team

Wij zouden ook kunnen experimenteren met een model waarin een auto met een huisarts en een ervaren ambulanceverpleegkundige samen een HAAS-team (Huisarts-Ambulance-Spoed) vormen. Tijdens dit experiment dient dan in de

onderzoeksregio's de (niet onderbouwde) veldnorm van twee minuten die de centralist heeft voor triage en de vijftien minuten U1 aanrijtijd losgelaten te worden. In plaats daarvan zal meer gestuurd moeten worden op kwaliteit van de hulpinzet en 'maatzorg' ter plekke. Voor de functie in het HAAS-team ontvangt een poule huisartsen dan specifieke training, gegeven door docenten van de ambulance-

Huisarts moet
kleine spoed-
gevallen op straat
opvangen



ANP PHOTO

zorg en door kaderhuisartsen spoedzorg. De ambulanceverpleegkundigen zijn getraind om te rijden met optische en akoestische signalen. Twee patiëntengroepen komen in aanmerking:

- Ten eerste U1-U2 spoedvisites (op basis van NTS) binnen kantooruren in opdracht van de huisartsenpraktijk: hiervoor hoeft de huisarts het spreekuur dan niet meer te onderbreken. Het HAAS-team rijdt na melding vanuit de huisartsenpraktijk en de benodigde informatie wordt aan het HAAS-team doorgegeven, eventueel met telefonische toelichting. (Zie kader voorbeeld 1)
- In de tweede plaats 1-1-2-meldingen waarbij (mogelijk) geen vervoer nodig is of die een huisartsgeneeskundige indicatie hebben. Ook hier wordt nauw samengewerkt met de eigen huisarts, waarbij gegevens kunnen worden opgevraagd. (Zie kader voorbeeld 2)

DE ZORGVERZEKERAAR DENKT MET U MEE...

Patiënte had vorige week een afspraak bij mij voor het inbrengen van een Mirena-spiraal. Toen ze deze bij de apotheek moest halen, schrok ze van de prijs en gaf hem weer terug. Afspraak bij mij, alles stond reeds klaar, afgezegd.

Zij belt vervolgens de verzekeraar, die haar het advies geeft: laat de spiraal in het ziekenhuis plaatsen, dat kost u niets! Patiënte is overigens al door haar eigen risico heen en de spiraal is in de dbc inbegrepen.

Goedkoop voor patiënte, duur voor de buurman, want de kosten worden weer omgeslagen in de premie voor alle verzekerden (dbc kost minstens 500 euro, bij huisarts 58 euro!).

Fijn dat de verzekeraar zo met je meedenkt...

En ja: of de huisarts wel even een verwijsbrief wil schrijven, want anders wordt het toch nog duur voor patiënte.

Heeft u ook een perikel?
Stuur uw verhaal naar redactie@medischcontact.nl

VOORBEELD 1 HAAS-TEAM IN PLAATS VAN DE EIGEN HUISARTS

De huisartsenpraktijk krijgt een verzoek om een spoedvisite. Het betreft een 50-jarige man met acuut hevige pijn in de rechterflank met bewegingsdrang. Aangezien de huisarts overbezet is wordt de MKA gebeld, waarna het HAAS-team met een U2 wordt ingezet. Deze ziet een ABCD-stabiele man met koliepijn en kloppijn over de rechternierloge. Urineonderzoek toont erytrocyten zonder een urineweginfectie. Met de werkdiagnose nierstenkoliek wordt diclofenac gespoten waarna patiënt zo goed als klachtenvrij wordt. De patiënt blijft thuis en krijgt vangnetadvies. De huisarts ontvangt bericht over de gereden visite met het verzoek tot follow-up.

VOORBEELD 2 HAAS-TEAM IN PLAATS VAN U1 AMBULANCE

De MKA krijgt een 1-1-2-melding over een 83-jarige man. Deze was al enkele dagen niet lekker en is sinds enkele uren erg onrustig en in de war. De MKA-centralist kiest met de NTS de ingangsklacht 'algehele malaise volwassene', komt uit op een U1-ambulance en stuurt in verband met de hoge leeftijd het HAAS-team. Onderweg neemt het HAAS-team contact op met de eigen huisarts en ontvangt elektronisch de relevante gegevens zoals voorgeschiedenis en medicatie. Het HAAS-team treft een hemodynamisch stabiele man aan met koorts en een delirant beeld. Patiënt blijkt een urineweginfectie te hebben. Hierna wordt gestart met antibiotica en haloperidol. Patiënt wordt niet vervoerd naar het ziekenhuis en de familie krijgt instructies met vangnetadvies. De eigen huisarts ontvangt elektronisch bericht en legt een follow-upvisite af waarbij patiënt alweer redelijk is opgeknapt.

Dit model kan bij succes worden uitgebreid naar alle spoedzorg (1-1-2) buiten kantooruren, waarbij dan toenemende samenwerking optreedt tussen de HAP en de MKA.

We verwachten dat op die manier minder vervoer van patiënten naar het ziekenhuis plaatsvindt en vaker behandeling ter plaatse, dat continuïteit van de zorg toeneemt door dossierinzage en contact met de eigen huisarts en dat meer begrip, samenwerking en expertise-uitwisseling plaatsvindt tussen huisartsen en ambulancehulpverleners. ■

contact
paul.giesen@radboudumc.nl
cc: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld