Top 20 ingangsklachten acute zorg

De basis voor training, taakroulatie en personeelsinzet

Deel 1/3



Zorgcoördinatie Kennemerland | Project B Personeel - modulair opleiden & verbreden personeelsinzet

HAP | SEH | RAV | VVT | GGZ

juni 2026

Zorgcoördinatie Kennemerland

Project B – Personeel
Modulair Opleiden & verbreden personeelsinzet
PI 4.3B1_Analyse ingangsklachten

Juni 2026

Auteurs

L.P. van Felius
M. Stevenhaagen
A.E. Wendrich
S.S. Wendriks

Inhoudsopgave

Inhoudsopgave 3
Managementsamenvatting 5
1. Inleiding 7
1.1 Aanleiding 7
1.2 Doel van het project 8
1.3 Scope en afbakening 8
1.4 Leeswijzer 9
2. Programmacontext Zorgcoördinatie 10
2.1 IZA Programma: Positionering binnen Zorgcoördinatie Acute Zorg 10
2.2 Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord 10
2.3 Relatie met andere projecten en domeinen 10
2.4 Belang van focus op personele inzet 11
3. Uitgangspunten 12
3.1 Definitie en doelstelling van dit rapport 12
3.2 Werkwijze en brillen 12
3.2.1 Ingangsklachten: aggregatieniveaus per domein 13
3.2.2 De bril van complexiteit 14
3.2.3 De bril van urgentie 16
3.2.4 De bril van kosten 18
4. Analyse domeinen acute zorg 21
4.1 Analyse HAP 23
4.2 Analyse SEH 33
4.3 Analyse Ambulancezorg 43
4.4 Analyse acute VVT 52
4.5 Analyse acute GGZ 59
5. Conclusies en discussie 66
5.1 Conclusies 66
5.2 Discussie 67



6. Bijlagen 68
6.1 - Vijf complexiteitsdimensies van acute zorg voor een verdiepend gesprek 69
6.1.1 Waarom complexiteit moeilijk eenduidig te meten is 69
6.1.2. Van bronnen en richtlijnen naar vijf complexiteitsdimensies 69
6.1.3 Verdieping van de top 20: het vraag-antwoordgesprek met professionals 71
6.1.4 Vastlegging in de scoretabel 72
..... 72
6.1.5 NTS classificatie data gebruiken voor dimensie tijdkritiek / urgentie 72
6.1.6 Vijf complexiteitstypen 73
6.1.7 Betekenis voor functiedifferentiatie en scholing 73
6.1.8 Geen exacte wetenschap, wel een gestructureerde benadering 74
6.2 Extra HAP analyse alleen consulten en visites 76
6.3 Afkortingen en begrippen 78



Managementsamenvatting

De acute zorg in Kennemerland staat onder druk door structurele personeelstekorten, hoge werkdruk en een groeiende zorgvraag. Binnen het IZA-programma Acute Zorgcoördinatie Kennemerland is daarom bewust gekozen om personeel centraal te zetten. **Goede zorgcoördinatie vraagt niet alleen om de juiste patiënt op de juiste plek, maar ook om de juiste medewerker, met de juiste competenties, op het juiste moment.**

Dit rapport is het eerste deel in een reeks van drie. In dit deel is **de vraagkant van de acute zorg in beeld gebracht**: welke ingangsklachten komen het meest voor binnen de SEH, HAP, ambulancezorg, acute VVT en acute GGZ? In de volgende rapporten wordt deze basis gebruikt om de stap te maken naar competenties, taken, verantwoordelijkheden, bevoegdheden, taakroulatie en EPA's (modulaire beroepsactiviteiten).

Het doel van dit rapport is het opstellen van een **top 20 ingangsklachten per domein**, met waar mogelijk een analyse op frequentie, urgentie, complexiteit en kosten. Daarmee levert het rapport de onderbouwing voor de KPI en tegelijk een praktische basis voor het vervolg van het programma.

De analyse is opgebouwd uit **drie bronnen: deskresearch, data-uitvraag bij de betrokken organisaties en gesprekken met professionals uit de praktijk**. Die combinatie was nodig, omdat de beschikbare data per domein sterk verschilt. Niet elk domein registreert een echte ingangsklacht. Soms is gewerkt met triagegegevens, soms met ICPC-codes, ICD-10-codes, DBC/diagnosegroepen, ProQA-categorieën, werkdiagnoses of expertduiding.

Een belangrijke bevinding is dat het **begrip ingangsklacht in de acute keten niet eenduidig** te gebruiken is. Dezelfde patiëntgroep zal in het ene domein zichtbaar zijn als triageklacht, in een ander domein als werkdiagnose of bekostigingscode. Voor dit rapport is daarom per domein gezocht naar het best bruikbare aggregatieniveau: specifiek genoeg voor vervolgkeuzes, maar nog herkenbaar voor professionals in de praktijk.

Voor de **SEH** laten de data van het Rode Kruis Ziekenhuis en het Spaarne Gasthuis een herkenbaar regionaal beeld zien. Veel voorkomende groepen zijn trauma van extremiteiten, hoofdtrauma/commotio, buikklachten, cardio-thoracale klachten, CVA/neurovasculaire problematiek en een aantal algemene ziektebeelden. Vooral trauma en hoofdletsel bieden aanknopingspunten voor verdere (taak)differentiatie, mits er goede afspraken zijn over opschaling bij kwetsbare patiënten of complexere casuïstiek.

Bij de **HAP's** komt de regionale top 20 sterk overeen met het landelijke beeld. Na clustering van vergelijkbare ICPC-codes staan buikpijn, scheurwond/snijwond, koorts, luchtwegklachten/benauwdheid en pijn of druk op de borst bovenaan. De drie huisartsenposten lijken inhoudelijk sterk op elkaar, maar er zijn ook duidelijke registratieverschillen zichtbaar. Juist die verschillen zijn interessant voor het vervolg, omdat ze iets zeggen over procesinrichting, registratieafspraken en mogelijke afhandeling door andere functies of domeinen, zoals de VVT, de PA/VS of andere partners.

Binnen de **ambulancezorg** zijn op meldkamerniveau vooral val, bewusteloos/flauw, pijn op de borst, trauma/verwonding en ademhalingsproblemen zichtbaar. Op het niveau van werkdiagnoses vallen

onder meer huisartsverwijzing, ACS, extremiteitenletsel, CVA en hartritmestoornissen op. De medisch manager RAV geeft aan dat patiënten die per ambulance naar het ziekenhuis worden vervoerd in principe hoog complex zijn en niet geschikt zijn voor taakverschuiving buiten de ambulancezorg. De meeste kansen liggen bij mobiel zorgconsult en bij patiënten die na beoordeling thuis kunnen blijven.

Voor de **acute VVT** ligt de focus in dit rapport op acute thuiszorg, met name de inzet in ANW-uren. Er is geen goede regionale dataset beschikbaar waarmee bijvoorbeeld de alarmeringen eenduidig kunnen worden geanalyseerd. Veel informatie staat in vrije tekst. Op basis van deskresearch en gesprekken met professionals komt val/trauma/tillen duidelijk als grootste groep naar voren. Ook katheterproblemen, wondzorg, pijnbestrijding, palliatieve symptoomcrisis en ontregelde chronische aandoeningen zijn belangrijk. De complexiteit zit hier vaak minder in de handeling zelf, maar vooral in de kwetsbaarheid van de cliënt en de zorgcontext.

Voor de **acute GGZ** is een 'klassieke top 20' minder goed passend. De praktijk wordt vooral bepaald door de grote groepen patiënten met suïcidaliteit en verward gedrag, met daaronder psychotische ontregeling, middelengebruik, agressie (veiligheidsrisico's) en andere onderliggende psychiatrische of psychosociale problematiek. Deze klachten lopen vaak door elkaar heen. De meeste ingangsklachten zijn hoog complex. Er zijn in eerste instantie weinig directe kansen voor taakherschikking naar andere domeinen, maar wel voor taakverschuiving binnen de GGZ-keten en/of voor betere scholing over (omgaan met) psychiatrische problematiek in de andere acute zorgdomeinen.

Voor de **duiding van complexiteit is in dit rapport een eigen werkwijze ontwikkeld.** Per ingangsklacht is gekeken naar vijf dimensies: tijdkritiek/urgentie, diagnostische onzekerheid, patiëntcomplexiteit, zorgcoördinatie/zorgcontext en zorgexpertise/opschaling. Deze werkwijze bleek in de gesprekken met professionals goed te werken. Het gesprek ging daardoor niet alleen over de vraag of iets complex is, maar vooral over de vraag waar de complexiteit zit.

Urgentie is in veel domeinen te verbinden met de Nederlandse Triage Standaard. In de praktijk bleek urgentiedata echter niet altijd goed te koppelen aan het gekozen aggregatieniveau. Daarom is urgentie waar nodig aanvullend geduid via de complexiteitsanalyse, met name via de dimensie tijdkritiek. Dit maakt de uitkomsten bruikbaar, ook wanneer de ruwe data niet volledig vergelijkbaar is.

Kosten zijn in dit rapport meegenomen als secundaire bril. De analyse laat zien dat kosten beperkt helpen bij het bepalen van kansrijke ingangsklachten voor taakverschuiving. Bekostiging verschilt sterk per domein en is vaak gekoppeld aan contactvorm, inzetcategorie, vervolgtraject of achteraf vastgestelde diagnose. Voor het vervolg zijn volume, urgentie, complexiteit en benodigde competenties daarom belangrijker dan een exacte kostprijs per ingangsklacht.

De opbrengst van dit rapport is vooral dat er **per domein een werkbare basis** ligt. De grootste patiëntgroepen zijn zichtbaar gemaakt, de eerste verschillen in registratie en duiding zijn benoemd en de eerste kansen voor vervolgonderzoek zijn aangewezen. Daarmee is dit rapport geen eindpunt, maar een onderlegger voor de volgende stap: **bepalen welke ingangsklachten zich lenen voor modulair opleiden, taakverschuiving, taakherschikking of betere regionale afspraken.**



1. Inleiding

1.1 Aanleiding

De regio Kennemerland ervaart elke dag de uitdagingen door personeelskrapte. Om de acute zorgketen toegankelijk te kunnen houden, moet er op een andere manier naar de inzet van zorgprofessionals gekeken worden en is het nodig dat zorgaanbieders hierin samen optrekken. De (acute) zorg kampt met structurele personeelstekorten, hoge werkdruk, een hoog verloop en uitval door burn-out en ander ziekteverzuim.

In alle domeinen, van SEH tot VVT en van GGZ tot HAP en spoedvervoer is de bezetting vaak krap, wat leidt tot capaciteitsproblemen. Om verbeteringen in de keten te realiseren en opstopping van cliënten/patiënten in de keten te voorkomen, is het nodig om echte transformatie te bewerkstelligen bij het flexibel opleiden van personeel en het verbreden van personeelsinzet. Bij het schrijven van een plan voor het zorgcoördinatie programma van het Integraal ZorgAkkoord (IZA) zet Kennemerland haar *personeel op één* en is deze urgentie in een brief als volgt verwoord:

Geachte Beoordelingscommissie,

Voor elke **impactvolle transformatie** geldt: 'Met een 'impactvolle transformatie' wordt bedoeld dat de transformatie een substantiële positieve impact heeft op passende zorg en daarmee op de toegankelijkheid (beschikbaarheid) en/of kwaliteit van de zorg op lange termijn en **het behouden, ontzorgen en optimaal inzetten van zorgprofessionals'** (zie: staatscourant). Dit laatste is essentieel voor Kennemerland, waar wij ons personeel op één zetten om de daadwerkelijke transformatie te bewerkstelligen.

Het **thema effectieve zorgcoördinatie (brede triage, passende zorginzet en coördinatie van inzet)** vraagt dan ook meer dan alleen de IZA doelen *'minder zorggebruik'* of *'profielkeuzes'*. De businesscase, plannen en gesprekken lijken zich enkel op de zorgvolumes en verschuivingen te concentreren maar **'De Juiste Zorg op de Juiste Plek' kan niet zonder 'De juiste Medewerker (en competenties) op de Juiste Tijd'.**

Daarom is zorgcoördinatie voor haar welslagen merendeels afhankelijk van **het derde IZA doel: De inzet van personeel**: 1) minder of effectievere inzet van personeel, 2) het aantal beschikbare FTE en 3) de impact van de inzet van personeel op de keten zijn doelen waarop transformatie getoetst wordt (zie: instructiedocument Zorgverzekeraars Nederland, p8,9).

'Personeel, competenties en opleiding' is in het **Implementatieplan Zorgcoördinatie** (zie VWS, p11) dan ook de tweede veranderopgave, die te vaak over het hoofd gezien wordt. Immers, **beter opgeleid, sneller inzetbaar, breder inzetbaar, slimmer en tenslotte meer (uren) werkend personeel** is een groot deel van de oplossing van effectieve zorgcoördinatie én om de groeiende zorgvraag beter op te vangen.

Zonder voldoende personeel is er geen impact op zorgvolumes, maar loopt de keten én de coördinatie vast op de zwakste schakel, daar waar het minste of niet het juiste (opgeleide) personeel is.

Kennemerland zet in haar plan **de medewerkers op één** door een ambitieus project voor het modulair opleiden, flexibiliseren van arbeid en regionaal breder inzetten van personeel. Dit zorgt voor versneld efficiëntie en productiviteit verhogen, minder fouten en verbeterde kwaliteit, directe zorggerelateerde besparingen en minder personeelsverloop. Ofwel: **meer zorgvolume sneller, beter en met minder kosten opvangen met hetzelfde personeel**.

Namens het personeel vanuit Kennemerland.

Figuur 1 – Brief aan beoordelingscommissie



1.2 Doel van het project

De regio Kennemerland streeft ernaar met dit IZA programmaplan **de eerste regio te zijn waar voor acute zorgfuncties maximaal competentiegericht en modulair wordt opgeleid.** Door opleiding en bijscholingen modulair in te richten, verwacht de regio de opleidingsduur te verkorten en omscholing makkelijker te maken. Daarnaast streeft de regio naar een **sectoroverstijgende flexibele en efficiënte inzet van personeel**, waarmee het werken in de zorg blijvend aantrekkelijk wordt. Hiermee blijven de zorgprofessionals behouden voor de zorg en dit voorkomt onderlinge concurrentie. De regio Kennemerland verwacht hierbij een gedeelde verantwoordelijkheid voor de inzet en het behoud van medewerkers in de (acute) zorg.

Hiervoor schrijven wij drie rapporten als onderzoek, regionale bewustwording en als de onderlegger voor het opstarten van deze beweging. Dit rapport is deel 1 (KPI 4.3B1_Analyse ingangsklachten) en er volgen er nog twee:

- Deel 1/3: **Top 20 ingangsklachten acute zorg**
- Deel 2/3: **Van ingangsklachten naar competenties**
- Deel 3/3: **Van competenties naar taakroulatie en EPA's**

Dit geeft ook de ontwikkeling weer: een *beter afgestemd aanbod* begint met dit rapport bij *de vraagkant in beeld* te krijgen. Dit deel 1 start bij de grootste groepen patiënten en ingangsklachten voor het analyseren van kansen voor modulair opleiden en trainen in de zorg. Koppel dat vervolgens in deel 2 aan competenties, taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden die al bestaan in de keten. En maak in deel 3 de GAP-analyse met waar nu al taakroulatie of taakverschuiving in de keten mogelijk is, waar er al bestaande EPA's / beroepsactiviteiten bestaan en welke meest kansrijke er nog ontwikkeld kunnen worden.

Met dit programma willen we kwartiermaker zijn voor deze flexibilisering- en opleidingsontwikkeling. We bieden alle materialen en lessen realtime aan andere acute zorgregio's aan voor verbreding en opschaling in Nederland. We nodigen iedereen uit om aanvullingen en ideeën aan te brengen om deze inzichten verder te verdiepen en breder gebruik mogelijk te maken.

1.3 Scope en afbakening

Binnen dit programmarapport richten we ons op vijf domeinen binnen de zorg. Te weten: spoedeisende hulp (SEH), huisartsenpost (HAP), ambulancezorg en het spoedvervoer (RAV), acute thuiszorg (VVT) en acute geestelijke gezondheidszorg (GGZ). Daarnaast gaat het alleen over acute zorg, waar domeinen als de VVT, de GGZ, de reguliere huisartsenzorg overdag en de ambulancezorg ook een groot aandeel niet acute zorg of niet spoedzorg bediend.

1.4 Leeswijzer

Dit rapport is een beschrijving hoe in de afgelopen vijf maanden er is toegewerkt naar de eerste deliverable, passend bij de ‘Analyse top 20 ingangsklachten HAP, SEH, RAV, VVT en GGZ, op basis van volume, urgentieniveaus, complexiteit en kosten’. In hoofdstuk 2 starten we met een korte contextschets. In hoofdstuk 3 worden de uitgangspunten, methode en brillen verder toegelicht, waarna in hoofdstuk 4 voor elk domein een top 20 ingangsklachten wordt gepresenteerd. In hoofdstuk 5 zullen discussie en conclusies worden belicht. Hoofdstuk 6 bevat bijlagen welke ondersteunend zijn aan de gepresenteerde inhoud van dit rapport.

2. Programmacontext Zorgcoördinatie

2.1 IZA Programma: Positionering binnen Zorgcoördinatie Acute Zorg



Figuur 2 - IZA programmastructuur Kennemerland

Het project B: Personeel – modulair opleiden & flexibilisering is één van de zes projecten binnen het IZA- transformatieplan Zorgcoördinatie Kennemerland (2025 t/m 2027; figuur 2). Er is structurele afstemming met de projectleiders van alle projecten. Ook is er in een kernteam afstemming met de programmaleiders van de lokale coördinatiepunten CAZHEM en CPMK en de programma's van Spoedplein+ in Haarlem en Haarlemmermeer en SEMD in Midden Kennemerland (voor meer detail zie IZA Transformatieplan Zorgcoördinatie - Kennemerland). Het programma kadert binnen de brede regio van het Netwerk Acute Zorg Noord-Holland/Flevoland (ROAZ-regio).

2.2 Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord

Na het IZA is in september 2025 het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord getekend (AZWA) door zorg- en welzijnsorganisaties en het ministerie van Volksgezondheid, Wetenschap en Sport (VWS). Ook in dit akkoord komt het belang van juiste inzet van personeel terug. Eén van de twee hoofddoelstellingen is het personeelstekort laten dalen met 100.000 mensen tot en met 2028. Dit dient gerealiseerd te worden door meer inzet op opleiden, waarbij expliciet gekeken wordt naar sneller en beter opleiden. Hierbij wordt niet enkel ingezet op de toestroom van nieuwe studenten, maar ook op het beter toerusten van huidig personeel.

2.3 Relatie met andere projecten en domeinen

Inhoudelijk rond het thema personeel wordt de verbinding gezocht met het Sigra-netwerk ZONN. Binnen dit netwerk vindt op reguliere basis met alle ziekenhuizen in de regio Noord-West Nederland uitwisseling plaats over de op te leiden FZO-beroepen, bijvoorbeeld de SEH-verpleegkundigen. Binnen ZONN is regionaal opleiden een streven, waardoor uitwisseling met dit gremium essentieel is. Ook is er nauwe afstemming met de ontwikkelingen die worden ingezet vanuit het Regioplan Kennemerland, thema Arbeidsmarkt & Onderwijs, zodat wordt voorkomen dat er dubbelingen in interventies ontstaan.



2.4 Belang van focus op personele inzet

Uit het regiobeeld van de regio Kennemerland blijkt dat '*Alle zorg- en welzijnsorganisaties in de regio te maken hebben met de grote en groeiende krapte op de arbeidsmarkt.*'[1] . Uit deze urgentie vloeit de noodzaak voort om te acteren op personele inzet. Flexibel opleiden is daarbij een middel tot het anders inzetten van de beschikbare professionals op de plek waar zij het meest nodig zijn.

Ook op landelijk niveau wordt het belang van flexibele inzet en flexibel opleiden erkent. Een recente beleidsbrief van het ministerie van VWS geeft de situatie treffend weer: '*De medewerkers in zorg en welzijn vormen de ruggengraat van ons stelsel. In alle sectoren, en dus ook binnen zorg en welzijn is sprake van krapte op de arbeidsmarkt, en die krapte zal de komende jaren toenemen. Voor de houdbaarheid en toegankelijkheid is het belangrijk dat we ook op het vlak van arbeidsmarkt en opleiden keuzes maken en het potentieel dat er is, zo goed als mogelijk benutten. Met extra aandacht voor waar de tekorten het grootst zijn en de beweging van zorg naar gezondheid. Onze strategie is om toekomstgericht op te leiden. We leiden breed op, zodat medewerkers flexibel inzetbaar zijn en makkelijker aan de slag kunnen in een ander domein. En we maken bewuste keuzes in hoe we medewerkers slimmer en op innovatieve wijze kunnen laten werken. Daarnaast hebben we oog voor wat nodig is om medewerkers te behouden voor zorg en welzijn.*'[2]

Met voorliggend rapport zetten we voor de regio Kennemerland de eerste stap naar meer behoud in de acute keten.

[1] Regiobeeld Kennemerland (2023). Regiobeeld Kennemerland plus Haarlemmermeer.pdf
[2] Beleidsbrief VWS (24 april 2026). Beleidsbrief_VWS_24_april_2026__1777555748.pdf

3. Uitgangspunten

3.1 Definitie en doelstelling van dit rapport

Het doel van dit rapport is de **"Top 20 ingangsklachten per domein, inclusief analyse op urgentieniveaus, complexiteit, frequenties en kosten"**[3] in kaart brengen. In dit hoofdstuk is dit doel verder geoperationaliseerd en zijn de begrippen verder uitgewerkt.

Dit rapport vormt de bewijslast voor een KPI binnen het IZA-programma en zal dan ook als zodanig toegestuurd worden aan de zorgverzekeraar. De thematafel Acute Zorg Kennemerland vormt het bestuurlijke gremium alwaar de inhoud van dit rapport wordt geaccordeerd.

3.2 Werkwijze en brillen

We bouwen de KPI op langs drie in elkaar hakende sporen:

1. **Deskresearch** van bestaande landelijke rapporten (Nivel, RIVM, CBS, VWS, etc.).
2. **Data-uitvraag** aan de data-professionals per domein
2. **Expert opinion**: spiegeling met professionals uit het veld

Door deze drie bronnen te combineren ontstaat een gedragen basis voor de top 20 ingangsklachten per domein.

1. Voor alle domeinen wordt **deskresearch** uitgevoerd, waarbij verschillende landelijke bronnen, alsook lokale openbare rapporten worden geraadpleegd (bijvoorbeeld van het ROAZ). Dit levert vaak al een eerste concept top 20 per domein op, gebaseerd op het volume (aantal patiënten per tijdseenheid).
2. Samen met de professional wordt de deskresearch bekeken en wordt waar mogelijk overgegaan op de **data-uitvraag**. Deze data-uitvraag zal bij de data-specialisten van de betrokken organisaties vanuit alle domeinen plaatsvinden om te achterhalen of de top 20 in lijn is met de data vanuit het betreffende domein. Op basis van verdiepende data vindt de nadere analyse en verdieping plaats op urgentieniveau en complexiteit.
3. In alle domeinen worden voor de **expert opinion** professionals uit deelnemende organisaties benaderd om de top 20 te toetsen aan de praktijk. De professionals toetsen o.a. of een geschikt aggregatieniveau van de ingangsklachten is gebruikt. Dit is nodig voor een koppeling met competenties en taakroulatie in de gesprekken. Tenslotte wordt middels een interview de input opgehaald ten aanzien van het urgentieniveau en de complexiteit per ingangsklacht (zie 6.1).

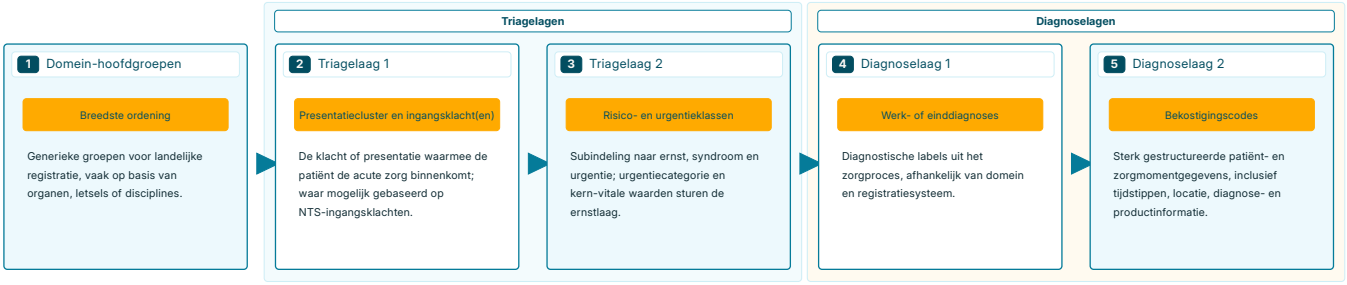
Na verwerking van de expert opinion en de data-uitvraag, zullen de definitieve lijsten nogmaals worden voorgelegd aan de geraadpleegde experts voor akkoord. Deze werkwijze wordt voor alle domeinen afzonderlijk doorlopen, maar kunnen afwijken op basis van beschikbaarheid van data.

[3] Ten behoeve van: KPI 4.3B1_Analyse ingangsklachten

3.2.1 Ingangsklachten: aggregatieniveaus per domein

In dit rapport gebruiken we de term **ingangsklachten** als een breed, praktisch werkbegrip. Dat is bewust. In de acute zorgketen wordt niet overal dezelfde omschrijving vastgelegd, en dezelfde 'klinische' patiëntengroep kan op verschillende momenten in het zorgproces een andere naam of code krijgen. Soms gaat het om een echte triage-ingangsklacht. Soms gaat het om een presentatiecluster, een urgentiecategorie, een werkdiagnose, een einddiagnose of een bekostigingscode die pas achteraf aan het zorgmoment wordt gekoppeld. De term 'ingangsklacht' moet daarom niet worden gelezen als één uniforme databron, maar als een ordening van de acute zorgvragen ten behoeve van deze analyse.

Er zijn wel landelijke kaders voor gegevensuitwisseling. De **Richtlijn Gegevensuitwisseling acute zorg** van het NHG beschrijft welke medische gegevens ketenbreed relevant zijn in spoedsituaties. Onder meer tussen huisarts, huisartsenpost, ambulancezorg, meldkamer en SEH. De daarop gebaseerde **informatiestandaard Acute Zorg** van Nictiz werkt deze gegevensuitwisseling verder uit in berichten en gegevenssets. Daarin gaat het bijvoorbeeld om triage-informatie, urgentie, werkdiagnose, meetwaarden, behandeling, overdracht en rapportage van verleende zorg. Deze standaarden zijn belangrijk voor samenwerking en databeschikbaarheid, maar ze maken de 'taal' tussen domeinen niet automatisch volledig gelijk.



Figuur 3 - Aggregatieniveaus ingangsklachten

Voor de analyse in dit rapport is daarom gekozen voor vijf aggregatieniveaus (figuur 3). Het eerste niveau bestaat uit **domein-hoofdgroepen**. Dit zijn generieke groepen die vaak passen bij landelijke registraties of vergelijkingen, bijvoorbeeld op basis van organen, letsels of disciplines. Denk aan cardiale problematiek, trauma, suïcide of verward gedrag binnen de acute GGZ, en bij de HAP aan groepen zoals 'ziek kind/koorts kind' of 'wond'. Dit niveau is bruikbaar om grote stromen en herkenbare zorgvragen naast elkaar te zetten. Tegelijk is het te grof om rechtstreeks te bepalen welke competenties of modules medewerkers nodig hebben voor taakroulatie of functiedifferentiatie.

Het tweede niveau is **triagelaag 1: presentatiecluster en ingangsklacht(en)**. Hier staat de klacht of presentatie centraal waarmee de patiënt de acute zorg binnenkomt. Waar dat kan, sluiten we aan bij NTS-ingangsklachten, zoals pijn op de borst, kortademigheid, hoofdletsel of extremiteitenletsel. Dit niveau is klinisch herkenbaar en ligt dicht bij het eerste contact met de patiënt. Het is daarom vaak relevant voor triage, maar ook voor training of onderwijs. De beperking is dat deze informatie niet in alle domeinen even gestructureerd beschikbaar is. In sommige systemen staat de ingangsklacht als vaste keuzelijst, in andere als vrije tekst of als onderdeel van een bredere melding.

Het derde niveau is **triagelaag 2: risico- en urgentieklassen**. Hier wordt niet alleen gekeken naar de presentatie, maar ook naar ernst, syndroom en urgentie. Dezelfde ingangsklacht kan immers heel verschillende consequenties hebben. Pijn op de borst kan variëren van ‘laag risico’ tot ‘ACS-verdacht hoog risico’. Trauma kan variëren van relatief eenvoudig letsel tot groot trauma. Kortademigheid kan passen bij een beperkte klacht, maar ook bij sepsis- of respiratoire insufficiëntie. In andere domeinen kan het gaan om ‘verward gedrag met dreigende escalatie’ of om een ‘palliatieve symptoomcrisis’. Urgentiecategorieën en de belangrijkste vitale waarden helpen om de mate van ernst te kunnen duiden. Juist dit niveau is vaak waardevol voor modulair opleiden, omdat het duidelijk maakt welke situaties andere vaardigheden, supervisie of paraatheid vragen.

Het vierde niveau is **diagnoselaag 1: werk- of einddiagnoses**. Dit niveau gebruikt de diagnostische codes uit het zorgproces. Afhankelijk van het domein kan het gaan om ICD-10-codes, ICPC-codes, Diagnosethesaurus-termen of dbc-diagnosetypering. Voorbeelden zijn ICD-10 R07.4 voor ‘niet-gespecificeerde pijn op de borst’, ICPC-codes zoals K01/K02 voor ‘cardiale klachten’ of A80 voor ‘trauma/letsel’. Diagnoses zijn klinisch specifieker dan een ingangsklacht, maar ze ontstaan vaak later in het traject. Ze beschrijven dus niet altijd even goed de onzekerheid en urgentie van het eerste contact.

Het vijfde niveau is **diagnoselaag 2: bekostigingscodes**. Dit zijn vaak sterk gestructureerde codes voor patiënt- en zorgmomentgegevens, inclusief tijdstippen, locatie, diagnose- en productinformatie. Dergelijke codes kunnen heel bruikbaar zijn voor volumes, productie of vergelijking van de geregistreerde zorgmomenten. Voor de inhoudelijke analyse van ingangsklachten zijn ze veel minder geschikt. Het zijn vooral administratieve producten die niet veel meer zeggen over de initiële zorgvraag.

De kern is dat dezelfde klinische groep, bijvoorbeeld "pijn op de borst", in de keten niet vanzelf goed traceerbaar is. In het ene domein verschijnt deze groep als NTS-ingangsklacht, in een ander domein als ICPC-code, ICD-10-code, verdenking op ACS, SEH-werkdiagnose of dbc-gerelateerde typering. Dat betekent dat vergelijking tussen domeinen altijd vraagt om de keuze voor het best beschikbare aggregatieniveau. Waar de brondata fijnmazig is, benutten we dat. Waar het grover of vrijer of vooral administratieve codes zijn, analyseren we op een ander niveau. Zo zoeken we per domein het niveau dat beschikbaar is én voldoende houvast geeft voor vervolgstappen rond trainen en modulair opleiden van personeel. De term ingangsklachten fungeert daarmee als brug tussen de klinische herkenbaarheid voor de professional en de praktijk van dataverzameling.

3.2.2 De bril van complexiteit

Complexiteit in de zorg laat zich maar beperkt vangen in één dimensie of één getal. Een patiënt kan medisch urgent zijn, maar qua (aan te leren) beroepsactiviteit eenvoudig, denk aan een allergische reactie of flinke snijwond. Of de patiënt lijkt somatisch overzichtelijk, maar wordt toch complex door kwetsbaarheden, beperkte zelfregie, een onveilige thuissituatie, of onduidelijke regie *bovenop* die simpele urineweginfectie of gebroken pols. Complexiteit ontstaat dus niet alleen uit de aandoening zelf, maar uit de wisselwerking tussen patiënt, klacht, professional, organisatie en zorgsysteem. Een belangrijke keuze is daarom om complexiteit niet te definiëren als eigenschap van één klacht of diagnose, maar als een *profiel van factoren* die de beoordeling, het beleid, de overdracht of de opschaling beïnvloeden.

Daarom zijn er vijf dimensies van complexiteit afgeleid uit drie soorten bronnen: professionele standaarden voor somatische acute zorg, standaarden en modules voor acute psychiatrie en handreikingen voor spoed- en crisiszorg in de VVT (zie hoofdstuk 6).

Onderstaand figuur (zie figuur 4) legt deze dimensies vast *als onderlegger* voor het vraag-antwoordgesprek met professionals en experts in alle vijf domeinen. De top 20 ingangsklachten of diagnosegroepen die in elk gesprek worden besproken, komen vooraf uit de data-analyse en bureaustudie. Het bespreken van de vijf dimensies per ingangsklacht geeft een gestructureerde, inhoudelijke en contextuele duiding van die specifieke patiëntgroep. In bijlage 6.1 is de methode voor het vraag-antwoord gesprek verder uitgediept, inclusief de vragen en scoring.

	Dimensie	Definitie	Complexiteitsdimensie en voorbeelden
T	Tijdkritiek / urgentie	**Er is sprake van bedreigde vitale functies, alarmsymptomen of een reëel risico op schade bij uitstel.**	Tijd en risico op schade maken complex. **Voorbeelden: ABCD-problemen, ernstige benauwdheid, bewustzijnsdaling, neurologische uitval, collaps, sepsisverdenking, hevige pijn, ernstige dehydratie, acute verwardheid of snelle functionele achteruitgang (VVT), acute suïcidaliteit of gevaar voor anderen (GGZ).**
D	Diagnostische onzekerheid	**De klacht, het gedrag of het beloop past niet goed in één standaardprotocol of één duidelijke diagnose.**	Onzekerheid over oorzaak of ernst maakt **complex.** **Voorbeelden: algehele malaise, vallen zonder duidelijke oorzaak, koorts zonder focus, verminderde intake, onbegrepen pijn, buikpijn bij kwetsbare ouderen, functionele achteruitgang, onrust of verwardheid waarbij somatiek, delier, medicatie, middelengebruik en psychiatrie door elkaar kunnen lopen.**
P	Patiëntcomplexiteit	**De patiënt heeft kenmerken waardoor een relatief gewone klacht meer risico geeft, moeilijker te beoordelen is of lastiger veilig op te volgen is.**	De patiënt als geheel maakt complex. **Voorbeelden: multimorbiditeit, polyfarmacie, antistolling, insuline, nierfunctiestoornis, hartfalen, COPD, kwetsbaarheid, dementie, delier-risico, ondervoeding, immobiliteit, valrisico, ernstige psychiatrische aandoening, verslaving, beperkt ziekte-inzicht, zorgmijding, taalbarrière of verminderde communicatie.**
Z	Zorgcoördinatie / zorgcontext	**De zorgvraag is verweven met meerdere zorg- of welzijnsdomeinen, of de huidige omgeving kan de benodigde zorg niet veilig dragen.**	Regie, continuïteit en zorgomgeving maken **complex.** **Voorbeelden: meerdere betrokken domeinen, onduidelijke hoofdbehandelaar, onvolledige overdracht, overbelaste mantelzorg, onvoldoende toezicht, medicatie niet veilig uitvoerbaar, VVT-locatie die benodigde observatie niet kan leveren, of onduidelijke regie tussen huisarts, HAP, crisisdienst, FACT/IHT en naasten.**
O	Zorgexpertise / opschaling	**De patiënt heeft expertise, diagnostiek, behandeling, toezicht of besluitvorming nodig buiten de gebruikelijke routine of het standaardprotocol.**	Benodigde expertise, voorzieningen of **besluitvorming maken complex.** **Voorbeelden: spoedlab, ECG-beoordeling, beeldvorming, monitoring, intraveneuze behandeling, opname, specialistische beoordeling, medische diagnose, voorschrift, behandelgrens, wilsbekwaamheid, crisisdienst, psychiater, Wvggz-afweging of opname-indicatie.**

Figuur 4 - Complexiteitsdimensies



3.2.3 De bril van urgentie

Urgentie is een tijdsdimensie. Voor die dimensie gebruiken we indien beschikbaar voor de HAP en SEH de NTS-urgentiedata (zie figuur 5). De NTS is de Nederlandse Triage Standaard voor de gehele acute zorgketen en veel van de organisaties in Kennemerland. Het ondersteunt professionals bij het bepalen van urgentie en vervolgactie. De NTS beschrijft urgentie niet als diagnose, maar als toestandsbeeld: *hoe snel* moet een patiënt beoordeeld worden om schade te voorkomen?

Code	Kleur	Titel	In taal	In tijd
U0	rood	Reanimatie	Uitval vitale functie	Onmiddellijk
U1	oranje	Levensbedreigend	Instabiele vitale functie	Zo snel mogelijk
U2	geel	Spoed	Bedreiging vitale functie	Binnen een uur
U3	groen	Dringend	Reële kans op schade	Binnen enige uren
U4	blauw	Niet dringend	Verwaarloosbare kans op schade	Binnen een etmaal
U5	wit	Advies	Geen kans op schade	Volgende werkdag

Figuur 5 – NTS urgenties

Omdat de juiste data over urgentie vaak niet goed te koppelen is aan de dataset ofwel niet beschikbaar is, is er in het vraag-antwoord gesprek over complexiteit als eerste vraag de dimensie 'tijdkritiek' toegevoegd. Hiervoor gebruiken we de scorevraag: '*In welke mate is snelheid van beoordeling of interventie bepalend* om schade te voorkomen?'. Ingangsklachten zijn nooit te vangen in één urgentieklasse en het gesprek vanuit deze vraag geeft duiding en verdieping over subgroepen.

Voor de ambulancezorg, de GGZ en de VVT geldt dat zij een andere definitie van urgentie gebruiken. In eerste instantie is de urgentie gelabeld volgens de definitie die per domein gebruikt is. Vaak is er wel een overlap met de NTS standaard te herkennen. In de landelijke richtlijn voor de samenwerking tussen huisartsenposten en de ambulancezorg worden de urgentieniveaus van beide domeinen aan elkaar gelinkt[4] (zie figuur 6).

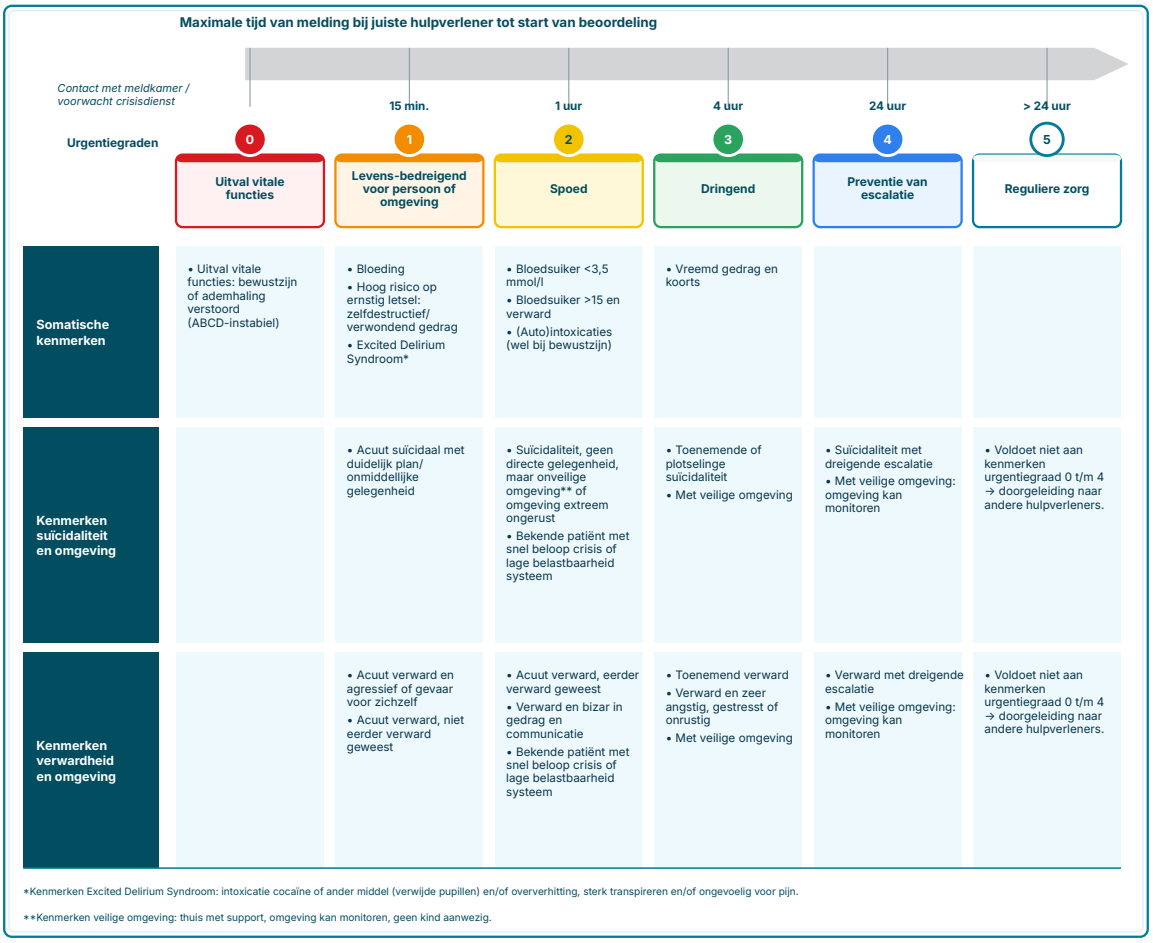
Categorie	Code	Verbeterde urgentie-indeling ambulancezorg	Huidige urgentie-indeling	HAP-NTS benadering
Spoed	A0	Directe inzet met grootst mogelijke spoed	A1	U0
Spoed	A1	Directe inzet met spoed	A1	U1
Spoed	A2	Zo spoedig mogelijke inzet	A2	U2
Planbaar	B1	Gepland op bepaald tijdstip hoogcomplex	B	n.v.t.
Planbaar	B2	Gepland op bepaald tijdstip laag-/middencomplex	B	n.v.t.
Meldkamer	C1	Doorverwijzing, eventueel met inzet zorgtaxi	Informele meldkamerzorg	U3/U4
Meldkamer	C2	Zelfzorgadvies	Informele meldkamerzorg	U5

Figuur 6 – Urgentie indeling ambulancezorg

[4] Landelijke richtlijn voor samenwerking HAP + RAV (2023). AZN Samenwerking HAP + RAV def 4.pdf

De GGZ heeft haar eigen acute GGZ-triagewijzer binnen de Generieke Module Acute Psychiatrie (GMAP), die tegenwoordig Zorgstandaard Acute Psychiatrie (ZAP) heet. De terminologie en urgentiegraden sluiten aan bij de NTS; somatische kenmerken zijn deels gebaseerd op NTS en ProQA.

De psychiatrische criteria zelf, zoals suïcidaliteit, verwardheid, veiligheid van omgeving en escalatierisico, zijn GGZ-specifiek. De GGZ hanteert daarbij eigen maximale wachttijden, bijvoorbeeld U2 binnen 1 uur, U3 binnen 4 uur, U4 binnen 24 uur en U5 binnen 3 dagen (zie figuur 7).



Figuur 7 – GGZ Triagewijzer

De VVT-organisaties werken nog niet met één eenduidige urgentiestandaard. Vaak wordt gewerkt met standaard reactietijden op alarmeringen (pols-/halsalarm). In veel gevallen is er wel sprake van een directe zorgvraag die niet kan wachten tot de volgende dag, maar is er geen levensbedreigende situatie waarbij inzet binnen minuten noodzakelijk is. Dit maakt dat ingangsklachten in de acute VVT zich kenmerken door een combinatie van tijdige inzet (U3/U4) en professionele afweging in het veld.

In maart 2026 heeft de vereniging voor specialisten ouderengeneeskunde Verenso, een urgentieclassificatiemodel voor de langdurige ouderenzorg gepubliceerd, gebaseerd op de NTS[5]. Deze is nog vers maar biedt voor de toekomst goede handvaten (zie figuur 8).

[5] https://www.verenso.nl/assets/Belangenbehartiging/260413_Urgentieclassificatiemodel_Novicare-Verenso_def.pdf

Medisch beleid, behandelgrenzen en urgentie



Figuur 8 – Urgentie classificatiemodel voor de langdurige ouderenzorg

3.2.4 De bril van kosten

In dit rapport worden kosten meegenomen als secundaire bril op de top 20 ingangsklachten. Het is onmogelijk en weinig zinvol om een volledige kostprijsberekening per patiënt of per ingangsklacht te maken. De acute zorg wordt per domein op een andere manier bekostigd en gedeclareerd. Kosten zijn daardoor niet één-op-één herleidbaar tot een ingangsklacht, triagecategorie, diagnose of behandeling.

Binnen de **SEH** en de bredere medisch-specialistische zorg wordt gewerkt met DBC/DOT-zorgproducten. Een DBC-zorgproduct is geen directe registratie van de ingangsklacht, maar een declarabele prestatie die achteraf wordt afgeleid uit het subtraject, de diagnosetypering, zorgvraagtypering en geregistreerde zorgactiviteiten. Een zogenaamde ‘grouper’ leidt op basis van deze declaratiedataset het passende DBC-zorgproduct af. Dat betekent dat de uiteindelijke kosten vooral worden bepaald door het vervolg van het zorgtraject: diagnostiek, verrichtingen, opname, consulten, beeldvorming, laboratoriumonderzoek en eventuele add-ons. Eenzelfde ingangsklacht, bijvoorbeeld buikpijn of pijn op de borst, kan daardoor leiden tot sterk uiteenlopende kosten. Een patiënt kan na beoordeling naar huis, maar dezelfde ingangsklacht kan ook leiden tot uitgebreide diagnostiek, opname of specialistische behandeling. Voor de SEH is de ingangsklacht dus inhoudelijk relevant voor triage en analyse, maar financieel meestal pas achteraf te koppelen aan diagnose- en zorgactiviteit registraties.

De **HAP** kent een andere systematiek. De huisartsenspoedpost wordt in de ANW-uren bekostigd via huisartsendienstenstructuren, waarbij de patiëntgebonden declaraties vooral worden onderscheiden naar triageconsult, consult en visite. In de praktijk sluit dit beter aan bij de initiële inzet dan bij de SEH: een telefonische afhandeling, fysiek consult op de post of visite thuis geeft direct de kostencategorie. Tegelijkertijd zegt ook dit niet alles over de inhoudelijke zwaarte van de ingangsklacht. Een telefonische beoordeling kan complex (of in de tijd lang) zijn, terwijl een fysiek consult soms relatief eenvoudig is. Daarnaast kan een triageconsult niet apart worden gedeclareerd

wanneer dit wordt gevolgd door een consult of visite. De HAP-kosten zijn daarmee beter te ordenen naar de ‘contactvorm’ dan naar diagnose of uiteindelijke behandeling.

Voor de **ambulancezorg** ligt de kostenduiding bij de inzetcategorie. De NZa onderscheidt onder meer spoedeisende ambulancezorg bij A0-, A1- en A2-inzetten, niet-spoedeisende ambulancezorg bij B-inzetten en wat ze noemen ‘beladen vervoerskilometers’. De bekostiging is daarnaast ingebed in een regionaal budget met opbrengstverrekening. Daardoor sluit de declaratie vooral aan bij urgentie, inzet en vervoer, en minder bij de medische oorzaak. Een melding met collaps, thoracale pijn of benauwdheid kan financieel vergelijkbaar zijn wanneer dezelfde spoedinzet plaatsvindt, terwijl de uiteindelijke diagnose volledig kan verschillen. Omgekeerd kan dezelfde ingangsklacht in de ene situatie tot zelfzorgadvies of geen vervoer leiden en in de andere tot spoedinzet met vervoer naar de SEH.

De **acute GGZ** wordt opnieuw anders bekostigd. Voor acute psychiatrische hulpverlening in de eerste drie kalenderdagen wordt gewerkt met een regiobudget. Binnen dat budget vallen triage, beoordeling, crisisbehandeling en eventuele opname. Consulten acute GGZ binnen budget worden gedeclareerd met differentiatie naar tijdsduur en beroep, maar de bekostiging is ingericht rond beschikbaarheid en crisisfunctie. Daarbij hoeft voor acute GGZ-consulten binnen budget niet dezelfde diagnose-informatie te worden geregistreerd als bij reguliere diagnostiekconsulten. Dit past inhoudelijk goed bij de acute GGZ, waar suïcidaliteit, verward gedrag, middelengebruik, agressie en systeemproblematiek vaak enorm door elkaar lopen. De kosten zijn hier dus vooral te begrijpen als crisisinzet binnen een regionale beschikbaarheidsfunctie, niet als een kostprijs voor een afzonderlijke ingangsklacht.

Binnen de **acute VVT,** en specifiek de acute wijkverpleging in ANW-uren, wordt gewerkt met prestaties voor verpleging, oproepbare verpleging en gespecialiseerde verpleging, doorgaans per uur of op basis van contractafspraken. Daarnaast bestaat een aparte prestatie voor de organisatie en beschikbaarheid van onplanbare avond-, nacht- en weekendzorg. Die laatste prestatie betreft nadrukkelijk geen individueel geleverde zorg, maar ‘ het bekostigt de infrastructuur’ om acute inzet mogelijk te maken. Een valmelding, katheterprobleem, wondzorgvraag of palliatieve symptoomcrisis krijgen daardoor niet automatisch een eigen financiële code. De kosten hangen af van tijdsbesteding, deskundigheidsniveau, oproepbaarheid, reistijd, coördinatie en eventuele vervolgafspraken.

Ingangsklacht / diagnose	Variant / kostendrijver	Bedrag
SEH / DBC-zorgproducten		
Letsel / val / trauma	1-2 consulten bij letsel	**€ 450**
Letsel / val / trauma	Opname 6-28 verpleegdagen	**€ 11.740**
Dijbeen-/heupfractuur	Operatieve behandeling	**€ 20.584**
Pijn op de borst	1-2 consulten cardiologie	**€ 336**
Pijn op de borst	Diagnostiek / >2 consulten	**€ 681**
Pijn op de borst	Max. 5 dagbehandelingen / verpleegdagen	**€ 1.846**
Beroerte / CVA / TIA	1-2 consulten	**€ 450**
Beroerte / CVA / TIA	Opname max. 5 verpleegdagen	**€ 14.344**
Beroerte / CVA / TIA	Opname 6-28 verpleegdagen	**€ 25.916**
HAP / huisartsenspoedpost		
Brede HAP-ingangsklachten	Triageconsult ANW	**€ 35,00**
Brede HAP-ingangsklachten	Fysiek consult op de HAP, hoogste NZa-HDS-tarief	**€ 340,56**
Brede HAP-ingangsklachten	Visite thuis, hoogste NZa-HDS-tarief	**€ 510,84**
RAV / ambulancezorg		
Pijn borst / benauwdheid / CVA / trauma	A0/A1/A2-inzet zonder beladen kilometers	**€ 980**
Pijn borst / benauwdheid / CVA / trauma	A0/A1/A2-inzet + 25 beladen km	**€ 1.120**
Planbare / niet-spoedeisende rit	B-inzet + 25 beladen km	**€ 575**
Acute VVT / ANW-zorg		
Val/trauma/til of katheter/wond	30 min oproepbare verpleging	**€ 52**
Katheter/wond/diabetes ontregeld	60 min oproepbare verpleging	**€ 104**
Palliatieve symptoomcrisis / complexe wond	90 min gespecialiseerde verpleging	**€ 183**
Onplanbare ANW-beschikbaarheid	Organisatie en beschikbaarheid ANW-zorg	**Vrij tarief**
Acute GGZ / crisisdienst		
Suïcidaliteit / verward gedrag	60 min verpleegkundige + reistijd vanaf 25 min	**€ 385,02**
Suïcidaliteit / verward gedrag / middelen	60 min verpleegkundig specialist + reistijd vanaf 25 min	**€ 438,16**
Hoog risico / diagnostische onzekerheid	60 min psychiater + reistijd vanaf 25 min	**€ 701,96**
Crisis met opname-indicatie	Verblijfsdag acute GGZ D-H, hoogste tarief	**€ 835,31**

Figuur 9 - Kosten

Overkoepelend betekent dit dat kosten in dit rapport weinig toevoegen aan de grootte of de ernst van de groep of in welke mate er taakverschuiving mogelijk is. Voor vrijwel elke ingangsklacht zijn verschillende ‘zwaartes’ en vaak ook te bekostigen vervolgtrajecten (zie figuur 9). Voor de HAP gaat het om telefonische triage, consult of visite; voor de RAV om inzetcategorie en vervoer; voor de SEH om het latere DBC/DOT-zorgproduct; voor de acute GGZ om crisisinzet binnen het regiobudget; en voor de VVT om verpleegkundige tijd, oproepbaarheid en ANW-beschikbaarheid. Daarmee ontstaat een bruikbaar beeld voor vergelijking op hoofdlijnen, maar geen exacte kostprijs per ingangsklacht.



4. Analyse domeinen acute zorg

In onderstaand hoofdstuk komen achtereenvolgens de analyses van de huisartsenposten (HAP), spoedeisende hulp (SEH), ambulancezorg en het spoedvervoer (RAV), acute thuiszorg (VVT) en acute geestelijke gezondheidszorg (GGZ) aan de orde.

Voor ieder domein wordt de specifieke aanpak beschreven om tot een concrete top 20 ingangsklachten te komen, die bruikbaar is in deel 2 en deel 3 van het project.

TOP 20 INGANGSKLACHTEN HUISARTSENPOSTEN (HAP)



4.1 Analyse HAP

Om te komen tot een gevalideerde top 20 ingangsklachten van de huisartsenposten zijn er drie stappen doorlopen: Desk-research, data-analyse en expert opinion. De laatste twee hebben regelmatig parallel aan elkaar plaatsgevonden, totdat de juiste dataset compleet was. Onderstaand staan deze stappen verder toegelicht.

4.1.1 Desk-research

De deskresearch is uitgevoerd vanuit het landelijke Nivel rapport *'Zorg via de huisartsenspoedpost - Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn: jaarcijfers 2025 en trendcijfers 2021-2025'*[6]. Onderstaand figuur 10 laat de landelijke top 10 ingangsklachten (geregistreerd tijdens triage door de huisartsenpost) zien voor de jaren 2024 en 2025:

Top 10 ingangsklachten 2024	Per 1000 inwoners	Top 10 ingangsklachten 2025	Per 1000 inwoners
Trauma extremiteit	22	Trauma extremiteit	22
Wond	16	Wond	17
Buikpijn volwassene	16	Buikpijn volwassene	16
Ziek kind/koorts kind	14	Ziek kind/koorts kind	15
Kortademig	14	Kortademig	12
Huidklachten / borstontsteking	12	Huidklachten / borstontsteking	12
Urinewegproblemen	10	Pijn/druk thorax*	11
Pijn thorax	9	Urinewegproblemen	10
Hoesten	8	Oogklachten	8
Oogklachten	8	Trauma schedel	7

Figuur 10 – Top 10 ingangsklachten HAP, 2024 en 2025, Nivel

Deze top 10 ingangsklachten vormt een inhoudelijke grondslag voor de verdere analyse, maar is onvoldoende specifiek en heeft een verdieping nodig voor onze KPI om meer inzicht te krijgen in welke ingangsklachten mogelijk in aanmerking kunnen komen voor taakverschuiving en modulair opleiden.

[6] Nivel – HAP Jaarcijfers 2024

4.1.2 Data-analyse

Top 20 Ingangsklachten – registratie door triagist

Volgende is de landelijke top 10 ingangsklachten getoetst aan de meest voorkomende ingangsklachten bij de drie huisartsenposten in de regio Kennemerland: HAP Haarlemmermeer (SGH), Spoedpost Haarlem (HZK) en SEMD. Vanuit de huisartsenposten zijn onderstaande top 20 ingangsklachten aangeleverd op basis van de eerste registratie van de ingangsklacht door de triagist. Dit vindt plaats op basis van de ingangsklachten in de NHG Triagewijzer[7]. De triagist vinkt bij de (telefonische) triage de algemene ingangsklacht aan waarvoor de patiënt zich meldt. Dit kunnen ook meerdere ingangsklachten zijn: een patiënt is op zijn/haar hoofd gevallen en heeft een hoofdwond. Hierbij kan bv Trauma schedel en Wond worden aangevinkt. Dit is een keuze van de betreffende triagist of er één of meerdere ingangsklachten per contactmoment worden geregistreerd. Het totale aantal ingangsklachten wat geregistreerd wordt over een periode verschilt dus van het totale aantal contactmomenten. Onderstaande ingangsklachten (figuur 11) zijn in lijn met de landelijke top 10.

Top	HZK | ZUID KENNEMERLAND	SEMD | MIDDEN KENNEMERLAND	SGH | HAARLEMMERMEER
	Naam	Naam	Naam
1	Breathing	Circulation	Geen ingangsklacht gebruikt
2	Trauma extremiteit	Trauma extremiteit	Trauma extremiteit
3	Circulation	Breathing	Buikpijn volwassene
4	Ziek kind / koorts kind	Wond	Ziek kind / koorts kind
5	Wond	Buikpijn volwassene	Wond
6	Buikpijn volwassene	Ziek kind / koorts kind	Huidklachten/borstontsteking
7	Kortademig	Huidklachten/borstontsteking	Pijn/druk thorax
8	Huidklachten/borstontsteking	Urinewegproblemen	Kortademig
9	Urinewegproblemen	Pijn/druk thorax	Urinewegproblemen
10	Pijn/druk thorax	Kortademig	Oogklachten
11	Oogklachten	Oogklachten	Beenklachten
12	Algehele malaise volwassene	Beenklachten	Hoesten
13	Beenklachten	Trauma schedel	Oorklachten
14	Trauma schedel	Oorklachten	Braken
15	Hoofdpijn	Algehele malaise volwassene	Algehele malaise volwassene
16	Oorklachten	Braken	Trauma schedel
17	Hoesten	Allergische reactie of insectensteek	Keelklachten
18	Braken	Hoofdpijn	Allergische reactie of insectensteek
19	Allergische reactie of insectensteek	Rugpijn	Rugpijn
20	Rugpijn	Hoesten	Hoofdpijn

Figuur 11 – Top 20 ingangsklachten o.b.v. NHG Triagewijzer per HAP

[7] Nivel – Kerncijfers HAP

Top 20 ICPC-codes – registratie door huisarts (frequentie)

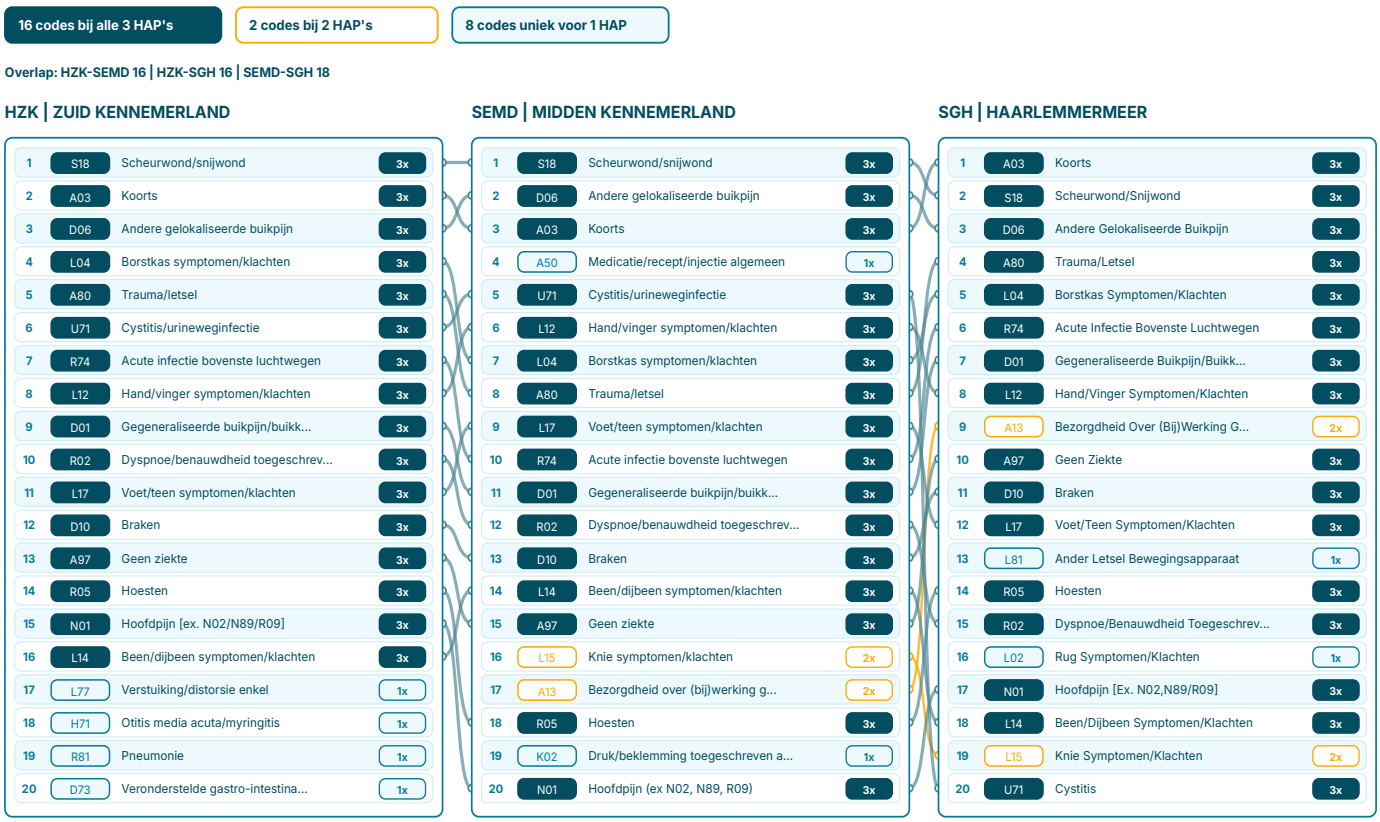
De ingangsklachten die geregistreerd worden bij de triage zijn nog niet dusdanig specifiek dat op een later moment in het project gekeken kan worden of (delen van) de klacht gediagnosticeerd of behandeld kan worden door een andere functionaris in de keten. Daarom is een specifieker aggregatieniveau nodig. Vanuit de beschikbare data is daarom gekeken naar de ICPC-codes. Dit zijn de codes die de huisarts na het consult registreert. Wij realiseren ons dat dit diagnoses zijn in plaats van ingangsklachten, maar het niveau van ICPC-codes geeft meer specifieke informatie die wij nodig hebben voor mogelijke taakverschuiving (zelfde methode als bij de SEH m.b.t. DBC en ICD-10 codes). Dit is al in een eerste verdiepend gesprek met zorgprofessionals zichtbaar geworden. Door de combinatie met de triage ingangsklachten is dit een onderbouwde afwijking op basis van de nu beschikbare data om met meer gespecificeerde data de vervolgstappen in dit project te kunnen doorlopen.

Hieronder staat een overzicht van de top 20 ICPC-codes van de drie huisartsenposten in de regio Kennemerland. Figuur 12 maakt inzichtelijk welke ICPC-codes in de top 20 van de drie huisartsenposten overeenkomen en verschillen:

Top	HZK | ZUID KENNEMERLAND			SEMD | MIDDEN KENNEMERLAND			SGH | HAARLEMMERMEER		
	ICPC	Naam	%	ICPC	Naam	%	ICPC	Naam	%
1	S18	Scheurwond/snijwond	4,14%	S18	Scheurwond/snijwond	4,57%	A03	Koorts	4,34%
2	A03	Koorts	4,09%	D06	Andere gelokaliseerde buikpijn	3,65%	S18	Scheurwond/Snijwond	3,84%
3	D06	Andere gelokaliseerde buikpijn	3,45%	A03	Koorts	3,61%	D06	Andere Gelokaliseerde Buikpijn	3,54%
4	L04	Borstkas symptomen/klachten	2,61%	A50	Medicatie/recept/injectie algemeen	2,70%	A80	Trauma/Letsel	2,93%
5	A80	Trauma/letsel	2,30%	U71	Cystitis/urineweginfectie	2,58%	L04	Borstkas Symptomen/Klachten	2,69%
6	U71	Cystitis/urineweginfectie	2,12%	L12	Hand/vinger symptomen/klachten	2,43%	R74	Acute Infectie Bovenste Luchtwegen	2,23%
7	R74	Acute infectie bovenste luchtwegen	2,04%	L04	Borstkas symptomen/klachten	2,42%	D01	Gegeneraliseerde Buikpijn/Buikkrampen	1,88%
8	L12	Hand/vinger symptomen/klachten	1,73%	A80	Trauma/letsel	2,32%	L12	Hand/Vinger Symptomen/Klachten	1,79%
9	D01	Gegeneraliseerde buikpijn/buikkrampen	1,61%	L17	Voet/teen symptomen/klachten	1,96%	A13	Bezorgdheid Over (Bij)Werking Geneesmiddel	1,71%
10	R02	Dyspnoe/benauwdheid toegeschreven aan luchtwegen [ex....	1,59%	R74	Acute infectie bovenste luchtwegen	1,84%	A97	Geen Ziekte	1,71%
11	L17	Voet/teen symptomen/klachten	1,54%	D01	Gegeneraliseerde buikpijn/buikkrampen	1,78%	D10	Braken	1,71%
12	D10	Braken	1,40%	R02	Dyspnoe/benauwdheid toegeschreven aan luchtwegen	1,67%	L17	Voet/Teen Symptomen/Klachten	1,66%
13	A97	Geen ziekte	1,20%	D10	Braken	1,61%	L81	Ander Letsel Bewegingsapparaat	1,59%
14	R05	Hoesten	1,15%	L14	Been/dijbeen symptomen/klachten	1,45%	R05	Hoesten	1,40%
15	N01	Hoofdpijn [ex. N02/N89/R09]	1,11%	A97	Geen ziekte	1,33%	R02	Dyspnoe/Benauwdheid Toegeschreven Aan Luchtwegen	1,20%
16	L14	Been/dijbeen symptomen/klachten	1,10%	L15	Knie symptomen/klachten	1,19%	L02	Rug Symptomen/Klachten	1,18%
17	L77	Verstuiking/distorsie enkel	0,98%	A13	Bezorgdheid over (bij)werking geneesmiddel	1,18%	N01	Hoofdpijn [Ex. N02,N89/R09]	1,07%
18	H71	Otitis media acuta/myringitis	0,95%	R05	Hoesten	1,18%	L14	Been/Dijbeen Symptomen/Klachten	1,04%
19	R81	Pneumonie	0,92%	K02	Druk/beklemming toegeschreven aan hart (ex R02)	1,11%	L15	Knie Symptomen/Klachten	1,03%
20	D73	Veronderstelde gastro-intestinale infectie	0,89%	N01	Hoofdpijn (ex N02, N89, R09)	1,11%	U71	Cystitis	1,01%

Figuur 12 – Overzicht top 20 ICPC-codes per huisartsenpost





Figuur 13 – Vergelijking top 20 ICPC-codes tussen de 3 huisartsenposten (overeenkomsten en verschillen)

Opvallend in de vergelijking in figuur 13 is dat de drie HAP's sterk op elkaar lijken, waarbij16 ICPC-codes bij allemaal voorkomen (dat is 80% van iedere afzonderlijke top 20):

ICPC	Omschrijving	HZK		SEMD		SGH	
		#	%	#	%	#	%
S18	Scheurwond/snijwond	#1	4,14%	#1	4,57%	#2	3,84%
A03	Koorts	#2	4,09%	#3	3,61%	#1	4,34%
D06	Andere gelokaliseerde buikpijn	#3	3,45%	#2	3,65%	#3	3,54%
L04	Borstkas symptomen/klachten	#4	2,61%	#7	2,42%	#5	2,69%
A80	Trauma/letsel	#5	2,30%	#8	2,32%	#4	2,93%
L12	Hand/vinger symptomen/klachten	#8	1,73%	#6	2,43%	#8	1,79%
R74	Acute infectie bovenste luchtwegen	#7	2,04%	#10	1,84%	#6	2,23%
D01	Gegeneraliseerde buikpijn/buikkrampen	#9	1,61%	#11	1,78%	#7	1,88%
U71	Cystitis/urineweginfectie	#6	2,12%	#5	2,58%	#20	1,01%
L17	Voet/teen symptomen/klachten	#11	1,54%	#9	1,96%	#12	1,66%
D10	Braken	#12	1,40%	#13	1,61%	#11	1,71%
R02	Dyspnoe/benauwdheid toegeschreven aan luchtwegen [ex. K02]	#10	1,59%	#12	1,67%	#15	1,20%
A97	Geen ziekte	#13	1,20%	#15	1,33%	#10	1,71%
R05	Hoesten	#14	1,15%	#18	1,18%	#14	1,40%
L14	Been/dijbeen symptomen/klachten	#16	1,10%	#14	1,45%	#18	1,04%
N01	Hoofdpijn [ex. N02/N89/R09]	#15	1,11%	#20	1,11%	#17	1,07%

Figuur 14 – Codes in alle top 20 lijsten van de HAP's



De top 3 is inhoudelijk bij alle drie de HAP's hetzelfde: A03 Koorts, S18 Scheurwond/snijwond en D06 Andere gelokaliseerde buikpijn. Alleen de volgorde verschilt. Bij SGH staat A03 Koorts bovenaan, terwijl bij HZK en SEMD S18 Scheurwond/snijwond de eerste plaats inneemt.

Binnen deze top 20 lijken SEMD en SGH het meest op elkaar: zij delen 18 ICPC-codes. HZK deelt met zowel SEMD als SGH telkens 16 codes. Tegelijkertijd vallen er per HAP enkele duidelijke accenten op. Zo springt SEMD eruit met A50 Medicatie/recept/injectie algemeen op plaats 4. Deze code komt niet voor in de top 20 van HZK of SGH en vormt daarmee een controlepunt voor mogelijke registratieverschillen. Bij SGH wordt de code A50 Medicatie/recept/injectie niet gebruikt, ondanks dat deze vraag wel vaak voorkomt. Dit wordt dan geregistreerd onder bijvoorbeeld bijwerking geneesmiddel. Daarnaast is SEMD de enige HAP waar K02 Druk/beklemming toegeschreven aan het hart in de top 20 staat, op plaats 19.

HZK heeft vooral onderaan de lijst eigen accenten, rond de kleinere percentages. De codes L77 Verstuiking/distorsie enkel, H71 Otitis media acuta/myringitis, R81 Pneumonie en D73 Veronderstelde gastro-intestinale infectie staan op plaats 17 tot en met 20 en komen alleen bij HZK voor. Omdat deze unieke codes allemaal onderaan de lijst staan, zal waarschijnlijk de afkapping op de top 20 hier een rol spelen (er is niet van alle posten een ranking boven de top 20).

SGH heeft eigen codes rond het midden en onder in de lijst, waaronder L81 Ander letsel bewegingsapparaat en L02 Rug symptomen/klachten. Vooral L81 Ander letsel bewegingsapparaat valt op, omdat deze code met plaats 13 relatief hoog staat. Mogelijk overlapt deze categorie met trauma- of bewegingsapparaat klachten die elders anders worden gecodeerd; in de praktijk worden onder L81 Ander letsel bewegingsapparaat bijvoorbeeld vaak verstuikingen geregistreerd.

U71 Cystitis/urineweginfectie komt bij alle drie de HAP's voor, maar de positie en het aandeel verschillen duidelijk. Bij SGH staat deze code relatief laag, op plaats 20 met 1,01%, terwijl U71 bij HZK op plaats 6 staat met 2,12% en bij SEMD op plaats 5 met 2,58%.

Samenvattend komen 16 ICPC-codes bij alle drie de HAP's voor, 2 ICPC-codes bij twee HAP's (A13, Bezorgdheid over (bij)werking geneesmiddel, L15 Knie symptomen/klachten) en 8 ICPC-codes slechts bij één HAP. Unieke codes per HAP (figuur 15):

HAP	ICPC	Omschrijving	Rang	%
HZK	L77	Verstuiking/distorsie enkel	#17	0,98%
HZK	H71	Otitis media acuta/myringitis	#18	0,95%
HZK	R81	Pneumonie	#19	0,92%
HZK	D73	Veronderstelde gastro-intestinale infectie	#20	0,89%
SEMD	A50	Medicatie/recept/injectie algemeen	#4	2,70%
SEMD	K02	Druk/beklemming toegeschreven aan hart (ex R02)	#19	1,11%
SGH	L81	Ander Letsel Bewegingsapparaat	#13	1,59%
SGH	L02	Rug Symptoom/Klachten	#16	1,18%

Figuur 15 – Unieke codes per HAP



Top 20 ingangsklachten Kennemerland

Wanneer de top 20 van de 3 HAP's wordt samengevoegd, leidt dit tot onderstaande top 20 ingangsklachten voor de regio Kennemerland:

Top	KENNEMERLAND (3 HAP'S)			Gemiddelde urgentie →						
	ICPC	Naam	%	U0	U1	U2	U3	U4	U5	(leeg)
1	S18	Scheurwond/snijwond	4,17%		0,08%	2,78%	67,18%	8,22%	20,72%	0,72%
2	A03	Koorts	4,04%		0,46%	12,12%	36,54%	7,85%	41,98%	0,03%
3	D06	Andere gelokaliseerde buikpijn	3,52%		1,47%	18,35%	28,46%	7,15%	31,94%	0,05%
4	L04	Borstkas symptomen/klachten	2,58%		16,79%	12,44%	31,92%	7,99%	30,00%	0,08%
5	A80	Trauma/letsel	2,47%		2,89%	9,75%	38,94%	14,92%	36,66%	0,25%
6	R74	Acute infectie bovenste luchtwegen	2,04%		0,16%	21,11%	51,01%	9,62%	16,84%	0,11%
7	U71	Cystitis/urineweginfectie	1,95%			6,03%	31,14%	50,30%	11,23%	0,08%
8	L12	Hand/vinger symptomen/klachten	1,92%		0,15%	2,19%	29,70%	36,22%	30,25%	0,20%
9	D01	Gegeneraliseerde buikpijn/buikkrampen	1,72%		1,01%	23,62%	27,64%	7,69%	38,95%	0,05%
10	L17	Voet/teen symptomen/klachten	1,68%			1,03%	24,83%	36,79%	35,01%	0,20%
11	D10	Braken	1,53%		0,83%	7,28%	32,44%	8,57%	49,66%	0,06%
12	R02	Dyspnoe/benauwdheid toegeschreven aan luchtwegen [ex. K02]	1,51%	0,12%	11,86%	31,54%	23,87%	12,40%	19,93%	0,06%
13	A97	Geen ziekte	1,36%		0,32%	2,03%	11,50%	7,94%	76,69%	0,66%
14	R05	Hoesten	1,22%		0,32%	8,88%	33,58%	16,88%	38,35%	
15	L14	Been/dijbeen symptomen/klachten	1,17%		0,36%	3,50%	35,28%	16,09%	42,16%	0,13%
16	N01	Hoofdpijn [ex. N02/N89/R09]	1,10%		4,28%	15,12%	23,45%	14,69%	40,46%	0,09%
17	A13	Bezorgdheid over (bij)werking geneesmiddel	0,73%			0,66%	3,74%	8,11%	87,50%	
18	A50	Medicatie/recept/injectie algemeen	0,68%			0,65%	0,97%	4,53%	93,00%	0,86%
19	L15	Knie symptomen/klachten	0,56%			0,86%	31,77%	31,09%	36,28%	
20	L77	Verstuiking/distorsie enkel	0,48%			0,45%	17,52%	44,41%	32,93%	

Figuur 16 – Top 20 ingangsklachten HAP Kennemerland (frequentie – urgentie)

De gearceerde urgenties in figuur 16 zijn de urgentieklassen die bij de betreffende ingangsklacht het meeste voorkomen. De meest voorkomende urgenties in de top 20 vallen in U3 of U5.

4.1.3 Expert opinion

Door de hiervoor beschreven combinatie van ingangsklachten en ICPC-codes is de expert opinion bij de huisartsenposten van groot belang voor de juiste duiding van de data en om uiteindelijk tot een gedragen top 20 te komen.

Onderstaande professionals zijn betrokken bij de data-analyse (aanlevering data en duiding):

- Projectgroep HAP's (medisch en bedrijfskundig managers HAP)
- Teamleider HAP
- Dataprofessionals

In de projectgroep HAP's werd voorgesteld om *alleen naar de consulten/visites te kijken* en niet naar het totale aantal contacten. De grote groep (enkel) telefonische triage zou je dan kunnen excluderen, omdat dit altijd door een triagist uitgevoerd wordt. Deze suggestie is tijdens de complexiteitsanalyse getoetst bij de medisch managers en *hier is uiteindelijk niet voor gekozen*. Omdat deze analyse wel interessant is voor vervolgonderzoek is deze alsnog uitgevoerd en in bijlage 6.2 afzonderlijk opgenomen.



Bij A50 Medicatie/recept/injectie algemeen (plek 4 SEMD) kunnen er mogelijk afspraken gemaakt worden met de apotheek. Uit het gesprek met de medisch managers blijkt dat Haarlemmermeer deze code niet mag gebruiken; dit wordt bijvoorbeeld onder A13 Bezorgdheid Over (Bij)Werking Geneesmiddel gezet (plek 9 Haarlemmermeer) of A97 Geen ziekte geregistreerd. Dit zou wel op A50 moeten komen, want het geeft een hoge belasting aan de telefoon. Deze verschillen in registratie kunnen in een vervolgsessie besproken en verder inzichtelijk gemaakt worden.

De medisch managers adviseren om D06 Andere gelokaliseerde buikpijn samen te voegen met D01 Gegeneraliseerde buikpijn/buikkrampen. Beide ICPC-codes worden gebruikt als de oorzaak van de buikklachten niet bekend is en het hangt daarmee af van de specifieke keuze van de huisarts welke ICPC-code er wordt gekozen in een situatie (niet wetenschappelijk onderbouwd).

De medisch managers adviseren om L04 Borstkas symptomen/klachten samen te voegen met K02 Druk/beklemming toegeschreven aan hart (ex R02). Dit zijn allebei pijn op de borst klachten; de ingangsklacht is vaak Pijn/druk thorax.

De groep A80 Trauma/letsel is te algemeen/generiek en kan daardoor niet goed gescoord worden op complexiteit. Dit is een groep waar van alles in zit met verschillende urgentieklassen, bv snijwond, hand/vingers, een kind met een val van de commode maar ook hoofdletsel of verstuikte enkel na val van trampoline.

De medisch managers adviseren om R74 Acute infectie bovenste luchtwegen samen te voegen met R02 Dyspnoe/benauwdheid toegeschreven aan luchtwegen (ex K02) als je kijkt vanuit de ingangsklacht.

De medisch managers vermoeden dat er mogelijk een andere registratie van oorontsteking plaatsvindt bij de 3 HAP's. Dit wordt niet alleen bij Otitis media acuta geregistreerd (zoals alleen HZK doet), maar mogelijk ook onder Acute bovenste luchtweginfectie bij SEMD en HAP Haarlemmermeer. Advies van de medisch managers is om eventueel alle groepen met bovenste luchtwegklachten te groeperen en daarin kun je differentiëren in urgentie.

Door bovengenoemde clustering van een aantal ICPC-codes die qua ingangsklachten bij elkaar horen, zie je een verschuiving in de top 20. De combinatie Andere gelokaliseerde buikpijn + gegeneraliseerde buikpijn/buikkrampen staat nu op de eerste plaats in de top 20. De combinatie Acute infectie bovenste luchtwegen + Dyspnoe/benauwdheid toegeschreven aan luchtwegen (ex. K02) is gestegen naar plaats 4, waardoor de combinatie Borstkas symptomen/klachten + Druk/beklemming toegeschreven aan hart (ex R02) 1 plaats is gezakt naar plaats 5.

Na toepassing van de aanbevelingen van de medisch managers van de huisartsenposten (clustering van een aantal ICPC-codes) ziet de aangepaste top 20 ingangsklachten van de regio Kennemerland er als volgt uit (figuur 17, 18):

Top	KENNEMERLAND (3 HAP'S)			Gemiddelde urgentie →						
	ICPC	Naam	%	U0	U1	U2	U3	U4	U5	(leeg)
1	D06+D01	Andere gelokaliseerde buikpijn + gegeneraliseerde buikpijn/buikkrampen	5,24%		1,24%	20,99%	28,05%	7,42%	35,45%	0,05%
2	S18	Scheurwond/snijwond	4,17%		0,08%	2,78%	67,18%	8,22%	20,72%	0,72%
3	A03	Koorts	4,04%		0,46%	12,12%	36,54%	7,85%	41,98%	0,03%
4	R74+R02	Acute infectie bovenste luchtwegen + Dyspnoe/benauwdheid toegeschreven aan luchtwegen (ex. K02)	3,55%	0,06%	6,01%	26,32%	37,44%	11,01%	18,39%	0,08%
5	L04+K02	Borstkas symptomen/klachten + Druk/beklemming toegeschreven aan hart (ex R02)	2,68%		47,82%	11,44%	18,18%	4,52%	17,48%	0,17%
6	A80	Trauma/letsel	2,47%		2,89%	9,75%	38,94%	14,92%	36,66%	0,25%
7	U71	Cystitis/urineweginfectie	1,95%			6,03%	31,14%	50,30%	11,23%	0,08%
8	L12	Hand/vinger symptomen/klachten	1,92%		0,15%	2,19%	29,70%	36,22%	30,25%	0,20%
9	L17	Voet/teen symptomen/klachten	1,68%			1,03%	24,83%	36,79%	35,01%	0,20%
10	D10	Braken	1,53%		0,83%	7,28%	32,44%	8,57%	49,66%	0,06%
11	A97	Geen ziekte	1,36%		0,32%	2,03%	11,50%	7,94%	76,69%	0,66%
12	R05	Hoesten	1,22%		0,32%	8,88%	33,58%	16,88%	38,35%	
13	L14	Been/dijbeen symptomen/klachten	1,17%		0,36%	3,50%	35,28%	16,09%	42,16%	0,13%
14	N01	Hoofdpijn (ex. N02/N89/R09)	1,10%		4,28%	15,12%	23,45%	14,69%	40,46%	0,09%
15	A13	Bezorgdheid over (bij)werking geneesmiddel	0,73%			0,66%	3,74%	8,11%	87,50%	
16	A50	Medicatie/recept/injectie algemeen	0,68%			0,65%	0,97%	4,53%	93,00%	0,86%
17	L15	Knie symptomen/klachten	0,56%			0,86%	31,77%	31,09%	36,28%	
18	L77	Verstuiking/distorsie enkel	0,48%			0,45%	17,52%	44,41%	32,93%	
19	H71	Otitis media acuta/myringitis	0,47%		0,16%	6,54%	59,19%	15,73%	10,75%	
20	R81	Pneumonie	0,45%		0,16%	25,44%	53,78%	4,99%	12,40%	

Figuur 17 – Urgenties bij geclusterde top 20 ingangsklachten

KENNEMERLAND (3 HAP'S)				Complexiteitsdimensies					Complexiteitsanalyse			
Top	ICPC	Naam	%	T	D	P	Z	O	Score	# ≥1	# 2	Complexiteitstype
1	D06+D01	Andere gelokaliseerde buikpijn + gegeneraliseerde buikpijn/buikkrampen	5,24%									Hoog complex
2	S18	Scheurwond/snijwond	4,17%	1	0	0	0	0	1	1	0	Laag complex
3	A03	Koorts	4,04%	1	0	1	0	1	3	3	0	Matig complex
4	R74+R02	Acute infectie bovenste luchtwegen + Dyspnoe/benauwdheid toegeschreven aan luchtwegen (ex. K02)	3,55%									Hoog complex
5	L04+K02	Borstkas symptomen/klachten + Druk/beklemming toegeschreven aan hart (ex R02)	2,68%	1	2	0	0	0	3	2	1	Smal complex
6	A80	Trauma/letsel	2,47%									Niet gescoord
7	U71	Cystitis/urineweginfectie	1,95%	1	0	0	0	2	3	2	1	Smal complex
8	L12	Hand/vinger symptomen/klachten	1,92%	1	1	0	0	1	3	3	0	Matig complex
9	L17	Voet/teen symptomen/klachten	1,68%	1	0	0	0	1	2	2	0	Laag complex
10	D10	Braken	1,53%	1	0	0	0	0	1	1	0	Laag complex
11	A97	Geen ziekte	1,36%									Niet gescoord
12	R05	Hoesten	1,22%	0	0	0	0	0	0	0	0	Laag complex
13	L14	Been/dijbeen symptomen/klachten	1,17%	1	1	0	0	0	2	2	0	Laag complex
14	N01	Hoofdpijn [ex. N02/N89/R09]	1,10%	1	0	0	0	0	1	1	0	Laag complex
15	A13	Bezorgdheid over (bij)werking geneesmiddel	0,73%	0	0	0	0	0	0	0	0	Laag complex
16	A50	Medicatie/recept/injectie algemeen	0,68%	0	0	0	0	0	0	0	0	Laag complex
17	L15	Knie symptomen/klachten	0,56%	1	1	0	0	0	2	2	0	Laag complex
18	L77	Verstuiking/distorsie enkel	0,48%	1	0	0	0	1	2	2	0	Laag complex
19	H71	Otitis media acuta/myringitis	0,47%	1	1	0	0	0	2	2	0	Laag complex
20	R81	Pneumonie	0,45%	2	1	0	0	1	4	3	1	Matig complex

Figuur 18 – Complexiteitsanalyse bij geclusterde top 20 ingangsklachten



Urgentie en complexiteit

Naast de top 20 op frequentie zijn bovenstaand ook de urgentieverdeling en complexiteitsanalyse toegevoegd:

Urgentie

De verdeling in urgentieklassen U0 t/m U5 per ingangsklacht zijn door de 3 huisartsenposten aangeleverd (soms is dit niet ingevuld en staat er 'leeg'). In bovenstaand figuur 17 staat de gemiddelde urgentieverdeling van de 3 HAP's bij elkaar per ingangsklacht weergegeven.

Complexiteit

Voor de verdieping van de top 20 is met een analyse van complexiteit (en deels urgentie) een inhoudelijke verdieping gemaakt op de verschillende ICPC-codes/ingangsklachten (figuur 18). In bijlage 6.1 staat de aanpak voor de complexiteitsanalyse beschreven. Iedere ingangsklacht is separaat op 5 aspecten beoordeeld, waar een totaalscore voor de mate van complexiteit uit is gekomen.
De complexiteitsanalyse heeft plaatsgevonden met de medisch managers van de HAP. Deze expert interviews zijn belangrijk voor de juiste duiding van de data en volgorde en om tot de top 20 te komen voor Kennemerland.

4.1.4 Aandachtspunten voor vervolg / kansen

Naast de top 20 ingangsklachten hebben we ook zicht op de ingangsklachten die buiten de top 20 vallen; in overleg met de medisch professionals kunnen enkelen in het vervolgtraject verder getoetst worden of deze in aanmerking komen voor taakdifferentiatie. Te denken valt aan ingangsklachten die bv net buiten de top 20 vallen.

Vanuit de projectgroep HAP's werd de suggestie gedaan door een medisch manager om retentie blaas en trauma schedel mee te nemen in het vervolg. Trauma schedel wordt nu mogelijk meegenomen onder trauma extremiteit. Beide ingangsklachten zijn geschikt voor afbuiging naar de 1e lijn, zodat deze patiënten niet in de 2e lijn terechtkomen. Ook door de medisch managers SEH is hoofdtrauma genoemd als een categorie die opgevangen kan worden door de 1e lijn; dit komt overeen en biedt perspectief voor het vervolg.

Uit een gesprek met een medisch professional is de suggestie gekomen om te kijken naar de mogelijkheden van taakverschuiving naar een Spreekuur Ondersteuner Huisarts (SOH). Een SOH kan zelfstandig vijftien veelvoorkomende klachten afhandelen. De SOH wordt competentiegericht en protocollair opgeleid om bevoegd en bekwaam patiëntenzorg te leveren.

In het vervolg (gap-analyse) kunnen mogelijk de specifieke triagevragen meegenomen worden die de triagist stelt en in Health Connected worden geregistreerd. Dit is een niveau dieper op basis van de ingangsklacht, de NTS triage Audit Trail. Voor taakverschuiving is dit detailniveau heel interessant, aangezien we dan meer specifieke informatie krijgen over de ingangsklacht (bv bij een wond de grootte, type wond, bloedend, inschatting plakken/hechten/mogelijk peesletsel).



TOP 20 INGANGSKLACHTEN SPOEDEISENDE HULP (SEH)

4.2 Analyse SEH

Zoals hierboven beschreven zijn drie methodologische uitgangspunten gehanteerd. Allereerst is deskresearch uitgevoerd op basis van bestaande landelijke rapporten (Nivel, RIVM, CBS, VWS, etc.). Vervolgens is dit gespiegeld met expert opinion vanuit professionals in het veld. Deze regio wordt bediend door twee grote SEH's: het Spaarne Gasthuis (hierna: SG) en het Rode Kruis Ziekenhuis (hierna: RKZ). Tot slot is aanvullende data opgehaald bij data-professionals werkzaam op of met de SEH.

4.2.1 Desk Research

Als eerste stap is een desk research naar mogelijke groepen ingangsklachten uitgevoerd op basis van verschillende landelijke bronnen. Deze bronnen vormen de basis voor de analyse en geven inzicht in zowel het gebruik van de spoedeisende hulp als de aard van de gepresenteerde klachten.

In een rapport van het RIVM (Zorggebruik op de spoedeisende hulp in kaart gebracht, periode 2017–2020)[8] is landelijke data over SEH-bezoeken opgenomen. Dit rapport biedt diepgaand inzicht in de meest voorkomende ingangsklachten, zoals pijn op de borst, beroerte, luchtwegaandoeningen, letsels en buikklachten. Tegelijk zijn dat er te weinig voor een top 20.

Vervolgens is er gekeken naar de data uit VZinfo[9] (Volksgezondheid en Zorg, periode 2020–2025), waarin zowel regionale als landelijke cijfers over het gebruik van de SEH beschikbaar zijn. Deze bron geeft een inzicht in patiëntgroepen en tegelijk is er 23% 'overig / onbekend'.

De beste bron is van Raven et al. (2022, zie figuur 19)[10], uit een observationele multicenterstudie uit de Netherlands Emergency Department Evaluation Database (NEED). Het gaat om 172.104 bezoeken op drie Nederlandse SEH's. De meest voorkomende klachten waren extremiteitsklachten, malaise / algemeen ziek voelen, buikpijn, dyspneu en thoracale pijn. Ook hier zijn er relatieve grote groepen overig en ontbrekend.

Rang	Ingangsklacht / categorie	n	%
1	Extremiteitsklachten	36.614	21,3
2	Malaise / algemeen ziek voelen	26.653	15,5
3	Buikpijn	17.425	10,1
4	Dyspneu	14.369	8,3
5	Overig	13.244	7,7
6	Thoracale pijn	12.196	7,1
7	Wonden	8.395	4,9
8	Ontbrekend / niet geregistreerd	7.959	4,6
9	Trauma	6.216	3,6
10	Collaps	4.484	2,6
11	Hartkloppingen	3.794	2,2
12	Urineweg- / mictieklachten	3.089	1,8
13	Hoofdpijn	2.701	1,6
14	Valincidenten	2.594	1,5
15	Overdosering / intoxicatie	2.478	1,4
16	Oogklachten	2.344	1,4
17	Diarree en braken	2.332	1,4
18	Aangezichtsklachten	2.269	1,3
19	Verward gedrag / suicidaliteit	1.637	1,0
20	Insulten / convulsies	1.311	0,8

Bron: Raven et al. (2022), European Journal of Emergency Medicine, tabel 1.

Figuur 19 – Ingangsklachten NEED database

[8] RIVM - Zorggebruik op de spoedeisende hulp in kaart gebracht
[9] VZinfo – SEH
[10] Raven et al, 2022: https://pure.rug.nl/ws/files/241737318/The_association_between_presenting_complaints_and.10.pdf

Bij een dergelijke indeling op basis van ingangsklachten is er bij de SEH sprake van overlap in medisch specialismen, waardoor de oorzaak van de klacht heel divers kan zijn. Een klacht kan binnen meerdere medisch-inhoudelijke domeinen vallen. Zo kan buikpijn zowel bij heelkunde horen (bv appendicitis), urologie (bv nierstenen) of gynaecologie (bv eierstokcyste). Ook pijn op de borst kan verschillende oorzaken hebben, zoals cardiologisch (bv hartinfarct), pulmonaal (bv longembolie) of musculoskeletaal (bv costochondritis).

Daarnaast is er geen eenduidige, gestandaardiseerde manier van registreren tussen verschillende databronnen. Bijvoorbeeld: bij het RIVM kan “pijn op de borst” worden geregistreerd onder cardiovasculaire klachten; in het Landelijk Informatie Systeem (LIS)[11] kan een vergelijkbare klacht worden vastgelegd als “thoracale pijn” of “pijn op de borst (niet-traumatisch)”. Deze verschillen in definities en registratiepraktijken bemoeilijken de vergelijkbaarheid en de samenstelling van een goede top 20.

4.2.2 Analyse Ingangsklachten

De analyse vanuit deskresearch geeft een grof beeld rondom ingangsklachten op de SEH. Daarom is data uitvraag en de ‘expert opinion’ nodig om tot een gedragen top 20 te komen, specifiek voor Kennemerland. De basis van de data-analyse start bij de uitvraag bij zowel het RKZ (Rode Kruis Ziekenhuis) als het SG (Spaarne Gasthuis).

Klachten op de SEH worden op twee niveaus vastgelegd. Allereerst wordt tijdens de triage de ingangsklacht geregistreerd. Dit gebeurt direct bij binnenkomst, wanneer een medewerker op basis van een gestructureerde uitvraag de reden van komst vastlegt. De vastlegging van ingangsklachten gebeurt op de SEH grotendeels in een vrij tekstveld. Dit betekent dat de klacht door de medewerker in eigen woorden wordt beschreven, mede op basis van wat de patiënt aangeeft. In nevenstaande (deel van) de dataset worden voorbeelden van teksten uit dit vrije veld weergegeven (figuur 20).

Klacht
Buikpijn bij leveradenoom
dikke wang na extractie
auto vs crossmotor
alcohol onttrekkingsdelier
Zwelling na operatie met veel pijn
COVID + zwakte en hoge pols. 5 dgn ziek, sat 85-88%
ECG/X-th, longlab met ABG
Allergische reactie of insectensteek
Auto vs crossmotor
Fiets vs scooter, verdenking bovenbeen#
blind oog acuut - zonder
aangereden door heftruck, wonden arm rug
gebeten door hond in re-onderbeen
brandwond vuurwerk gelaat
Buikpijn bij leveradenoom

Figuur 20 – Voorbeelden vrije tekst data

Door deze manier van vastlegging is de registratie inhoudelijk rijk, maar niet gestandaardiseerd, wat het vergelijken en analyseren van klachten tussen patiënten en ziekenhuizen vrijwel onmogelijk maakt.

Vervolgens wordt in het verdere zorgproces door de arts een (werk)diagnose gesteld. Op basis van aanvullend onderzoek wordt de klacht medisch geduid en vastgelegd, zowel in gestructureerde coderingen als in vrije tekst in het patiëntendossier.

[11] LIS – SEH-bezoeken

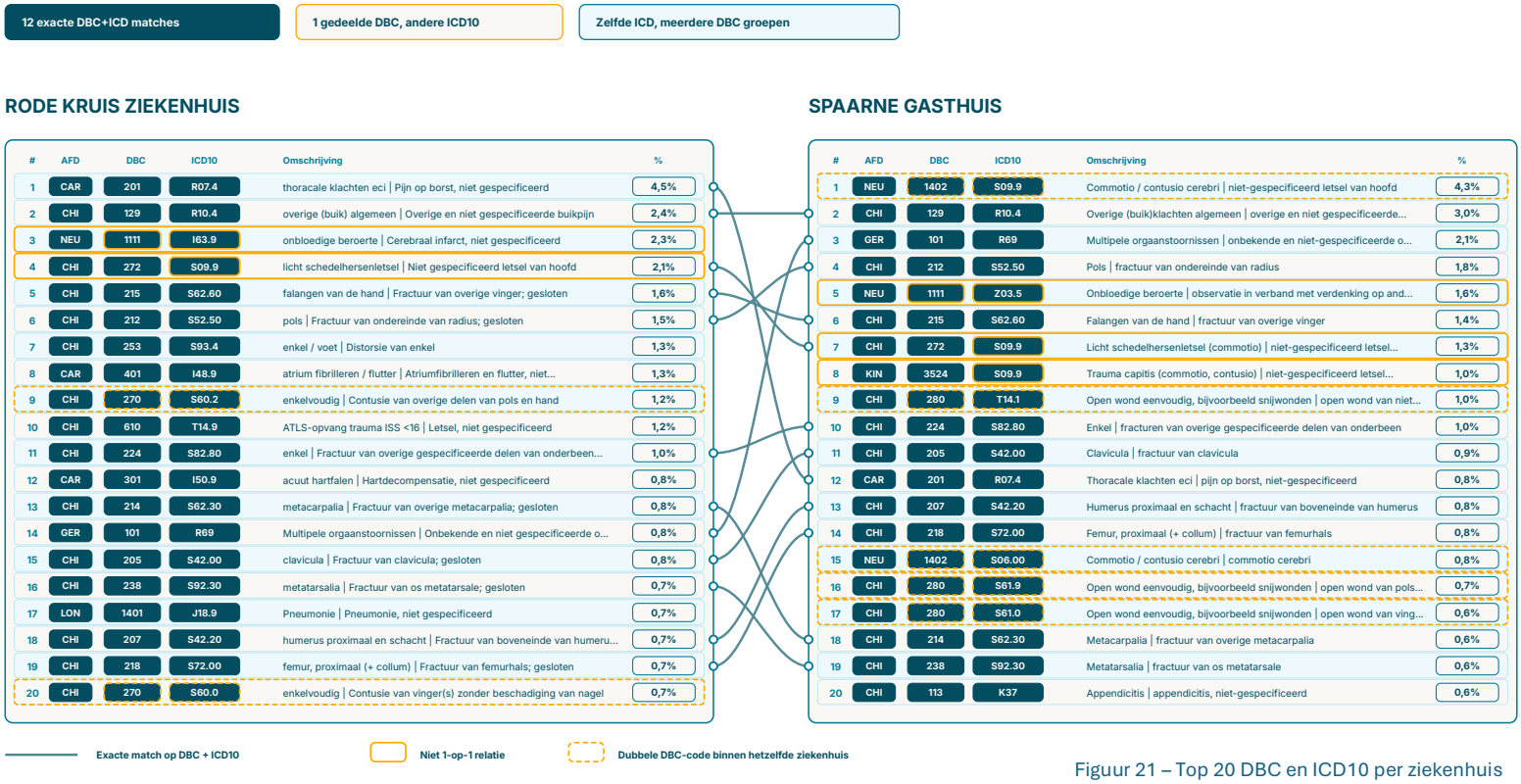
Samenvattend worden klachten op de SEH dus op twee niveaus vastgelegd:

1. Ingangsklacht (tijdens triage): beschrijving van de reden van komst. Dit gebeurt allereerst aan de balie, vervolgens wordt de patiënt gezien door een verpleegkundige.
2. Diagnose (later in het zorgproces): medische duiding van de klacht.

De ingangsklacht zegt vooral iets over waarom patiënten zich melden, terwijl de diagnose meer inzicht geeft in de uiteindelijke medische oorzaak.

Omdat ingangsklachten op de SEH grotendeels in een vrij tekstveld worden vastgelegd, is de registratie niet gestandaardiseerd. Om toch tot een consistente analyse te komen, zijn daarom aanvullend ICD-10-codes en diagnosecodes in beide huizen uitgevraagd, zodat de ingangsklachten beter gegroepeerd en geanalyseerd kunnen worden. Een belangrijk aandachtspunt hierbij is dat deze data vaak achteraf gegroepeerd wordt.

Een DBC-code geeft met name de bredere diagnosegroep of het zorgproduct weer, terwijl een ICD-10-code de specifieke klinische diagnose beschrijft. Dit betekent dat één DBC-code meerdere ICD-10-diagnoses kan bevatten, en dat eenzelfde ICD-10-code in meerdere DBC-groepen kan terugkomen. Onderstaand figuur 21 geeft de top 20 per ziekenhuis weer, voor zowel het RKZ (links) en het SG (rechts). De gepresenteerde percentages zijn berekend als aandeel van de totale som van unieke patiënten binnen elk afzonderlijk ziekenhuis.



#	AFD	DBC	ICD10	Omschrijving	%
1	CAR	201	R07.4	thoracale klachten eci | Pijn op borst, niet gespecificeerd	4,5%
2	CHI	129	R10.4	overige (buik) algemeen | Overige en niet gespecificeerde buikpijn	2,4%
3	NEU	1111	I63.9	onbloedige beroerte | Cerebraal infarct, niet gespecificeerd	2,3%
4	CHI	272	S09.9	licht schedelhersenletsel | Niet gespecificeerd letsel van hoofd	2,1%
5	CHI	215	S62.60	falangen van de hand | Fractuur van overige vinger; gesloten	1,6%
6	CHI	212	S52.50	pols | Fractuur van ondereinde van radius; gesloten	1,5%
7	CHI	253	S93.4	enkel / voet | Distorsie van enkel	1,3%
8	CAR	401	I48.9	atrium fibrilleren / flutter | Atriumfibrilleren en flutter, niet...	1,3%
9	CHI	270	S60.2	enkelvoudig | Contusie van overige delen van pols en hand	1,2%
10	CHI	610	T14.9	ATLS-opvang trauma ISS <16 | Letsel, niet gespecificeerd	1,2%
11	CHI	224	S82.80	enkel | Fractuur van overige gespecificeerde delen van onderbeen...	1,0%
12	CAR	301	I50.9	acuut hartfalen | Hartdecompensatie, niet gespecificeerd	0,8%
13	CHI	214	S62.30	metacarpalia | Fractuur van overige metacarpalia; gesloten	0,8%
14	GER	101	R69	Multipele orgaanstoornissen | Onbekende en niet gespecificeerde o...	0,8%
15	CHI	205	S42.00	clavicula | Fractuur van clavicula; gesloten	0,8%
16	CHI	238	S92.30	metatarsalia | Fractuur van os metatarsale; gesloten	0,7%
17	LON	1401	J18.9	Pneumonie | Pneumonie, niet gespecificeerd	0,7%
18	CHI	207	S42.20	humerus proximaal en schacht | Fractuur van boveneinde van humeru...	0,7%
19	CHI	218	S72.00	femur, proximaal (+ collum) | Fractuur van femurhals; gesloten	0,7%
20	CHI	270	S60.0	enkelvoudig | Contusie van vinger(s) zonder beschadiging van nagel	0,7%

#	AFD	DBC	ICD10	Omschrijving	%
1	NEU	1402	S09.9	Commotio / contusio cerebri | niet-gespecificeerd letsel van hoofd	4,3%
2	CHI	129	R10.4	Overige (buik)klachten algemeen | overige en niet gespecificeerde...	3,0%
3	GER	101	R69	Multipele orgaanstoornissen | onbekende en niet-gespecificeerde o...	2,1%
4	CHI	212	S52.50	Pols | fractuur van ondereinde van radius	1,8%
5	NEU	1111	Z03.5	Onbloedige beroerte | observatie in verband met verdenking op and...	1,6%
6	CHI	215	S62.60	Falangen van de hand | fractuur van overige vinger	1,4%
7	CHI	272	S09.9	Licht schedelhersenletsel (commotio) | niet-gespecificeerd letsel...	1,3%
8	KIN	3524	S09.9	Trauma capitis (commotio, contusio) | niet-gespecificeerd letsel...	1,0%
9	CHI	280	T14.1	Open wond eenvoudig, bijvoorbeeld snijwonden | open wond van niet...	1,0%
10	CHI	224	S82.80	Enkel | fracturen van overige gespecificeerde delen van onderbeen	1,0%
11	CHI	205	S42.00	Clavicula | fractuur van clavicula	0,9%
12	CAR	201	R07.4	Thoracale klachten eci | pijn op borst, niet-gespecificeerd	0,8%
13	CHI	207	S42.20	Humerus proximaal en schacht | fractuur van boveneinde van humerus	0,8%
14	CHI	218	S72.00	Femur, proximaal (+ collum) | fractuur van femurhals	0,8%
15	NEU	1402	S06.00	Commotio / contusio cerebri | commotio cerebri	0,8%
16	CHI	280	S61.9	Open wond eenvoudig, bijvoorbeeld snijwonden | open wond van pols...	0,7%
17	CHI	280	S61.0	Open wond eenvoudig, bijvoorbeeld snijwonden | open wond van ving...	0,6%
18	CHI	214	S62.30	Metacarpalia | fractuur van overige metacarpalia	0,6%
19	CHI	238	S92.30	Metatarsalia | fractuur van os metatarsale	0,6%
20	CHI	113	K37	Appendicitis | appendicitis, niet-gespecificeerd	0,6%

Figuur 21 – Top 20 DBC en ICD10 per ziekenhuis



Uit de eerste analyse van de data blijkt dat het Rode Kruis Ziekenhuis en het Spaarne Gasthuis in grote lijnen een vergelijkbaar beeld laten zien van de meest voorkomende klachten op de SEH. In beide ziekenhuizen komen namelijk in de top 20 grotendeels dezelfde typen zorgvragen terug. Daarnaast zijn er, naast overeenkomsten, ook inhoudelijke verschillen zichtbaar in de aard van de klachten binnen de top 20. Het Spaarne Gasthuis kent in deze ordening relatief meer presentaties die gerelateerd zijn aan hoofdletsel en geriatrie. Het RKZ daarentegen laat relatief meer cardiologische problematiek zien in de top 20, zoals atriumfibrilleren en andere hartritmestoornissen.

Een deel van de verschillen tussen de top 20 van beide ziekenhuizen zal samenhangen met verschillen in registratiepraktijk. Ingangsklachten worden op de SEH grotendeels in vrije tekst vastgelegd, en ook de koppeling naar diagnose- en DBC-codes kan per ziekenhuis op een andere manier plaatsvinden. Hierdoor kunnen vergelijkbare klachten verschillend worden geregistreerd of gegroepeerd, wat leidt tot variatie in de uiteindelijke top 20. Om deze registratieruis te beperken, (hoewel deze op zichzelf ook interessante inzichten kan opleveren) is ervoor gekozen om de analyse op een dieper aggregatieniveau uit te voeren. Concreet betekent dit dat ICD-10-codes zijn geclusterd naar gestandaardiseerde ingangsklachten, zodat vergelijkbare zorgvragen beter gebundeld en onderling vergelijkbaar worden.

Onderstaand figuur 22 laat dezelfde ingangsklachten zien, maar nu na overleg met de medisch experts logisch gegroepeerd in de volgende hoofdgroepen:

- **Trauma extremiteiten en overig letsel**
- **Hoofdtrauma / commotio**
- **Buik / Abdomen**
- **Cardio-thoracaal / cardiaal**
- **CVA / Neurovasculair**
- **Algemene / ongespecificeerde ziektebeelden**
- **Respiratoir / pneumonie**



Trauma extremiteiten & overig letsel

Fracturen, distorsies, contusies, open wonden, ATLS/ongespecificeerd le...

Totaal hoofdgroep: 10,8% | 6.716 patiënten

DBC	ICD10	Subgroep	Positie	RKZ %	Spaarne %	Abs. %	Bijdrage
212	S52.50	pols | Fractuur van ondereinde van radius; gesloten	RKZ #6 | SG #4	1,5%	1,8%	1,7%	1,7%
215	S62.60	falangen van de hand | Fractuur van overige vinger; gesloten	RKZ #5 | SG #6	1,6%	1,4%	1,5%	1,5%
224	S82.80	enkel | Fractuur van overige gespecificeerde delen van onderbeen; gesloten	RKZ #11 | SG #10	1,0%	1,0%	1,0%	1,0%
205	S42.00	clavicula | Fractuur van clavicula; gesloten	RKZ #15 | SG #11	0,8%	0,9%	0,9%	0,9%
207	S42.20	humerus proximaal en schacht | Fractuur van boveneinde van humerus; gesloten	RKZ #18 | SG #13	0,7%	0,8%	0,8%	0,8%
218	S72.00	femur, proximaal (+ collum) | Fractuur van femurhals; gesloten	RKZ #19 | SG #14	0,7%	0,8%	0,8%	0,8%
280	T14.1	Open wond eenvoudig, bijvoorbeeld snijwonden | open wond van niet-gespecificeerde...	RKZ — | SG #9	0,0%	1,0%	0,7%	0,7%
214	S62.30	metacarpalia | Fractuur van overige metacarpalia; gesloten	RKZ #13 | SG #18	0,8%	0,6%	0,7%	0,7%
238	S92.30	metatarsalia | Fractuur van os metatarsale; gesloten	RKZ #16 | SG #19	0,7%	0,6%	0,6%	0,6%
280	S61.9	Open wond eenvoudig, bijvoorbeeld snijwonden | open wond van pols en hand, deel n...	RKZ — | SG #16	0,0%	0,7%	0,5%	0,5%
280	S61.0	Open wond eenvoudig, bijvoorbeeld snijwonden | open wond van vinger(s) zonder bes...	RKZ — | SG #17	0,0%	0,6%	0,5%	0,5%
253	S93.4	enkel / voet | Distorsie van enkel	RKZ #7 | SG —	1,3%	0,0%	0,4%	0,4%
270	S60.2	enkelvoudig | Contusie van overige delen van pols en hand	RKZ #9 | SG —	1,2%	0,0%	0,3%	0,3%
610	T14.9	ATLS-opvang trauma ISS <16 | Letsel, niet gespecificeerd	RKZ #10 | SG —	1,2%	0,0%	0,3%	0,3%
270	S60.0	enkelvoudig | Contusie van vinger(s) zonder beschadiging van nagel	RKZ #20 | SG —	0,7%	0,0%	0,2%	0,2%

Hoofdtrauma / commotio

Schedelhersenletsel, trauma capitis, commotio/contusio cerebri

Totaal hoofdgroep: 6,0% | 3.746 patiënten

DBC	ICD10	Subgroep	Positie	RKZ %	Spaarne %	Abs. %	Bijdrage
1402	S09.9	Commotio / contusio cerebri | niet-gespecificeerd letsel van hoofd	RKZ — | SG #1	0,0%	4,3%	3,2%	3,2%
272	S09.9	licht schedelhersenletsel | Niet gespecificeerd letsel van hoofd	RKZ #4 | SG #7	2,1%	1,3%	1,5%	1,5%
3524	S09.9	Trauma capitis (commotio, contusio) | niet-gespecificeerd letsel van hoofd	RKZ — | SG #8	0,0%	1,0%	0,8%	0,8%
1402	S06.00	Commotio / contusio cerebri | commotio cerebri	RKZ — | SG #15	0,0%	0,8%	0,6%	0,6%

Buik / abdomen

Buikpijn, appendicitis, divertikelziekte

Totaal hoofdgroep: 3,3% | 2.042 patiënten

DBC	ICD10	Subgroep	Positie	RKZ %	Spaarne %	Abs. %	Bijdrage
129	R10.4	overige (buik) algemeen | Overige en niet gespecificeerde buikpijn	RKZ #2 | SG #2	2,4%	3,0%	2,9%	2,9%
113	K37	Appendicitis | appendicitis, niet-gespecificeerd	RKZ — | SG #20	0,0%	0,6%	0,4%	0,4%

Cardio-thoracaal / cardiaal

Pijn op borst/thoracale klachten, ritmestoornis, hartfalen

Totaal hoofdgroep: 2,4% | 1.495 patiënten

DBC	ICD10	Subgroep	Positie	RKZ %	Spaarne %	Abs. %	Bijdrage
201	R07.4	thoracale klachten eci | Pijn op borst, niet gespecificeerd	RKZ #1 | SG #12	4,5%	0,8%	1,8%	1,8%
401	I48.9	atrium fibrilleren / flutter | Atriumfibrilleren en flutter, niet-gespecificeerd	RKZ #8 | SG —	1,3%	0,0%	0,3%	0,3%
301	I50.9	acuut hartfalen | Hartdecompensatie, niet gespecificeerd	RKZ #12 | SG —	0,8%	0,0%	0,2%	0,2%

CVA / neurovasculair

Onbloedige beroerte, cerebraal infarct of observatie verdenking CVZ

Totaal hoofdgroep: 1,8% | 1.112 patiënten

DBC	ICD10	Subgroep	Positie	RKZ %	Spaarne %	Abs. %	Bijdrage
1111	Z03.5	Onbloedige beroerte | observatie in verband met verdenking op andere cardiovascul...	RKZ — | SG #5	0,0%	1,6%	1,2%	1,2%
1111	I63.9	onbloedige beroerte | Cerebraal infarct, niet gespecificeerd	RKZ #3 | SG —	2,3%	0,0%	0,6%	0,6%

Algemeen / ongespecificeerd ziektebeeld

Multipele orgaanstoornissen en R69

Totaal hoofdgroep: 1,8% | 1.106 patiënten

DBC	ICD10	Subgroep	Positie	RKZ %	Spaarne %	Abs. %	Bijdrage
101	R69	Multipele orgaanstoornissen | Onbekende en niet gespecificeerde oorzaken van ziek...	RKZ #14 | SG #3	0,8%	2,1%	1,8%	1,8%

Respiratoir / pneumonie

Pneumonie

Totaal hoofdgroep: 0,2% | 118 patiënten

DBC	ICD10	Subgroep	Positie	RKZ %	Spaarne %	Abs. %	Bijdrage
1401	J18.9	Pneumonie | Pneumonie, niet gespecificeerd	RKZ #17 | SG —	0,7%	0,0%	0,2%	0,2%

Figuur 22 – Gegroepeerde ingangsklachten SEH



Bovenstaand figuur 22 laat zien dat de grootste zorgvraag in beide ziekenhuizen wordt gevormd door trauma van extremiteiten en overig letsel. Daarnaast behoren hoofdtrauma/commotio, cardio thoracale problematiek (zoals thoracale klachten en cardiale aandoeningen) en buikklachten tot de belangrijkste klachtengroepen binnen de totale zorgvraag.

4.2.3 Expert opinion en complexiteit

Bovenstaand beeld vormt het vertrekpunt voor de verdere duiding en uitwerking in de expert opinion. Op basis van deze datagedreven eerste analyse wordt in de praktijk, samen met professionals uit beide ziekenhuizen (medisch managers/SEH artsen), beoordeeld waar het beeld herkenbaar is, en waar bijsturing of aanvulling nodig is. Zo ontstaat een verrijking waarin zowel de cijfers als de dagelijkse praktijk samenkomen. Een volgende stap is het toevoegen van zowel urgentie als complexiteit. Beide worden aan de hand van de expert opinions (medisch managers SEH) gescoord. De urgentie is aan de hand van de NTS gescoord.

Zoals toegelicht in bijlage 6.1, kiezen we er nadrukkelijk voor om complexiteit niet te definiëren als een eigenschap van eén specifieke klacht of diagnose, maar als een samenhangend profiel van factoren die van invloed zijn op de beoordeling, het behandelbeleid, de overdracht en eventuele opschaling van zorg. De urgentie van de top 20 wordt gemeten aan de hand van vijf dimensies, gespecificeerd in tabel 1 (hoofdstuk 6). Door de top 20 op hoofdgroepen te schalen langs de as van complexiteit, is onderstaande uitkomst voor de SEH gemaakt, zie figuur 23.

Hoofdgroep	Algemene complexiteit	Urgentie (NTS)	Korte duiding
Trauma extremiteiten & overig letsel	Laag complex	U3-U4	Overwegend voorspelbare casuïstiek; uitzonderingen kunnen opschalen naar hogere urgentie
Hoofdtrauma / commotio	Breed complex	U2-U3	Variatie binnen de groep; hogere urgentie/complexiteit bij kinderen en ouderen
Buik / abdomen	Breed complex	U2-U3	Veel diagnostische onzekerheid; kan variëren van matig tot spoedeisend
Cardio-thoracaal / cardiaal	Hoog complex	U1-U2	Potentieel levensbedreigend; vaak snelle beoordeling nodig
CVA / neurovasculair	Hoog complex	U1	Zeer tijdkritisch; verdenking CVA valt in hoogste spoedcategorieën
Algemeen / ongespecificeerd ziektebeeld	Hoog complex	U1-U2	Hoge onzekerheid; vaak snelle opschaling en brede inzet nodig
Respiratoir / pneumonie	Breed complex	U2-U3	Variabele ernst; bij benauwdheid snel opschaling naar hogere urgentie

Figuur 23 – SEH groepen, complexiteitsanalyse

De complexiteitsanalyse is opgebouwd langs een aantal hoofdgroepen van ingangsklachten, namelijk: trauma aan extremiteiten en overig letsel, hoofdtrauma/commotio, buikklachten/abdomen, cardio-thoracale en cardiale klachten, CVA/neurovasculaire problematiek en respiratoire klachten. Binnen deze hoofdgroepen zijn de meer specifieke categorieën uitgewerkt.



Bij de analyse is nadrukkelijk geprobeerd om de complexiteit op het niveau van de ingangsklacht te beoordelen, en dus niet op het niveau van een specifieke diagnose of subcategorie. Dit maakt het mogelijk om op een overkoepelend en vergelijkbaar niveau uitspraken te doen, zonder dat de analyse te versnipperd raakt. Tegelijkertijd betekent dit dat verschillen in complexiteit binnen de subcategorieën (ofwel diagnoses) minder zichtbaar zijn en dat de scores een gemiddelde weergave vormen van de variatie binnen de hoofdgroep.

Trauma extremiteiten & overig letsel

Voor trauma aan extremiteiten en overig letsel geldt dat deze groep in de breedte vooral uit laagcomplexe casuïstiek bestaat. Het gaat hierbij grotendeels om fracturen en verwondingen van het bewegingsapparaat , zoals pols- en vingerfracturen, verstuikingen of eenvoudige wonden. Deze letsels zijn over het algemeen goed te diagnosticeren en vereisen beperkte zorgcoördinatie.

Tegelijkertijd is het binnen deze hoofdgroep lastig om één uniforme complexiteit toe te kennen, omdat de spreiding groot is. Zo verschilt een polsfractuur wezenlijk van een heupfractuur, waarbij met name de patiëntcomplexiteit en zorgcoördinatie aanzienlijk kunnen toenemen. Een aparte categorie vormt de ATLS-opvang (systematische opvang) van traumapatiënten met een ISS (injury Severity Score, oftewel score ernst van het letsel) <16. Hoewel dit geen multitrauma betreft, laat de analyse zien dat deze groep hoog scoort op complexiteit. Dit komt door de grote onzekerheid, (vaak) multidisciplinaire opvang, de benodigde inzet van meerdere zorgverleners en de verhoogde mate van coördinatie en opschaling. Kortom: bij deze patiënten is een volledige traumaopvang noodzakelijk. Daarmee onderscheidt deze groep zich duidelijk van de overige, meer laagcomplexe traumacasuïstiek.

Hoofdtrauma / commotio

Binnen de groep hoofdtrauma en commotio is in de basis sprake van een relatief laagcomplex profiel. In veel gevallen betreft het licht traumatisch schedel-hersenletsel dat via standaardprotocollen kan worden beoordeeld.

De complexiteit neemt echter toe bij specifieke patiëntgroepen, met name bij kinderen en ouderen. In deze groepen speelt een hogere patiëntcomplexiteit en meer diagnostische onzekerheid. Daarmee ontstaat feitelijk een driedeling binnen deze hoofdgroep: een laagcomplexe categorie voor de gemiddelde patiënt en een gemiddeld complexe categorie voor kinderen en ouderen.

Buik / abdomen

De hoofdgroep buikklachten laat een duidelijk complexer beeld zien. Hoewel sommige specifieke diagnoses relatief overzichtelijk zijn, wordt de groep als geheel gekenmerkt door een midden mate van complexiteit.

Dit komt vooral doordat buikklachten een brede en heterogene ingangsklacht vormen: de onderliggende oorzaak kan sterk variëren, van relatief onschuldige problematiek tot acute, potentieel levensbedreigende aandoeningen. De combinatie van diagnostische onzekerheid en de noodzaak tot inzet van verschillende specialismen maakt dat deze categorie in de praktijk structureel middelhoog scoort op complexiteit.

Cardio-thoracaal / cardiaal

Ook binnen de cardio-thoracale en cardiale hoofdgroep is de complexiteit op ingangsklachtniveau relatief hoog. Klachten zoals thoracale pijn zijn vaak moeilijk direct te duiden en kunnen verschillende oorzaken hebben.

Daarnaast is er overlap met respiratoire klachten, zoals dyspneu, waardoor deze categorie niet altijd eenduidig te classificeren is. Juist deze breedte en overlap dragen bij aan een verhoogde diagnostische onzekerheid en complexiteit in de beoordeling en verdere zorginzet.

CVA / neurovasculair

CVA en andere neurovasculaire aandoeningen vormen een duidelijk hoogcomplexe categorie. Binnen deze groep spelen alle dimensies van complexiteit een rol: hoge tijdkritiek, diagnostische urgentie, patiëntcomplexiteit en intensieve zorgcoördinatie.

Bijkomend in situaties waarin aanvullende expertise nodig is, zoals geriatrische medebeoordeling (bijvoorbeeld via een geriatrisch expertteam of multidisciplinair overleg), neemt de belasting op de spoedeisende hulp verder toe. Vaak is inzet van aanvullende teams nodig, wat deze neuro vasculaire groep tot één van de meest complexe binnen de analyse maakt.

Respiratoir / pneumonie

Binnen de respiratoire hoofdgroep, waarin pneumonie en dyspneu centraal staan, is sprake van een brede en variabele doelgroep. De variatie in onderliggende oorzaken, de mogelijke ernst en de overlap met andere domeinen zorgen ervoor dat deze groep gemiddeld als complex wordt beschouwd.

Met name de combinatie van somatische kwetsbaarheid, diagnostische onzekerheid en mogelijke opschaling maakt dat deze categorie in de praktijk regelmatig een bovengemiddelde inzet van zorg vraagt.

4.2.4 Aandachtspunten voor vervolg / kansen

De uitgevoerde complexiteitsanalyse biedt belangrijke aanknopingspunten voor de inrichting van zorgprocessen en de verdere ontwikkeling van taakdifferentiatie binnen de acute keten.

Allereerst laat de analyse zien dat een redelijk deel van de zorgvraag bestaat uit relatief goed voorspelbare en gestandaardiseerde casuïstiek, met name binnen de groep trauma aan extremiteiten en overig letsel. Tegelijkertijd wordt duidelijk dat binnen deze groep ook regelmatig uitzonderingen voorkomen waarbij de complexiteit snel toeneemt, bijvoorbeeld door patiëntfactoren, letselkenmerken of aanvullende diagnostiek. Dit maakt dat deze categorie zich in de basis leent voor verdere standaardisatie en inzet van gedifferentieerde rollen, zoals physician assistants, verpleegkundig specialisten of specifiek opgeleide SEH-verpleegkundigen, terwijl tegelijkertijd ruimte moet blijven voor opschaling bij complexere casuïstiek.

Daarnaast wordt zichtbaar dat bepaalde klachtgroepen, zoals buikklachten, cardio-thoracale klachten, respiratoire problematiek en algemene/ongespecificeerde ziektebeelden, worden gekenmerkt door een hoge mate van diagnostische onzekerheid en variatie in onderliggende oorzaken. Voor deze groepen is het van belang dat voldoende medische expertise beschikbaar is en dat snel kan worden opgeschaald in diagnostiek en consultatie. Hier ligt de nadruk minder op standaardisatie en meer op klinisch redeneren en multidisciplinaire samenwerking.

De groep CVA/neurovasculaire aandoeningen en de meer complexe traumacasuïstiek (zoals ATLS-opvang, ook bij ISS <16) benadrukken het belang van duidelijke afspraken over opschaling, teaminzet en logistiek, gezien de hoge tijdsurgentie en de benodigde coördinatie. Deze casuïstiek vraagt om een goed ingerichte keten en snelle samenwerking tussen disciplines.

Tot slot bevestigt de analyse dat complexiteit in de praktijk op de SEH niet eenduidig is gekoppeld aan één ingangsklacht, maar wordt bepaald door een combinatie van factoren, waaronder patiëntkenmerken, diagnostische onzekerheid en de zorgcontext. Dit vraagt om een flexibel en modulair inzet- en opleidingsmodel, waarin professionals binnen een klachtgroep kunnen differentiëren op basis van de daadwerkelijke complexiteit van de situatie.

Op basis van de expert opinions komt daarbij met name hoofdletsel naar voren als een interessante kansrijke categorie: hoewel deze groep in de basis vaak voorspelbaar is, laat de praktijk zien dat juist hier differentiatie naar patiëntgroepen (zoals kinderen en ouderen) en complexiteit goed mogelijk is. Ook laagcomplexe traumatologie biedt duidelijke kansen voor taakdifferentiatie, aangezien deze zorg vaak goed te scheiden is van de complexere casuïstiek. Dit maakt het een geschikt vertrekpunt om verdere stappen te zetten in taakdifferentiatie en passende inzet van zorgprofessionals.



TOP 20 INGANGSKLACHTEN SPOEDVERVOER

AMBULANCE / RAV

4.3 Analyse Ambulancezorg

Binnen het spoedvervoer in de RAV Kennemerland werken drie ambulancediensten samen: GGD Kennemerland (Bloemendaal, Haarlem, Heemstede, Zandvoort), Witte Kruis (Beverwijk, Velsen, Uitgeest, Heemskerk) en Ambulance Amsterdam (Haarlemmermeer). Samen vormen deze ambulancediensten de Coöperatie Regionale Ambulancevoorziening Kennemerland (RAV Kennemerland). Zij bieden 24 uur per dag, 7 dagen per week ambulancezorg en -vervoer aan iedereen die dit nodig heeft. Dit kan spoedeisende en planbare ambulancezorg zijn. Voor dit rapport wordt het spoedvervoer in zijn totaliteit benaderd; we kijken niet naar de afzonderlijke ambulancediensten.

4.3.1 Desk Research

De desk research is uitgevoerd op basis van Sectorkompas AZN 2024[12] en RIVM Spreiding en beschikbaarheid ambulancezorg, 2025[13]. In onderstaande top 10 ingangsklachten van de ambulance is te zien dat dit geclusterd wordt op specialisme of op bredere ingangsklachten, zoals buikklachten, vergiftigingen, ademhalingsproblemen enz. Het aggregatieniveau wordt in deze landelijke lijst door elkaar gebruikt.

Rang	Ingangsklacht/werkdiagnose	Percentage
1	Interne geneeskunde (bijv. kortademigheid, bewusteloosheid, infecties)	18,7%
2	Cardiologie (bijv. pijn op de borst, hartritmestoornissen, hartstilstand)	15,8%
3	Traumatologie/heelkunde (bijv. botbreuken, ernstige wonden, verkeersletsels)	15,5%
4	Neurologie (bijv. beroerte, epilepsie, duizeligheid)	~10%
5	Psychische klachten (bijv. suicidepoging, psychose, acute verwardheid)	~8%
6	Buikklachten (bijv. acute buikpijn, inwendige bloedingen)	~7%
7	Vergiftigingen (bijv. medicatie, alcohol, CO)	~5%
8	Ademhalingsproblemen (bijv. astma, COPD-exacerbaties)	~4%
9	Huid- en weke delenletsels (bijv. brandwonden, ernstige schaafwonden)	~3%
10	Overig (bijv. overplaatsingen, onduidelijke klachten)	28,2%

Figuur 24 - Top 10 ingangsklachten ambulance

In figuur 24 is te zien dat klachten in de categorieën van interne geneeskunde, cardiologie en traumatologie samen 50% van alle ambulance-inzetten vormen. Deze drie categorieën zijn verantwoordelijk voor de helft van het ambulancevervoer in Nederland.

[12] Sectorkompas - Ambulancezorg
[13] RIVM – Spreiding en beschikbaarheid Ambulancezorg



Deze top 10 ingangsklachten vormt een inhoudelijke grondslag voor de verdere analyse, maar is onvoldoende specifiek en heeft een verdieping nodig om meer inzicht te krijgen in welke ingangsklachten mogelijk in aanmerking kunnen komen voor taakverschuiving en modulair opleiden. De indeling op specialismen is voor ons doel te grof.

4.3.2 Data analyse

Top 20 Ingangsklachten – registratie door Meldkamer Ambulancezorg

Volgende stap was om de landelijke top 10 ingangsklachten te toetsen aan de meest voorkomende ingangsklachten die door de meldkamer middels ProQA worden vastgesteld in de regio Kennemerland. Voor de regio Kennemerland ziet de top 20 ingangsklachten er als volgt uit:

	Kalender - Jaar	2024	2025	2024	2025
Top	Karakteristieknaam	Aantal ritten	Aantal ritten	%	%
1	17: Val	3.519	3.625	16,26%	16,31%
2	31: Bewusteloos/Flauw	3.327	3.230	15,37%	14,53%
3	10: Pijn op de Borst	2.524	2.942	11,66%	13,24%
4	30: Trauma. Verwond	1.941	1.912	8,97%	8,60%
5	06: Ademhalingsprob.	1.763	1.712	8,15%	7,70%
6	26: Ziek Persoon	1.345	1.476	6,22%	6,64%
7	28: Beroerte CVA	1.262	1.399	5,83%	6,29%
8	29: Verkeersongeval	1.232	1.138	5,69%	5,12%
9	12: Epileptische aan	860	890	3,97%	4,00%
10	19: Hartproblemen	828	773	3,83%	3,48%
11	21: Bloeding	615	617	2,84%	2,78%
12	01: Buikproblemen	590	593	2,73%	2,67%
13	09: Hart/Adem stilst	344	374	1,59%	1,68%
14	23: Overdosis/Vergif	324	336	1,50%	1,51%
15	02: Allergien/Beten	207	267	0,96%	1,20%
16	25: Psychiatrisch	239	226	1,10%	1,02%
17	32: Onbekend Probl.	164	183	0,76%	0,82%
18	18: Hoofdpijn	135	167	0,62%	0,75%
19	05: Rugpijn	151	134	0,70%	0,60%
20	13: Suikerziekte	148	119	0,68%	0,54%

Figuur 25 - Top 20 ingangsklachten ProQA – RAV Kennemerland 2024-2025



Top 20 werkdiagnoses - registratie door ambulanceverpleegkundige

De ingangsklachten die geregistreerd worden door de meldkamer zijn nog niet dusdanig specifiek dat op een later moment in het project gekeken kan worden of (delen van) de klacht gediagnosticeerd of behandeld kan worden door een andere functionaris in de keten. Daarom is een specifieker aggregatieniveau nodig. Vanuit de beschikbare data is daarom gekeken naar de werkdiagnoses van de ambulanceverpleegkundige. Wij realiseren ons dat dit diagnoses zijn in plaats van ingangsklachten, maar het niveau van werkdiagnoses geeft meer specifieke informatie die wij nodig hebben voor mogelijke taakverschuiving (zelfde methode als bij de SEH m.b.t. DBC en ICD-10 codes en HAP m.b.t. ICPC-codes). De top 20 werkdiagnoses van de ambulanceverpleegkundigen in de regio Kennemerland ziet er als volgt uit:

	Kalender - Jaar	2024	2025	2024	2025
Top	Diagnose omschrijving	Aantal ritten	Aantal ritten	%	%
1	Huisartsverwijzing	4.687	4.804	12,49%	12,62%
2	ACS - instabiele AP/ non-STEMI	3.720	3.813	9,91%	10,02%
3	Extremiteiten letsel (distorsie/contusie/luxatie/fractuur)	3.638	3.625	9,69%	9,52%
4	CVA	2.284	2.542	6,09%	6,68%
5	Hartritmestoornis	1.847	1.749	4,92%	4,59%
6	Algehele malaise	1.609	1.643	4,29%	4,32%
7	Hoofd- / hersenletsel	1.623	1.603	4,32%	4,21%
8	Pneumonie	1.585	1.555	4,22%	4,08%
9	Buikklachten	1.166	1.079	3,11%	2,83%
10	Aangezichtsletsel	992	986	2,64%	2,59%
11	TIA	993	956	2,65%	2,51%
12	Intoxicatie	843	930	2,25%	2,44%
13	Angst- /paniekaanval	865	917	2,30%	2,41%
14	Exacerbatie COPD	847	915	2,26%	2,40%
15	Nek-/ wervelletsel	784	825	2,09%	2,17%
16	Convulsie(s)	787	765	2,10%	2,01%
17	Decompensatio cordis	767	735	2,04%	1,93%
18	Snijverwonding	542	540	1,44%	1,42%
19	Schaafverwonding	568	512	1,51%	1,34%
20	Longembolie	477	507	1,27%	1,33%

Figuur 26 - Top 25 werkdiagnoses gesteld door ambulanceverpleegkundige – RAV Kennemerland 2024-2025

Dit zijn werkdiagnoses van patiënten die eerste hulp ter plaatse hebben ontvangen, een mobiel zorgconsult hebben ontvangen (bv advies en/of een verwijzing naar de eigen huisarts) of vervoerd zijn naar een ziekenhuis voor aanvullende diagnostiek.



Wat opvalt is dat op plaats 1 Huisartsenverwijzingen staat; dit biedt perspectief voor taakverschuiving. In paragraaf 4.3.3 bij de expert opinion van de medisch manager wordt hier verder op ingegaan.

Urgentie

De verdeling in urgentieklassen A0/A1/A2/B1/B2 is per werkdiagnose inzichtelijk gemaakt (figuur 27). De geel gearceerde aantallen geven de meest voorkomende urgentieklasse aan bij de betreffende werkdiagnose:

Top	Diagnose	Totaal	A0	A1	A2	B1	B2
	Totaal	**36.470**	**222**	**17.436**	**9.590**	**264**	**822**
1	Huisartsverwijzing	4.804	23	2.998	1.656	76	51
2	ACS - instabiele AP/non-STEMI	3.813	14	3.353	418	20	8
3	CVA	2.542	12	2.239	274	2	15
4	Hartritmestoornis	1.749	73	1.289	376	5	6
5	Algehele malaise	1.643	7	746	634	46	210
6	Hoofd -/ hersenletsel	1.603	8	706	855	8	26
7	Pneumonie	1.555	2	1.008	488	17	40
8	Extremiteiten letsel - fractuur been	1.408	2	220	994	17	175
9	Buikklachten	1.079	4	508	458	10	99
10	Aangezichtsletsel	986	6	374	598	1	7
11	TIA	956	2	849	103		2
12	Intoxicatie	930	19	626	283		2
13	Angst- /paniekaanval	917	6	765	144		2
14	Exacerbatie COPD	915		697	204	4	10
15	Nek -/ wervelletsel	825	5	348	442	7	23
16	Convulsie(s)	765	13	517	232	2	1
17	Extremiteiten letsel - fractuur arm	744		196	511	2	35
18	Decompensatio cordis	735		516	196	10	13
19	Extremiteiten letsel - distorsie/contusie been	611	3	154	396	2	56
20	Snijverwonding	540	4	224	306	2	4

Figuur 27 - Top 20 werkdiagnoses met urgentieklassen



4.3.3. Expert Opinion

Door de hiervoor beschreven combinatie van ingangsklachten en werkdiagnoses is de expert opinion bij de RAV van groot belang voor de juiste duiding van de data en om tot een gedragen top 20 te komen.

Onderstaande professionals zijn betrokken bij de data-analyse en expert opinion (aanlevering data en duiding):

- Medisch manager RAV Kennemerland
- Bestuurssecretaris/Informatiemanager RAV Kennemerland

Complexiteit

Voor de verdieping van de top 20 willen we langs de analyse van complexiteit (en deels urgentie) een inhoudelijke verdieping krijgen op de verschillende werkdiagnoses/ingangsklachten. In bijlage 6.1 staat de aanpak voor de complexiteitsanalyse beschreven. Iedere ingangsklacht wordt separaat op 5 aspecten beoordeeld, waar een totaalscore voor de mate van complexiteit uit is gekomen. De complexiteitsanalyse heeft plaatsgevonden met de medisch manager van de RAV Kennemerland. Deze expert opinion is belangrijk voor de juiste duiding van de data en volgorde en om tot een gedragen top 20 te komen voor Kennemerland.

Uitgangspunt was om de specifiekere werkdiagnoses te gebruiken voor het bepalen van de complexiteit. De medisch manager RAV gaf aan dat het hierbij belangrijk is dat de data van alle ambulanceritten hierin wordt meegenomen en niet alleen de ambulanceritten waarvan de patiënten naar een ziekenhuis in de regio zijn vervoerd. Ook bij een mobiel zorgconsult zijn er handelingen die verzorgd worden door een ambulance.

In het kader van de complexiteitsanalyse scoren daarbij de ritten waarbij de patiënt naar een ziekenhuis is vervoerd (de zogenoemde presentatie patiënten), altijd hoog complex in de complexiteitsanalyse. Bij presentatie patiënten geldt altijd een score 2 voor het aspect Zorgexpertise/opschaling, want zij hebben per definitie een opschalingsbehoefte en zijn complexer dan patiënten waarbij eerste hulp ter plaatse of advies gegeven kan worden. Complexiteit hangt daarnaast af van de aard van de patiënt. Is het een ouder persoon of is het een jonge patiënt? Vaak is er sprake van tijdurgentie en diagnostische onzekerheid (de reden waarom de patiënt naar een ziekenhuis vervoerd wordt).

Conclusie is dat elke vorm van door de ambulance geleverde zorg hoog complex is. Er is altijd sprake van score 2 voor aanvullende diagnostiek + een score 2 op tenminste één ander aspect van complexiteit (op tijdkritiek/urgentie of op diagnostische onzekerheid of op beide aspecten). Daarnaast mag deze patiëntencategorie (ambulancezorg bij patiënten met een aanvullende zorgbehoefte en daardoor vervoer naar een ziekenhuis) alleen deze zorg ontvangen van opgeleide zorgprofessionals die ambulancezorg mogen verlenen. Dit is wettelijk geregeld; we zijn juridisch gebonden aan het feit dat ambulancehulpverlening echt alleen mag worden uitgevoerd door ambulance zorgprofessionals. Alle werkdiagnoses van patiënten die vervoerd moet worden, komen daardoor niet in aanmerking voor taakdifferentiatie.

Voorstel aanpak mogelijkheden taakdifferentiatie

De medisch manager RAV ziet kansen voor taakdifferentiatie bij de groep patiënten waar een ambulance naar toe gaat, waarbij de patiënten thuisblijven. Mogelijk kunnen deze patiënten ook door een huisarts of PA/VS beoordeeld worden. De groep mobiel zorgconsult is de groep waarbij er kansen liggen in het triageproces voor taakverschuiving. In figuur 28 staat een overzicht van de top 20 ingangsklachten ProQA en in figuur 29 staat een overzicht van de werkdiagnoses van de ambulanceverpleegkundige waarna een mobiel zorgconsult heeft plaatsgevonden:

Top	ProQA ingangsklacht	Ritten 2024	Ritten 2025	% 2024	% 2025
1	31: Bewusteloos/Flau	1.752	1.700	18,95%	17,61%
2	10: Pijn op de Borst	1.066	1.312	11,53%	13,59%
3	17: Val	1.191	1.281	12,89%	13,27%
4	06: Ademhalingsprob.	772	783	8,35%	8,11%
5	30: Trauma. Verwond	721	720	7,80%	7,46%
6	26: Ziek Persoon	495	558	5,36%	5,78%
7	29: Verkeersongeval	598	553	6,47%	5,73%
8	28: Beroerte CVA	388	483	4,20%	5,00%
9	12: Epileptische aan	453	470	4,90%	4,87%
10	19: Hartproblemen	457	424	4,94%	4,39%
11	01: Buikproblemen	246	271	2,66%	2,81%
12	21: Bloeding	276	267	2,99%	2,77%
13	09: Hart/Adem stilst	177	154	1,91%	1,60%
14	23: Overdosis/Vergif	115	113	1,24%	1,17%
15	02: Allergien/Beten	77	113	0,83%	1,17%
16	25: Psychiatrisch	106	110	1,15%	1,14%
17	18: Hoofdpijn	56	77	0,61%	0,80%
18	32: Onbekend Probl.	75	75	0,81%	0,78%
19	13: Suikerziekte	93	60	1,01%	0,62%
20	05: Rugpijn	57	54	0,62%	0,56%

Figuur 28 – Ingangsklachten met mobiel zorgconsult 2024-2025



Top	Diagnose	Ritten 2024	Ritten 2025	% 2024	% 2025
1	Huisartsverwijzing	4.605	4.723	49,21%	46,87%
2	Angst- /paniekaanval	647	745	6,91%	7,39%
3	Extremiteiten letsel	531	622	5,67%	6,17%
4	Hartritmestoornis	304	323	3,25%	3,21%
5	Aangezichtsletsel	243	273	2,60%	2,71%
6	ACS - instabiele AP/non-STEMI	196	273	2,09%	2,71%
7	Syncope	265	256	2,83%	2,54%
8	Intoxicatie	234	249	2,50%	2,47%
9	Convulsie(s)	237	247	2,53%	2,45%
10	Algehele malaise	213	230	2,28%	2,28%
11	Schaafverwonding	179	206	1,91%	2,04%
12	Buikklachten	211	197	2,25%	1,96%
13	Hoofd -/ hersenletsel	162	184	1,73%	1,83%
14	Snijverwonding	146	179	1,56%	1,78%
15	TIA	117	143	1,25%	1,42%
16	Pneumonie	84	105	0,90%	1,04%
17	CVA	76	99	0,81%	0,98%
18	Verward gedrag	70	87	0,75%	0,86%
19	Koortsconvulsie	67	83	0,72%	0,82%
20	Exacerbatie COPD	66	75	0,71%	0,74%

Figuur 29 - Werkdiagnoses ambulanceverpleegkundige met mobiel zorgconsult 2024-2025

Op deze ingangsklachten en werkdiagnoses kan een verdiepende analyse plaatsvinden. Het aantal ritten waarbij een mobiel zorgconsult plaatsvindt neemt toe (figuur 29).
Per ingangsklacht en werkdiagnose kan gekeken worden of er een ambulance naar toe had gemoeten of dat mogelijk een andere zorgverlener deze zorg had kunnen verlenen. Waar is zorg vanuit de ambulance ingezet die door andere zorgprofessionals kan worden ingezet en welke competenties moeten die dan bezitten?

De ingangsklachten zijn vaak te algemeen en subjectief, bijvoorbeeld pijn op de borst of ademhalingsproblemen; hier kunnen meerdere oorzaken aan ten grondslag liggen. Het is interessant om binnen deze categorieën te kijken naar differentiatie, bv o.b.v. urgentieklasse, werkdiagnose, hoe vaak is een patiënt naar het ziekenhuis vervoert en de uiteindelijke diagnose.

De ingangsklacht pijn op de borst en werkdiagnose ACS scoren in alle bovenstaande overzichten hoog; dit is bijvoorbeeld een groep waar we een differentiatie kunnen maken aan de hand van

patiëntkarakteristieken (bv op basis van geslacht, leeftijd enz); welke specifieke factoren zijn van invloed op de complexiteit en kan je daarbij bv een andere urgentieklasse aangeven?
Hier zou je dan bredere triage kunnen toepassen, waarbij bijvoorbeeld de PA/VS of huisarts ingezet kan worden. Dit neemt de druk op de ambulancezorg af, zorgt voor een betere beschikbaarheid en voor de juiste patiënt op de juiste plaats.

4.3.4 Aandachtspunten voor vervolg / kansen

Werkgroep instellen met vertegenwoordiging van tenminste een huisarts, PA ambulancezorg en medisch manager ambulancezorg om gezamenlijk de verdiepende analyse te doen op de top 20 ingangsklachten/werkdiagnoses waar een mobiel zorgconsult heeft plaatsgevonden.

Voor de patiëntengroep waar eerste hulp ter plaatse heeft plaatsgevonden mogelijk interessant om een verdiepende analyse uit te voeren om in kaart te brengen of daar ingangsklachten zijn die mogelijk na triage door een andere zorgverlener behandeld kunnen worden.

De (IZA zorgcoördinatie) brede triage op de meldkamer (project E) die direct en warm kan doorverwijzen naar de HAP en de VVT.

Binnenkort wordt een nieuw kader voor de PA Ambulancezorg gepubliceerd. Dit kader kan mogelijk aanknopingspunten bieden voor taakverschuiving.



TOP 20 INGANGSKLACHTEN

ACUTE VVT / THUISZORG

4.4 Analyse acute VVT

Binnen de acute VVT zijn twee stromen van zorg te onderscheiden: de acute thuiszorg en de intramurale vormen van acute VVT, zoals eerstelijnsverblijf (ELV) en geriatrische revalidatiezorg (GRZ). Hoewel ELV en GRZ onmiskenbaar onderdeel zijn van de acute keten, verschilt de herkomst van de zorgvraag en de benodigde inzet van de acute thuiszorg.

Bij ELV en GRZ is er vaak sprake van een situatie waarin het thuis tijdelijk niet meer gaat. De insteek is dan ook opname, met als doel stabilisatie of revalidatie van de patiënt. De zorgvraag die hieruit voortkomt, is niet direct spoedeisend van aard. Er is weliswaar een (semi-)acute aanleiding voor opname, maar na plaatsing ligt de focus op herstel en het verbeteren van de conditie van de patiënt. Een belangrijk uitgangspunt hierbij is dat er perspectief is op verbetering. De zorg die bìnnen ELV en GRZ geleverd wordt is daarmee beter planbaar en minder gericht op onmiddellijke interventie.

Dit staat in contrast met de acute thuiszorg waarop dit rapport focust. In deze setting is er juist sprake van een directe zorgvraag die om onmiddellijke actie vraagt. De situatie van de cliënt vereist acute interventie om veiligheid te waarborgen, verslechtering te voorkomen of direct in te grijpen bij een incident.

Binnen de acute thuiszorg spelen vaak specifieke teams (zoals een Medisch Technisch Handelen Team (MTH)) een centrale rol, met name in de avond-, nacht- en weekenduren (ANW-uren). Deze teams ontvangen alarmeringen van cliënten, bijvoorbeeld via een pols- of hals alarm. Deze vormen het relevante uitgangspunt voor analyse en inzet, omdat zij direct gekoppeld zijn aan situaties waarin snelle interventie noodzakelijk is.

De organisatie van de opvolging van alarmeringen verschilt per VVT-organisatie. Wanneer de cliënt alarmeert kan deze direct worden doorgezet naar de dienstdoende wijkverpleegkundige. Een andere mogelijkheid is dat alle meldingen komen binnen bij een centraal punt, waarvoor in veel gevallen samengewerkt wordt met de landelijke partijen (bijvoorbeeld Altide). Vanuit het centrale punt worden de alarmeringen getriageerd en doorgezet naar de dienstdoende verpleegkundige. Overdag worden deze meldingen doorgaans opgepakt door de reguliere VVT-teams. In de ANW-uren ligt deze verantwoordelijkheid bij het team dat specifiek is ingericht om snel en adequaat te reageren op acute zorgvragen in de thuissituatie.

Samenvattend ligt het onderscheid tussen intramurale acute VVT (ELV/GRZ) en acute thuiszorg vooral in de aard en urgentie van de zorgvraag. Waar ELV en GRZ zich richten op tijdelijke opname, stabilisatie en herstel, en daarmee minder spoedeisend zijn na plaatsing, draait acute thuiszorg juist om directe interventie in de thuissituatie. Dit verschil is bepalend voor de focus in verdere uitwerking en analyse, waarbij in dit kader de nadruk ligt op de acute thuiszorg.

4.4.1 Deskresearch

Onderstaande figuur (figuur 30) laat de top 20 meest voorkomende ingangsklachten en bijbehorende activiteiten binnen de acute VVT zien. De onderbouwing van de acute VVT is gebaseerd op een combinatie van landelijke rapportages (RIVM[14] en VZinfo[15]), regionale pilots en documenten

[14] RIVM - Zorggebruik op de spoedeisende hulp in kaart gebracht
[15] Acute zorg | Gebruik | SEH | Volksgezondheid en Zorg



(Gedeelde Zorg Midden-Holland[16], stroomschema acute VVT Rijnmond[17]) en inhoudelijke richtlijnen vanuit de beroepsgroep (V&VN[18]). Er is niet één databron die een volledig beeld geeft van de acute VVT. Om die reden is gebruikgemaakt van meerdere, elkaar aanvullende bronnen om tot een overzicht te komen.

Rang	Ingangsklacht / zorgvraag	Typische acute VVT-activiteiten	Urgentie	Complexiteit
1	Val/trauma/til	Valbeoordeling; vitale functies; letselcheck; tilhulp	U3/U4; soms U2	Midden - klinische beoordeling
2	Katheter/urine	Controleren; spoelen/vervangen; retentie/UWI beoordelen	U3/U4; soms U2	Midden - katheterzorg
3	Wondzorg	Reinigen; verbinden; wondlijm; bloeding stelpen	U3/U4; soms U2	Midden - wondzorgkennis
4	Aanvullende fysieke triage	Aan huis beoordelen; vitale functies; glucose/urine/saturatie	U3/U4	Midden - brede triage
5	Diabetes ontregeld	Glucose meten; hypo/hyper behandelen; insuline/glucagon	U3/U4; soms U1/U2	Midden - injecteren en monitoren
6	Obstipatie/rectaal probleem	Buik beoordelen; klysma/RT; hydratatie volgen	U4/U3	Laag-midden - protocolmatig
7	Pijnbestrijding	Pijnscore; analgesie; controles; pomp/storing beoordelen	U3/U4	Midden-hoog - medicatie/pomp
8	Sonde/PEG-probleem	Doorspoelen; verstopping oplossen; sonde beoordelen	U3/U4	Midden-hoog - technische handeling
9	Bloedneus	Drukadviezen; tampon; observatie bloedverlies	U4/U3	Laag-midden - eenvoudige handeling
10	Het gaat niet langer thuis	Veiligheids- en ADL-beoordeling; mantelzorgbelasting; ELV organiseren	U3	Hoog - netwerkcoördinatie
11	Palliatieve symptoomcrisis	Pijn/benauwdheid/onrust beoordelen; pomp(op)start; familie steunen	U2-U4	Hoog - palliatieve expertise
12	Kortademigheid	Vitale functies; saturatie; observatie; inhalatie/zuurstofbeleid	U2/U3	Midden-hoog - ABCD
13	Koorts/infectieverdenking/UWI	Temperatuur/vitals; vochtstatus; sepsissignalen; overleg huisarts	U3	Midden - risico-inschatting
14	Acute verwardheid/delier	Observatie; delier-signalen; vitale functies; oorzaken screenen	U3; soms U2	Hoog - veiligheid en differentiaaldiagnose
15	Post-OK/recent ontslag	Wond/drain/medicatie/hulpmiddelen controleren	U3/U4	Midden-hoog - wond- en drainzorg
16	Medicatieprobleem/bijwerking	Gemiste dosis/fout beoordelen; injectie toedienen; monitoren	U3/U4	Midden - farmacologie
17	Hulpmiddelen/zorgtechnologie	Alarmopvolging; pomp/bed/zuurstof checken; tijdelijke oplossing	U4/U3	Laag-midden - organiseren
18	Buikpijn/braken/dehydratie	Hydratie en buik beoordelen; vitale functies; observatie	U3	Midden - buik- en vochtstatus
19	Insult/collaps/syncope	Observatie na incident; letselcheck; glucose/vitals	U2/U3	Midden - neurologische observatie
20	Overige kwetsbare oudere acute vraag	Brede verpleegkundige beoordeling; stabiliseren; afstemmen huisarts/ELV	U3/U4	Midden-hoog - multimorbiditeit en coördinatie

Figuur 30– Top 20 ingangsklachten VVT vanuit desk research

De acute VVT wordt vooral gekenmerkt door valincidenten, technische zorgvragen, ontregelde chronische aandoeningen (denk aan diabetes ontregeling, benauwdheid, infecties of

[16] Gedeelde zorg Midden Holland
[17] stroomschema's en afbakening acute thuiszorg en opvolging.
https://www.aafje.nl/wp-content/uploads/2024/07/HAP-Rijnmond_stroomschemas-Acute-Thuiszorg_landelijke-versie_def2.indd_.pdf
[18] V&VN – Richtlijnen



medicatieproblemen) en complexe situaties bij kwetsbare ouderen, waarbij vaak een combinatie van beoordeling, handeling en coördinatie nodig is (Smeekes et al., 2024)[19].

Wat daarnaast opvalt, is dat de urgentie in de acute VVT anders wordt ingevuld dan in bijvoorbeeld de SEH of GGZ. In veel gevallen is er wel sprake van een directe zorgvraag die niet kan wachten tot de volgende dag, maar is er geen levensbedreigende situatie waarbij inzet binnen minuten noodzakelijk is. Dit maakt dat de acute VVT zich kenmerkt door een combinatie van tijdige inzet (U3/U4) en professionele afweging in het veld.

4.4.2 Analyse ingangsklachten

De verschillende VVT-organisaties in de regio Kennemerland kennen verschillende werkwijzen in het registreren van de alarmeringen. Wanneer de alarmeringen direct worden doorgezet aan de dienstdoende verpleegkundige vindt er geen registratie plaats van ingangsklacht. Wel wordt in het dossier van de betreffende cliënt genoteerd wanneer er een interventie door de verpleegkundige heeft plaatsgevonden. Dit gebeurt in een vrij tekstveld.

Ook wanneer de alarmeringen wel via een centraal punt binnen komen en worden getriageerd wordt dit telefoonverkeer niet dusdanig geregistreerd dat er analyse op plaats kan vinden, door de grote diversiteit in notering van klachten. Er is contact geweest met verschillende managers om de mogelijkheden te onderzoeken, maar helaas zonder concreet resultaat. De stap van regionale datavergaring komt daarmee te vervallen. Hiermee is de volgorde van de ingangsklachten, naast deskresearch, ook gebaseerd op de inschattingen van de geraadpleegde experts.

4.4.3 Expert opinion

Er is gesproken met verschillende professionals, te weten een verpleegkundige van het wijkteam, een triagist en een specialist ouderengeneeskunde van verschillende VVT-organisaties in de regio Kennemerland. Aan de hand van deze expertise is de volgorde van de top 20 aangepast.

Met stip op één blijft de ingangsklacht val/trauma/til. Bij verreweg de meeste hulpvragen gaat het om cliënten die gevallen zijn. Ook veelvoorkomend in deze categorie is mobiliteitsproblematiek, waarbij een cliënt ondersteuning nodig heeft met de transfer van bijvoorbeeld stoel naar bed, of bij toiletgang.

De ingangsklachten 'wondzorg' en 'pijnbestrijding' komen volgens de geraadpleegde experts in Kennemerland vaker voor dan in de deskresearch naar voren kwam. Wondzorg komt in enkele gevallen samen met valincidenten voor, wanneer er sprake is van een vervelende val. Daarnaast komen snij-incidenten (bijvoorbeeld tijdens het koken) vaak voor.

De ingangsklacht 'palliatieve symptoomcrisis' komt volgens de geraadpleegde experts ook vaker voor dan uit de deskresearch naar voren kwam. Verslechterend beeld tijdens de palliatieve fase is vaak reden voor cliënten, of naasten, om te alarmeren. In de praktijk gaat het dan vaak om

[19] Smeekes et al., 2024. Receiving home care forms and the risk for emergency department visits in community-dwelling Dutch older adults, a retrospective cohort study using national data

pijnbestrijding. Toch blijft pijnbestrijding ook een op zichzelf staande ingangsklacht, want deze komt ook voor bij cliënten waarbij geen sprake is van een palliatieve symptoomcrisis.

Complexiteit

De geraadpleegde experts hebben zich tevens gebogen over de complexiteit van de klachten conform de eerder in dit rapport beschreven werkwijze (zie figuur 31). Deze analyses laten een consistent beeld zien: binnen de acute thuiszorg gaat het vaak om relatief herkenbare ingangsklachten, zoals valincidenten, katheterproblemen, wondzorg en ontregelde chronische aandoeningen. Tegelijkertijd zit de complexiteit minder in de klacht zelf, maar vooral in de context van de patiënt. Het betreft vaak kwetsbare ouderen met multimorbiditeit, waarbij meerdere factoren tegelijk spelen en klinisch redeneren essentieel is.

Ingangsklacht / VVT-activiteit			Complexiteitsdimensies					Complexiteitsanalyse			
Ingangsklacht	VVT activiteiten	Insch. %	T	D	P	Z	O	Score	# ≠1	# 2	Complexiteitstype
Val/trauma/til	Valbeoordeling; vitale functies; letselcheck; tilhulp	70%	0	1	2	1	1	5	4	1	Matig complex
Wondzorg	Reinigen; verbinden; wondlijm; bloeding stelpen	20%	0	1	2	1	1	5	4	1	Matig complex
Pijnbestrijding	Pijnscore; analgesie; controles; pomp/storing beoordelen	<	1	1	2	1	1	6	5	1	Hoog complex
Katheter/urine	Controleren; spoelen/vervangen; retentie/UWI beoordelen	<	0	1	2	1	1	5	4	1	Matig complex
Diabetes ontregeld	Glucose meten; hypo/hyper behandelen; insuline/glucagon	<	1	1	2	0	0	4	3	1	Matig complex
Palliatieve symptoomcrisis	Pijn/benauwdheid/onrust beoordelen; pomp(op)start; familie steunen	<	1	1	2	1	2	7	5	2	Hoog complex
Aanvullende fysieke triage	Aan huis beoordelen; vitale functies; glucose/urine/saturatie	<	0	1	2	1	1	5	4	1	Matig complex
Obstipatie/rectaal probleem	Buik beoordelen; klysma/RT; hydratatie volgen	<	0	1	2	0	0	3	2	1	Smal bepalend
Sonde/PEG-probleem	Doorspoelen; verstopping oplossen; sonde beoordelen	<	1	1	2	0	0	4	3	1	Matig complex
Bloedneus	Drukadviezen; tampon; observatie bloedverlies	<	0	1	1	0	0	2	2	0	Laag complex
Het gaat niet langer thuis	Veiligheids- en ADL-beoordeling; mantelzorgbelasting; ELV organiseren	<	1	1	2	1	1	6	5	1	Hoog complex
Kortademigheid	Vitale functies; saturatie; observatie; inhalatie/zuurstofbeleid	<	2	0	1	1	1	5	4	1	Matig complex
Koorts/infectieverdenking/UWI	Temperatuur/vitals; vochtstatus; sepsissignalen; overleg huisarts	<	1	1	2	1	0	5	4	1	Matig complex
Acute verwardheid/delier	Observatie; delier-signalen; vitale functies; oorzaken screenen	<	1	2	2	1	1	7	5	2	Hoog complex
Post-OK/recent ontslag	Wond/drain/medicatie/hulpmiddelen controleren	<	0	1	1	0	0	2	2	0	Laag complex
Medicatieprobleem/bijwerking	Gemiste dosis/fout beoordelen; injectie toedienen; monitoren	<	0	0	2	1	1	4	3	1	Matig complex
Hulpmiddelen/zorgtechnologie	Alarmopvolging; pomp/bed/zuurstof checken; tijdelijke oplossing	<	0	1	1	0	0	2	2	0	Laag complex
Buikpijn/braken/dehydratie	Hydratie en buik beoordelen; vitale functies; observatie	<	0	1	2	0	0	3	2	1	Smal bepalend
Insult/collaps/syncope	Observatie na incident; letselcheck; glucose/vitals	<	1	1	2	1	1	6	5	1	Hoog complex
Overige kwetsbare oudere acute vraag	Brede verpleegkundige beoordeling; stabiliseren; afstemmen huisarts/ELV	<	0	2	2	2	2	8	4	4	Hoog complex

Figuur 31 – Top 20 ingangsklachten VVT vanuit expert opinion met complexiteitsbeoordeling

De zorgvragen voortkomend uit de ingangsklachten, vragen vaak om een combinatie van verpleegtechnisch handelen, klinische beoordeling en coördinatie binnen de keten (bijvoorbeeld richting huisarts of ELV). Daarmee is de acute VVT een domein waarin zowel praktische handelingen als bredere inschattingen van veiligheid en vervolgzorg samenkomen.



Binnen de acute thuiszorg valt op dat vrijwel alle klachten als matig complex (n=9) of hoog complex (n=6) kunnen worden beschouwd. Deze complexiteit komt vooral voort uit de patiëntkenmerken. In de praktijk speelt patiëntcomplexiteit bij bijna elke melding een grote rol. Daarnaast is er vaak sprake van een zekere urgentie. Tegelijkertijd blijkt uit de analyse dat, ondanks deze complexiteit, de meeste situaties goed op te lossen zijn door één geschoolde zorgprofessional, meestal een verpleegkundige.

Een voorbeeld hiervan is een oudere cliënt met meerdere aandoeningen (bijvoorbeeld hartfalen, diabetes en beginnende cognitieve problemen) die via een alarm een melding doet vanwege plotselinge benauwdheid en onrust. De situatie is complex door de combinatie van somatische en mogelijk cognitieve factoren, en vraagt om een goede klinische inschatting. Tegelijkertijd kan een ervaren verpleegkundige ter plaatse vaak zelfstandig handelen, bijvoorbeeld door vitale functies te beoordelen, medicatie te controleren, geruststelling te bieden en zo nodig vervolgstappen in te zetten (zoals overleg met huisarts of inzet van aanvullende zorg).

Daarnaast valt op dat de tijdscomponent binnen de acute thuiszorg anders wordt ingevuld dan bijvoorbeeld op de SEH of bij de huisartsenpost. In veel gevallen is direct handelen nodig en kan de zorgvraag niet worden uitgesteld tot de volgende dag. Wanneer de factor 'tijdkritiek/urgentie' echter gescoord wordt met een 2 ('vaak bepalend') geeft dit een vertekend beeld in relatie tot de urgentie zoals deze in de rest van de acute keten wordt gescoord. Er is daarom bij deze component voor gekozen om de classificatie vanuit het urgentieclassificatiemodel voor de langdurige ouderenzorg gepubliceerd door Verenso[20] (zie ook hoofdstuk 3), door te vertalen naar score 1 ('soms bepalend') of 0 ('niet bepalend').

Ook het inschakelen van aanvullende expertise of het uitvoeren van extra diagnostiek, als onderdeel van complexiteit, komt regelmatig voor. Hierdoor wordt ook op deze onderdelen vaak hoog gescoord. Dit hangt sterk samen met de grote variatie in patiëntkenmerken. De doelgroep binnen de acute thuiszorg is vaak multifactorieel kwetsbaar, met meerdere problemen die tegelijk spelen. Hierdoor zijn standaardprotocollen niet altijd volledig toereikend. In veel gevallen bieden protocollen richting, maar blijft er ruimte – en noodzaak – voor professionele afweging, aanvullende diagnostiek en het betrekken van andere expertise.

Specifiek voor valincidenten gaven de experts aan dat er veel valincidenten zijn waarbij op het eerste gezicht geen, of minimaal letsel is veroorzaakt. Het kan echter voorkomen dat er in tweede instantie toch (verdenking) van letsel is, waardoor een goede beoordeling altijd noodzakelijk is en de complexiteit hoger wordt gescoord dan wellicht een val zonder letsel doet vermoeden.

Voor wondzorg en pijnbestrijding kan de complexiteit zeer uiteenlopend zijn, variërend van een pleister plakken en paracetamol verstrekken, tot het beoordelen en verbinden van groter huidletsel en het werken met medicatiepompen en toedienen van bijvoorbeeld morfine in verschillende vormen. Ook hier zijn context en patiëntkenmerken belangrijke componenten.

4.4.4 Aandachtspunten voor vervolg en kansen

Voor het vervolg van het project zijn er meerdere ingangsklachten interessant om verdere invulling aan te geven. Zichtbaar is de hoge notering van wondzorg, die ook bij de HAP als eerste ingangsklacht

[20] 260413_Urgentieclassificatiemodel_Novicare-Verenso_def.pdf

is genoteerd. Tegelijk zijn zaken als urinewegproblemen, bloedneus en urinewegproblemen zeer geschikte kandidaten voor taakverschuivingen vanaf de HAP naar de VVT, zoals ook wordt benoemd door brancheorganisatie ActiZ[21].

Vice versa zijn er mogelijkheden om de HAP-huisarts te raadplegen als een interventie te complex wordt, zodat een patiënt alsnog thuis kan blijven. Meer specifieke scholing in samenhang met uitgewerkte zorgpaden zou handvatten kunnen geven aan de professionals. Hiervoor wordt ook de samenwerking gezocht met het IZA programma Acute Zorgcoördinatie Kennemerland, project F Acute Wijkzorg.

[21] 25-09-2025 paper ActiZ - commissiedebat Acute zorg_2.pdf



TOP 20 INGANGSKLACHTEN

ACUTE GGZ

4.5 Analyse acute GGZ

Voor de totstandkoming van de analyse binnen het laatste domein, de acute GGZ, is ook gewerkt vanuit de drie samenhangende methodologische uitgangspunten. In de eerste plaats is een brede verkenning uitgevoerd op basis van landelijke bronnen, waaronder publicaties en datasets van onder andere ROAZ en de GGZ triagewijzer. Deze deskresearch biedt een inhoudelijke basis en zicht op landelijke ingangsklachten binnen de acute geestelijke gezondheidszorg.

Vervolgens is deze kennis verrijkt en getoetst in de praktijk door middel van afstemming met professionals uit het veld. Binnen de regio Kennemerland zijn hierbij specifiek GGZ inGeest en Parnassia betrokken als kernpartners in de (acute) GGZ. Hun inhoudelijke expertise en praktijkervaring zijn benut om de landelijke inzichten te duiden en te vertalen naar de regionale context.

Tevens is er een gerichte data-uitvraag gedaan bij beide organisaties. Er wordt bij de organisaties gewerkt met een minimale dataset waarin de contacten van de crisisdienst geregistreerd worden. Deze registratie bleek te bestaan uit algemene patiëntgegevens (bijvoorbeeld geboortedatum) verwijzer (bijvoorbeeld politie of huisarts) en vervolgstap (bijvoorbeeld opname op de gesloten of open afdeling) en was daarmee onvoldoende fijnmazig voor deze analyse, waardoor de stap van specifieke dataverzameling is komen te vervallen. In plaats daarvan is extra inzet gepleegd op het consulteren van professionals.

4.5.1 Desk Research

De meest passende onderbouwing komt uit twee belangrijke bronnen: een ROAZ-pilot met 359 face-to-face beoordelingen door de crisisdienst[22] en een Rotterdamse studie met 12.470 beoordelingen door psychiatrische spoedteams (Van Asperen et al, 2022)[23].

Deze onderzoeken laten een consistent beeld zien: klachten rondom zelfgevaar en suïcidaliteit, psychotische symptomen of verward gedrag, en gevaar voor anderen komen het meest voor bij acute GGZ-beoordelingen. Als we kijken naar diagnosegroepen, dan springen vooral psychotische stoornissen, depressieve stoornis, persoonlijkheidsstoornissen, bipolaire stoornis, organische stoornissen en problematiek rondom middelengebruik eruit. Onderstaand figuur 32 geeft de top 20 landelijk binnen de acute GGZ weer.

[22] Triage bij GGZ crisisdiensten
[23] Van Asperen et al., 2022. Referral for Intensive Home Treatment or Psychiatric Inpatient Care?

Rang	Ingangsklacht / werkdiagnose
1	Suïcidaliteit / gevaar voor zichzelf
2	Suïcidepoging, zelfbeschadiging of auto-intoxicatie
3	Psychotische symptomen / verward gedrag
4	Psychotische stoornis / schizofrenie / recidief psychose
5	Depressieve stoornis of ernstige depressieve crisis
6	Agressie, acute agitatie of gevaar voor anderen
7	Middelenintoxicatie: alcohol, drugs of medicatie
8	Middelengebruik, verslaving of onttrekking
9	Manie, hypomanie of bipolaire ontregeling
10	Persoonlijkheidsproblematiek, vooral borderline/emotieregulatiecrisis

Rang	Ingangsklacht / werkdiagnose
11	Angst, paniek of acute stress
12	Psychosociale crisis / systeem- of relationele crisis
13	Aanpassingsstoornis / crisis na life event
14	Organische psychiatrie: delirium, dementie, cognitieve stoornis
15	Zelfverwaarlozing of ernstige problemen met zelfzorg
16	Somatische of medicamenteuze oorzaak/complicatie
17	PTSS, dissociatie of traumagerelateerde crisis
18	Medicatieontrouw of terugval bekende EPA
19	Maatschappelijke overlast / melding verward gedrag via politie of gemeente
20	Neuro-ontwikkelingsproblematiek of laag IQ met acute overvraging

Figuur 32 - Top 20 ingangsklachten GGZ vanuit deskreseach

Zelfgevaar en psychotische klachten of verward gedrag vormen de kern van de meeste aanmeldingen bij de crisisdienst. In de Rotterdamse studie is te zien dat bijna de helft van de verwijzingen te maken heeft met gevaar voor zichzelf. Psychotische symptomen vormen daarnaast een tweede grote groep, met ongeveer een kwart van de aanmeldingen. Binnen deze analyse is het van belang te onderkennen dat deze klachten in sterke mate overlappen en niet eenduidig aan één categorie kunnen worden toegewezen.

Op basis van de verschillende bronnen (onder andere GGZ triagewijzer[24], Handboek Spoedeisende Psychiatrie[25]) wordt in de analyse acute GGZ uitgegaan van het volgende triageproces, zie figuur 33.



Figuur 33 – Stap 1 van triage in de acute GGZ

De eerste stap is altijd het uitsluiten van acute somatische problematiek. Er wordt beoordeeld of er sprake is van levensbedreigende situaties. Denk hierbij aan problemen met bewustzijn, ademhaling of circulatie, ernstig letsel of (veelvoorkomend) delier. Het uitgangspunt is hierbij: de patiënt is eerst

[24] GGZ Triagewijzer – Acute psychiatrie
[25] Achilles, R.A.,Beerthuis, R.J., Van Ewijk, W.M. en Zoeteman, J.B., 2017. Handboek spoedeisende psychiatrie.

veilig, daarna volgt triage. Bij verdenking van acute somatische problematiek wordt uiteraard verwezen naar de HAP of SEH (112).

Wanneer somatische spoed in de eerste stap is uitgesloten, wordt de melding ingedeeld op ingangsklacht. Op basis van literatuur is dat categorie suïcidaliteit of verward gedrag, zie figuur 34 en figuur 35.

1. Suïcidaal gedrag / zelfgevaar — officiële ingangsklacht

Triage-signalen

- Suïcidegedachten, plan, intentie of concrete voorbereidingen.
- Suïcidepoging, auto-intoxicatie of zelfbeschadiging.
- Dreigende escalatie, hoge wanhoop of onveilige omgeving.

Mogelijke oorzaken / diagnoses

Depressieve stoornis	Bipolaire depressie/gemengd	Psychotische depressie
Psychose met suïcidale inhoud	Persoonlijkheidsproblematiek	Middelenintoxicatie
Middelenonttrekking	Angst/paniek/PTSS	Dissociatie
Aanpassingsstoornis	Psychosociale crisis	ASS/LVB/overvraging
Somatisch/delier/pijn		

Figuur 34 – Ingangsklacht suïcidaal gedrag, inclusief mogelijke oorzaken

2. Verward gedrag — officiële ingangsklacht

Triage-signalen

- Wanen, hallucinaties, desorganisatie of bizar gedrag.
- Desoriëntatie, verwardheid, katatonie of plots ander gedrag.
- Ernstige onrust/opwinding, onvoldoende realiteitscontact of zelfzorgverlies.

Mogelijke oorzaken / diagnoses

Psychotische stoornis	Manie/bipolaire ontregeling	Delier/organisch/dementie
Middelenintoxicatie	Middelenonttrekking	Depressie met psychose
Ernstige agitatie	PTSS/dissociatie	ASS/LVB/overprikkeling
Persoonlijkheidsproblematiek	Hypoglykemie/infectie	Neurologie/medicatiebijwerking
Somatische oorzaak		

Figuur 35 – Ingangsklacht verward gedrag, inclusief mogelijke oorzaken



Tenslotte maakt een veiligheids-as ofwel BVC/veiligheidsrisico (Broset Violence Checklist) ook altijd onderdeel uit van de triageprocedure (zie figuur 36). Dit loopt dwars door beide ingangsklachten heen. Het bepaalt bij een hoog risico ook de inzet van meerdere disciplines, denk aan politie-assistentie, ambulance / SEH, veilige locatie en/of de- escalatie maatregelen vóór beoordeling.



Figuur 36 – Veiligheidsas / BVC

4.5.2 Analyse expert opinion en in kaart brengen complexiteit

De analyse op basis van deskresearch geeft een eerste beeld van de meest voorkomende aanmeldredenen binnen de acute GGZ. Een volgende stap in het aanscherpen en valideren van dit beeld is het combineren van data-analyse met de inzichten uit de praktijk via expert opinion van de geconsulteerde crisisdienstprofessionals (psychiaters en verpleegkundig specialist).

Vanuit de blik van de experts ontstaat een grotendeels herkenbaar en bevestigend beeld. De grootste categorieën binnen de acute GGZ in Kennemerland betreffen suïcidaliteit (veruit het meest voorkomend) en verward gedrag. Deze twee domeinen vormen in de praktijk de kern van de meeste crisisdienstaanmeldingen.

Tegelijkertijd is hierbij een belangrijke kanttekening op zijn plaats: het is in de GGZ in feite niet goed mogelijk om een strikte ‘top 20’ van afzonderlijke klachten te maken. Problematiek binnen de acute GGZ is vrijwel altijd verweven en multifactorieel. Iemand presenteert zich zelden met een op zichzelf staande klacht. Zo gaat suïcidaliteit vaak samen met onderliggende depressieve klachten, middelengebruik of oplopende agressie. Ook kan verward gedrag voortkomen uit bijvoorbeeld middelengebruik, wat vervolgens weer kan leiden tot agressief gedrag. Dit roept direct de vraag op in welke categorie een dergelijke casus thuishoort en wat in dat geval als de primaire ingangsklacht moet worden gezien. Deze verwevenheid is kenmerkend voor de acute GGZ en maakt het labelen en eenduidig categoriseren van problematiek complex.

Bij de twee hoofdingangsklachten (suïcidaliteit en verward gedrag) is er een analyse te maken welke achterliggende oorzaken/diagnoses het meest voorkomen per ingangsklacht. Figuur 37 geeft een korte duiding per oorzaak gebaseerd op de expert opinion. Hierbij moet opgemerkt worden dat niet al deze diagnoses altijd bekend zijn bij de crisisdienst op het moment dat de melding plaats vindt.

Oorzaak / diagnose	Korte duiding
Depressieve stoornis	Vaak via wanhoop, doodswens of poging; verwardheid vooral bij psychotische of ernstige agitatie.
Psychotische depressie	Combinatie van stemming, wanen/schuld/hopeloosheid en mogelijk zelfgevaar.
Psychotische stoornis	Primair vaak verward gedrag; suïcide en agressie afhankelijk van inhoud van wanen, stemmen en context.
Manie / bipolaire ontregeling	Ontremming, prikkelbaarheid, psychose, slaaptekort en risico op escalatie.
Middelenintoxicatie	Kan zelfgevaar, verwardheid en agressie tegelijk geven; altijd somatische veiligheid checken.
Middelenonttrekking	Onttrekkingsdelier, agitatie, insult-/delier-risico; alcohol/benzodiazepinen/GHB belangrijk.
Persoonlijkheidsproblematiek	Emotieregulatiecrisis, zelfbeschadiging, relationele escalatie; dissociatie mogelijk.
Angst / paniek / PTSS	Crisis door paniek, herbeleving, uitputting; soms agitatie of zelfgevaar.
Dissociatie	Kan als verward gedrag of contactverlies binnenkomen; zelfgevaar blijft uitvragen.
Aanpassing / psychosociale crisis	Life-event, verlies, relatie-/systeemcrisis; diagnose vaak pas later duidelijk.
Delier / dementie / organisch	Altijd differentiaal bij plots verward gedrag, ouderen, koorts, trauma of medicatieverandering.
Somatisch / medicatiebijwerking	Hypoglykemie, infectie, neurologie, pijn, endocrien/metabool of medicamenteus beeld.
ASS / LVB / overvraging	Overprikkeling en verlies van overzicht kunnen leiden tot zelfgevaar, verwardheid of agressie.

Figuur 37 – Mogelijke oorzaken van suïcidaal of verward gedrag gebaseerd op expert opinion

Complexiteit

Zowel uit de literatuur, als vanuit de expert opinion blijkt de complexiteit en multifactorialiteit van de ingangsklachten. Wanneer de ingangsklachten gescoord worden volgens de methodiek zoals beschreven in hoofdstuk 3 valt op dat het overgrote deel van de ingangsklachten hoog complex zijn (zie ook figuur 38).

Met name de factor 'urgentie/tijdkritiek' scoort bij vrijwel alle ingangsklachten een 2 ('vaak bepalend'). Gezien het acute gevaar voor de patiënt zelf of de omgeving is dit goed te verklaren. Daarnaast wordt de factor 'complexiteit patiënten' ook voor vrijwel alle ingangsklachten gescoord met een 2 ('vaak bepalend'). Ook dit is in lijn met de expert opinion waarbij aangegeven werd dat vrijwel alle klachten multifactorieel zijn.

De tabel is zo opgebouwd dat er voor suïcide en verward gedrag de (waarschijnlijke) onderliggende diagnose is meegenomen om een zo gericht mogelijk beeld te krijgen. Daarnaast zijn ook andere ingangsklachten meegenomen, waarbij middelengebruik de grootste groep vormt.

Opvallend is dat de ingangsklachten die samenhangen met een psychosociale crisis, somatische oorzaak, of terugval van een bekende ernstige psychische aandoening (EPA) een minder grote groep vormen, die ook als minder complex worden aangemerkt.

De percentages zoals genoemd in de tabel betreffen een inschatting van hoe vaak de betreffende ingangsklacht gepresenteerd wordt bij de acute GGZ. Wat hierbij opvalt is dat deze percentages niet

optellen tot 100%. Ook dit geeft aan hoe sterk de samenhang is tussen verschillende klachten. Cliënten presenteren zich namelijk vaak met meerdere (overlappende) klachten tegelijkertijd, waardoor één persoon in meerdere categorieën kan vallen (bijvoorbeeld zowel angst en paniek als depressieve klachten). Hierdoor tellen de percentages niet op tot 100%.

Ingangsklacht / diagnose			Complexiteitsdimensies					Complexiteitsanalyse			
Ingangsklacht	Oorzaak onderliggend	Insch. %	T	D	P	Z	O	Score	# ≥1	# 2	Complexi-teitstype
Suicide	Depressieve stoornis en psychotische depressie	50%	2	2	2	1	2	9	5	4	Hoog complex
Suicide	Angst & paniek	30%	2	1	2	1	2	8	5	3	Hoog complex
Suicide	Aanpassingsstoornis (ook psycosociale crisis)	20%	2	1	2	2	2	9	5	4	Hoog complex
Suicide	PTSS - dissociatie/traumagerelateerde crisisklachten	20%	2	1	2	1	2	8	5	3	Hoog complex
Suicide	ASS/LVB overbevraging bij life event	20%	2	2	2	2	2	10	5	5	Hoog complex
Verward gedrag	psychotische stoornis	40%	2	2	2	2	1	9	5	4	Hoog complex
Verward gedrag	middelenintoxicatie	25%	2	1	2	2	2	9	5	4	Hoog complex
Verward gedrag	manische ontregeling	25%	2	2	2	2	1	9	5	4	Hoog complex
Verward gedrag	delier/dementie	20%	2	2	2	0	0	6	3	3	Hoog complex
Verward gedrag	ASS/LVB overbevraging bij life event	20%	2	2	2	1	2	9	5	4	Hoog complex
Middelengebruik	acute psychiatrische ontregeling door invloed van middelen of door onttrekking van middelen	50%	2	1	2	1	2	8	5	3	Hoog complex
Persoonlijkheidsproblematiek	acute ontregeling	20%	2	1	2	2	1	8	5	3	Hoog complex
Maatschappelijke overlast/melding verward...	Terugval bekende EPA of middelengebruik	30%	2	1	2	2	1	8	5	3	Hoog complex
Zelfverwaarlozing met gevaar voor zichzelf of anderen		5%	2	1	2	0	0	5	3	2	Hoog complex
Psychosociale crisis		2%	1	1	1	0	0	3	3	0	Matig complex
Somatische oorzaak		2%	1	1	1	0	0	3	3	0	Matig complex
Medicatieontrouw of terugval bekende EPA		1%	1	1	1	0	0	3	3	0	Matig complex

Figuur 38 – Complexiteitsanalyse ingangsklachten acute GGZ

Concluderend zijn het overgrote deel van de ingangsklachten van de acute GGZ hoog complex, sterk samenhangend en moeilijk van elkaar te scheiden. Specifieke kennis van de onderliggende ziektebeelden is belangrijk om te komen tot een goede behandeling.

4.5.3 Aandachtspunten voor vervolg / kansen

Mensen die zich melden bij, danwel doorverwezen worden naar de crisisdienst, worden op basis van de bestaande triagemethode al zeer zorgvuldig beoordeeld. Gezien de aard en de complexiteit van de klachten, en de minder overlappende expertise van de andere domeinen in de acute keten is er mogelijk minder ruimte voor taakherschikking of het anders inrichten van de keten. Eventueel kan de inzet en expertise van de POH GGZ of SPV'er van de acute VVT van betekenis zijn. Tevens zitten er mogelijk kansen in het creëren van taakherschikking binnen de GGZ-keten van de ene functionaris naar de andere, bijvoorbeeld van de psychiater naar de verpleegkundig specialist.



Daarnaast liggen er duidelijke kansen op het gebied van kennis, scholing en taakroulatie. Zowel binnen de crisisdienst op het gebied van somatiek, als in de andere domeinen over psychiatrie. Zo kan het versterken van kennis bij SEH-personeel over psychiatrische klachtenbeelden (zoals middelenmisbruik en intoxicaties) bijdragen aan betere herkenning. Ook is de expertise van de beroepen als POH GGZ of SPV'er telefonisch (denk aan HAP, meldkamer) of fysiek (SEH, VVT) goed breder inzetbaar in de acute keten. Zeker deze laatste partij kan interessant zijn, daar er uit landelijke data (Vektis, 2023[26]) naar voren komt dat 53% van de aanmeldingen bij de acute GGZ vanuit de huisarts/HAP komt.

[26] Acute zorg | Gebruik | Crisisdienst ggz | Volksgezondheid en Zorg

5. Conclusies en discussie

5.1 Conclusies

Zoals in paragraaf 1.2 beschreven vormt dit rapport de eerste stap in de driedeling van ingangsklachten, naar competenties, naar taakroulatie, taakherschikking en EPA's. Met dit eerste rapport is de vraagkant van de acute zorg in Kennemerland per domein in beeld gebracht.

Voor alle vijf domeinen is een top 20 opgesteld of, waar een exacte top 20 niet passend of beschikbaar was, een zo goed mogelijk onderbouwd overzicht gemaakt van de meest voorkomende acute zorgvragen. Daarmee zijn voor SEH, HAP, RAV, acute VVT en acute GGZ de eerste inhoudelijke haakjes gelegd voor het tweede rapport: de vertaling van ingangsklachten naar competenties, taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden.

Een belangrijke conclusie is dat het kiezen van het juiste aggregatieniveau complex is. Ingangsklachten worden niet overal op dezelfde manier vastgelegd. Soms is een echte triage-ingangsklacht beschikbaar, soms moet worden gewerkt met ICPC-codes, ICD-10-codes, DBC/diagnosegroepen, ProQA-categorieën, werkdiagnoses of expertduiding. De bruikbaarheid van data hangt daardoor niet alleen af van wat beschikbaar is, maar vooral van de vraag of het niveau voldoende specifiek is voor vervolgstappen rond opleiden en taakverschuiving.

Voor de analyse van complexiteit is in dit rapport een methode ontwikkeld met vijf dimensies: tijdkritiek/urgentie, diagnostische onzekerheid, patiëntcomplexiteit, zorgcoördinatie/zorgcontext en zorgexpertise/opschaling. Deze methode bleek in de verdiepende gesprekken met professionals goed bruikbaar. Zij hielp om niet alleen te bepalen dát een patiëntgroep complex is, maar vooral waardoor die complexiteit ontstaat en welke variabelen binnen een patiëntgroep bepalend zijn.

Urgentie is in vrijwel alle domeinen te herleiden naar of te verbinden met de Nederlandse Triage Standaard. Tegelijkertijd bleek urgentiedata niet altijd goed te koppelen aan het juiste aggregatieniveau van ingangsklachten. Waar dat niet mogelijk was, is urgentie alsnog inhoudelijk meegenomen via de complexiteitsanalyse via de dimensie tijdkritiek.

Het rapport laat daarnaast duidelijke verschillen zien in registratie van vergelijkbare klachten. Dat is zichtbaar bij de SEH's in vrije tekst en diagnosegroepen, bij de HAP's in verschillen tussen ICPC-codes en lokale registratiekeuzes, en bij VVT en GGZ waar nog geen goede datasets beschikbaar zijn voor een volledige regionale data-analyse. Een nadere analyse van deze registratieverschillen per domein valt buiten de scope van dit rapport, maar biedt wel waardevolle aanknopingspunten voor kwaliteitsverbetering en procesharmonisatie in elk domein.

Tot slot vormt dit rapport een stevige onderlegger voor de volgende stap. Op basis van de top 20 per domein, de urgentieprofielen en de complexiteitsduiding kan in het tweede rapport gericht worden onderzocht welke ingangsklachten het meest kansrijk zijn voor modulair opleiden, taakverschuiving, taakherschikking of betere regionale samenwerking.

5.2 Discussie

Dit rapport volgt geen wetenschappelijke methode. Het is wel een zorgvuldig uitgedacht en pragmatisch proces waarin deskresearch, beschikbare data en expert opinion zijn gecombineerd om tot een overzicht te komen dat zo goed mogelijk aansluit op de praktijksituatie in Kennemerland.

De uitkomsten moeten worden gelezen als een momentopname. Registratiesystemen, werkwijzen en lokale afspraken kunnen veranderen. Tegelijkertijd is de verwachting dat de grote lijnen van de meest voorkomende acute zorgvragen over de jaren heen relatief stabiel blijven, zeker voor grote groepen klachten zoals letsel, buikklachten, pijn op de borst, benauwdheid, valincidenten, suïcidaliteit en verward gedrag.

Het landelijke beeld zal naar verwachting niet wezenlijk anders zijn dan het regionale beeld in Kennemerland. De belangrijkste klachtgroepen komen terug in landelijke bronnen en sluiten aan bij de praktijkervaring van professionals. Wel kunnen lokale verschillen in populatie, organisatie van zorg, registratiepraktijk en regionale werkafspraken invloed hebben op de exacte volgorde en duiding.

Een beperking is dat de beschikbare data per domein sterk verschilt. Bij sommige domeinen kon goed worden aangesloten op bestaande registraties, terwijl bij andere domeinen gewerkt werd vrije tekst-registratie of minimale datasets. De expertinschattingen waren in dat geval nodig om tot een gedragen en eenduidig beeld te komen. Daardoor zijn de top 20 lijsten niet overal op dezelfde manier tot stand gekomen en zijn ze niet één-op-één vergelijkbaar.

Ook kosten bleken beperkt bruikbaar als sturende bril voor taakverschuiving. Kosten zijn per domein anders opgebouwd en vaak pas achteraf gekoppeld aan diagnose, inzet, contactvorm of vervolgtraject. Voor de vervolgstappen zijn volume, urgentie, complexiteit en benodigde competenties daarom relevanter dan een exacte kostprijs per ingangsklacht.

6. Bijlagen

6.1 - Vijf complexiteitsdimensies van acute zorg voor een verdiepend gesprek

6.2 - Extra HAP analyse alleen consulten en visites

6.3 - Afkortingen en begrippen

6.1 - Vijf complexiteitsdimensies van acute zorg voor een verdiepend gesprek

6.1.1 Waarom complexiteit moeilijk eenduidig te meten is

Complexiteit in de zorg laat zich maar beperkt vangen in één dimensie of één getal. Een patiënt kan medisch urgent zijn, maar qua (aan te leren) beroepsactiviteit eenvoudig, denk aan een allergische reactie of flinke snijwond. Of de patiënt lijkt somatisch overzichtelijk, maar wordt toch complex door kwetsbaarheden, beperkte zelfregie, een onveilige thuissituatie of onduidelijke regie bovenop die simpele urineweginfectie of gebroken pols. *Complexiteit ontstaat dus niet alleen uit de aandoening zelf, maar uit de wisselwerking tussen patiënt, klacht, professional, organisatie en zorgsysteem.*[27]

Dat maakt het meten van complexiteit extra lastig wanneer de methode domeinoverstijgend moet werken. In dit traject gaat het niet alleen om somatische spoedzorg of om de vraag of de tweedelijn nodig is. De methode moet bruikbaar zijn voor de acute huisartsenzorg, de SEH, de RAV, de VVT en de GGZ. In die domeinen krijgt complexiteit telkens een andere verschijningsvorm: tijdkritiek bij een vitaal bedreigde patiënt, diagnostische onzekerheid bij aspecifieke klachten, zorgcontext bij een kwetsbare oudere, of veiligheid en ketensamenwerking bij een psychiatrische crisis.[28]

Een belangrijke keuze is daarom om complexiteit niet te definiëren als eigenschap van één klacht of diagnose, maar als *een profiel van factoren die de beoordeling, het beleid, de overdracht of de opschaling beïnvloeden*. Dat past bij de literatuur over patiëntcomplexiteit, waarin steeds terugkomt dat co morbiditeit, functionele beperkingen, sociale factoren, gedragsmatige factoren, zorgcoördinatie en draaglast van zorg samen bepalen hoe complex een situatie wordt.[29]

Ook bestaande meetinstrumenten lossen dit niet volledig op. Reviews over complexiteit in de eerste lijn laten zien dat er verschillende instrumenten bestaan, maar dat een algemeen toepasbare standaard ontbreekt. Juist daarom is gekozen voor een transparante expertmethode: niet om complexiteit exact te meten, maar om haar systematisch, navolgbaar en vergelijkbaar te duiden per ingangsklacht/diagnose[30].

6.1.2. Van bronnen en richtlijnen naar vijf complexiteitsdimensies

Tegelijk is het voor dit rapport belangrijk om voor alle domeinen de top 20 hetzelfde te duiden, telkens langs dezelfde medische meetlat en andere dimensies. Daarom zijn er vijf dimensies afgeleid uit drie soorten bronnen: professionele standaarden voor somatische acute zorg, standaarden en modules voor acute psychiatrie en handreikingen voor spoed- en crisiszorg in de VVT. De Nederlandse Triage Standaard en de NHG-ABCDE-benadering benadrukken toestandsgericht denken, vitale bedreiging, alarmsignalen, urgentie en vervolgactie. Dat vormt de basis voor de dimensie tijdkritiek / urgentie.

Voor de GGZ is de zorgstandaard Acute psychiatrie relevant, omdat deze niet alleen urgentie beschrijft, maar ook crisis, gevaarelementen, de-escalatie, overdracht, en samenwerking tussen ketenpartners. De generieke module Acute psychiatrie maakt bovendien zichtbaar dat psychiatrische ontregeling vaak samen kan lopen met somatiek, middelengebruik of verslavingsproblematiek.[31] [32]

---

[27] https://pure.eur.nl/ws/portalfiles/portal/195668751/What_makes_patients_in_primary_care_complex_A_scoping_review_combined_with_a_focus_group_analysis.pdf
[28] Defining Patient Complexity From the Primary Care Physician's Perspective: A Cohort Study
[29] NICE guideline NG56 - Multimorbidity: clinical assessment and management.
[30] Zie bijvoorbeeld: Measuring complexity in primary care: scoping review: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36498188/
[31] GGZ Standaarden - Acute psychiatrie. https://www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/acute-psychiatrie
[32] Zie: Generieke module Acute psychiatrie

Voor de VVT is de Verenso-handreiking gebruikt, omdat een acute situatie (crisis) daar niet alleen wordt opgevat als een medische gebeurtenis. Een crisissituatie kan ook ontstaan vanuit de context van de patiënt of doordat de huidige verblijfplaats, mantelzorg of ambulante begeleiding niet meer toereikend is om verantwoorde medische zorg, verpleging, verzorging of veiligheid te bieden. Daarmee wordt de 'zorgcontext' ook een belangrijke bron van complexiteit. [33] [34]

Deze bronnen leiden samen tot vijf dimensies. Figuur A legt deze dimensies vast als onderlegger voor het vraag-antwoordgesprek met professionals en experts. De top 20 ingangsklachten of diagnosegroepen die in elk gesprek worden besproken, komen vooraf uit de data-analyse en bureaustudie. Om de top 20 ofwel de 'rangorde in aantallen' verder te duiden voegt deze methode hier een gestructureerde, inhoudelijke en contextuele duiding van complexiteit aan toe.

	Dimensie	Definitie	Complexiteitsdimensie en voorbeelden
T	**Tijdkritiek / urgentie**	Er is sprake van bedreigde vitale functies, alarmsymptomen of een reëel risico op schade bij uitstel.	**Tijd en risico op schade maken complex.** Voorbeelden: ABCD-problemen, ernstige benauwdheid, bewustzijnsdaling, neurologische uitval, collaps, sepsisverdenking, hevige pijn, ernstige dehydratie, acute verwardheid of snelle functionele achteruitgang (VVT), acute suïcidaliteit of gevaar voor anderen (GGZ).
D	**Diagnostische onzekerheid**	De klacht, het gedrag of het beloop past niet goed in één standaardprotocol of één duidelijke diagnose.	**Onzekerheid over oorzaak of ernst maakt complex.** Voorbeelden: algehele malaise, vallen zonder duidelijke oorzaak, koorts zonder focus, verminderde intake, onbegrepen pijn, buikpijn bij kwetsbare ouderen, functionele achteruitgang, onrust of verwardheid waarbij somatiek, delier, medicatie, middelengebruik en psychiatrie door elkaar kunnen lopen.
P	**Patiëntcomplexiteit**	De patiënt heeft kenmerken waardoor een relatief gewone klacht meer risico geeft, moeilijker te beoordelen is of lastiger veilig op te volgen is.	**De patiënt als geheel maakt complex.** Voorbeelden: multimorbiditeit, polyfarmacie, antistolling, insuline, nierfunctiestoornis, hartfalen, COPD, kwetsbaarheid, dementie, delier-risico, ondervoeding, immobiliteit, valrisico, ernstige psychiatrische aandoening, verslaving, beperkt ziekte-inzicht, zorgmijding, taalbarrière of verminderde communicatie.
Z	**Zorgcoördinatie / zorgcontext**	De zorgvraag is verweven met meerdere zorg- of welzijnsdomeinen, of de huidige omgeving kan de benodigde zorg niet veilig dragen.	**Regie, continuïteit en zorgomgeving maken complex.** Voorbeelden: meerdere betrokken domeinen, onduidelijke hoofdbehandelaar, onvolledige overdracht, overbelaste mantelzorg, onvoldoende toezicht, medicatie niet veilig uitvoerbaar, VVT-locatie die benodigde observatie niet kan leveren, of onduidelijke regie tussen huisarts, HAP, crisisdienst, FACT/IHT en naasten.
O	**Zorgexpertise / opschaling**	De patiënt heeft expertise, diagnostiek, behandeling, toezicht of besluitvorming nodig buiten de gebruikelijke routine of het standaardprotocol.	**Benodigde expertise, voorzieningen of besluitvorming maken complex.** Voorbeelden: spoedlab, ECG-beoordeling, beeldvorming, monitoring, intraveneuze behandeling, opname, specialistische beoordeling, medische diagnose, voorschrift, behandelgrens, wilsbekwaamheid, crisisdienst, psychiater, Wvggz-afweging of opname-indicatie.

Figuur A – Overzicht van de complexiteitsdimensies met toelichting

[33] Verenso - Spoed-/crisisopnames in het verpleeghuis
[34] Verenso - Handreiking Spoed-/crisisopnames in het verpleeghuis



6.1.3 Verdieping van de top 20: het vraag-antwoordgesprek met professionals

Figuur B vertaalt de dimensies naar vijf simpele vaste scorevragen. Voor elke ingangsklacht of diagnosegroep worden steeds dezelfde vijf vragen gesteld. Daardoor wordt het gesprek gestructureerd en vergelijkbaar: professionals beoordelen niet 'complexiteit in het algemeen', maar maken per dimensie expliciet welke factoren bij deze klacht of diagnosegroep meespelen of welke subgroepen ze vaak tegenkomen binnen die klacht waardoor de relatieve complexiteit kan toenemen.

Dimensie	Scorevraag
Tijdkritiek / Urgentie [35]	In welke mate/frequentie is snelheid van beoordeling of interventie bepalend om schade te voorkomen?
Diagnostische onzekerheid	In welke mate/frequentie zijn onzekerheid over oorzaak of ernst en de noodzaak tot klinisch redeneren bepalend?
Patiëntcomplexiteit	In welke mate/frequentie zijn patiëntkenmerken bepalend voor risico, beoordeling of beleid?
Zorgcoördinatie / zorgcontext	In welke mate/frequentie zijn overdracht, regie of zorgcontext bepalend?
Zorgexpertise / opschaling	In welke mate/frequentie zijn extra expertise, diagnostiek, artsbeoordeling, specialistische beoordeling of opname bepalend?

Figuur B – Scorevragen per complexiteitsdimensie

Elke vraag wordt gescoord op een schaal van 0 tot 2 in figuur C. De schaal is bewust eenvoudig gehouden. Een ja/nee-score is te grof, omdat dan het verschil verdwijnt tussen incidentele complexiteit en complexiteit die standaard moet worden meegewogen. Een fijnmaziger schaal zou juist schijnprecisie kunnen geven. De 0-1-2-schaal is daarom hanteerbaar in een expertgesprek en dwingt na een keuze tot het benoemen van de belangrijkste redenering.

Score 0-1-2	Toelichting	Doorvraag
0 - Niet bepalend	Deze dimensie is meestal niet sturend voor de beoordeling of het beleid.	Waarom is deze dimensie meestal niet bepalend?
1 - Soms bepalend	Deze dimensie kan de beoordeling of het beleid beïnvloeden en moet actief worden meegewogen, maar is meestal niet leidend.	Wanneer, bij welke patiënten of in welke situaties wordt deze dimensie wél bepalend?
2- Vaak bepalend	Deze dimensie is vaak of structureel sturend voor beoordeling, beleid, veiligheid, overdracht of opschaling. Moet standaard expliciet worden meegenomen.	Waarom moet deze dimensie standaard worden meegenomen in beoordeling of beleid?

Figuur C – Scoringstabel complexiteitsdimensies

De toelichting bij iedere score via de 'doorvraag' mag heel kort zijn, maar is net zo belangrijk als de score zelf. Bij score 0 wordt vastgelegd waarom een dimensie meestal niet zo bepalend is. Bij score 1 wordt vastgelegd wanneer, bij welke (sub)groep patiënten of in welke situaties de dimensie wél belangrijk wordt. Bij score 2 wordt vastgelegd waarom de dimensie standaard moet worden meegenomen in beoordeling of beleid. Zo ontstaat niet alleen een cijfermatige indeling, maar ook een inhoudelijke onderbouwing per ingangsklacht/diagnose.

[35] Urgentie kan ook uit de data gehaald worden, waarbij er een 0, 1, of 2 wordt toegekend op basis van de aantallen U1 t/m U5. Voor duiding moet nog steeds de 'doorvraag' gesteld worden.

6.1.4 Vastlegging in de scoretabel

Vervolgens wordt de expertbeoordeling vastgelegd. Per ingangsklacht of diagnosegroep worden de vijf dimensies kort gescoord. Daarnaast zijn er toelichtingen per dimensie. De toelichting uit het gesprek legt vast waarom een score is gekozen en welke voorbeelden of argumentatie daarbij bepalend waren.

Deze toelichtingen zijn belangrijk, omdat dezelfde totaalscore verschillende betekenissen kan hebben. Eén score 2 op de vijf dimensies en verder nullen betekent iets anders dan vijf keer score 1. In het eerste geval is er één dominante complexiteitsdimensie; in het tweede geval is de complexiteit breed verspreid over meerdere dimensies. De scoretabel maakt beide patronen zichtbaar (zie figuur D).

Samengestelde kolom	Berekening	Betekenis
Totaalscore	Som van de vijf dimensies T, D, P, Z en O.	Geeft een globale indruk van de verwachte complexiteitslast.
Aantal dimensies ≥1	Telt hoeveel dimensies een score 1 of 2 krijgen.	Geeft de breedte van complexiteit weer: speelt complexiteit in één domein of in meerdere domeinen?
Aantal score 2	Telt hoe vaak een dimensie als 'vaak bepalend' is gescoord.	Geeft aan hoeveel dominante complexiteitsdimensies aanwezig zijn.

Figuur D – Scoretabel complexiteitsdimensiesmet toelichting

Na het scoren en verzamelen van de inhoudelijke onderbouwing per ingangsklacht/diagnose wordt dit verwerkt in een matrix die de basis vormt voor kwantitatieve en kwalitatieve beoordeling van de top 20 aan de hand van complexiteit.

6.1.5 NTS classificatie data gebruiken voor dimensie tijdkritiek / urgentie

Voor de dimensie tijdkritiek / urgentie gebruiken we indien beschikbaar de NTS-urgentieclassificatie als een objectief data-anker. De NTS is een triagestandaard voor de gehele acute zorgketen en veel van de organisaties in Kennemerland. Het ondersteunt professionals bij het bepalen van urgentie en vervolgactie. De NTS beschrijft urgentie niet als diagnose, maar als toestandsbeeld: *hoe snel* moet een patiënt beoordeeld worden om schade te voorkomen? Dat sluit goed aan bij onze scorevraag: '*In welke mate is snelheid van beoordeling of interventie bepalend* om schade te voorkomen?'

De vertaling naar 0-1-2 score volgt de inhoudelijke opbouw van de NTS. **U0, U1 en U2** worden gekoppeld aan score **'2 - vaak bepalend'**, omdat hier sprake is van uitval of bedreiging van vitale functies, levensbedreiging of spoed binnen korte termijn. In deze categorie is snelheid een bepalende factor in veilige beoordeling en behandeling. **U3** wordt gekoppeld aan score **'1 - soms bepalend'**, omdat er wel een reële kans op schade is, maar doorgaans binnen een ruimer tijdsvenster. **U4 en U5** worden gekoppeld aan score **'0 - niet bepalend'**, omdat de NTS deze categorieën duidt als niet dringend of advies zonder acute kans op schade. Bij meerdere classificaties kan er een gewogen gemiddelde gemaakt worden om mee te laten wegen in complexiteit. De urgentieklassen blijven op zichzelf belangrijke datapunten en verdelingen als afzonderlijke bril.

In het expertinterview blijft de professional leidend: de vertaalde NTS-classificatie ondersteunt het gesprek, maar de expert kan gemotiveerd een andere score toekennen. Dat past ook bij de NTS zelf, waarin staat dat de zorgprofessional de uiteindelijke urgentie en vervolgactie bepaalt op basis van de context van de patiënt.

6.1.6 Vijf complexiteitstypen

Om te komen tot een oordeel is alleen optellen onvoldoende. Een lage totaalscore kan toch betekenen dat een ingangsklacht op één cruciale dimensie structureel lastig of risicovol is. Omgekeerd kan een middelhoge totaalscore voortkomen uit meerdere kleinere aandachtspunten zonder dat één dimensie dominant is. Daarom is naast de totaalscore gekozen voor vijf interpretaties van complexiteitstypen: laag complex, smal complex, matig complex, breed complex en hoog complex.

De indeling gebruikt drie kenmerken van de score: *zwaarte, dominantie en breedte*. Zwaarte wordt weergegeven door de totaalscore. Dominantie wordt weergegeven door het aantal dimensies met score 2. Breedte wordt weergegeven door het aantal dimensies met score 1 of 2. Samen geven deze drie kenmerken meer informatie dan de totaalscore alleen (zie figuur E).

Complexiteitstype	Regel	Betekenis
Laag complex	Totaal 0-2 én geen score 2	Meestal routinematig, met weinig bepalende complexiteitsfactoren.
Smal complex	Totaal 0-3 én minimaal één score 2	Eén dimensie is duidelijk bepalend, ondanks een lage totaalscore.
Matig complex	Totaal 3-5 en maximaal één score 2	Er zijn regelmatig aandachtspunten, afhankelijk van patiënt of situatie.
Breed complex	Minimaal vier dimensies scoren 1 of 2	De complexiteit zit verspreid over meerdere domeinen.
Hoog complex	Totaal ≥6 of minimaal twee scores 2	Meerdere dimensies zijn bepalend voor beoordeling of beleid.

Figuur E – Toelichting van de vijf complexiteitstypen

In de praktijk wordt het complexiteitstype het best in een vaste volgorde afgeleid: eerst hoog complex, daarna breed complex, vervolgens smal complex, daarna matig complex en tenslotte laag complex. Dat voorkomt overlap wanneer een profiel aan meerdere regels lijkt te voldoen. Zo krijgt iedere ingangsklacht/diagnose één helder hoofdlabel.

De categorie “smal complex” is toegevoegd, omdat een totaal van 2 niet altijd laag complex betekent. Als die 2 bijvoorbeeld volledig komt door tijdkritiek of opschaling, is één dimensie zó belangrijk dat zij standaard gemarkeerd moet worden. De categorie “breed complex” is toegevoegd, omdat een klachtgroep met meerdere score-1-dimensies niet altijd hoog scoort, maar wel veel verschillende aandachtspunten vraagt. Voor toekomstige taakverdeling en scholing zijn beide patronen inhoudelijk relevant.

6.1.7 Betekenis voor functiedifferentiatie en scholing

De praktische waarde van de methode ligt niet in het produceren van een perfecte score, maar in het zichtbaar maken van welke soort complexiteit de grootste ingangsklachten/diagnoses met zich meebrengen. Als een klachtgroep vooral hoog scoort op tijdkritiek en opschaling, vraagt dat om andere competenties dan een klachtgroep die vooral scoort op patiëntcomplexiteit en zorgcontext.

Bij de eerste categorie ligt het accent op snelle signalering, acute beoordeling, escalatie en het tijdig inschakelen van de juiste expertise. Bij de tweede categorie ligt het accent eerder op klinisch overzicht, herkennen van kwetsbaarheid, communicatie, overdracht, zorgcoördinatie en het organiseren van veilige vervolgzorg. Daarmee kan de methode richting geven aan toekomstige taakroulatie, functiedifferentiatie en gerichte bijscholing van professionals.



De methode helpt om niet alleen te zeggen dát een klachtgroep complex is, maar *vooral waarin of waarom* zij complex is. Dat maakt de uitkomsten bruikbaar voor vervolgkeuzes: welke ingangsklachten zijn geschikt voor afhandeling in een ander domein, waar is aanvullende training nodig of waar moet altijd een arts, psychiater of SO betrokken kunnen worden.

6.1.8 Geen exacte wetenschap, wel een gestructureerde benadering

Deze methode is nadrukkelijk geen exacte wetenschap. Daarvoor is complexiteit te dynamisch, te contextgevoelig en te afhankelijk van de interactie tussen patiënt, professional, organisatie en zorgsysteem. De score vervangt daarom geen klinisch oordeel, triage-instrument, richtlijn of regionale werkafspraak.

De methode is wel een zo goed mogelijke, systematische benadering. Zij combineert data-analyse en bureaustudie met gestructureerde professionele duiding. De scores maken verschillen tussen ingangsklachten zichtbaar; het doorvragen legt de redenering vast; de complexiteitstypen helpen om de uitkomsten te vertalen naar bruikbare categorieën voor analyse, scholing en inrichting van zorgprocessen.

Daarmee ontstaat een praktisch fundament voor vervolgstappen rond taakroulatie en functiedifferentiatie. Professionals kunnen worden bijgeschoold op de grootste ingangsklachten, maar dan niet alleen op basis van volume. De methode maakt zichtbaar of verdere scholing of training vooral moet gaan over een specifieke urgentieherkenning, diagnostisch redeneren coördinatietaken of opschalingsbesluiten. Daarin zit voor zorgcoördinatie de toegevoegde waarde van het werken met deze complexiteitsprofielen.

Voorbeelden van de ingevulde complexiteitsanalyse (zie figuur F en figuur G)

Scorelijst

Ingangsklacht / diagnose		Complexiteitsdimensies					Complexiteitsanalyse			
Ingangsklacht / diagnosegroep	ICD-10	Tijdkritiek / urgentie	Diagnostische onzekerheid	Patiënt complexiteit	Zorgcoördinatie / zorgcontext	Zorgexpertise / opschaling	Totaal Score	# ≥1	# 2	Complexiteitstype
		T	D	P	Z	O				
Polsletsel / radiusfractuur	S52.5	0	0	1	0	1	2	2	0	Laag complex
Anafylaxie / ernstige allergische reactie	T78.2	2	0	0	0	1	3	2	1	Smal complex
Hoofdletsel / commotio cerebri	S06.0	1	1	2	1	2	7	5	2	Hoog complex

Figuur F – Voorbeeld complexiteitsanalyse

Scorelijst

Ingangsklacht / diagnose		Toelichting per dimensie				
Ingangsklacht / diagnosegroep	ICD-10	tijdkritiek / urgentie	diagnostische onzekerheid	patiëntcomplexiteit	zorgcoördinatie / zorgcontext	zorgexpertise / opschaling
Polsletsel / radiusfractuur	S52.5	Meestal geen directe schade bij korte vertraging.	Diagnose vaak gericht op letsel/röntgen.	Oudere patiënt, valoorzaak of antistolling kan beleid beïnvloeden.	Meestal duidelijke route.	Soms röntgen, repositie of verwijzing nodig.
Anafylaxie / ernstige allergische reactie	T78.2	Snelle interventie is bepalend om schade te voorkomen.	Bij duidelijk beeld meestal beperkt diagnostisch onzeker.	Patiëntfactoren meestal niet leidend voor complexiteit.	Meestal eenduidig acuut zorgpad.	Artsbeoordeling of acute medicatie kan nodig zijn.

Figuur G – Voorbeeld complexiteitsanalyse toelichting per dimensie

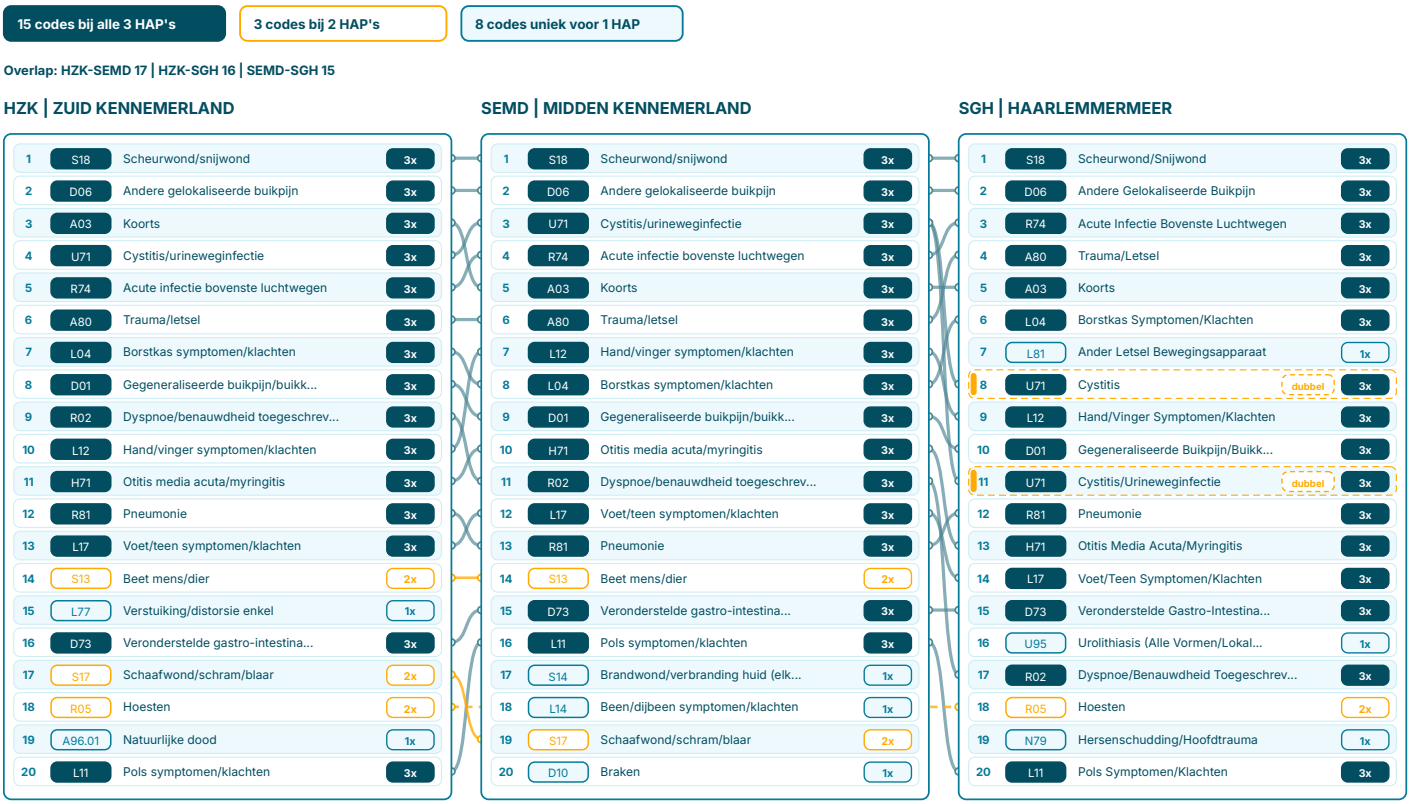


6.2 Extra HAP analyse alleen consulten en visites

In de projectgroep HAP's werd verzocht om tevens alleen naar de consulten/visites te kijken en niet naar het totale aantal contacten. Reden hiervoor was dat het doel van dit project is om te kijken welke ingangsklachten mogelijk door een andere zorgverlener overgenomen kunnen worden. De telefonische triage zou je dan kunnen excluderen, omdat dit altijd door een triagist uitgevoerd wordt.

Deze suggestie is tijdens de complexiteitsanalyse getoetst bij de medisch managers. Zij gaven aan niet enkel de focus te leggen op consulten/visites en als basis de volledige registratie aan te houden. Als bij een klacht in de top 20 een grote groep urgentieklasse U5 heeft, is het namelijk ook interessant om te kijken of dat proces op een andere manier of via andere route afgehandeld kan worden, zodat dit minder belasting geeft voor de triagist.

Bij de data-analyse vormt het totale aantal consulten de basis, maar wordt ook de top 20 van alleen consulten/visites meegenomen om de verschillen in kaart te brengen. Figuur H laat de top 20 ingangsklachten van alleen consulten/visites zien van de 3 HAP's.



Figuur H - Vergelijking top 20 ICPC-codes van alleen consulten/visites

Nieuwe ingangsklacht in de consulten/visites top 20

Reeds aanwezig in top 20 alle consulten

Top 20 per HAP

HZK | ZUID KENNEMERLAND

#	ICPC	Ingangsklacht	%
1	S18	Scheurwond/snijwond	6,8%
2	D06	Andere gelokaliseerde buikpijn	4,1%
3	A03	Koorts	3,5%
4	U71	Cystitis/urineweginfectie	3,4%
5	R74	Acute infectie bovenste luchtwegen	3,2%
6	A80	Trauma/letsel	2,3%
7	L04	Borstkas symptomen/klachten	2,3%
8	D01	Gegeneraliseerde buikpijn/buikkrampen	1,9%
9	R02	Dyspnoe/benauwdheid toegeschreven aan luc...	1,8%
10	L12	Hand/vinger symptomen/klachten	1,8%
11	H71	Otitis media acuta/myringitis	1,6%
12	R81	Pneumonie	1,6%
13	L17	Voet/teen symptomen/klachten	1,4%
14	S13	Beet mens/dier	1,3%
15	L77	Verstuiking/distorsie enkel	1,2%
16	D73	Veronderstelde gastro-intestinale infectie	1,1%
17	S17	Schaafwond/schram/blaar	1,1%
18	R05	Hoesten	1,0%
19	A96.01	Natuurlijke dood	1,0%
20	L11	Pols symptomen/klachten	1,0%

SEMD | MIDDEN KENNEMERLAND

#	ICPC	Ingangsklacht	%
1	S18	Scheurwond/snijwond	6,9%
2	D06	Andere gelokaliseerde buikpijn	4,2%
3	U71	Cystitis/urineweginfectie	4,0%
4	R74	Acute infectie bovenste luchtwegen	2,8%
5	A03	Koorts	2,8%
6	A80	Trauma/letsel	2,3%
7	L12	Hand/vinger symptomen/klachten	2,3%
8	L04	Borstkas symptomen/klachten	2,1%
9	D01	Gegeneraliseerde buikpijn/buikkrampen	1,6%
10	H71	Otitis media acuta/myringitis	1,6%
11	R02	Dyspnoe/benauwdheid toegeschreven aan luc...	1,5%
12	L17	Voet/teen symptomen/klachten	1,4%
13	R81	Pneumonie	1,4%
14	S13	Beet mens/dier	1,1%
15	D73	Veronderstelde gastro-intestinale infectie	1,1%
16	L11	Pols symptomen/klachten	1,1%
17	S14	Brandwond/verbranding huid (elke graad)	1,1%
18	L14	Been/dijbeen symptomen/klachten	1,0%
19	S17	Schaafwond/schram/blaar	1,0%
20	D10	Braken	0,9%

SGH | HAARLEMMERMEER

#	ICPC	Ingangsklacht	%
1	S18	Scheurwond/Snijwond	6,4%
2	D06	Andere Gelokaliseerde Buikpijn	4,2%
3	R74	Acute Infectie Bovenste Luchtwegen	3,3%
4	A80	Trauma/Letsel	3,1%
5	A03	Koorts	2,9%
6	L04	Borstkas Symptomen/Klachten	2,4%
7	L81	Ander Letsel Bewegingsapparaat	2,2%
8	U71	Cystitis	1,9%
9	L12	Hand/Vinger Symptomen/Klachten	1,9%
10	D01	Gegeneraliseerde Buikpijn/Buikkrampen	1,8%
11	U71	Cystitis/Urineweginfectie	1,8%
12	R81	Pneumonie	1,7%
13	H71	Otitis Media Acuta/Myringitis	1,6%
14	L17	Voet/Teen Symptomen/Klachten	1,4%
15	D73	Veronderstelde Gastro-Intestinale Infectie	1,4%
16	U95	Urolithiasis (Alle Vormen/Lokalisaties)	1,3%
17	R02	Dyspnoe/Benauwdheid Toegeschreven Aan Luc...	1,2%
18	R05	Hoesten	1,2%
19	N79	Hersenschudding/Hoofdtrauma	1,1%
20	L11	Pols Symptomen/Klachten	1,0%

Verdwenen ingangsklachten t.o.v. alle consulten

HZK | ZUID KENNEMERLAND

ICPC	Ingangsklacht
D10	Braken
A97	Geen ziekte
N01	Hoofdpijn (ex N02, N89, R09)
L14	Been/dijbeen symptomen/klachten

SEMD | MIDDEN KENNEMERLAND

ICPC	Ingangsklacht
A50	Medicatie/recept/injectie algemeen
A97	Geen ziekte
L15	Knie symptomen/klachten
A13	Bezorgheid over (bij)werking geneesmiddel
R05	Hoesten
K02	Druk/beklemming toegeschreven aan hart (ex R02)
N01	Hoofdpijn (ex N02, N89, R09)

SGH | HAARLEMMERMEER

ICPC	Ingangsklacht
A13	Bezorgheid over (bij)werking geneesmiddel
A97	Geen ziekte
D10	Braken
L02	Rug symptomen/klachten
N01	Hoofdpijn (ex N02, N89, R09)
L14	Been/dijbeen symptomen/klachten
L15	Knie symptomen/klachten

Figuur I – Analyse van nieuwe en verdwenen ingangsklachten HAP t.o.v. alle consulten

Naast de analyse van nieuwe en verdwenen klachten in de top 20 t.o.v. de top 20 ingangsklachten van alle consulten (zie figuur I) is er een specifiekere analyse te maken van de top 20 consulten/visites. Dit zal in het vervolgtraject verder uitgewerkt worden in relatie tot de doelstelling van het programma zorgcoördinatie waar ook harmonisatie van werkwijzen en processen een rol spelen.



6.3 Afkortingen en begrippen

Afkorting	Betekenis	Context/toelichting
A0/A1/A2/B1/B2/C1/C2	Ambulance-urgentiecodes	Urgentie-indeling ambulancezorg: van directe spoed/reanimatie tot planbare of meldkamerzorg.
ABCD/ABCDE	Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure	Systematische beoordeling van vitale functies in acute zorg. ABCD is de variant zonder Exposure.
ActiZ	Branchevereniging van ouderenzorgorganisaties	Brancheorganisatie in de VVT/ouderenzorg; genoemd bij VVT-bronnen.
ANW	Avond-, nacht- en weekenduren	Tijdvenster voor spoedzorg buiten kantooruren.
ATLS	Advanced Trauma Life Support	Systematische opvang en beoordeling van traumapatiënten.
AZN	Ambulancezorg Nederland	Brancheorganisatie/landelijke bron voor ambulancezorg.
BVC	Broset Violence Checklist	Instrument voor inschatting van agressie- of veiligheidsrisico in acute GGZ/triage.
CAZHEM	Centraal Aanmeldpunt Zorginzet Haarlem En Meer	Regionaal coördinatiepunt voor onder meer spoedzorg voor kwetsbare ouderen.
COPD	Chronic Obstructive Pulmonary Disease; chronische obstructieve longziekte	Respiratoire aandoening, onder andere bij benauwdheid/exacerbaties.
CPMK	Coördinatiepunt Midden-Kennemerland	Regionaal coördinatiepunt voor acute of subacute ouderenzorg.
DBC	Diagnose-behandelcombinatie	Registratie- en bekostigingssystematiek in medisch-specialistische zorg.
ELV	Eerstelijnsverblijf	Kortdurend verblijf met medische noodzaak in de eerste lijn.
EPA	Entrustable Professional Activity	Onderwijsterm voor modulaire beroepsactiviteiten
FACT	Flexible Assertive Community Treatment	Outreachend GGZ-zorgmodel/team.
FZO	Fonds Ziekenhuis Opleidingen	Ingeburgerde oude term voor gespecialiseerde verpleegkundige en medisch-ondersteunende opleidingsfuncties.
GEM	Geriatric Emergency Medicine	SEH-team/werkwijze gericht op kwetsbare oudere patiënten.
GGD	Gemeentelijke Gezondheidsdienst	Publieke gezondheidsorganisatie; in het rapport verbonden aan ambulancezorg Kennemerland.
GGZ	Geestelijke gezondheidszorg	Domein voor acute psychiatrie en crisiszorg.
GMAP / G-MAP	Generieke Module Acute Psychiatrie	Voorloper/achtergrond van de huidige Zorgstandaard Acute Psychiatrie.
GRZ	Geriatrische revalidatiezorg	Revalidatiezorg voor kwetsbare ouderen, vaak na ziekenhuisopname.
HAP	Huisartsenspoedpost	Spoedeisende huisartsenzorg buiten reguliere openingstijden.
HZK	Huisartsen Midden- en Zuid-Kennemerland	Regionale huisartsenorganisatie; in het rapport gebruikt voor de HAP/regio Zuid-Kennemerland.
ICD / ICD-10	International Classification of Diseases; 10e revisie	Internationaal classificatiesysteem voor diagnoses.
ICPC	International Classification of Primary Care	Classificatiesysteem voor klachten, symptomen en aandoeningen in de huisartsenzorg.
IHT	Intensive Home Treatment	Intensieve ambulante GGZ-crisisbehandeling thuis.
ISS	Injury Severity Score	Score voor ernst van letsel bij trauma.
IZA	Integraal Zorgakkoord	Landelijk akkoord waarbinnen zorgcoördinatie en transformatieplannen vallen.
KPI	Key performance indicator; kritieke prestatie-indicator	Prestatie-indicator/bewijslast in het project.
LIS	Letsel Informatie Systeem	Registratiebron voor letsels en SEH-bezoeken; in de tekst ook aangeduid als Landelijk Informatie Systeem.
MTH	Medisch Technisch Handelen Team	Team binnen acute thuiszorg/VVT dat reageert op acute meldingen.



MKA NH	Meldkamer Ambulancezorg Noord-Holland	Meldkamercontext voor ambulancezorg.
NHG	Nederlands Huisartsen Genootschap	Beroepsvereniging/kennisorganisatie voor huisartsen; bron van onder meer triage- en richtlijninformatie.
Nivel	Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg	Onderzoeksinstituut en databron voor onder meer huisartsenspoedposten.
NTS	Nederlandse Triage Standaard	Triage-standaard voor acute zorg.
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit	Toezichthouder en bron voor zorggebruik/bekostiging.
PA	Physician assistant	Masteropgeleide zorgprofessional; genoemd bij taakverschuiving/ambulancezorg.
POH GGZ	Praktijkondersteuner Huisarts geestelijke gezondheidszorg	Zorgprofessional die in de huisartsenpraktijk extra ondersteuning levert. De POH GGZ voert zelfstandig korte behandeltrajecten uit, geeft psycho-educatie of verwijst door naar een GGZ-instelling.
ProQA	ProQA Dispatch Software	Meldkamer-uitvraagsoftware/protocolondersteuning voor spoedmeldingen.
RAV	Regionale Ambulancevoorziening	Regionale ambulanceorganisatie.
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu	Landelijke kennis- en databron voor volksgezondheid en zorg.
RKZ	Rode Kruis Ziekenhuis	Ziekenhuis in Beverwijk, betrokken bij SEH/SEMD.
ROAZ	Regionaal Overleg Acute Zorgketen	Regionaal overleg/netwerk voor acute zorg.
SEH	Spoedeisende hulp	Ziekenhuisafdeling voor acute zorg.
SEMD	Spoedeisende Medische Dienst	Regionale organisatie voor acute basiszorg in Midden-Kennemerland/IJmond.
SG	Spaarne Gasthuis	Ziekenhuisorganisatie in de regio.
SGH	Stichting Gezondheidscentra Haarlemmermeer	Organisatie rond onder meer de huisartsenspoedpost/HAP Haarlemmermeer.
SO	Specialist ouderengeneeskunde	Arts in ouderenzorg/VVT; genoemd bij consultatie of betrokkenheid.
SOH	Spreekuur Ondersteuner Huisarts	Opgeleide ondersteuner die veelvoorkomende klachten zelfstandig/protocollair kan afhandelen.
SPV	Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige	Gespecialiseerd verpleegkundige met een post-hbo opleiding
T/D/P/Z/O	Tijdkritiek, Diagnostische onzekerheid, Patiëntcomplexiteit, Zorgcoördinatie/zorgcontext, Zorgexpertise/opschaling	Vijf complexiteitsdimensies in de scoretabellen.
U0-U5	Urgentieklassen van de Nederlandse Triage Standaard	Van U0 reanimatie/uitval vitale functies tot U5 advies/geen kans op schade.
VS	Verpleegkundig specialist	Masteropgeleide zorgprofessional; genoemd bij taakverschuiving.
V&VN	Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland	Beroepsvereniging voor verpleegkundigen, verzorgenden en verpleegkundig specialisten.
VVT	Verpleging, verzorging en thuiszorg	Domein acute thuiszorg/ouderenzorg.
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport	Ministerie en beleidsbron voor arbeidsmarkt/opleiden in zorg.
VZinfo	Volksgezondheid en Zorg-informatie	RIVM-platform met cijfers en duiding over volksgezondheid en zorg.
Wvggz	Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg	Juridisch kader in acute psychiatrie/GGZ.
ZAP	Zorgstandaard Acute Psychiatrie	Kwaliteitsstandaard voor acute psychiatrie.
ZONN	Zorg Opleidingen Noordwest Nederland	Regionaal netwerk voor opleiden van gespecialiseerde verpleegkundigen en medisch-ondersteunende functies.



De totstandkoming van dit drieluik helpt de regio om veelvoorkomende ingangsklachten te vertalen naar competenties, modulair opleiden & trainen en het inzetten van taakroulatie. Zo ontstaat een gedeelde basis voor flexibele inzet van zorgprofessionals in de acute zorgketen.



Top 20 ingangsklachten acute zorg Deel 1/3

Van ingangsklachten naar competenties Deel 2/3

Van competenties naar taakroulatie en EPA's Deel 3/3