



> Zorgcoördinatie in de spoedzorgketen

De juiste zorg op de juiste plek

Utrecht, 22 mei 2018
drs. Maarten Cozijnsen
ir. Saskia van der Erf

SiRM. Strategies
in Regulated
Markets

Inhoud

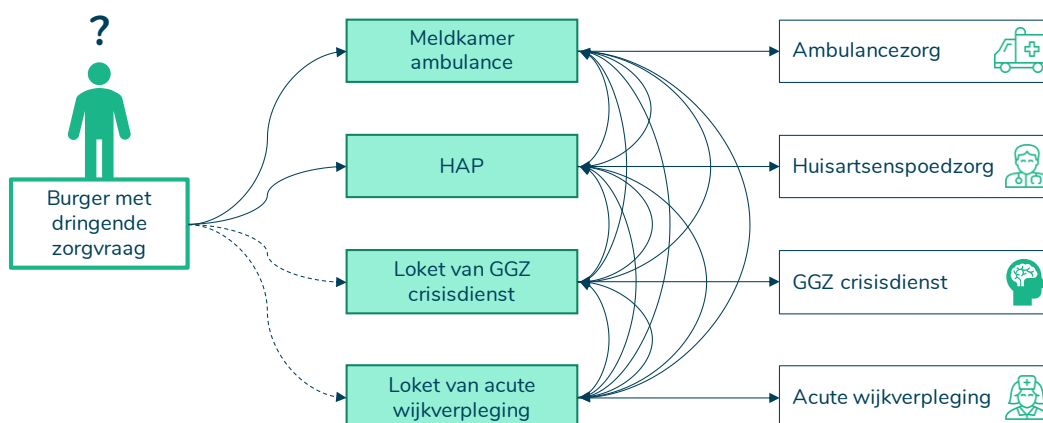
Managementsamenvatting	2
Spoedzorg staat voor uitdagingen	2
Zorgcoördinatie biedt oplossingen	2
Ambulancezorg staat op kruispunt	3
Totstandkoming document	3
1 Spoedzorg staat voor uitdagingen	4
1.1 Burgers ontvangen niet altijd (passende) spoedzorg	4
1.2 Organisatie spoedzorgketen is niet optimaal	5
1.3 Spoedzorgketen staat onder druk	7
2 Zorgcoördinatie biedt oplossingen	8
2.1 Passende spoedzorg vraagt om zorgcoördinatie	8
2.2 Zorgcoördinatie betekent regie en ketenbrede triage en inzet	10
2.3 Nauwe samenwerking met ketenpartners OOV op LMO	11
3 Ambulancezorg staat op kruispunt	13
3.1 Besluit concentratie meldkamers stelt RAV's voor keuze	13
3.2 RAV's vrezen grotere afstand tot spoedzorgketen	13
Bijlage geïnterviewde personen	17
Ketenpartners zorg	17
Ketenpartners openbare orde en veiligheid	17
Inkopers van zorgverzekeraars	18
Medewerkers van de RAV's	18

Managementsamenvatting

In 'Zorgcoördinatie in de spoedzorgketen' zet SiRM – Strategies in Regulated Markets – de uitdagingen in de spoedzorgketen uiteen en beargumenteren we dat zorgcoördinatie hiervoor oplossingen kan bieden. We beschrijven daarnaast het kruispunt waarop de ambulancezorg sector zich op dit moment bevindt.

Spoedzorg staat voor uitdagingen

Burgers moeten altijd kunnen rekenen op de juiste spoedzorg, door de juiste zorgverlener op het juiste tijdstip en de juiste plek. De ervaring leert echter dat niet alle burgers passende spoedzorg ontvangen omdat de organisatie van de spoedzorgketen op dit moment niet optimaal is: Er zijn verschillende loketten voor dringende zorgvragen, er is geen actuele informatie over patiënten of over de beschikbare capaciteit van spoedzorg op een centraal punt beschikbaar en de keten van spoedzorgaanbieders werkt suboptimaal (zie Figuur 1).

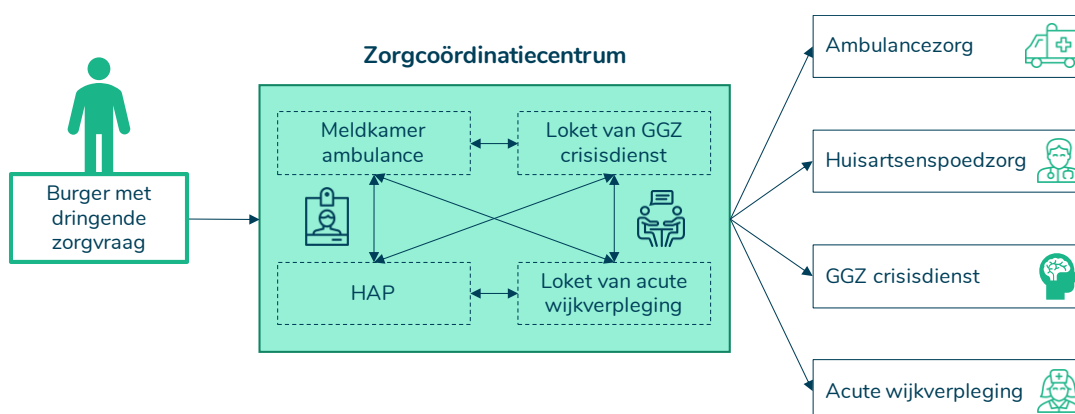


Figuur 1. Schematische weergave van de huidige organisatie van de spoedzorgketen

Tegelijkertijd observeren we dat de spoedzorgketen onder druk staat. De vraag naar spoedzorg neemt toe, terwijl er waarschijnlijk niet voldoende spoedzorgverleners zijn om deze toename te verwerken.

Zorgcoördinatie biedt oplossingen

Zorgcoördinatie kan een oplossing bieden voor de uitdagingen in de spoedzorg. Zorgcoördinatie betekent één loket, actuele informatie over patiënten en de capaciteit van spoedzorg, en een gesmeerde spoedzorgketen. Spoedzorgaanbieders in het zorgcoördinatiecentrum (ZCC) voeren regie over dringende spoedzorgvragen totdat opvolging is geregeld of zelfmanagementadvies is gegeven (zie Figuur 2). Personeel en voertuigen van het ZCC zijn waar mogelijk uitwisselbaar. De multidisciplinaire inzet van politie, ambulance en brandweer blijft gewaarborgd door 112-meldingen aan te nemen op de LMO locatie.



Figuur 2. Schematische weergave van de spoedzorgketen met zorgcoördinatie

Ambulancezorg staat op kruispunt

Het besluit om een landelijke meldkamerorganisatie (LMO) in te richten met tien meldkamerlocaties stelt de RAV's in Oost-Nederland voor een lastige keuze. De verwachting is dat de concentratie van meldkamers voordelen heeft voor de opschaling bij rampenbestrijding en crisisbeheersing, waarbij ambulancezorg een belangrijke rol speelt. Voor het leveren van 'reguliere' ambulancezorg zien de RAV's echter vooral de nadelen van de concentratie. Zij vrezen met name de grotere afstand tot de partners in de spoedzorgketen en zijn bang voor een verlies aan gebiedskennis bij de meldkamercentralisten. Om afstand tot zorgpartners te voorkomen is het voor de ambulancezorg sector van belang om te investeren in zorgcoördinatie.

Totstandkoming document

Dit document betreft een advies opgesteld door SiRM in opdracht van de vijf RAV's in Oost-Nederland. We hebben bij het schrijven van het document gebruik gemaakt van bestaande beleidsstukken van de RAV's en Ambulancezorg Nederland (AZN). We baseren ons daarnaast op inzichten uit circa 35 interviews met ketenpartners zorg, ketenpartners openbare orde en veiligheid (OOV), zorgverzekeraars en medewerkers van de RAV's (zie Bijlage voor overzicht van geïnterviewde personen).

I Spoedzorg staat voor uitdagingen

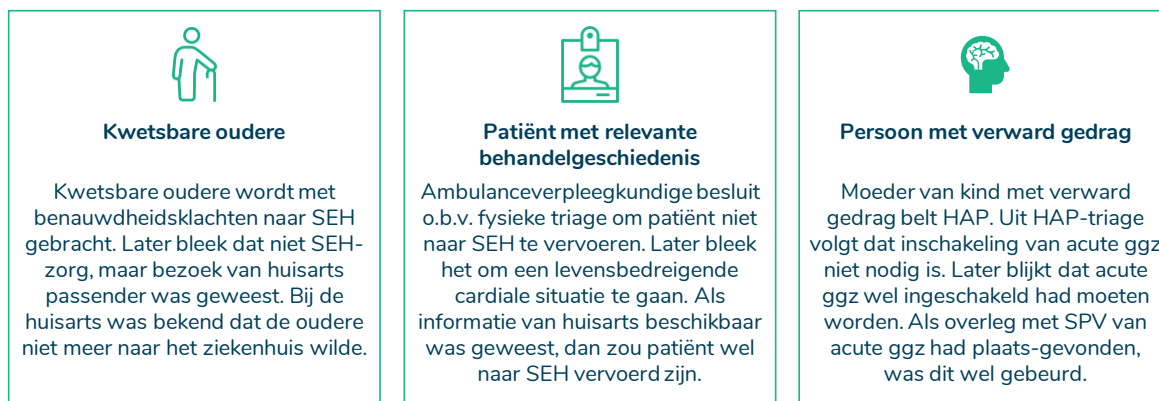
Burgers moeten altijd kunnen rekenen op de juiste spoedzorg, door de juiste zorgverlener op het juiste tijdstip en de juiste plek. De ervaring leert echter dat niet alle burgers passende spoedzorg ontvangen omdat de organisatie van de spoedzorgketen op dit moment niet optimaal is. Tegelijkertijd observeren we dat de spoedzorgketen onder druk staat. De vraag naar spoedzorg neemt toe, terwijl er waarschijnlijk niet voldoende spoedzorgverleners zijn om deze toename te verwerken.

In de eerste paragraaf constateren we dat burgers niet altijd (passende) spoedzorg ontvangen. We beschrijven vervolgens waarom dit het geval is. Ten slotte gaan we in op de context waarin dit zich afspeelt: een spoedzorgketen die onder druk staat.

1.1 Burgers ontvangen niet altijd (passende) spoedzorg

Burgers moeten altijd kunnen rekenen op de juiste spoedzorg, door de juiste zorgverlener op het juiste tijdstip en de juiste plek. Het gaat om passende spoedzorg voor de situatie waarin de burger zich bevindt. Dit kan betekenen dat hij met spoed door de ambulance naar een spoedeisende hulp (SEH) vervoerd moet worden om in het ziekenhuis een behandeling te ondergaan. In andere situaties kan de burger er juist meer baat bij hebben dat hij wijkverpleegkundige zorg ontvangt bij hem thuis of door een huisarts gezien wordt.

De ervaring leert echter dat niet alle burgers kunnen rekenen op passende spoedzorg. Vooral wanneer op basis van telefonische triage niet direct helder is welke spoedzorg het meest passend is, kunnen personen tussen wal en schip vallen. In Figuur 3 beschrijven wij kort 3 casussen van burgers die geen passende spoedzorg hebben ontvangen. In de eerste casus over de kwetsbare oudere is sprake van overbehandeling tegen de zin van de kwetsbare oudere in. De tweede casus gaat juist in op onderbehandeling, omdat recente informatie over de patiënt niet voorhanden is. De laatste casus is een voorbeeld van een persoon waarvoor onduidelijk is wat de juiste hulpverlener is.

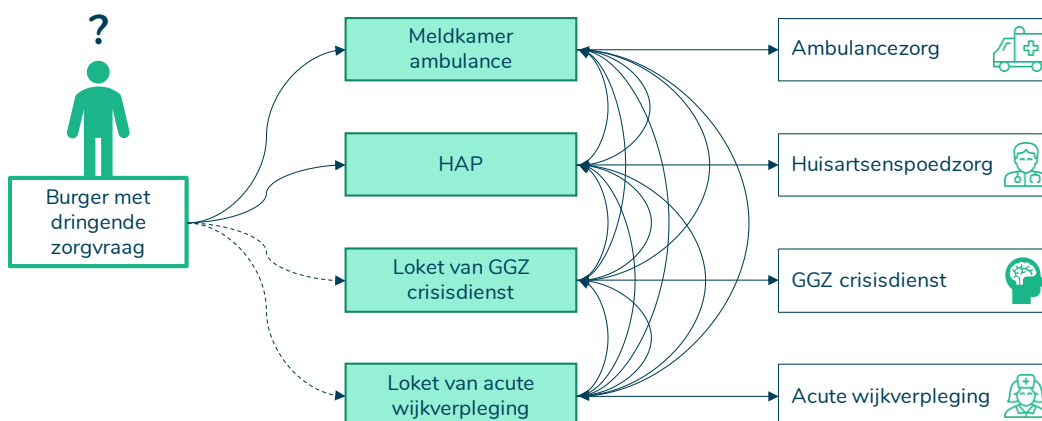


Figuur 3. Drie casussen van burgers die geen passende spoedzorg hebben ontvangen

1.2 Organisatie spoedzorgketen is niet optimaal

Burgers kunnen nu niet altijd rekenen op passende spoedzorg omdat (zie Figuur 4):

- Zij soms niet weten bij welk loket zij hun dringende zorgvraag kunnen stellen.
- Geen actuele informatie op een centraal punt beschikbaar is over henzelf of over de beschikbare capaciteit van spoedzorg.
- De keten van spoedzorgaanbieders suboptimaal werkt.



Figuur 4. Schematische weergave van de huidige organisatie van de spoedzorgketen

1.2.1 Verschillende loketten

Als burgers een dringende zorgvraag hebben moeten zij zelf aankloppen bij het juiste loket. Zo kan het gebeuren dat de mantelzorger van de kwetsbare oudere met benauwdheidsklachten 112 belt, terwijl huisartsenzorg passender was geweest.

Op dit moment is het loket dat de dringende zorgvraag aanneemt verantwoordelijk voor de afweging of het betreffende loket de spoedzorg inderdaad moet leveren. Is dat zo, dan levert de zorgverlener van dat loket de zorg. Als dit niet het geval blijkt uit de triage, is het loket niet verantwoordelijk voor een andere juiste opvolging van de dringende zorgvraag. Daarbij speelt mee dat zorgverleners vaak geneigd zijn zelf spoedzorg te leveren als zij een dringende zorgvraag ontvangen, ook als een andere zorgverlener passender is.

1.2.2 Geen actuele informatie

Zorgverleners beschikken vaak niet over **actuele patiëntgegevens** die relevant zijn voor de acute situatie. Dit geldt vaak al voor informatie binnen de eigen sector, terwijl over de sectoren heen nauwelijks informatie beschikbaar is:

- HAP's beschikken in sommige regio's over de professionele samenvatting van de huisarts voor het merendeel van de aangesloten patiënten. In andere regio's is deze samenvatting van de huisarts voor een veel kleiner deel van de patiënten in het werkgebied beschikbaar.
- Voor wijkverpleegkundige zorg en ggz geldt dat patiëntinformatie in de spoedzorgketen over het algemeen alleen bekend is als de patiënt in behandeling is bij de eigen organisatie.
- Ambulancezorg houdt geen patiëntdossier op naam bij van personen waar meldingen over binnen komen. De informatie die ambulancezorg wel verzamelt is niet inzichtelijk voor meldkamercentralisten op het moment dat een nieuwe melding binnenkomt.

Zorgverleners in de spoedzorgketen hebben daarnaast weinig zicht op de **capaciteit van spoedzorg in de keten**. Het gaat om capaciteit in termen van zorgverleners, zoals bij acute wijkverpleegkundige zorg of de ggz crisisdienst, maar ook om bijvoorbeeld capaciteit op de SEH of Eerste Lijns Verblijf (ELV) bedden. Ziekenhuizen en HAP's besteden nu vaak veel tijd aan het organiseren van de juiste spoedzorg voor hun patiënten door meerdere zorginstellingen af te bellen om beschikbare capaciteit te achterhalen.

1.2.3 Suboptimale keten

De schakels van de spoedzorgketen zijn nog niet optimaal op elkaar afgestemd:

- Als een burger zijn dringende zorgvraag stelt bij het door hem gekozen loket, vindt **triage** plaats. Deze triage vindt niet bij alle loketten op dezelfde manier plaats. De HAP's en ambulancezorg in de regio Oost-Nederland gebruiken beiden het NTS. Toch voeren centralisten van de meldkamer ambulancezorg (MKA) de triage op een andere manier uit dan de HAP-triagisten. Dit kan leiden tot suboptimale overdacht van een dringende zorgvraag tussen de HAP en ambulancezorg.
- Ketenpartners weten vaak niet goed van elkaar over welke **expertise en vaardigheden** zij beschikken. Zo is bijvoorbeeld het aanbod van technische handelingen van wijkverpleegkundigen niet altijd bekend. Hierdoor wordt niet altijd de meest geschikte zorgverlener ingezet.
- De **beschikbare capaciteit** van spoedzorg kan invloed hebben op de uitkomst van de triage van de dringende zorgvraag, terwijl de vraag van de burger centraal zou moeten staan. Op deze manier kan een U1 huisartsenzorg uitkomst toch een A1-rit ambulancezorg worden omdat de huisarts niet binnen 20 minuten bij de patiënt kan zijn.

Ketenpartners bespreken in de meeste gevallen periodiek casuïstiek met elkaar. Vaak betreft dit casuïstiek waarin de keten niet goed functioneerde. Er vindt nauwelijks systematische evaluatie van het functioneren van de spoedzorgketen plaats. Zonder toestemming van de patiënt mogen ketenpartners geen informatie met elkaar delen. Voor MKA-centralisten en ambulanceverpleegkundigen geldt bijvoorbeeld dat zij niet systematisch een terugkoppeling

ontvangen van het ziekenhuis over de gebrachte patiënt. Zij beschikken daarom over weinig informatie om te bepalen hoe juist hun telefonische triage en fysieke beoordeling was.

1.3 Spoedzorgketen staat onder druk

We constateren dat burgers in de huidige situatie niet altijd (passende) spoedzorg ontvangen. Tegelijkertijd observeren we dat de spoedzorgketen onder druk staat: De vraag naar spoedzorg neemt toe, terwijl het niet zeker is of de beschikbare capaciteit van spoedzorgverleners deze toename kan bijhouden.

1.3.1 Vraag naar spoedzorg neemt toe

De vraag naar spoedzorg neemt toe bij de verschillende schakels in de keten, onder andere door bevolkingsgroei, toenemende vergrijzing, en ouderen die langer thuis blijven wonen. Conform het landelijke beleid, zetten zorgverzekeraars zich in om patiënten zo veel mogelijk thuis te laten wonen en zorg alleen indien nodig intramuraal te leveren. Deze ontwikkelingen zullen in de komende jaren doorzetten en hiermee zal de vraag naar spoedzorg ook de komende jaren toenemen.

De inzet van ambulancezorg is toegenomen over de afgelopen jaren.^{1,2} Deze toename is enerzijds het gevolg van de hierboven beschreven ontwikkelingen en anderzijds veranderingen in het zorglandschap, zoals fusies, sluitingen van ziekenhuizen / SEH's en concentratie van het zorgaanbod van ziekenhuizen. Dit leidt regelmatig tot meer inzet van ambulances en langere rijafstanden.

Ook het aantal contacten op HAP's is toegenomen in de afgelopen jaren.^{2,3,4} Zowel het aantal fysieke als telefonische consulten zijn toegenomen, terwijl het aantal visites is afgenomen. De oorzaken van deze stijging zijn grotendeels gelijk aan die voor de stijging in vraag naar ambulancezorg. Daarnaast is de toename mede een gevolg van samenwerkingsafspraken tussen HAP's en SEH's: SEH's ontvangen alleen patiënten op verwijzing van een arts. Patiënten die zich op eigen initiatief melden, worden doorverwezen naar de HAP.

1.3.2 Personeelstekorten in de spoedzorgketen nemen toe

Voldoende personeel behouden en aantrekken is een grote uitdaging voor aanbieders in de spoedzorgketen. De vraag naar ambulanceverpleegkundigen en verpleegkundig centralisten is groter dan de instroom in de benodigde opleidingen.⁵ Hierdoor zal in de komende jaren een toenemend tekort aan ambulancepersoneel ontstaan. Ook de huisartsenzorg kampt met personeelstekorten. In de komende jaren zullen de tekorten aan verpleegkundigen, doktersassistenten en praktijkondersteuners verder toenemen.⁶

¹ AZN - Factsheet volumestijging ambulancezorg (2016)

² NZa - Marktscan Acute Zorg (2017)

³ InEen – Benchmarkbulletin Huisartsenposten (2016)

⁴ NIVEL – Zorg op de huisartsenpost; Jaarcijfers 2016 en trendcijfers 2013-2016 (2017)

⁵ Kiwa - Vraag naar en aanbod van Ambulanceverpleegkundigen en Verpleegkundig Centralisten (2016)

⁶ LHV - Oplossing personeelstekort ligt in de regio (2018)

2 Zorgcoördinatie biedt oplossingen

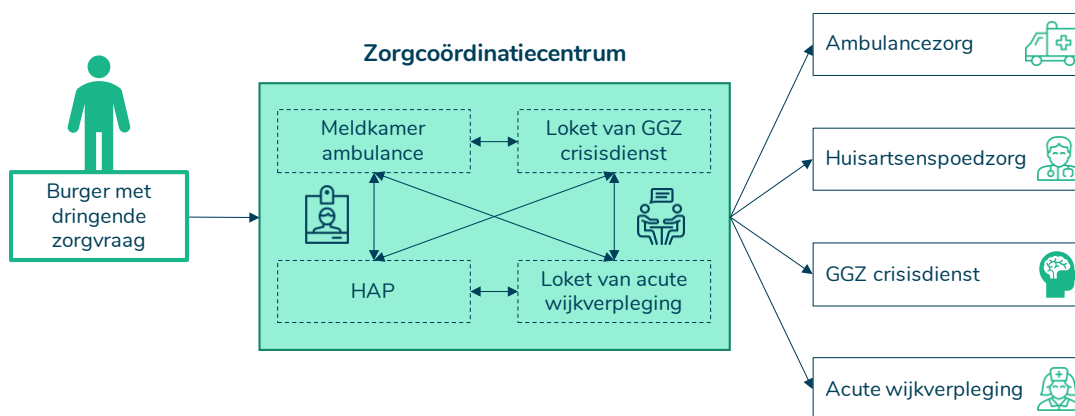
Zorgcoördinatie kan een oplossing bieden voor de uitdagingen in de spoedzorg. Zorgcoördinatie betekent één loket, actuele informatie over patiënten en de capaciteit van spoedzorg, en een gesmeerde spoedzorgketen. Spoedzorgaanbieders in het zorgcoördinatiecentrum (ZCC) voeren regie over dringende spoedzorgvragen totdat opvolging is geregeld of zelfmanagementadvies is gegeven. Personeel en voertuigen van het ZCC zijn waar mogelijk uitwisselbaar. De multidisciplinaire inzet van politie, ambulance en brandweer blijft gewaarborgd door 112-meldingen aan te nemen op de LMO locatie.

In dit hoofdstuk zetten we de visie voor zorgcoördinatie in het jaar 2025 uiteen. De eerste paragraaf gaat over het doel van zorgcoördinatie, vanuit het perspectief van de burger. In de tweede paragraaf komt de manier waarop de ketenpartners zorgcoördinatie vormgeven aan bod. Ten slotte beschrijven we hoe de multi-inzet bij spoedeisende meldingen gewaarborgd blijft.

2.1 Passende spoedzorg vraagt om zorgcoördinatie

Betere coördinatie van de beantwoording van dringende zorgvragen, leidt tot meer passende spoedzorg aan burgers. Zorgcoördinatie betekent voor de burger (zie Figuur 5):

- Er bestaat één loket voor dringende zorgvragen, naast 112 voor levensbedreigende situaties.
- Zorgverleners achter het loket beschikken over actuele informatie over patiënten en over de beschikbare capaciteit van spoedzorg.
- De burger ervaart een gesmeerde spoedzorgketen, waarbinnen de schakels probleemloos met elkaar samenwerken bij de beantwoording van de dringende zorgvraag.



Figuur 5. Schematische weergave van de spoedzorgketen met zorgcoördinatie

In Figuur 6 staan de casussen uit hoofdstuk 2 beschreven zoals zij zouden zijn verlopen met zorgcoördinatie.



Figuur 6. De manier waarop de drie casussen verlopen met zorgcoördinatie

2.1.1 Eén loket

In een zorgcoördinatiecentrum (ZCC) vormen zorgaanbieders in de spoedzorgketen gezamenlijk één loket voor dringende zorgvragen (zie Figuur 5). De zorgverleners achter het loket zijn verantwoordelijk voor de opvolging van de dringende zorgvraag. Zij zorgen ervoor dat er handelingsperspectief ontstaat voor de burger met de dringende zorgvraag.

Burgers kunnen het ZCC op verschillende manieren bereiken. Huidige telefoonnummers en apps voor spoedzorg van individuele deelnemende zorgaanbieders worden allen beantwoord in hetzelfde ZCC. Naast spraakverbinding is het ook mogelijk om beeld en overige informatie naar het zorgcoördinatiecentrum te sturen. Bijvoorbeeld in het kader van monitoren van chronisch zieke patiënten op afstand. Dit neemt toe in de komende jaren, denk aan initiatieven zoals COPD InBeeld.⁷

2.1.2 Actuele patiëntgegevens en informatie over capaciteit

Zorgverleners in het ZCC beschikken over actuele ketenbrede patiëntinformatie. Behandelwensen van patiënten in het werkgebied zijn bekend. De zorgverleners van het ZCC kunnen de professionele samenvatting van de huisarts inzien, beschikken over relevante patiëntinformatie van wijkverpleegkundige zorg en over informatie uit de crisiskaart of het crisissignaleringsplan van ggz patiënten. Patiënten hebben toestemming gegeven om deze gegevens te delen met het ZCC. Het ZCC zorgt er daarnaast voor dat relevante informatie teruggekoppeld wordt aan de eigen behandelaar van de patiënt.

Daarnaast hebben zorgverleners in het ZCC zicht op de behandelcapaciteit van de verschillende zorgaanbieders in de spoedzorgketen. Ze hebben real-time inzage in de beschikbare ambulances,

⁷ Met COPD InBeeld wordt een deel van de zorg naar de thuisomgeving verplaatst. Het betreft een initiatief van wijkverpleegkundige organisatie Sensire, het Slingeland Ziekenhuis en zorginnovatiebedrijf FocusCura. Menzis ondersteunt het initiatief financieel.

SEH capaciteit, vrije (spoed)bedden, ELV-bedden of verpleeghuisbedden. Daarnaast hebben zij inzicht in de profielen van de ziekenhuizen in de regio, zijn zij op de hoogte van de aanwezigheids- en beschikbaarheidsdiensten van de benodigde medisch specialismen tijdens ANW-uren, en weten zij of (specifieke) opvangcapaciteit beschikbaar is.⁸

2.1.3 Gesmeerde spoedzorgketen

Burgers ervaren een gesmeerde spoedzorgketen en zijn zich niet bewust van de onderliggende structuren en afspraken in het ZCC:

- Spoedzorgaanbieders stemmen in het ZCC de triage op elkaar af. Zij maken zoveel als mogelijk gebruik van dezelfde urgentieclassificaties.
- In het ZCC vindt waar mogelijk uitwisseling van personeel en faciliteiten plaats. Door de uitwisseling kunnen piekbelastingen beter opgevangen worden.
- Spoedzorgaanbieders werken aan de kwaliteit van de zorgverlening door het functioneren van de keten continue te evalueren. Zij doen dit door het bespreken van casuïstiek en het monitoren van kwaliteitsindicatoren (PDCA cyclus).

2.2 Zorgcoördinatie betekent regie en ketenbrede triage en inzet

Spoedzorgaanbieders in het ZCC voeren regie over dringende spoedzorgvragen tot zij de regie kunnen overdragen aan een spoedzorgverlener of bijvoorbeeld een zelfmanagement advies hebben gegeven. Personeel en voertuigen in het ZCC zijn waar mogelijk uitwisselbaar. Door de grotere schaal is functiedifferentiatie mogelijk.

2.2.1 Regie met gedeelde waarden

In het ZCC voeren spoedzorgaanbieders gezamenlijk regie over de dringende zorgvragen die binnenkomen. Iedere dringende zorgvraag blijft in behandeling bij het ZCC tot het moment dat een goede zorgopvolging is geregeld, bijvoorbeeld wanneer één van de ketenpartners de volledige regie kan overnemen. Om goede regie te kunnen voeren, dienen de belangrijkste spoedzorgaanbieders betrokken te zijn bij het ZCC:

- A. Huisartsenspoedzorg.
- B. Acute wijkverpleegkundige zorg.
- C. Acute ggz.
- D. Ambulancezorg.

Het ZCC onderhoudt daarnaast sterke relaties met het sociaal domein, bijvoorbeeld met de sociale wijkteams en meldpunten zoals Veilig Thuis.

De zorgverleners in het ZCC bekijken de dringende zorgvragen in samenhang. Als er vaker een vraag over dezelfde patiënt binnenkomt, proberen de zorgverleners in het ZCC een duurzame oplossing voor deze patiënt te vinden. Bijvoorbeeld door een intensivering van wijkverpleegkundige zorg. Zo proberen zij de vraag naar acute zorg te voorkomen. Het ZCC kan

⁸Kwaliteitskader spoedzorgketen: Randvoorwaarden voor het inschakelen van de juiste zorgverlening (hoofdstuk 5.2)

ook worden ingeschakeld door zorgverleners die een probleemsituatie signaleren. Bijvoorbeeld de wijkverpleegkundige die ziet dat het niet goed gaat met een kwetsbare oudere thuis.

De ketenpartners in het ZCC zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor het leveren van passende spoedzorg. Ze kennen elkaar en zijn op de hoogte van elkaars kennis en expertise. Het is van belang dat zij op basis van gelijkwaardigheid en vanuit gedeelde waarden met elkaar samenwerken. Er bestaat geen hiërarchie tussen de MKA-centralisten / triagisten. In het ZCC hebben spoedzorgverleners respect voor elkaars beroep en sector. De gemeenschappelijke drijfveer van zorgverleners in het ZCC is het bieden van zo passend mogelijke spoedzorg.

2.2.2 Ketenbrede triage en inzet

In het ZCC stemmen spoedzorgverleners triage op elkaar af en vindt ketenbrede inzet plaats. Personeel en voertuigen zijn waar mogelijk uitwisselbaar.

Door bundeling van call centers kunnen pieken beter opgevangen worden en de uren doelmatiger gepland worden. Door de grotere schaal is functiedifferentiatie mogelijk. In het ZCC werken bijvoorbeeld logistiek specialisten voor de inzet van voertuigen. Triagisten kunnen een aantal dagen per week in het call center werken en soms vanuit huis deel uitmaken van het triage team. Verpleegkundig specialisten kunnen spoedzorg verlenen wanneer de dringende zorgvraag vooral technisch van aard is. Combineren van expertise is ook mogelijk bij inzet, bijvoorbeeld een voertuig met een huisarts en een ervaren ambulanceverpleegkundige samen, een HAAS (Huisarts-Ambulance-Spoed) team.

Het ZCC is een lerende omgeving met een continue kwaliteitscyclus die inspeelt op de innovatieve manieren van melden, informatieverzameling en inzet van spoedzorg. Er zijn in dit kader bijvoorbeeld informatiespecialisten in dienst van het ZCC.

2.3 Nauwe samenwerking met ketenpartners OOV op LMO

Ambulancezorg werkt op de LMO locatie nauw samen voor de multidisciplinaire inzet van politie, ambulance en brandweer. Alle spoedeisende (112) meldingen worden aangenomen op de LMO locatie Oost-Nederland. Op de LMO locatie zal daarnaast een Proces en Informatie Coördinator Ambulancezorg (PICA) functionaris⁹ werkzaam zijn voor de RAV's. Deze verzamelt, coördineert, actualiseert en interpreteert alle informatie van ambulancezorg die van belang kan zijn voor de andere kolommen in de meldkamer. Dit betekent dat eventuele multi-opscaling, maar ook de kleinschalige multi-inzet soepel blijft verlopen en mogelijk zelfs verbetert.

2.3.1 Multi-opscaling

Politie, ambulancezorg en brandweer werken nauw samen bij het verlenen van hulpverlening bij ongevallen en rampen. Om snel op te kunnen schalen bij ongevallen en rampen zijn per veiligheidsregio Gecoördineerde Regionale Incidentenbestrijdings Procedures (GRIP's) opgesteld. Geneeskundige hulp voor gewonden als gevolg van rampen en crises vindt aan de hand van de

⁹ Het betreft een voorlopige benaming van de functie.

GRIP gecoördineerd en adequaat plaats. RAV's, het Nederlandse Rode Kruis (NRK), traumacentra, ziekenhuizen en HAP's verlenen de geneeskundige hulp.

Mede om te waarborgen dat opschaling in geval van een grootschalig ongeval of ramp soepel verloopt, vindt de 112-aanname voor de regio Oost-Nederland plaats op de LMO locatie Apeldoorn. De PICA-functionaris is in geval van een grootschalig ongeval of ramp het aanspreekpunt van ambulancezorg voor de calamiteitencoördinator (CACO) op de meldkamer. De inzet van geneeskundige hulp kan verlopen via de ZCC's. Het ZCC functioneert dan als geneeskundig actiecentrum. In het ZCC bevindt zich al een belangrijk deel van de spoedzorgaanbieders die ook in geval van ramp of crisis nauw met elkaar samen moeten werken.

2.3.2 Kleinschalige multi-inzet

Naast grootschalige opschaling, komt ook kleinschalige multi-inzet voor. Vaak betreft het gezamenlijke inzet van politie en ambulancezorg. In tegenstelling tot multi-opschaling, is afstemming over kleinschalige multi-inzet niet geprotocolleerd. Deze meer informele afstemming gebeurt op de werkvloer van de 112-meldkamer.

Informele afstemming kan bijvoorbeeld plaatsvinden over of er sprake is van een strafbaar feit bij een ambulancemelding, of over wapenbezit op het adres waar de ambulancemelding vandaan komt. Overigens is de informele afstemming ingeperkt door wettelijke kaders. Daarnaast zal informele afstemming sowieso lastiger zijn in de opgeschaalde meldkamer. De LMO locatie in Oost Nederland zal circa 70 tafels huisvesten.

Door 112-aanname op de LMO locatie Apeldoorn te organiseren, wordt de kleinschalige multi-inzet gewaarborgd. De PICA-functionaris speelt hierbij een belangrijke rol. Het aanstellen van één aanspreekpunt namens de witte kolom versterkt naar verwachting de samenwerking met de andere kolommen.

3 Ambulancezorg staat op kruispunt

Het besluit om een landelijke meldkamerorganisatie (LMO) in te richten met tien meldkamerlocaties stelt de RAV's in Oost-Nederland voor een lastige keuze. De verwachting is dat de concentratie van meldkamers voordelen heeft voor de opschaling bij rampenbestrijding en crisisbeheersing, waarbij ambulancezorg een belangrijke rol speelt. Voor het leveren van 'reguliere' ambulancezorg zien de RAV's echter vooral de nadelen van de concentratie. Zij vrezen met name de grotere afstand tot de partners in de spoedzorgketen en zijn bang voor een verlies aan gebiedskennis. Om afstand tot zorgpartners te voorkomen is het voor de ambulancezorg sector van belang om te investeren in zorgcoördinatie.

In dit hoofdstuk gaan we in op de keuze waar de RAV's voor staan, door het landelijke besluit om van 25 multi-meldkamers naar tien te gaan. Vervolgens lichten we toe dat RAV's grotere afstand vrezen tot de spoedzorgketen door de concentratie van meldkamers.

3.1 Besluit concentratie meldkamers stelt RAV's voor keuze

De minister van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties kondigde in 2010 aan het Veiligheidsberaad aan dat zij toe wil naar één landelijke meldkamerorganisatie met maximaal drie locaties. De situatie van meer dan twintig meldkamers met eigen faciliteiten en zonder voldoende uitwisselbaarheid en standaardisatie achtte de minister niet langer houdbaar. Betrokken partijen hebben vervolgens in 2013 in het Transitieakkoord afgesproken dat er een landelijke meldkamerorganisatie (LMO) komt met maximaal tien meldkamerlocaties. Er zijn regionale kwartiermakers aangesteld per meldkamerlocatie.

De besturen van de Veiligheidsregio's IJsselland, Twente, Noord- en Oost-Gelderland, Gelderland-Midden en Gelderland-Zuid zijn eindverantwoordelijk voor de samenvoeging van de meldkamers in Oost-Nederland. Voor de realisatie van de LMO locatie in Oost-Nederland is een projectteam ingesteld. In het samenvoegingsplan meldkamers Oost-Nederland hebben de regionale partijen afspraken vastgelegd over de samenvoeging. Er is onder andere afgesproken dat de RAV's uiterlijk voor 1 juni 2018 aangeven hoeveel meldtafels en overige voorzieningen zij nodig hebben in de nieuwe meldkamer.

3.2 RAV's vrezen grotere afstand tot spoedzorgketen

Het concentreren van meldkamers in Oost-Nederland leidt tot een werkgebied van ruim 3 miljoen inwoners ten opzichte van een gemiddeld aantal inwoners per huidig MKA-werkgebied van 650.000 inwoners.

De verwachting is dat de concentratie van meldkamers voordelen heeft voor de opschaling bij rampenbestrijding en crisisbeheersing, waarbij ambulancezorg een belangrijke rol speelt, met name in de bijbehorende geneeskundige hulpverlening. Ook zal de concentratie waarschijnlijk efficiency voordelen opleveren.

Voor het leveren van 'reguliere' ambulancezorg zien de RAV's echter vooral de nadelen van de concentratie. Zij zijn bang voor een verlies aan gebiedskennis¹⁰, maar vrezen met name de grotere afstand tot de partners in de spoedzorgketen. Het grootste deel van de ambulancezorgwerkzaamheden speelt zich namelijk af in de spoedzorgketen met onder andere huisartsen en ziekenhuizen. In Oost-Nederland zijn er bijna 1.000 huisartsen, 18 HAP's, 15 SEH's en 4 GGZ crisisdiensten. Er zijn circa 10 grotere aanbieders van wijkverpleegkundige zorg en daarnaast veel kleinere aanbieders. Om goede ambulancezorg te bieden dient de MKA samenwerkingsafspraken te maken met partners in de spoedzorgketen, bijvoorbeeld om patiënten naar de juiste SEH te vervoeren. Goede invulling van deze samenwerkingsafspraken vraagt om frequente afstemming tussen MKA-centralisten en ketenpartners. Om afstand tot partners in de spoedzorgketen te voorkomen is het voor de ambulancezorg sector van belang om te investeren in zorgcoördinatie.

Met spoedzorg bedoelen we zorg die binnen een maximaal tijdsbestek van circa 4 uur adequaat reageert op dringende zorgvragen van burgers en verwijzers.

3.2.1 Positionering ambulancezorg in spoedzorgketen en OOV keten

Het beroep dat de samenleving op ambulancezorg doet, is in toenemende mate gericht op de rol die ambulancezorg speelt in de spoedzorgketen. Ook de eisen aan ambulancezorg hebben voornamelijk te maken met spoedzorg.

De MKA's in Oost-Nederland ontvangen jaarlijks ruim 300 duizend meldingen. Circa 80% van de meldingen (240.000) betreft spoedeisende meldingen en bijna 20% (60.000) betreft ritten voor geplande ambulancezorg. In circa 10% van de spoedeisende ritten rijdt de ambulance samen met de politie of de brandweer. Een klein deel – circa 1% – van de ritten betreft geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen.

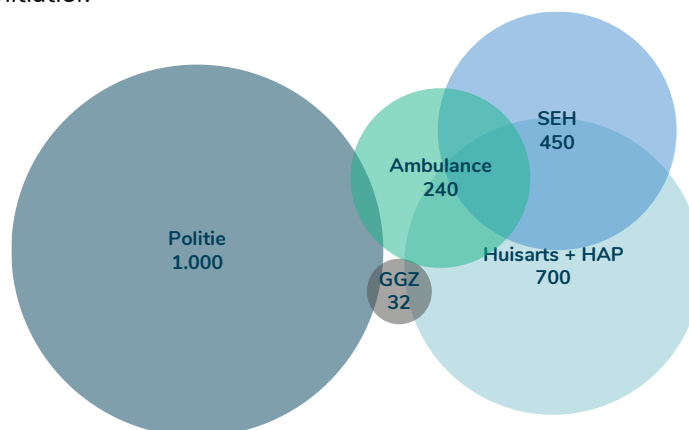
De belangrijkste partijen in de spoedzorgketen naast ambulancezorg zijn de huisartsenspoedzorg, acute wijkverpleegkundige zorg aan huis, acute geestelijke gezondheidszorg (ggz) en acute medisch specialistische zorg (msz).¹¹ Voor spoedvragen kunnen burgers en verwijzers, afhankelijk van het type vraag, telefonisch terecht bij de ambulancezorg, huisartsenzorg (praktijken en HAP's), wijkverpleegkundige zorg en ggz. Aan de telefoon vindt vervolgens een inschatting van de urgentie en benodigde hulpverlening plaats. Dit gebeurt het meest systematisch bij de

¹⁰ Meldkamercentralisten zullen minder bekend zijn met het werkgebied. Gebiedsbekendheid is van belang bij het lokaliseren van de melder en met name voor de aansturing van ambulances. Een deel van het verlies aan gebiedskennis kan mogelijk opgelost worden door ICT.

¹¹ Met de ontwikkelingen omtrent een sluitende aanpak voor personen met verward gedrag wordt in toenemende mate ook het sociaal domein genoemd als ketenpartner in de spoedzorgketen.

ambulancezorg en huisartsenzorg op huisartsenposten. In de regio Oost-Nederland maken zij hiervoor gebruik van de Nederlandse Triage Standaard (NTS). De acute ggz test op dit moment de ggz triagewijzer, die geïnspireerd is op het NTS.

Figuur 7 laat zien op welke manier de ambulancezorg gepositioneerd is in de spoedzorgketen en de OOV-keten. Meldkamers ambulancezorg in Oost Nederland ontvingen in 2016 gezamenlijk ongeveer 240 duizend spoedmeldingen.^{12, 13} Het betreft regelmatig spoedaanvragen van de huisarts / HAP (35%) of de ambulancezorg schakelt meldingen van burgers door naar de huisarts / HAP (9%).¹³ De meldingen leiden daarnaast tot ambulance-ritten die vaak resulteren in een bezoek op de SEH (45%).¹³ In circa 5% van de spoedmeldingen die ambulancezorg ontvangt is politie mede betrokken. Van de zorgaanbieders ontvangen huisartsen de meeste dringende zorgvragen, ongeveer 700 duizend telefonische consulten per jaar in Oost-Nederland.¹⁴ Acute ggz meldingen (ongeveer 32 duizend) komen voor een aanzienlijk deel vanuit de huisarts (40%) en in mindere mate vanuit de politie (15%).¹⁵ SEH's in Oost-Nederland ontvingen ongeveer 450 duizend bezoekers, met name vanuit huisartsen (56%) en ambulancezorg (21%), de overige bezoekers kwamen op eigen initiatief.¹⁶



Figuur 7. Aantal dringende meldingen in 2016 in Oost-Nederland en de mate van overlap in de spoedzorg- en OOV-keten (aantal meldingen, duizenden)

3.2.2 Definitie van spoedeisende vragen

In dit document bedoelen wij met spoedzorg, zorg die binnen een maximaal tijdsbestek van circa 4 uur adequaat reageert op dringende zorgvragen van burgers en verwijzers. De spoedzorgketen en OOV-keten hanteren verschillende definities van spoedeisende vragen. Voor politie en brandweer betekent spoedeisend binnen 15 minuten (zie Figuur 8). Ambulancezorg hanteert maximaal 30 minuten voor spoedeisende vragen. Voor de huisartsenzorg en de ggz betekenen spoed- of dringende zorgvragen dat de persoon binnen 1 tot 4 uur gezien wordt.

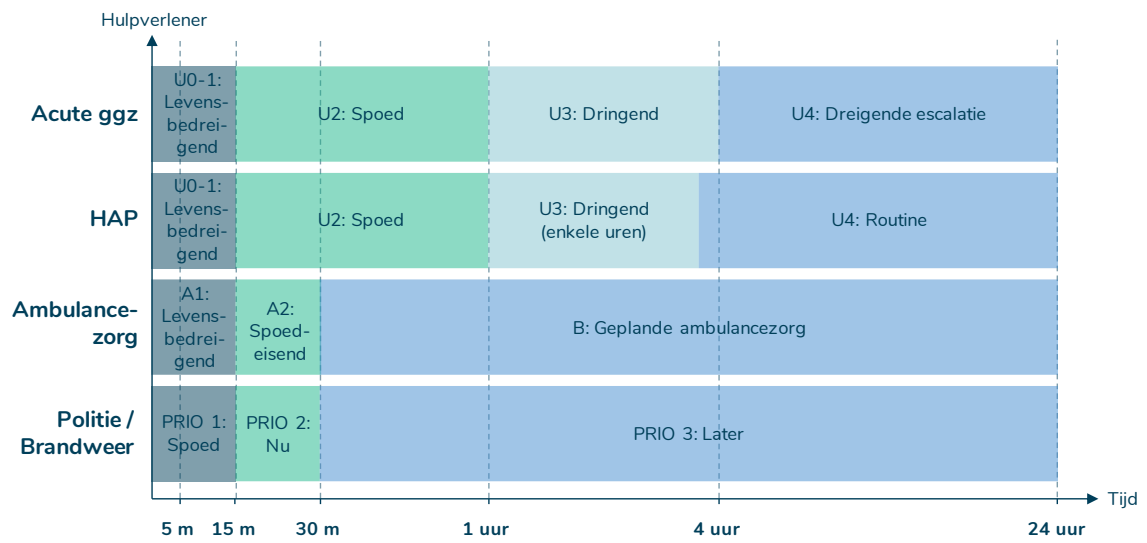
¹² Aantal 112 meldingen en spoedaanvragen van ketenpartners zorg voor de MKA's in Oost-Nederland.

¹³ Analyse SiRM o.b.v. gegevens van de RAV's in Oost-Nederland.

¹⁴ Inschatting SiRM o.b.v. landelijke cijfers uit NIVEL-rapporten "Zorg op de huisartsenpost" en "Zorg door de huisarts" dat HAP's 310 duizend en huisartspraktijken ongeveer 390 duizend dringende telefonische contacten ontvingen (inschatting dat 10% van totaal telefonische contacten bij huisartspraktijken dringende zorgvragen betreft).

¹⁵ Bron: Muldert, C.L., Hemert A.M. van - Epidemiologie van spoedeisende psychiatrie (2011).

¹⁶ Berekening van het aantal SEH-bezoeken in Oost-Nederland o.b.v. van NZa Marktscan Acute Zorg (2017).



Figuur 8. Urgentiegraden hulpverleners in spoedzorgketen en keten openbare orde en veiligheid

Bijlage geïnterviewde personen

We hebben voor het opstellen van dit document 36 interviews gevoerd over het concept zorgcoördinatie, de mogelijkheden die ketenpartners zien en de belangen en voorwaarden die partijen stellen. We hebben gesproken met:

- 15 ketenpartners zorg.
- 5 ketenpartners openbare orde en veiligheid.
- 5 inkopers van zorgverzekeraars.
- 11 Medewerkers van de RAV's.

Ketenpartners zorg

Sector	Organisatie	Naam	Functie
GGZ	Dimence	Jeroen Traas	Divisiemanager spoedeisende GGZ
GGZ	GGNet	Karin Freriks	Manager Acute Zorg
GGZ	Pro Persona	Piet van der Zandt	Directeur
HAP	Centrale Huisartsenpost Al-melo eo (CHPA)	Willem Veerman	Voorzitter
HAP	Cooperatie integrale huisart-senzorg Nijmegen e.o. (CIHN)	Jean Takken	Algemeen directeur - bestuur-der
HAP	Huisartsdienst Twente Oost	Ate Jeeninga	Medisch directeur
HAP	Huisartsen Gelderse Vallei	Kien Smulders	Voorzitter RvB
HAP	HuisartsenOrganisatie Oost-Gelderland (HOOG)	Herbert van Petersen	Directeur / bestuurder Huisart-senzorg
HAP	Huisartsenpost Gelders Ri-vierenland	Patrick Stoteler	Directeur
HAP	Huisartsenpost Hengelo	Luc de Vries	Voorzitter bestuur
HAP	Medicamus	Roland Ekkelenkamp	Voorzitter RvB
HAP	Medrie	Margreet Verloop	Locatiemanager
HAP	Onze Huisartsen B.V.	Eric Scheppink	Algemeen Directeur
Huisartsenzorg	IQ healthcare	Paul Giessen	Senior onderzoeker
Thuiszorg	Icare Verpleging & Verzor-ging	Gia Wallinga	Directeur zorg

Ketenpartners openbare orde en veiligheid

Sector	Organisatie	Naam	Functie
OOV	Programma Landelijke Meld-kamer Organisatie	Sipke Dekker	Programmamanager/ Kwar-tiermaker
OOV	Programma Landelijke Meld-kamer Organisatie	Wim van Vemde	Directeur

Sector	Organisatie	Naam	Functie
OOV	Veiligheidsregio Gelderland-Midden	Carol van Eert	Bestuurslid Algemeen en Dagelijks Bestuur, portefeuillehouder Meldkamer
OOV	Veiligheidsregio Gelderland-Zuid	Hubert Bruls	Voorzitter Veiligheidsberaad en Algemeen Bestuur
OOV	Veiligheidsregio IJsselmeer	Andries Heidema	Vicevoorzitter van het Algemeen en Dagelijks Bestuur

Inkopers van zorgverzekeraars

Sector	Organisatie	Naam	Functie
Zorgverzekeraar	Coöperatie VGZ	Esther Verkooijen	Zorginkoper, dossiers huisartsenposten en ambulancezorg
Zorgverzekeraar	CZ	Nico Heyne	Zorginkoper Medisch Specialistische Zorg
Zorgverzekeraar	Menzis	Ernst de Klerk	Senior zorginkoper MSZ en ambulancezorg
Zorgverzekeraar	Menzis	Marcel Berkhout	Accountmanager MSZ en ambulancezorg regio Oost
Zorgverzekeraar	Zilveren Kruis	Paul Martina	Inkoper ambulancezorg

Medewerkers van de RAV's

Sector	Organisatie	Naam	Functie
Ambulancezorg	Ambulance Oost	Jolanda Voss	Verpleegkundig centralist, OR-lid
Ambulancezorg	Ambulance Oost	Steven van Diermen	Ambulanceverpleegkundige, voorzitter-OR
Ambulancezorg	RAV IJsselmeer	Gerson van Zwieten	Ambulancechauffeur, OR-lid
Ambulancezorg	RAV IJsselmeer	Lillian Willebrandts	Verpleegkundig centralist
Ambulancezorg	Veiligheidsregio Gelderland-Midden	Joost den Hertog	Verpleegkundig centralist
Ambulancezorg	Veiligheidsregio Gelderland-Midden	Biba Ising	Ambulancechauffeur, OC-lid
Ambulancezorg	Veiligheidsregio Gelderland-Midden	Dinand Stevens	Ambulanceverpleegkundige, voorzitter-OR
Ambulancezorg	Veiligheidsregio Gelderland-Midden	Tom Robben	Ambulancechauffeur, OR-lid
Ambulancezorg	Veiligheidsregio Gelderland-Zuid	Melanie Findhammer	Verpleegkundig centralist
Ambulancezorg	Veiligheidsregio Gelderland-Zuid	Peter van der Meer	Verpleegkundig centralist, ambulancechauffeur, OC-lid
Ambulancezorg	Witte Kruis	Paul Kempen	Verpleegkundig centralist