

# Ambulanceritten zonder vervoer van de patiënt

## *Een verkennende studie naar het ontstaan van 'Eerste Hulp Geen Vervoer'-ritten*

Vera Verhage,<sup>1</sup> Jolanda Tuinstra,<sup>2</sup> Roel Bakker<sup>1</sup>

Ambulancevoorzieningen worden geconfronteerd met een toename van het aantal Eerste Hulp Geen Vervoer (EHGV)-ritten. Dit zijn ritten waarbij een ambulance met spoed uitrukt, maar waarbij de patiënt uiteindelijk niet vervoerd wordt naar een ziekenhuis. Het doel van deze verkennende studie is te exploreren welke factoren van invloed zijn op het ontstaan van EHGV-ritten. Voor dit onderzoek zijn drie verschillende informatiebronnen gebruikt: 1) een vragenlijstonderzoek onder patiënten, betrokken bij een EHGV-rit, 2) registratiebestanden van een ambulancedienst en 3) interviews met ambulanceverpleegkundigen en centralisten van de meldkamer. Van de respondenten uit het vragenlijstonderzoek geeft ruim één derde aan dat de situatie die de aanleiding gaf om een ambulance te bellen niet levensbedreigend was. Daarnaast geeft bijna de helft van de respondenten aan, dat het onvoldoende duidelijk is voor welke problemen men waar (ambulancezorg, HAP of SEH) terecht kan. De belangrijkste mogelijke oorzaken van een toename van het aantal EHGV-ritten, die genoemd worden door geïnterviewde professionals, zijn de invoering van de huisartsenposten en een mentaliteitsverandering onder patiënten. Uit de registratiebestanden blijkt dat van de ritten die als EHGV-rit eindigen 88,6% is uitgereden met de hoogste urgentie (A1). In deze situaties is door de meldkamer van een levensbedreigende situatie uitgegaan. De resultaten laten zien dat de triage op de meldkamer niet altijd voldoende uitsluitsel geeft of de situatie daadwerkelijk spoedeisende zorg behoeft.

**Trefwoorden:** Eerste Hulp Geen Vervoer (EHGV), ambulancezorg, spoedzorg, triage

### **INLEIDING**

Ambulancevoorzieningen worden jaarlijks geconfronteerd met een toename van het aantal ritten waarbij uiteindelijk geen patiënt wordt vervoerd, de zogenaamde "Eerste Hulp Geen Vervoer (EHGV)-ritten."<sup>1</sup>

De stijging van het aantal gereden EHGV-ritten tussen 2010 en 2011 bedroeg landelijk 8,6%.<sup>2</sup> Deze ontwikkeling is niet uniek voor Nederland, maar is ook zichtbaar in andere Westerse landen. Zo blijkt uit Zweeds onderzoek dat steeds meer patiënten met kleine kwaaltjes of verwondingen een dringend beroep doen op de ambulancezorg.<sup>3,4</sup> Ook bij de London Ambulance Service blijkt dat 40% van de oproepen afgehandeld kon worden door een huisarts, de GGD of een instantie voor sociale dienstverlening. Van alle oproepen werd uiteindelijk 20 tot 30%

van de patiënten niet vervoerd naar het ziekenhuis.<sup>5</sup> Vooralsnog is weinig bekend over de oorzaken van de stijging van het aantal EHGV-ritten. Het doel van deze verkennende studie is te exploreren welke factoren van invloed zijn op het ontstaan van EHGV-ritten.

Naast de stijging van het aantal EHGV-ritten in de ambulancezorg wordt ook bij andere aanbieders in de spoedzorgketen, zoals de huisartsenposten (HAP) en de spoedeisende-hulpafdelingen (SEH), een stijging van het gebruik gesignaleerd.<sup>6,7</sup> Zo blijkt dat volgens zorgverleners veel patiënten de spoedeisende hulp onterecht bezoeken, terwijl patiënten zelf het bezoek als terecht beoordelen.<sup>8</sup> Dit wordt bevestigd door een onderzoek bij de Ambulancedienst Gelderland-Zuid waarin 23,2% van de spoedritten huisartsenzorg betrof.<sup>9</sup> Een mogelijke oorzaak hiervoor kan een verschillende inschatting zijn van de situatie tussen patiënten en professionals.<sup>10</sup>

Aan een EHGV-rit gaan besluiten vooraf van zowel de patiënt als de professional. Zo begint een EHGV-rit met een melding naar de meldkamer ambulancezorg (MKA). Deze melding is gedaan door een patiënt zelf of een om-

<sup>1</sup> Toegepast Gezondheidsonderzoek, afdeling Gezondheidswetenschappen, UMCG, Groningen

<sup>2</sup> Toegepast Gezondheidsonderzoek, afdeling Gezondheidswetenschappen, UMCG, Groningen en Wetenschapswinkel Geneeskunde & Volksgezondheid, UMCG, Groningen

stander/familieid die besluit dat er een ambulance gebeld moet worden (1-1-2). Op de MKA besluit de centralist tijdens de telefonische triage (noot a) of er een ambulance naar de melding wordt gestuurd. Vervolgens besluit de ambulanceverpleegkundige ter plekke dat de patiënt niet vervoerd hoeft te worden naar het ziekenhuis, bijvoorbeeld omdat de klachten niet ernstig zijn of omdat advies of behandeling ter plaatse voldoende is. Zowel de patiënt als de professional spelen zo een rol bij het ontstaan van EHGVR-ritten. Daarom gaat deze verkennende studie in op het perspectief van patiënten én professionals over het beroep doen op de ambulancezorg.

#### **METHODE**

De dataverzameling liep van augustus 2008 tot en met januari 2009. Het perspectief van de patiënt is in kaart gebracht met een vragenlijstonderzoek. De kenmerken van de EHGVR-ritten zijn onderzocht aan de hand van de registratiebestanden van een ambulancevoorziening en om het perspectief van de professionals te leren kennen zijn interviews gehouden met centralisten, ambulanceverpleegkundigen, huisartsen en doktersassistenten werkzaam op een huisartsenpost.

#### **Vragenlijstonderzoek**

In de regio Drenthe zijn onder alle ambulanceposten vragenlijsten verspreid. Wanneer een ambulancerit uitmondde in een EHGVR-rit verstreekte het ambulancepersoneel een vragenlijst aan de patiënt met het verzoek deel te nemen aan het onderzoek. De vragenlijst kon door de patiënt in een portvrije envelop naar de onderzoekers worden gestuurd. Uiteindelijk bestond de onderzoeksgroep uit n=223 respondenten. Indien de patiënt 16 jaar of jonger was, is de vragenlijst ingevuld door de ouder/verzorger (n=15).

De vragenlijst bevat onder andere vragen over de context waarin 1-1-2 is gebeld zoals 'wie heeft de ambulance gebeld?' en 'bent u het nu nog eens met die beslissing?' De vragenlijst eindigt met vijf stellingen die een beeld geven over de ideeën van respondenten over situaties waarin een beroep op de spoedzorg gedaan kan worden.

#### **Registratiebestanden**

Door de ambulancevoorziening wordt een aantal gegevens digitaal geregistreerd. In het huidige onderzoek is gebruik gemaakt van data uit het digitale registratiebe-

## **Kernpunten**

- **Ambulancediensten signaleren een toename van het aantal ritten waarbij een ambulance met spoed uitrukt, maar de patiënt uiteindelijk niet wordt vervoerd (EHGVR-ritten).**
- **In dit artikel wordt een verklaring gezocht voor deze toename via vragenlijstonderzoek onder patiënten, analyse van registratiegegevens van een ambulancedienst en interviews met professionals.**
- **Een op de drie respondenten geeft aan dat de situatie die aanleiding was om 1-1-2 te bellen niet levensbedreigend was.**
- **Professionals menen dat vooral de invoering van de huisartsenposten en een mentaliteitsverandering van de burger hebben bijgedragen aan de toename van het aantal EHGVR-ritten.**
- **Bij bijna 90% van de EHGVR-ritten blijkt dat de meldkamer is uitgegaan van een levensbedreigende situatie. Dit roept vragen op over de kwaliteit van de triage.**

stand over de urgentiecode waarmee de ambulance is uitgestuurd (noot b). Daarvoor is een uitdraai gemaakt van alle gereden EHGVR-ritten in de maanden april en november 2007 (N=790). Deze maanden zijn geselecteerd omdat ze weinig pieken en dalen bevatten wat betreft de frequentie van ritten (noot c). Aanvullend is een aantal papieren ritformulieren en ritdetailformulieren bestudeerd (n=218). Daarvan zijn in het huidige onderzoek de ziektecode (de medische klacht die door de MKA aan de ambulance wordt doorgegeven) en de reden tot annulering van vervoer naar het ziekenhuis betrokken.

#### **Interviews**

Er zijn drie centralisten van de MKA geïnterviewd en vijf ambulanceverpleegkundigen. Daarnaast zijn er vijf huisartsen en vijf doktersassistenten geïnterviewd die werkzaam zijn op een huisartsenpost. Thema's die aan bod kwamen in de interviews waren: de organisatie van de spoedzorg en een eventuele verandering van mentaliteit onder de patiënten.

#### **RESULTATEN**

Om te beginnen worden de patiëntkenmerken beschreven van zowel de respondenten van het vragenlijstonderzoek als van de registratiebestanden. Daarna worden de resultaten gepresenteerd van het vragenlijstonderzoek, gevolgd door de kenmerken van de EHGVR-ritten uit de registratiebestanden. Tot slot worden de resultaten van de interviews besproken.

Tabel 1 toont de verdeling van leeftijd en geslacht van respondenten uit het vragenlijstonderzoek (n=223) en van de patiënten uit het registratiebestand (n=790). De gemiddelde leeftijd van de respondenten uit het vragenlijstonderzoek is 50,1 jaar, en 50,8 jaar van de patiënten uit het registratiebestand. Daarnaast zitten er procentueel gezien minder mannen in het vragenlijstonderzoek dan in het registratiebestand, respectievelijk 42,6% en 55,4%.

#### **Vragenlijstonderzoek**

In tabel 2 wordt getoond wie de ambulance heeft gebeld, in hoeverre respondenten die niet zelf gebeld hebben, het ermee eens zijn dat voor hen een ambulance is gebeld en of men het achteraf gezien nog met de beslissing eens is dat er een ambulance werd gebeld. In het merendeel van de gevallen heeft een familieid 1-1-2 gebeld. Omstanders bellen in 29% van de gevallen. Ruim 45% van de respondenten geeft aan op het moment van de melding

**Tabel 1.** Onderzoeksgroep; vragenlijstonderzoek en registratiebestand

Leeftijd	Vragenlijstonderzoek (n=223)			Registratiebestand (n=790)		
	Totaal n(%)	Mannen n(%)	Vrouwen n(%)	Totaal n(%)	Mannen n(%)	Vrouwen n(%)
0-5	6 (2,7)	1 (1,1)	4 (3,2)	19 (2,4)	13 (3,0)	6 (1,7)
6-13	9 (4,0)	3 (3,2)	5 (4,0)	17 (2,2)	11 (2,4)	7 (2,0)
14-22	23 (10,3)	9 (9,6)	14 (11,1)	92 (11,7)	49 (11,1)	43 (12,3)
23-60	100 (44,8)	36 (38,3)	65 (50,8)	364 (46,1)	213 (48,6)	151 (43,0)
61-75	55 (24,7)	29 (30,9)	26 (20,6)	148 (18,7)	91 (20,8)	57 (16,2)
75→	30 (13,5)	16 (17,0)	13 (10,3)	149 (18,8)	62 (14,1)	87 (24,8)
Missings included	3	1	2	118	68	50
Totaal	223 (100)	95 (42,6)	128 (57,4)	790 (100)	438 (55,4)	352 (44,6)
Gemiddelde leeftijd	50,1	55,1	46,7	50,8	49,6	52,4

(enigszins of zeer zeker) eens te zijn geweest met de beslissing om de ambulance te bellen, 35% had geen mening. Achteraf gezien is zelfs 83% het met deze beslissing eens. Dit blijken vooral de mensen te zijn die op het moment zelf ook instemden dat er een ambulance werd gebeld én de respondenten die op het moment zelf aangaven 'geen mening' te hebben. Ruim één derde van de respondenten geeft aan de situatie die aanleiding was voor het bellen van een ambulance niet levensbedreigend te hebben gevonden. Van de respondenten geeft 22% aan geen mening te hebben over de vraag of de situatie ten tijde van de 1-1-2 melding levensbedreigend was.

In Figuur 1 staan de resultaten weergegeven van de antwoorden op de vijf stellingen uit de vragenlijst. Van de 223 respondenten geeft 48% aan dat het onvoldoende duidelijk is voor welke problemen men waar terecht kan (ambulancezorg, SEH of HAP). Ongeveer 36% van de respondenten is het er mee eens dat men naar de HAP kan gaan voor een second opinion en 24% meent dat men ook naar de HAP kan gaan als men het overdag te druk heeft gehad om naar de eigen huisarts te gaan. Tot slot zegt ruim 20% van de respondenten spoedeisende hulp niet tot het takenpakket van de huisarts te rekenen.

En ongeveer 15% van de respondenten is van mening dat 1-1-2 ook gebeld kan worden bij problemen zonder spoedeisend karakter.

### Registratiebestanden

Uit het digitale registratiebestand blijkt dat 88,6% van de EHGVR-ritten is uitgereden met de hoogste urgentie (A1) waarbij van een levensbedreigende situatie is uitgegaan. Tabel 3 geeft een overzicht van de ziektecodes en de redenen dat de patiënt uiteindelijk niet vervoerd is naar het ziekenhuis. De melding die het meest voorkomt, is 'onwelwording', nagenoeg een kwart van de meldingen. Daarna volgen de categorieën 'onbekend' en 'ongeval' met beide 20%, gevolgd door hartaandoeningen (12%). Bij de reden van geen vervoer blijkt dat ambulanceverpleegkundigen op 49% van de ritformulieren niet hebben aangegeven waarom het vervoer is uitgebleven. Uit de formulieren die wel zijn ingevuld blijkt dat in iets meer dan een kwart van de gevallen behandeling niet nodig bleek. In 21% van de gevallen kon de patiënt ter plaatse worden behandeld.

**Tabel 2.** Bellen ambulance

Vragenlijstonderzoek (n=223)	n (%)
Wie heeft de ambulance gebeld?	
Een familielid	94 (42,2)
Een omstander/buren	64 (28,7)
Een vriend(in)/kennis/collega	33 (14,2)
Ikzelf	14 (6,3)
Anders	16 (7,2)
Niet ingevuld	2 (0,9)
Was u er op het moment mee eens dat er een ambulance werd gebeld?	
Geen mening	79 (35,4)
Ja, zeer zeker	76 (34,1)
Ja, enigszins	25 (11,2)
Nee, eigenlijk niet	20 (9,0)
Nee, zeer zeker niet	7 (3,1)
Niet ingevuld/n.v.t	16 (7,2)
Bent u het, achteraf gezien, nog met de beslissing eens?	
Ja, zeer zeker	153 (68,6)
Ja, enigszins	32 (14,3)
Niet ingevuld/n.v.t.	18 (8)
Geen mening	12 (5,4)
Nee, eigenlijk niet	6 (2,7)
Nee, zeer zeker niet	2 (0,9)
Was u van mening dat de situatie levensbedreigend was?	
Ja, enigszins	62 (27,8)
Ja, zeer zeker	30 (13,5)
Geen mening	49 (22,0)
Nee, zeer zeker niet	42 (18,8)
Nee, eigenlijk niet	35 (15,7)
Niet ingevuld/n.v.t.	5 (2,2)
Totaal	223 (100)

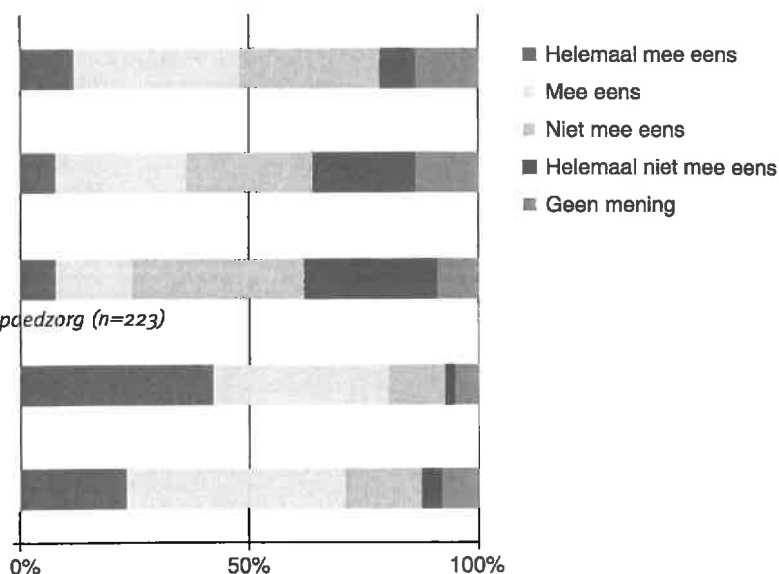
1. Voor de patiënt is het onvoldoende duidelijk bij welke problemen men terecht kan bij 112, de HAP of de SEH

2. Wanneer iemand het niet eens is met de behandeling of diagnose van de eigen huisarts kan deze naar de HAP voor een 2nd opinion

3. Als iemand het overdag te druk heeft gehad om naar de huisarts te gaan, kan men 's avonds de HAP bellen

4. Het bellen van 1-1-2 voor een ambulance mag alleen bij ernstige spoedeisende problemen die geen uistel dulden

5. De huisarts heeft een belangrijke taak bij de behandeling van spoedeisende medische problemen



**Tabel 3.** Kenmerken EHGVRitten: ziektecode en reden voor geen vervoer

Ritdetailformulieren (n=218)		n (%)
Ziektecode	Onwelwording	52 (23,9)
	Ongeval (straat-, bedrijfs-, huis- en sportongeval)	44 (20,2)
	Hartaandoeningen (angina pectoris, astma cardiale, hartritme stoornissen en hartinfarct)	26 (11,9)
	Ademhalingsmoeilijkheden	9 (4,1)
	Hypo	9 (4,1)
	Epilepsie	9 (4,1)
	Intoxicatie (gassen en oraal)	8 (3,7)
	CVA	3 (1,4)
	Reanimatie	3 (1,4)
	Onbekend	44 (20,2)
	Overige categorieën	11 (5,0)
<b>Totaal</b>	<b>218 (100)</b>	
Reden geen vervoer	Geen behandeling nodig	58 (26,6)
	Ter plaatste behandeld	45 (20,6)
	Geen reden ingevuld	107 (49,1)
	Patiënt wil geen behandeling	5 (2,3)
	Niemand aangetroffen	1 (0,5)
	Patiënt naar huis vervoerd	1 (0,5)
	Assistentie ongeval	1 (0,5)
	<b>Totaal</b>	<b>218 (100)</b>

## Interviews met professionals

### Organisatie van de spoedzorg

Van de geïnterviewden hebben met name ambulanceverpleegkundigen het idee dat de invoering van huisartsenposten tot veranderingen heeft geleid in de spoedzorg. Volgens hen betreft een groot deel van de EHGVRitten huisartsenzorg. De verslechterde telefonische en fysieke bereikbaarheid van huisartsen worden als mogelijke oorzaken genoemd. Patiënten willen snel geholpen worden en wanneer het te lang duurt om de huisarts te bereiken wordt 1-1-2 gebeld. Niet alleen de telefonische, maar ook de fysieke bereikbaarheid van de huisartsenposten laat volgens de ambulanceverpleegkundigen soms te wensen over. Een hieraan gelieerd knelpunt is dat er door de invoering van de huisartsenposten een (te) groot werkgebied voor de dienstdoende huisarts is ontstaan. Dit

merken ambulanceverpleegkundigen omdat zij naar patiënten worden gestuurd waar in eerste instantie de visitearts van de HAP heen zou gaan. Tot slot signaleren centralisten en ambulanceverpleegkundigen dat op de huisartsenpost patiënten met cardiale klachten, of klachten die daar op lijken, gelijk worden doorverwezen naar de ambulancezorg. Ook dat wordt genoemd als een mogelijke oorzaak van de stijging in het aantal EHGVRitten.

### Mentaliteitsverandering

Een andere ontwikkeling die alle professionals noemen, is dat patiënten steeds mondiger worden. Ook lijken omstanders sneller 1-1-2 te bellen zonder dat er iets aan de hand hoeft te zijn. Het idee bestaat bij de professionals dat het omstanders ontbreekt aan durf en soms ook aan zin of tijd om dichtbij te gaan kijken wat er precies aan de hand is om te toetsen of spoedzorg echt nodig is. Daar-

naast noemen de professionals dat de melders precies weten wat ze moeten zeggen om te bereiken dat er een ambulance komt. De indruk bestaat dat melders het verhaal soms erger maken dan het is en zeggen bijvoorbeeld dat de patiënt 'wegvalt' of 'doodbloedt'. Een ander punt dat in dit verband door de professionals genoemd wordt, is de juridisering van de zorg. Wanneer er op onterechte gronden géén ambulance is uitgestuurd dreigt er een klachtenprocedure. Uit angst voor schadeclaims sturen centralisten dan (te snel) een ambulance naar meldingen die eigenlijk voor de huisarts bestemd zijn.

## **CONCLUSIES**

In dit verkennende onderzoek staat de vraag centraal welke factoren van invloed zijn op het ontstaan van EHGV-ritten. De resultaten van dit onderzoek zijn een eerste aanzet om vanuit verschillende perspectieven een antwoord op deze vraag te formuleren. Vanuit het perspectief van de patiënt blijkt dat ruim één derde van de respondenten de situatie die aanleiding was voor het bellen van een ambulance niet levensbedreigend vond. Onduidelijk is echter waarom er in die situatie desondanks toch een 1-1-2-melding is gedaan. Gold voor deze patiënten dat zij of degenen die de melding hebben gedaan niet op de hoogte waren van het feit dat 1-1-2 een spoednummer betreft dat alleen bedoeld is voor levensbedreigende situaties? Of waren zij zich daar wel van bewust en hebben zij desondanks een melding gedaan, in weerwil van de voorschriften? Het blijkt dat slechts een heel klein deel van de 'EHGV-patiënten' zelf naar de meldkamer belt. Meestal vindt melding plaats door een familielid, buren of omstanders. Dat geeft aan dat het veelal niet alleen de patiënt zelf is die besluit een melding te doen bij niet levensbedreigende problematiek, maar dat veel vaker een ander de melding voor hem of haar doet. Uit het vragenlijstonderzoek blijkt tenslotte dat het voor bijna de helft van de respondenten onvoldoende duidelijk is voor welke problemen men waar (ambulancetzorg, HAP of SEH) terecht kan. Een gebrek aan kennis op dit terrein kan er aan bijdragen dat patiënten zich bij het verkeerde loket melden en ook met niet levensbedreigende klachten een beroep doen op de ambulancetzorg.

Uit het registratiebestand blijkt dat negen van de tien ritten die als EHGV-rit eindigen zijn uitgereden met de hoogste urgentie (A1). In deze situaties besluit de centralist van de meldkamer dat er sprake is van een levensbedreigende situatie. Dat is opmerkelijk in het perspectief dat één derde van de respondenten uit het vragenlijst-onderzoek aangaf de situatie die aanleiding was voor het bellen van een ambulance niet levensbedreigend te hebben gevonden. Triage op de MKA blijkt daarmee niet altijd voldoende uitsluitsel te geven of de situatie daadwerkelijk spoedeisende zorg behoeft.

Uit de interviews met de professionals komt naar voren dat de invoering van de huisartsenposten tot een minder goede (telefonische) bereikbaarheid heeft geleid en een te groot werkgebied van de visitearts tot gevolg heeft gehad. Deze twee factoren dragen er aan bij dat een groot deel van de EHGV-ritten in feite huisartsenzorg

betreft. Indien de observatie van de professionals klopt dan zou de ambulancetzorg deels functioneren als een overloop van de huisartsenposten. Dit wordt bevestigd door een recent onderzoek uitgevoerd binnen de Ambulancedienst Gelderland-Zuid, waar 23,2% van de spoedritten huisartsenzorg betrof.<sup>9</sup> Een andere belangrijke mogelijke oorzaak voor de toename van het aantal EHGV-ritten die genoemd wordt door de professionals is een mentaliteitsverandering onder patiënten. Mensen redeneren meer dan vroeger vanuit het principe dat ze recht hebben op goede en snelle zorg.

## **KANTTEKENINGEN EN IMPLICATIES VOOR TOEKOMSTIG ONDERZOEK**

Een kanttekening bij de huidige verkennende studie is dat de resultaten gebaseerd zijn op gegevens van vijf jaar terug (2008-2009). Tegelijkertijd is het probleem onverminderd actueel, want ook de laatste jaren stijgt het aantal EHGV-ritten (met 5% van 2011 naar 2012)<sup>11</sup> en is er nauwelijks onderzoek naar kenmerken en mogelijke verklaringen. Een tweede kanttekening betreft de respons. Om deze te kunnen vaststellen, zijn op alle ambulanceposten lijsten verspreid waarop de ambulanceverpleegkundigen konden aangeven wanneer en om welke reden ze geen vragenlijst hebben gegeven aan een patiënt. Deze lijsten zijn niet systematisch ingevuld, zodat het niet mogelijk is om een responspercentage te berekenen. Hierdoor weten we niet of er bepaalde typen EHGV-ritten ontbreken in het onderzoek. Daarnaast bleken ook de papieren ritformulieren, die aanvullend op de digitale registratie zijn bekeken, niet altijd volledig te zijn ingevuld door de ambulanceverpleegkundigen. Zo is in 49% van de gevallen niet aangegeven wat de reden is geweest om de patiënt niet naar het ziekenhuis te vervoeren. De derde en laatste kanttekening betreft het beschrijvende karakter van deze studie. Op basis van de huidige studie kunnen geen conclusies worden getrokken over de precieze rol van de verschillende factoren bij de toename in het aantal EHGV-ritten. Toekomstig onderzoek zou hier duidelijkheid over kunnen verschaffen.

Op basis van de bevindingen van deze verkennende studie kunnen enkele aanbevelingen worden gedaan. Interventies gericht op het informeren van het publiek over in welke situaties ze bij welk loket moeten zijn (spoedeisende hulp, ambulancetzorg, huisartsenpost of de eigen huisarts) draagt waarschijnlijk bij aan een beter gebruik van de (spoed)zorg. Echter, niet alleen de patiënten zelf maar ook de zorgverleners hebben een belangrijke rol om patiënten op de juiste plek te krijgen; hierbij komt het belang van een goed triagesysteem naar voren. Dit systeem moet afgestemd zijn op de verschillende ketens in de (spoed)zorg. Een goed op elkaar aansluitende triage van de centralisten van de meldkamer en de doktersassistenten van de huisartsenpost zou moeten voorkomen dat patiënten onterecht een beroep doen op de ambulancetzorg.

## **NOTEN**

- a Alle verzoeken voor inzet van een ambulance verlopen via de Meldkamer Ambulancetzorg (MKA). Elke aan-

vraag wordt beoordeeld door een centralist en die bepaalt of er een ambulance moet worden ingezet en zo ja, met welke urgentie. Triage is het proces waarin de noodzaak en urgentie worden bepaald.

- b Bij een A1 rit moet de ambulance binnen 15 minuten op de plaats van het ongeval zijn. Bij een A2 rit is geen sprake van levensgevaar maar de patiënt moet wel zo snel mogelijk naar het ziekenhuis gebracht worden. B-ritten (besteld vervoer) zijn buiten bestek van dit onderzoek gehouden omdat deze maar zeer zelden in een EHG-rit eindigen.
- c De gegevens uit het vragenlijstonderzoek bestrijken een andere periode, omdat pas na het verzamelen van de registratiebestanden is besloten ook een vragenlijstonderzoek uit te voeren.

#### **ABSTRACT**

*Ambulance Response / No Transport: an exploratory study of the incidence of ambulance calls without transportation of the patient.*

Ambulance services are increasingly confronted with calls that require an emergency ambulance dispatch even though upon arrival at the scene, there is no need for transportation to a hospital. This exploratory study identifies factors which might influence the incidence of these no-transport ambulance calls. We used three different sources of information for this study: 1) a questionnaire among patients involved in ambulance call without transportation, 2) the records of an ambulance service and 3) interviews with ambulance staff, emergency call center dispatchers, general practitioners and their assistants working at an prehospital emergency center. Nearly half of the respondents indicate that it is insufficiently clear which venue is appropriate for their problem, i.e. the emergency telephone number 1-1-2, the prehospital emergency center staffed by general practitioners or the hospital's emergency room. Furthermore, at least one third indicated they did not find the situation life-threatening, despite the call for an ambulance. The records of the ambulance service show that 88,6% of the no-transport dispatches were of the highest urgency (A1). In other words, the dispatcher of the emergency call center judged these cases to be life-threatening. Seeing as one third of the respondents did not share this view of a life-threatening situation, this means that the emergency call center isn't always able to reliably assess whether an emergency response is required. According to the key figures we inter-

viewed, the introduction of prehospital emergency centers and a mentality shift among citizens could be the most important reasons for the increase in ambulance calls without transportation of the patient.

**Keywords:** Ambulance response and treatment, no transport, Emergency Responders, exploratory study

#### **LITERATUUR**

1. Boers I. Ambulances in-zicht 2007. Zwolle: AmbulanceZorg Nederland, 2008.
2. Duijf P, Leerkes G, Rhijn J van, Werff H van der. Ambulances in-zicht 2011. Zwolle: AmbulanceZorg Nederland, 2012.
3. Hjalte L, Suserud BO, Herlitz J, Karlberg I. Why are people without medical need transported by ambulance? A study of indications for pre-hospital care. Eur J Emerg Med 2007;14: 151-6.
4. Gratton MC, Ellison SR, Hunt J, Ma OJ. Prospective determination of medical necessity for ambulance transport by paramedics. Prehospital Emerg Care 2003;7:466-9.
5. Victor CR, Peacock JL, Chazot C, Walsh S, Holmes D. Who calls 999 and why? A survey of the emergency workload of the London Ambulance Service. J Accid Emerg Med 1999;16:174-8.
6. Schrijvers G. Atlas en scenario's voor de spoedzorg. Utrecht: Igitus, 2008.
7. Uden CJT van, Crebolder HFJM. Does setting up out of hours primary care cooperatives outside a hospital reduce demand for emergency care? Emerg Med J 2004;21:722-3.
8. Reitsma- Rooijen M van, Brabers A, Jong J de. Selectie aan de poort: onterechte zelfverwijzers op de SEH terugdringen. Tijdschr Gezondheidswet 2013;91:41-3.
9. Francissen OHB, Smits M, Giesen P, Grunsven PM van, Wobbles T. Spoedeisende huisartsenzorg en ambulancezorg moeilijk te onderscheiden? Vakblad V&VN Ambulancezorg 2012;33(4): 26-8.
10. Palazzo F, Warner O, Harron M, Sadana AM. Misuse of the London ambulance service: How much and why? J Accid Emerg Med 1998;15:368-70.
11. Boers I, Duijf P, Leerkes G, Rhijn J van, Werff H van der. Ambulances in-zicht 2012. Zwolle: AmbulanceZorg Nederland, 2013.

#### **CORRESPONDENTIEADRES**

Vera Verhage, Universitair Medisch Centrum Groningen, Gezondheidswetenschappen FA10, 9700 VB Groningen, tel. 050-3636504, e-mail: v.verhage@umcg.nl