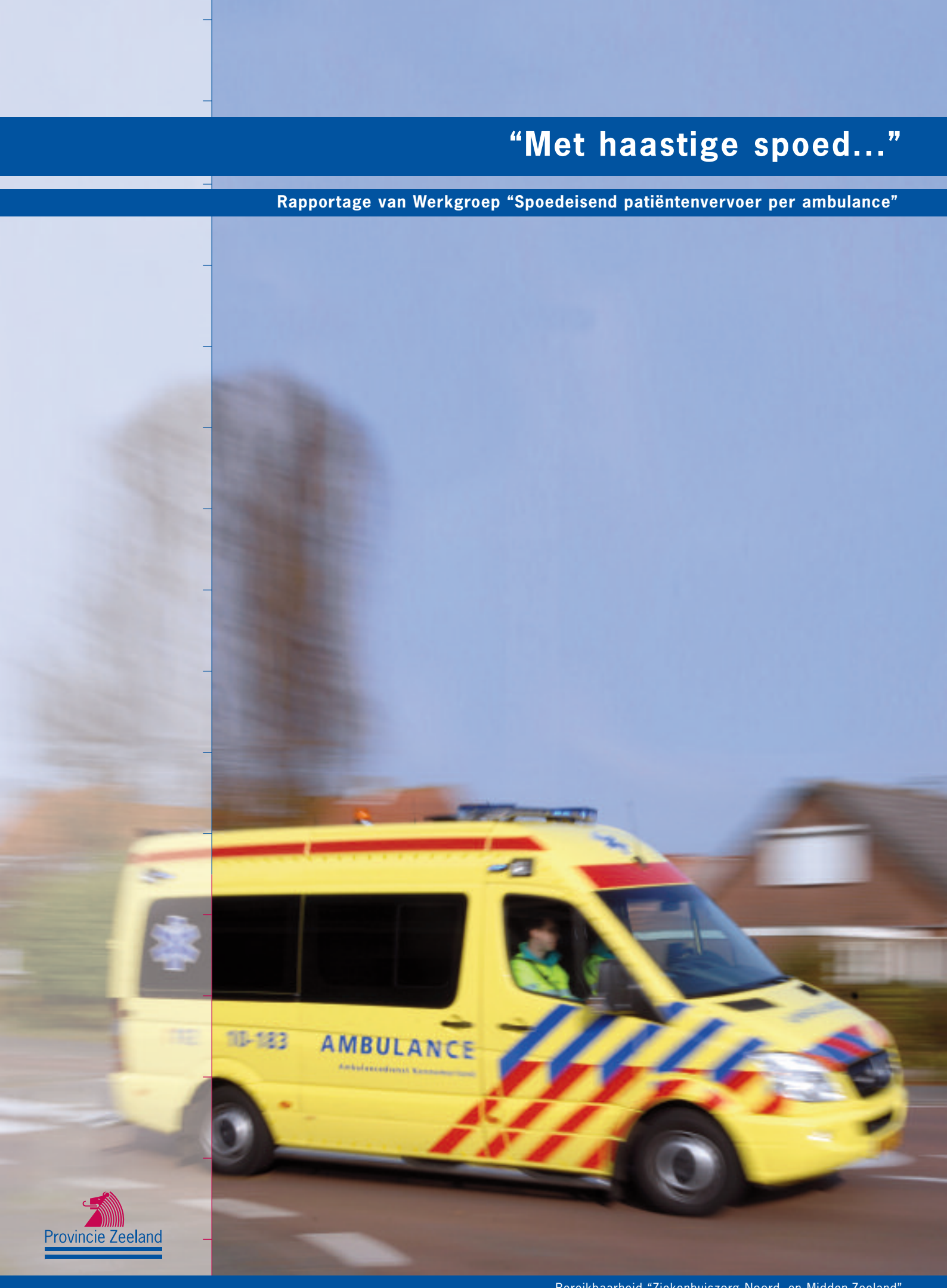
“Met haastige spoed...”

Rapportage van Werkgroep “Spoedeisend patiëntenvervoer per ambulance”



Provincie Zeeland

Bereikbaarheid “Ziekenhuiszorg Noord- en Midden-Zeeland”

"MET HAASTIGE SPOED……..."

Rapportage Bereikbaarheid Ziekenhuizen

Werkgroep 1: "Spoedeisend Patiëntenvervoer per ambulance"

INHOUDSOPGAVE

SAMENVATTING 4
HOOFDSTUK 1 INLEIDING 9
1.1 Achtergrond 9
1.2 Taakopdracht werkgroep 9
1.2.1 De opdracht vanuit de Stuurgroep 9
1.2.2 De invulling van de taakopdracht 10
1.3 Samenstelling en werkwijze van de werkgroep 12
1.3.1 Samenstelling van de werkgroep 12
1.3.2 Werkwijze van de werkgroep 12
HOOFDSTUK 2 KWANTITATIEVE GEGEVENS ZORGAANBOD EN ZORGVRAAG 14
2.1 Zorgaanbod 14
2.1.1 Toekomstig ziekenhuiszorgaanbod in de regio Noord- en Midden-Zeeland 14
2.1.2 Patiënt binnen 45 minuten in ziekenhuis met acute klinische opvangmogelijkheden 14
2.1.3 Het "Golden Hour" 16
2.1.4 Mobiel medisch team / traumahelikopter 17
2.1.5 Ambulancezorg 17
2.1.6 De huisartsen(dienstenstructuur) 18
2.2 Zorgvraag 18
2.2.1 Behandelingen spoedeisende hulpafdelingen Goes en Vlissingen 19
2.2.2 Aantal inzetten MMT 19
2.2.3 Aantal spoedeisende ritten ambulances 19
2.2.4 Productiegegevens huisartsenposten 20
HOOFDSTUK 3 DE ORGANISATIE VAN DE KETEN 22
3.1 Inleiding 22
3.2 Algemene aandachtspunten 22
3.4 Inzicht in het zorgaanbod voor de burger: De Spoedkaart 25
3.5 Eén loket voor alle spoedeisende medische hulp? 26
3.6 Clustering Spoedeisende hulpafdeling Ziekenhuis/Huisartsenpost (HAP) 27
3.7 AED's en AED alert 27
3.8 Conclusies en aanbevelingen 28
HOOFDSTUK 4 DE KETEN IN WERKING GESTELD 30
4.1 Inleiding 30
4.2 De melding 30
4.3 Plaatsbepaling na de melding 30
4.4 De ambulancerit naar de patiënt/slachtoffer 31
4.5 Ter plaatse 34
4.6 Het vervoer naar het ziekenhuis 35
4.6.1 Aanpassing duinovergangen 35
4.6.2 Invoering Flister 35
4.6.3 Aanpassing rotondes 36
4.6.4 Uitbreiding KAR-systeem 37
4.6.5 Gesloten houden bruggen tijdens een spoedrit in het gebied 37
4.7 Conclusies en Aanbevelingen 38
HOOFDSTUK 5 (TOEKOMSTIGE) WEGINFRASTRUCTUUR 41
5.1 Inleiding 41
5.2 Wegenstructuur Middelburg 41
5.3 Wegenstructuur Vlissingen 41
5.4 Wegenstructuur Goes 42
5.4.1 Intensivering gebruik selectieve afrit A58 42
5.5 Wegenstructuur Noord- en Midden-Zeeland 43
5.6 Het project N57 43
5.7 Conclusies en aanbevelingen 45
HOOFDSTUK 6 COMMUNICATIE 47
6.1 Inleiding 47
6.2 De organisatie van de keten 47
6.3 De keten in werking gesteld 48
6.3.1 Inrichting openbare ruimte 48

6.3.2 Stranden 48
6.4 Weginfrastructuur 49
BIJLAGE 1 MOTIE TWEEDE KAMER ACUTE ZORG KOP VAN WALCHEREN 50
BIJLAGE 2 PROTOCOL VEILIGHEIDSREGIO ZEELAND M.B.T. AFSPRAKEN HUISARTSENPOSTEN 51
BIJLAGE 3 OVERZICHTSKAARTEN VERKEERSREGELINSTALLATIES MET VETAG EN / OF KAR 52
BIJLAGE 4 LIJST GEBRUIKTE AFKORTINGEN 53
BIJLAGE 5 BRONNENLIJST 54

SAMENVATTING

In de toekomst gaat het aanbod van klinische ziekenhuiszorg in het gebied Noord- en Midden-Zeeland veranderen. Kort gezegd zullen de acute en complexe opnamen worden geconcentreerd op de locatie Goes, terwijl de planbare behandelingen en opnamen vooral op Walcheren gaan plaats vinden. Gelet op de bezorgde reacties die dit teweeg heeft gebracht met het oog op de bereikbaarheid, heeft het provinciebestuur een Stuurgroep "Bereikbaarheid Ziekenhuiszorg Noord- en Midden-Zeeland" gevraagd dit onderwerp nader te bezien. In verband met de reikwijdte van het onderwerp stelde de Stuurgroep twee werkgroepen in, de werkgroep "Spoedeisend patiëntenvervoer" en de werkgroep "Bezoek".
De werkgroep "Bezoek" heeft zich gebogen over de vraag van bereikbaarheid 'op eigen gelegenheid' van de ziekenhuislocaties Vlissingen en Goes. De werkgroep "Spoedeisend patiëntenvervoer" –waarvan u bijgaand de rapportage aantreft- heeft de bereikbaarheid voor het patiëntenvervoer per ambulance in spoedeisende situaties, onderzocht.

Door de Stuurgroep was gevraagd aan een aantal concrete punten aandacht te geven, bijvoorbeeld moeilijk te bereiken locaties als het strand, de toegankelijkheid van campings, afspraken met de brugbediening over het Kanaal door Walcheren etc.

Vertrekpunt voor de werkgroep was de patiënt die een acute (-al dan niet- klinische) hulpvraag heeft en hoe deze zo snel mogelijk beantwoord kan worden. Daarom is het hele proces om de patiënt op de juiste plaats van bestemming te brengen onderzocht. Dit uitgangspunt heeft geleid tot het definiëren van een aantal fases in de keten van de spoedeisende medische hulpverlening. Deze fases / onderwerpen werden als volgt benoemd:
a) de nulfase of te wel de stand-still situatie;
b) de melding;
c) voordat de ambulance ter plaatse is;
d) stabilisatie ter plaatse en afrijden naar het ziekenhuis;
e) toekomstige weginfrastructuur, inclusief de ontwikkelingen rond het gebied Goes-Zuid.

Hoofdstukgewijs komen bovenstaande onderwerpen in de rapportage aan de orde. Evenals de kwantitatieve gegevens van zorgvraag en -aanbod passeert ook de organisatie van de acute zorgketen de revue. Steeds is de problematiek vanuit een praktische invalshoek benaderd met als hamvraag: Kunnen er al dan niet praktische verbeteringen in het hulpverleningstraject worden aangebracht.

De organisatie van de keten

In het kader van de organisatie van de keten zijn er geen concrete knelpunten gesignaleerd tussen de diverse schakels, wel enkele aandachtspunten. Zo wordt vastgesteld dat het op peil houden van voldoende kennis en vaardigheden door praktijkervaring bij ambulancepersoneel vanwege het beperkte aantal ritten een maatschappelijke weinig onderkend probleem is. Verder wordt opgemerkt dat het steeds lastiger wordt voldoende gekwalificeerd ambulancepersoneel te vinden. Volgens de werkgroep ligt hier een uitdaging voor de zorgsector, al dan niet in samenwerking met het onderwijs.

De werkgroep heeft zich beperkt tot het beoordelen van de (volledigheid van de) keten en of er vanuit bereikbaarheidsperspectief mogelijke voordelen te behalen zijn indien "schakels worden toegevoegd of ineen worden gesmolten". Wat dat laatste betreft ziet de werkgroep deze niet direct. Het is wel denkbaar dat bijvoorbeeld vanuit efficiencyoogpunt het streven

wordt gehanteerd dat na kantoortijd in de avonden- nachten, zaterdagen en zon- en feestdagen diensten zoveel mogelijk geclusterd worden aangeboden, zodat op die dagen zo weinig mogelijk mensen in touw hoeven te zijn. Een loket voor acute zorgvragen, dat achter de 112 georganiseerd wordt, zou wellicht een suggestie kunnen zijn om tussen veldpartijen en disciplines nader te onderzoeken en uit te werken. Wel is het zaak dat wanneer er dienaangaande veranderingen voor (potentiële) patiënten optreden, dat dit effectief naar de omgeving gecommuniceerd wordt. Aanpassingen van de spoedkaart en aandacht daaraan geven in de media is in de ogen van de werkgroep daarvoor het meest geëigende middel.

De werkgroep is verder van mening dat voordat de professionele hulp ter plaatse is, een netwerk van vrijwilligers en geplaatste AED's met behulp van het systeem van SMS-alert een belangrijke bijdrage kan leveren in de situatie dat mensen een acute hartaandoening krijgen. Succesvolle projecten in den lande kunnen daarbij als voorbeeld strekken. Zij ziet daarbij met name een aansturende rol weggelegd voor de professionele organisaties –in het bijzonder Connexxion Ambulancezorg- ter borging van zowel kwaliteit, continuïteit als ervaringsdeskundigheid.

Verder merkt zij op dat de tweestrookswegenstructuur vooral in de zomermaanden een beletsel vormt voor een vlotte doorgang van de ambulance in een spoedsituatie. Dit probleem is niet zo maar even uit de weg geruimd. Gedegen oplossingen zijn niet van de een op andere dag gefinancierd en gerealiseerd. Daarom geeft de werkgroep in overweging -daar waar fysiek mogelijk- hulpverleners ruim baan te geven door een middenpad vrij te maken, indien de situatie daar om vraagt. Hiervoor kunnen bestaande (digitale) informatie borden worden gebruikt.

De keten in werking gesteld

In situaties waar dringend professionele medische hulp benodigd is, kan deze naar het gevoel van de patiënt, familie of omstanders nooit snel genoeg ter plaatse zijn. Hoe beter en 'gesmeerder' het proces in de keten verloopt en hoe sneller deze hulp ter plaatse is, hoe groter de kans op gezondheidswinst te boeken is.
Noodzakelijk is dat bij een melding goed wordt doorgevraagd naar de aard van het incident of het ziektebeeld, zodat al vanuit de meldkamer instructies aan omstanders kunnen worden gegeven. Bij pieken op de meldkamer is dit lastig, doch dit komt niet noemenswaardig voor, in elk geval te weinig om deze daarvoor te versterken.

Vanzelfsprekend is eveneens de plaats van de melding van uitermate belang. Situaties waarin gezocht moet worden naar locaties waar zich een incident voordoet, dienen tot een minimum te worden beperkt. Voor hulpverlening op straat is dit doorgaans eenvoudig; bij hulpverlening op bijvoorbeeld het strand ligt dat lastiger.
Volgens de werkgroep zou het helpen wanneer op de stranden herkenningspunten zouden worden aangebracht. Bijkomend voordeel daarvan is, is dat deze bijvoorbeeld ook bij kwijtgeraakte kinderen van pas kunnen komen. Nader overleg over de plaatsing daarvan met strandexploitanten/reddingsbrigades e.d. is daarvoor aangewezen. Daarnaast zou lokalisering via de GSM helpend zijn in het vinden van mensen. Echter is het wettelijk nog niet mogelijk dat gelokaliseerd wordt vanuit welke locatie met een GSM gebeld wordt. Het verdient volgens de werkgroep aanbeveling dat voor meldingen waarbij het gaat om (acute) medische hulpverlening deze belemmering wordt opgeheven.

Soms zijn er ook fysiek moeilijk te bereiken plaatsen, bijvoorbeeld in de landbouw. Waar mogelijk en aangewezen verdient het aanbeveling deze met de traumahelikopter aan te vliegen.
Openbare wegen of terreinen die met palen afgesloten zijn werken zeer vertragend voor ambulancepersoneel. Het spoedig toewerken naar het gebruik van één uniforme sleutel (een 'loper') in het totale gebied is zeer aan te bevelen voor alle hulpverleningsdiensten.

Reconstructies van wegen moeten door wegbeheerders tijdig gecommuniceerd te worden met de meldkamer en de ambulancedienst, zodat de ambulance niet voor een opgebroken weg komt te staan. Tevens dienen bij opgebroken wegen en straten individuele percelen altijd goed bereikbaar te zijn.
Wegenkaarten van nieuwbouwwijken –die nog niet in het Citygissysteem zijn opgenomen- dienen op de ambulanceposten beschikbaar te zijn. Hetzelfde geldt voor straten of wijken waar de bewegwijzering in navigatiesystemen ontoereikend is. Bij de inrichting van nieuwe woonwijken dient door gemeentebesturen nadrukkelijk de bereikbaarheid voor hulpdiensten in het oog gehouden te worden.
Geconstateerd is dat zowel binnen als buiten de bebouwde kom soms straatnaambebording en/of huisnummering onleesbaar is dan wel helemaal ontbreekt. Wegbeheerders dienen volgens de werkgroep op de noodzakelijkheid van onderhoud –hetgeen doorgaans in een plaatselijke verordening is vastgelegd- te worden gewezen. Het is aan te bevelen in onoverzichtelijke wijken de huisnummering dusdanig te duiden dat in een eerste oogopslag zichtbaar is in welke richting men moet rijden.

Om de patiënt te bereiken dan wel af te voeren naar het ziekenhuis heeft de werkgroep geconstateerd dat er diverse punten zijn die om aandacht c.q. een oplossing vragen. De werkgroep heeft deze punten geput uit een overleg dat zij gevoerd heeft met een ervaringsdeskundige, zodat zij de hieronder genoemde zaken graag onder de aandacht brengt:

a) Niet alle berijdbare duinovergangen kunnen benut worden, aangezien er diverse duinovergangen zijn, waar de ambulance boven op het duin niet kan keren. Het verdient aanbeveling dat beheerders van de duingebieden (veelal zal dat het Waterschap Zeeuwse Eilanden zijn) deze duinovergangen inventariseert en deze alsnog fysiek aanpast.
b) Wanneer het systeem van "Flister" wettelijk wordt toegestaan, wordt aanbevolen dat dit ook in Noord- en Midden-Zeeland door de Ambulancedienst wordt ingevoerd. Automobilisten kunnen daarmee via hun autoradio er op worden geattendeerd dat er een ambulance in hun directe omgeving is.
c) Rotondes zijn niet alleen voor de ambulancechauffeur bij spoedeisend vervoer ongemakkelijk, maar vooral voor de patiënt. Naast een "doorsteek op de rotonde" zou bij de aanleg van nieuwe constructies ook voor de "ovonde" gekozen kunnen worden: een "eivormige" rotonde die het doorrijden vergemakkelijkt. De werkgroep realiseert zich dat met name in het kader van de aanleg van de N57 veel rotondes zijn aangelegd, waarover met de diverse wegbeheerders uitgebreid overleg heeft plaats gevonden. Toch weerhoudt dat haar niet op deze wijze hier aandacht van wegbeheerders voor te vragen, evenals voor andere obstakels op de weg (verkeersdrempels, palen etc.).
d) Waar dit nog niet is toegepast verdient het aanbeveling het KAR-systeem –groen licht voor hulpdiensten in spoedsituaties- verder uit te breiden.
e) Het behoeft geen nader betoog dat de werkgroep de aanleg van een volwaardige afslag op de A58 bij Goes in combinatie met een aantal andere maatregelen als dé oplossing ziet voor een snelle bereikbaarheid van het ziekenhuis. Dit geldt niet alleen voor privé-vervoer maar eveneens voor ambulances, verloskundigen en zwangeren om in een spoedsituatie het

ziekenhuis te bereiken. Overigens is niet alleen het bezoek en personeel van het ziekenhuis hier mee gebaat, maar biedt deze eveneens de overige zorginstellingen (Emergis, Revant en de Huisartsenpost) een betere bereikbaarheid, alsmede de wijk Overzuid.

Infrastructuur

Een goede infrastructuur draagt bij aan een snelle bereikbaarheid van voorzieningen. Omdat dit aspect beide werkgroepen raakt, is dit ook gezamenlijk besproken. Een aantal veranderingen ligt in de planning vast, een deel van de nieuwe infrastructuur zal nog dit jaar in gebruik genomen worden (de belangrijke doorstroming via de opnieuw ingerichte N57). Voor een deel is nog sprake van onzekerheden, bijvoorbeeld de aanleg van een volwaardige afslag van de A58 ter hoogte van Goes.

Uitgaande van een snelle bereikbaarheid van het ziekenhuis in Goes –dat het vertrekpunt van beide werkgroepen is- is het evident dat het meeste rendement in gezondheidswinst voor heel de regio geboekt kan worden wanneer de weginfrastructuur rond Goes verder geoptimaliseerd wordt. Immers daar profiteert zowel Schouwen-Duiveland, Noord-Beveland, heel de regio Walcheren als een groot deel van Zuid-Beveland van. Op dit moment is deze bereikbaarheid niet optimaal. Nog meer mensen op de fiets krijgen, nog meer gebruik openbaar vervoer stimuleren, intensiever carpooling promoten zijn aanbevelingen die een waardevolle inhoud hebben, maar die in de praktijk moeilijk te vertalen zijn wanneer daar geen gehoor aan wordt gegeven. Filevorming tijdens de spitsuren op het traject van de N256/A256, afslag Goes-Zuid, Anthonie Fokkerstraat is een bewijs dat de bereikbaarheid momenteel niet optimaal is.

De selectieve afrit, uitmondend op de 's-Gravenpolderseweg, zoals die in het verleden gerealiseerd is voor ambulances komende vanaf Schouwen-Duiveland, is in de huidige vorm er niet op aangelegd om een grote verkeersstroom te verwerken. Dat levert gevaarlijke situaties op voor overige weggebruikers op de 's-Gravenpolderseweg. Toch verdient het volgens beide werkgroepen aanbeveling zolang er geen volwaardige afslag ligt een ruimere openstelling uitdrukkelijk te overwegen in combinatie met een veilige aanpassing. In elk geval genereert dit voor vrouwen die voor een bevalling met een hoge urgentiegraad naar het ziekenhuis gaan al een snellere bereikbaarheid van een ziekenhuis waar men klinisch kan bevallen.
Wederom openstelling van de Spaanweg- Groeweg om de bereikbaarheid van het ziekenhuis te vergroten vraagt uit veiligheidsoogpunt eveneens om een fysieke aanpassing van deze wegen, hetgeen evenmin aanbeveling verdient. Het rendement daarvan, afgezet tegen het gebruik van de bestaande route (N666 Nieuwe Vierwegen - 's-Gravenpolderseweg), is daarvan te gering.

Het behoeft geen nader betoog dat beide werkgroepen de aanleg van een volwaardige afslag in combinatie met een aantal andere maatregelen als dé oplossing zien voor een snelle bereikbaarheid van het ziekenhuis. Dit geldt niet alleen voor privé-vervoer maar eveneens voor ambulances om in een spoedsituatie het ziekenhuis te bereiken. Overigens is niet alleen het bezoek en personeel van het ziekenhuis hier mee gebaat, maar biedt deze eveneens de overige zorginstellingen (Emergis, Revalidatiecentrum Revant en de Huisartsenpost) een betere bereikbaarheid, evenals de wijk Overzuid.

Voor het noorden van Walcheren zal de ingebruikname van de nieuw ingerichte N57 een forse tijdwinst betekenen. Weliswaar zal de Stationsbrug in Middelburg voor het autoverkeer worden afgesloten, maar een groot deel van de verkeersstroom die nu over één van de twee

bruggen van het Kanaal door Walcheren in Middelburg verloopt, zal straks via het aquaduct de A58 kunnen bereiken. Naar verwachting zal daarmee de verkeersdruk op de Schroebrug eveneens (licht) afnemen.

Het recreatieverkeer –al dan niet het dagtoerisme- dat vooral in de zomermaanden naar Walcheren komt en Walcheren verlaat zal zich toch blijven manifesteren in de vorm van pieken en dalen. Dat bemoeilijkt in spoedsituaties –bij filevorming op de A58- een vlotte doorgang om het ziekenhuis met eigen vervoer te bereiken. Een sneller beroep op de ambulance zal dan –al dan niet door tussenkomst van een eerstelijnszorgaanbieder- de enige mogelijkheid zijn het ziekenhuis snel te bereiken.

HOOFDSTUK 1 INLEIDING

1.1 Achtergrond

Reeds een aantal jaren is de toekomst van het Zeeuwse ziekenhuisbestel in discussie. Diverse commissies, plannen en standpunten zijn in het achterliggende decennium de revue gepasseerd. Steeds ging het in die discussie over de hamvraag: "Waar komt in de toekomst wat en wat wordt waar georganiseerd?"
In 2006 werd helder dat de ziekenhuisorganisaties boven de Westerschelde, te weten de Oosterscheldeziekenhuizen en Ziekenhuis Walcheren de intentie hadden om intensiever te gaan samenwerken. Ziekenhuis Zorgsaam Zeeuws-Vlaanderen richtte haar pijlen op verdergaande samenwerking in de breedte met andere zorginstellingen in Zeeuwsch-Vlaanderen en enkele Vlaamse ziekenhuizen.

Ziekenhuis Walcheren en de Oosterscheldeziekenhuizen kondigden aan te fuseren, hetgeen leidde tot het indienen van een aanvraag om een vergunning daarvoor bij de Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa). Bij de effectuering van deze fusie zou er eveneens geschoven worden met de invulling van klinische functies over de locaties Vlissingen en Goes. Dit leidde tot bezorgde reacties vanuit de Walcherse bevolking, gemeenten en maatschappelijke organisaties.

Steeds kwam in maatschappelijke discussies de bereikbaarheid van de zorg als een van de belangrijkste items naar voren. Niet alleen de bereikbaarheid bezien vanuit het oog van de patiënt die in een acute zorgwekkende toestand met de ambulance naar het ziekenhuis moet worden gebracht, maar ook de bereikbaarheid onder meer met openbaar vervoer voor het bezoek aan de ziekenhuislocaties Vlissingen en Goes.

Vanwege het belang dat gehecht wordt aan een goede bereikbaarheid van de ziekenhuislocaties in relatie tot de wijzigingen die in het zorgaanbod op gaan treden is door het provinciebestuur een Stuurgroep "Bereikbaarheid Ziekenhuiszorg Noord- en Midden-Zeeland 2009" ingesteld. Het betreft daarbij het verzorgingsgebied Walcheren, De Bevelanden en Schouwen-Duiveland van de beide ziekenhuisorganisaties, die inmiddels per 1 januari 2010 officieel zijn gefuseerd tot het Admiraal De Ruyter Ziekenhuis (Hierna te noemen: ADRZ).

Gelet op de breedte van het onderwerp is vanuit deze Stuurgroep besloten twee werkgroepen in het leven te roepen:

a) de werkgroep "Spoedeisend patiëntenvervoer per ambulance";
b) de werkgroep "Bezoek", waarin niet alleen (spoed)vervoer op eigen gelegenheid (incl. bevallingen) beschouwd wordt, maar ook het openbaar en doelgroepenvervoer.

In deze rapportage worden de bevindingen van de werkgroep "Spoedeisend Patiëntenvervoer" (hierna te noemen: de werkgroep) beschreven; de andere werkgroep zal separaat rapporteren aan de Stuurgroep.

1.2 Taakopdracht werkgroep

1.2.1 De opdracht vanuit de Stuurgroep

Primair is de vraag op welke wijze de zorgbehoeftige klinische patiënt met de ambulance het snelst op de juiste bestemming/locatie kan komen. In het bijzonder geldt dit voor het gebied

Walcheren van waaruit patiënten voor acute klinische zorg in beginsel aangewezen zijn op het ziekenhuis in Goes.
Overigens geldt dit niet minder voor patiënten uit Schouwen-Duiveland en De Bevelanden, maar de voorgenomen beëindiging van de acute klinische opvangmogelijkheden op Walcheren vormt de directe aanleiding voor de onderzoeksvraag.

Meer concreet gaat het dan om de bereikbaarheid van de ziekenhuislocatie Goes voor ambulances (aandacht voor wegenstructuur incl. verkeersremmers, zoals drempels en rotondes, communicatietechnieken en –eventuele extra- inzet van aanvullende maatregelen voor moeilijk bereikbare gebieden).

Geredeneerd van uit deze hoofdvraag kwam de Stuurgroep tot de volgende deelvragen die daarbij een rol zouden kunnen spelen:

- Kan er iets worden gedaan met het oog op een snellere bereikbaarheid van moeilijk te bereiken locaties zoals strand, landbouw?
- Is bijvoorbeeld de toegankelijkheid van campings goed geregeld? Zijn er dienaangaande verder nog aandachtsgebieden?
- Wat zijn de resultaten van het KAR-systeem (Korteafstandsradio, verkeerslichtbeïnvloedingsysteem voor hulpdiensten en openbaar vervoer) voor ambulances in de Oosterschelderegio?
- Welke effecten zijn te verwachten van de ingebruikname van de doorgetrokken N57?
- Zijn de afspraken met sluis en brugbediening Vlissingen over het kanaal door Walcheren met de Meldkamer Ambulancezorg nog altijd actueel?
- Welke andere belemmeringen/obstakels zijn er nog die een vlotte doorgang belemmeren? Rotondes/verkeersdrempels?
- Kan ICT meerwaarde hebben? Zijn er nieuwe ontwikkelingen als het gaat om ICT?
- Moet sneller een beroep worden gedaan op helitransport?

Welke aanbevelingen zijn noodzakelijk en welke financiële consequenties zijn er verbonden aan een dergelijke operatie, kan dit via bestaande financiële kaders of is aanvullende financiering noodzakelijk en hoe wordt die gegenereerd?

1.2.2 De invulling van de taakopdracht
De werkgroep heeft de opdracht vanuit de Stuurgroep breed opgevat in het besef dat een realistische aanpak de voorkeur verdient boven ideaaltypische aanbevelingen die niet te verwezenlijken zijn. De taakopdracht is als volgt ingevuld.

<u>Probleemstelling</u>

Omdat het zorgaanbod verandert en de acute en meer complexe ziekenhuiszorg met klinische faciliteiten alleen nog op de locatie Goes geboden wordt, is de tijdsduur met de ambulance vanuit Walcheren ten opzichte van de huidige situatie tot het ziekenhuis, langer.
Er geldt een norm krachtens de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi) dat een patiënt na een melding –op basis van een rijtijdenmodel van het RIVM- binnen 45 minuten in een ziekenhuis de spoedeisende hulp afdeling moet hebben kunnen bereikt.
Los van de vraag of dat nu overal het geval is, verdient het aanbeveling na te gaan of het rijden van de route naar het ADRZ te Goes met de ambulance versneld kan worden, zodat de patiënt zo snel mogelijk op de plaats van bestemming is. Tevens zal bekeken worden of er aanbevelingen kunnen worden geformuleerd om de keten van hulpverlening nog sneller op

gang te brengen. Anders geformuleerd: kan de bereikbaarheid van de juiste bestemming ten behoeve van spoedeisend patiëntenvervoer verbeterd worden, en zo ja, hoe.

Uitwerking

De werkgroep heeft gekozen voor een zo praktisch mogelijke benadering van de vraagstelling. Daarbij heeft zij getracht zich zo veel mogelijk te verplaatsen in de positie van de zorgvragende patiënt en de hulpverleners. Vandaar wil zij –daar waar mogelijk- een handreiking doen door praktische oplossingen te bedenken voor praktische problemen door te kijken naar de objectieve situatie en niet naar de subjectieve beleving van de huidige situatie. Vertrekpunt daarbij is de patiënt die een acute (-al dan niet- klinische) hulpvraag heeft en hoe deze zo snel mogelijk beantwoord kan worden. Immers, een ziekenhuis kan heel dicht in de buurt van de patiënt staan, maar als het proces dat doorlopen moet worden om de patiënt op de juiste plaats van bestemming te brengen stagneert, dan is er weinig baat bij een ziekenhuis in de buurt.

Dat uitgangspunt leidde tijdens de eerste vergadering tot het definiëren van een aantal fases in de keten van de spoedeisende medische hulpverlening. Deze fases / onderwerpen werden als volgt benoemd:
a) de nulfase oftewel de stand-still situatie;
b) de melding;
c) voordat de ambulance ter plaatse is;
d) stabilisatie ter plaatse en afrijden naar het ziekenhuis;
e) toekomstige weginfrastructuur, inclusief de ontwikkelingen rond het gebied Goes-Zuid;
f) communicatie.
Vanzelfsprekend is de situatie beoordeeld aan de hand van de praktijk zoals deze nu is. Immers, in het proces van de spoedeisende medische hulpverlening dient het wiel niet opnieuw uitgevonden te worden. Vandaar is ook met name gefocust op die punten waar hulpverleners in de praktijk tegenaan lopen en die zij niet zelf op kunnen lossen. Het feit dat de werkgroep breed is samengesteld kan er aan bijdragen dat deze knelpunten beter in het vizier komen bij bijvoorbeeld gemeentelijke overheden, zodat in de toekomst daar ook rekening mee gehouden kan worden.

Afbakening taakopdracht

De werkgroep beschouwt de besluitvorming zoals deze door de (voormalige) Raad van Bestuur is gedaan rond de herstructurering van het ziekenhuisbestel als een gegeven en voor haar als vertrekpunt. Vast staat dat de klinische tweede lijnsverloskunde en de klinische kindergeneeskunde voor Noord- en Midden-Zeeland inmiddels al in het ziekenhuis te Goes zijn geconcentreerd. Het is de bedoeling dat patiënten met een indicatie voor een acute klinische opname in de toekomst in beginsel zijn aangewezen op het ziekenhuis te Goes. De -deels reeds in gang gezette- verschuiving van de acute opnamen van patiënten die met de ambulance worden aangevoerd naar de locatie Goes is voor wat betreft deze werkgroep dan ook een vaststaand feit. Vandaar wordt in deze rapportage het hele proces in de keten van spoedeisende zorg, inclusief de ambulancezorg nader beschouwd.

1.3 Samenstelling en werkwijze van de werkgroep

1.3.1 Samenstelling van de werkgroep
Bij de samenstelling van de werkgroep is allereerst gekeken naar personen en organisaties die bekend zijn met het proces van de spoedeisende medische hulp. Betrokkenheid vanuit het Traumacentrum Zuid-West-Nederland, het ADRZ, de diverse eerstelijnszorgdisciplines, de Meldkamer, het Klaverblad Zeeland, gemeenten en provincie, werd daarbij essentieel geacht. De personele invulling was als volgt:
Dhr. J. Adriaanse, namens de gemeente Goes tot 01-04-2010
Dhr. A. Baas, huisarts te Burgh-Haamstede, namens de huisartsen;
Dhr. M. Bordui, huisarts te Vlissingen, namens de huisartsen;
Dhr. H. Feij, namens de gemeente Goes na 01-04-2010;
Dhr. G. Houtekamer, namens de gemeente Schouwen-Duiveland;
Mw. L.C. Huissen, namens Verloskundige Groepspraktijk Vlissingen;
Dhr. J.C. Jansen, namens de Cliëntenraad ADRZ;
Mw. M. de Jonge, verloskundige, maatschap Middelburg;
Dhr. R. Kösters, namens de gemeente Middelburg;
Dhr. P. Leenhouts, traumachirurg, namens Traumacentrum Zuid-West Nederland, tot 1 juni 2010;
Dhr. J. van Lieshout, SEH-arts KNMG;
Mw. M. Van Marissing, namens het Klaverblad Zeeland;
Dhr. R. Meppelder, arts, namens Connexxion Ambulancezorg Zorg Zeeland;
Mw. Postma, namens Kraamcentrum DAT te Vlissingen;
Dhr. C. Priem, namens Dé Provinciale Kraamzorg Zeeland;
Dhr. J.J. Rotte, namens de Veiligheidsregio Zeeland;
Dhr. C. Soethout, namens ADRZ;
Dhr. D.S. Tijmons, namens de afdeling Verkeer en Vervoer van de Provincie Zeeland;
Dhr. T. Verhaeghe, namens de Stichting Huisartsendienstenstructuur Zeeland.

Als onafhankelijk voorzitter trad op dhr. P.P.J. den Boer, tot 1 december 2009 lid van de Raad van bestuur van de Revalidatie-instelling Revant. Het secretariaat werd gevoerd vanuit de provincie, afdeling welzijn, door mw. D.E.H. van Hoof en dhr. J. Francke.

De werkgroep heeft in totaal 8 keer vergaderd op het provinciehuis. Op 22 juni jl. heeft zij vergaderd ten kantore van de Veiligheidsregio Zeeland, waar een bezoek gebracht is aan de Meldkamer.

1.3.2 Werkwijze van de werkgroep
In de eerste vergadering is in een brainstorm gesproken over de aanpak van de opdracht met daaruit voortkomend de fases zoals beschreven in paragraaf 1.2.2. Dit leidde tot het opstellen van een groslijst van bespreekpunten, die voor de werkgroep leidraad vormden voor de uitvoering van haar taakopdracht.

Omdat het onderdeel "Toekomstige weginfrastructuur, inclusief de ontwikkelingen rond het gebied Goes-Zuid" eveneens een punt van onderzoek is in de werkgroep "Bezoek", werd besloten dit in een gecombineerde vergadering te behandelen.

Aan de hand van de te bespreken onderwerpen werden mensen geconsulteerd die op een bepaald terrein over deskundigheid beschikken, dan wel ervaring hebben met de keten van medische spoedeisende hulpverlening. Omdat de werkgroep zeer breed is samengesteld had

zij het voordeel dat zij kon putten uit de grote mate van expertise die binnen haar setting aanwezig was, zodat het aantal te raadplegen personen beperkt kon blijven.
De personen die geconsulteerd zijn, waren:

- Dhr. J. Smale (Vivon) en Dhr. A. Bosmans (Connexxion N-H) voor het geven van een toelichting op 'sms alert';
- Dhr. J. Geleijnse, Medewerker en chauffeur bij Connexxion Ambulancezorg Zeeland;
- Dhr. E. Mostert Rijkswaterstaat;
- Dhr. W.J. Blommaert van de Provincie Zeeland;
- Dhr. J. Nelemans, communicatie adviseur ADRZ;
- Mw. I. Martens, communicatie adviseur Provincie Zeeland;
- Mw. E.M. Lampert, communicatie adviseur Veiligheidsregio Zeeland;
- Mw. M. Nieuwenhuize, communicatie adviseur Het Klaverblad Zeeland.

Door het secretariaat werd van de vergaderingen een verslag gemaakt. De gedeelten van de verslagen werden vooraf voor instemming opgestuurd naar de geconsulteerden, zodat deze bijdragen een bouwsteen vormen voor die onderdelen van het rapport, die daar betrekking op hebben.

Vanaf deze plaats past in elk geval een dankwoord aan degenen die hier hun medewerking aan hebben verleend.

HOOFDSTUK 2 KWANTITATIEVE GEGEVENS ZORGAANBOD EN ZORGVRAAG

De werkgroep hecht er aan de omvang van de problematiek waarover gesproken wordt, daar waar mogelijk, cijfermatig in kaart te brengen. In de onderstaande paragrafen wordt hier dan ook kort bij stil gestaan.

2.1 Zorgaanbod

2.1.1 Toekomstig ziekenhuiszorgaanbod in de regio Noord- en Midden-Zeeland
Bij deze paragraaf is het niet de bedoeling uitputtend te gaan beschrijven hoe de ziekenhuiszorg in de regio Noord- en Midden-Zeeland er momenteel qua bedcapaciteit, specialismen e.d. uitziet. Een en ander zou betekenen dat dát ook in de volgende paragrafen bij de andere disciplines zou moeten gebeuren, waarmee het doel van deze rapportage uit het oog verloren zou worden. Beoogd wordt een globaal inzicht te geven in het zorgaanbod en de zorgvraag binnen deze regio.

Vooraf wordt opgemerkt dat Noord- en Midden-Zeeland in deze context gezien wordt als een geheel van de regio's Walcheren, Noord- en Zuid-Beveland en Schouwen-Duiveland. Het eiland Tholen behoort qua gebiedsindeling tot de Oosterschelderegio, maar is –qua ziekenhuiszorg- georiënteerd op ziekenhuizen in West-Brabant.

In de nieuwe situatie, dat wil zeggen bij het doorvoeren van de herstructurering van de ziekenhuisfuncties is het beoogde profiel per ziekenhuislocatie als volgt:

Walcheren: Spoedeisende hulp (basis), Polikliniek, OK-complex voor planbare operaties, Poliklinische verrichtingen en dagbehandeling, beddenhuis voor planbare zorg, IC-faciliteit op level 1-niveau. Als sprake is van een trauma waarop een operatie en/of een opname zal volgen, dan is Goes straks voor deze patiënten de aangewezen locatie. Is dat niet zo, dan kan de patiënt terecht op de spoedeisende hulpafdeling op Walcheren.

Goes: Spoedeisende hulp (profiel), Polikliniek, OK-complex voor acute en complexe operaties, Poliklinische verrichtingen en dagbehandeling, beddenhuis voor acute opvang en complexe zorg, IC op level II niveau, traumazorg eveneens op level II-niveau.

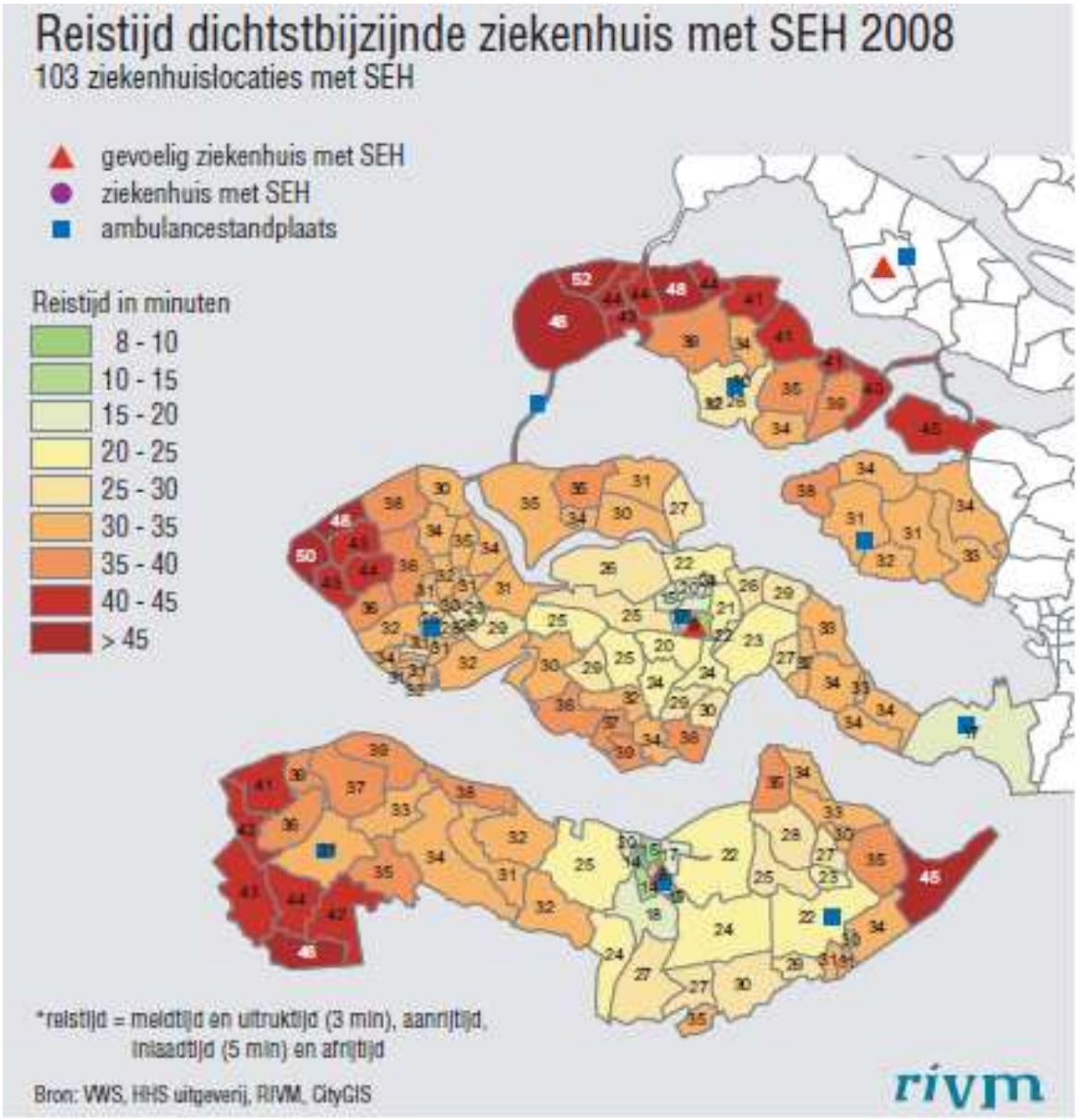
Zierikzee: Polikliniek, Poliklinische verrichtingen en dagbehandeling.
De locatie Zierikzee kent tevens een ambulancepost.

Op alle drie de locaties is tevens voor de avonden, nachten, weekends en nationale (christelijke) feestdagen een huisartsenpost aanwezig.
De huidige polikliniek in Middelburg blijft tot deze in de nieuwbouw in de Mortiere gehuisvest kan worden.

2.1.2 Patiënt binnen 45 minuten in ziekenhuis met acute klinische opvangmogelijkheden
Volgens de Beleidsregels van de WTZi geldt er in Nederland een norm dat een patiënt, gerekend vanaf het tijdstip van de melding, in een spoedsituatie binnen 45 minuten met de ambulance in het ziekenhuis moet kunnen zijn. Dit tijdsbestek van 45 minuten is rekenkundig als volgt opgebouwd: 15 minuten aanrijden naar de patiënt / het slachtoffer; 5 minuten voor 'inladen' van de patiënt en 25 minuten voor het afrijden van de patiënt naar het ziekenhuis. Deze norm is alleen een rekenkundige norm. Immers, het zal in de praktijk dikwijls

voorkomen dat er veel langer over gedaan wordt voordat een patiënt bij het ziekenhuis aangekomen is. Zo kan de stabilisatietijd veel langer in beslag nemen dan de geraamde tijd van 5 minuten of soms wordt er direct doorgereden naar een academisch centrum buiten de regio. De normstelling wordt bepaald aan de hand van berekeningen door het RIVM die als bindend worden beschouwd.

Per 1 januari 2009 viel de tweede lijnsverloskunde in het ziekenhuis in Vlissingen weg. Daardoor kon niet meer worden voldaan aan deze 45-minutennorm voor een deel van de Kop van Walcheren, gerekend van de Post Stromenweg (Middelburg). Dit is op onderstaand kaartje van het RIVM, daterend uit april 2008 aangegeven.



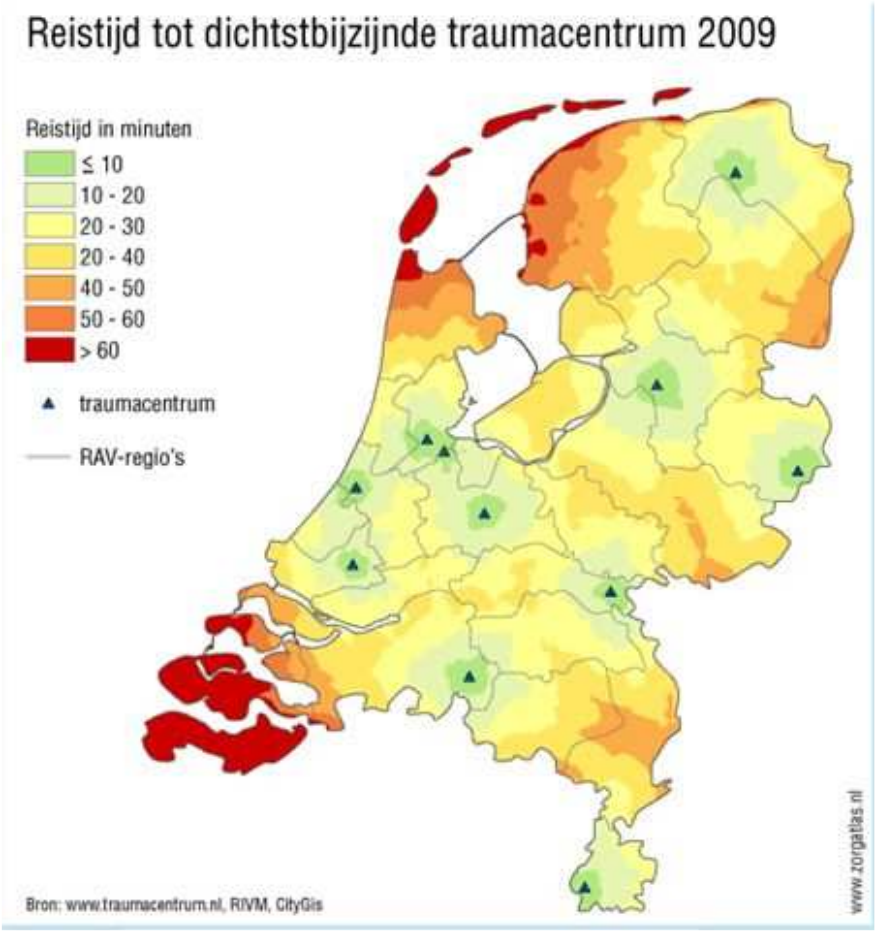
Figuur 1.1 Reistijd dichtstbijzijnde ziekenhuis met SEH 2008, RIVM april 2008

Daarom werd op verzoek van de Minister van VWS een extra ambulancestandplaats op de Kop van Walcheren gecreëerd. Eerst werd de ambulance gestationeerd in Domburg, later is deze verplaatst naar Oostkapelle.

Indien politiek-bestuurlijk vastgehouden wordt aan deze 45minutennorm, is het evident dat deze standplaats in Oostkapelle gehandhaafd dient te worden. In dat verband heeft de werkgroep kennisgenomen van de Kamerbrede motie waarin alsnog voor aparte financiering voor deze post wordt gepleit (zie bijlage 1). Een warm pleidooi voor het daadwerkelijk verzilveren van deze motie acht de werkgroep op zijn plaats.

2.1.3 Het "Golden Hour"
Een andere -vooral vanuit de medische professie ontstane- norm of misschien beter gezegd vuistregel is het zogenaamde "Golden Hour", die met name van toepassing is bij zeer ernstige ongevalpatiënten. De hulp in het eerste uur na het ongeval (the Golden Hour) bepaalt in sterke mate het genezingsproces. Slachtoffers van een ongeval worden doorgaans naar het dichtstbijzijnde traumacentrum gebracht. Een traumacentrum biedt snel inzetbare spoedeisende hulp, multidisciplinaire intensive care en psychosociale hulp. De integrale aanpak stimuleert herstel van de slachtoffers. Het dichtstbijzijnde Nederlandse Traumacentrum voor de regio Noord- en Midden Zeeland is het Traumacentrum Zuid-West-Nederland (Erasmus Medisch Centrum Rotterdam).

Er zijn in Nederland elf traumacentra. Onderstaande kaart toont de reistijd van elke locatie tot het dichtstbijzijnde centrum in Nederland per ambulance. Het kaartje laat zien dat de langste reistijden zich voordoen in de provincie Zeeland, rond Den Helder, op de Waddeneilanden, aan de kust van Friesland en rond Emmen. Daar wordt het Golden Hour overschreden.



Bron: www.traumacentrum.nl RIVM, CityGis

Het beleid van ADRZ is er op gericht om de opvang van traumapatiënten op level 2 te realiseren. Dit zal betekenen dat ongeveer 100 meer traumapatiënten per jaar in Goes opgevangen zullen worden,in plaats van buiten de Provincie.

2.1.4 Mobiel medisch team / traumahelikopter
Het Mobiel medisch team (MMT) is 24 uur per dag, 7 dagen in de week inzetbaar als aanvulling op de ambulancezorg en overige hulpverleningsdiensten. De standplaats van het MMT is Rotterdam. Het MMT gaat per helikopter (bij daglicht) of MMT-voertuig (in het donker en bij slecht weer) zo snel mogelijk naar de plaats van het ongeval. De patiënt wordt in principe per ambulance naar een ziekenhuis vervoerd. De arts kan eventueel meegaan in de ambulance. Het vervoeren van patiënten per traumahelikopter gebeurt alleen in bijzondere gevallen. Met het MMT-voertuig kunnen geen patiënten vervoerd worden.

De inzet van het MMT is niet bij elk ongeval noodzakelijk. Daarom zijn duidelijke regels (inzetcriteria) afgesproken voor het inzetten van een MMT. De meerwaarde van inzet daarvan ligt vooral in de medische kennis, de bevoegdheden van de MMT-arts en de uitgebreide ervaring door het dagelijks werken met levensbedreigende situaties.

2.1.5 Ambulancezorg
Op 16 maart 2009 is de Regionale Ambulancevoorziening Zeeland overgenomen door Connexxion Ambulancezorg Zeeland. Begin mei 2009 is door deze nieuwe onderneming een nieuwe paragraaf van het Regionale Spreidingsplan Ambulancezorg (RAP) gepresenteerd. Ten opzichte van het voormalige spreidingsplan werd een aantal nieuwe standplaatsen gecreëerd, waarbij beoogd werd beter te kunnen voldoen aan de streefnorm van aanwezigheid binnen 15 minuten na melding bij de patiënt c.q. het slachtoffer.

In deze paragraaf worden de volgende standplaatsen voor ambulances benoemd:
1. Middelburg (Stromenweg 5);
2. Goes (Verrijn Stuartweg 24);
3. Kapelle (Vierwegen); wordt niet gerealiseerd.
4. Zierikzee (Koning Gustaafweg 2);
5. Rilland (de Poort 22);
6. Poortvliet (in plaats van St Maartensdijk); is nog niet gerealiseerd;
7. Oostkapelle (Kop van Walcheren, locatie brandweerpost); staat niet op de brandweerpost maar op de Lantsheerstraat 6;
8. Burgh-Haamstede (Gemeente Schouwen-Duiveland);
9. (Geersdijk bij het beschikbaar komen van voldoende financiële middelen) Post Wissenkerke, Cruickelcreke 41.
Opgemerkt wordt dat dit niet allemaal 24-uursstandplaatsen zijn. Zo is bijvoorbeeld de post Rilland alleen overdag bemenst en wordt de post bij Geersdijk (Gemeente Noord-Beveland) op bedrijfsterrein 'Cruijckelcreke' als uitvalsbasis gebruikt in het kader van dynamisch ambulancemanagement. Verder wordt er op gewezen dat gedurende de zomermaanden op de post Middelburg een motorambulance (motor rapid responder[1]) wordt ingezet en minimaal gedurende de zomermaanden een auto rapid responder op Schouwen-Duiveland.
Vanaf 1 juli 2010 wordt de rapid responder motor ingezet in het verzorgingsgebied Goes.
De rapid responder auto heeft als uitvalsbasis de post Wissenkerke vanaf 1 juli 2010.
Eveneens staat vanaf 1 juli 2010 de parate ambulance van Neeltje Jans op Burgh-Haamstede van 08.00 tot 23.00 uur. Tijdens de nachtelijke uren staat de ambulance weer op Neeltje Jans.
Vanaf 15 juli 2010 zal de low care auto worden gestationeerd op de post Goes.

[1] Rapid responder = motorambulance of een verpleegkundige in een auto met striping die signalen mag voeren.

Eind september worden deze veranderingen geëvalueerd.

Voor de diensten en bezetting wordt verwezen naar de spreidingsparagraaf van het RAP, zoals dat door Connexxion Ambulancezorg zomer 2009 aan het college van Gedeputeerde Staten ter vaststelling/goedkeuring is aangeboden.

Verder wordt opgemerkt dat de post Oostkapelle in 2009 tot stand gekomen is onder druk van de Minister van VWS (zie paragraaf 2.1.2). Deze auto wordt weliswaar ingezet in de reguliere paraatheid in het gebied van de Kop van Walcheren, maar directe aanleiding voor het creëren van deze extra ambulancepost vormde de beëindiging van de functie van de tweede lijnsverloskunde in het ziekenhuis te Vlissingen per 1 januari 2009. Momenteel is op verzoek van de Minister bij het RIVM de vraag in onderzoek of er in het toeristenseizoen extra vraag is naar ambulancezorg is en welke effecten het toeristenseizoen heeft op de rijtijden van de ambulance.

2.1.6 De huisartsen(dienstenstructuur)
Van oudsher vervult de huisarts een rol in de spoedeisende hulp. Tijdens kantooruren gaat het dan doorgaans om de medische hulpverlening in de thuissituatie aan de patiënt die bij hem of haar ingeschreven is. Gedurende de avond- nachten, weekends en op christelijke of nationale feestdagen wordt de huisartsenzorg georganiseerd vanuit de huisartsenpost. In het gebied kennen we drie huisartsenposten: één in Vlissingen, één in Goes en één in Zierikzee.
Zijdelings wordt opgemerkt dat niet alle huisartsen in de huisartsenposten georganiseerd zijn. Zo regelt het overgrote deel van de Veerse huisartsen zelf onderling de waarneming, evenzo de huisartsengroep in Gezondheidscentrum "De Pijlers" te Goes.
Soms komt het voor dat –afhankelijk van de aard van de melding- de huisartsenpost naast de huisarts ook gelijk aan de meldkamer om een ambulance vraagt. In andere situaties wordt op verzoek van de ambulancedienst alsnog een huisarts opgeroepen. Over wederzijdse hulp en bijstand bestaan samenwerkingsafspraken tussen de huisartsenposten en de meldkamer. Doorgaans betreft het in bovenbedoelde gevallen bepaalde ziektebeelden of trauma's, waarover afspraken in een protocol beschreven zijn (bijlage 2).
Zoals hiervoor reeds is aangegeven (paragraaf 2.1) verschilt het per gebied en per huisarts hoe deze rol individueel vanuit de huisartsenpraktijk tijdens kantooruren wordt ingevuld. Zo is een aantal huisartsen op Schouwen-Duiveland bijvoorbeeld intensiever bij de acute zorg in de openbare ruimte betrokken dan elders in het gebied. Geconstateerd is dat in het overgrote deel van het gebied Noord- en Midden-Zeeland de huisartsen de reguliere medische hulpverlening in de openbare ruimte aan een andere zorgaanbieder (de ambulancedienst) overlaten. Dit is een gegeven, waar de werkgroep niet in kan treden.

2.2 Zorgvraag

Om een indruk te geven van de problematiek waarover gesproken wordt, is het niet alleen zaak dat het aanbod in zicht gebracht wordt. Ook de omvang van de zorgvraag naar spoedeisende medische hulp is daarbij van belang. Nauwkeurig is dit niet in beeld te brengen. Zo is niet bekend hoe hoog de omvang van de patiëntencategorie is die een beroep doet op de huisarts voor een naar eigen inzicht spoedeisende visite en die vervolgens geen medisch onderzoek/behandeling vereist. Een exact inzicht in deze vraag is ook niet echt noodzakelijk. Uitgaande van het vertrekpunt van de werkgroep –hoe bereikt een patiënt in acute

omstandigheden per ambulance met een A1-rit[2] zo spoedig mogelijk een ziekenhuislocatie waar hij behandeld kan worden- komen we toch weer snel terug op de vraag: hoe komt de hulpverlening zo snel mogelijk ter plaatse en op welke wijze komt de patiënt zo snel mogelijk op de plaats van bestemming. Voor Walcheren betreft het dan in eerste aanleg het ziekenhuis in Goes, voor zover de patiënt niet op de spoedeisende hulp van het ziekenhuis op Walcheren behandeld kan worden en vervolgens weer terug naar huis kan; voor Schouwen-Duiveland verandert er ten opzichte van de huidige status quo niets.

De getallen in onderstaande paragrafen hebben dan ook alleen de bedoeling een globaal inzicht te geven in de omvang van de patiëntencategorie waarover gesproken wordt.

2.2.1 Behandelingen spoedeisende hulpafdelingen Goes en Vlissingen
In het jaar 2008 en 2009 werden op de spoedeisende hulpafdelingen van de ziekenhuizen Vlissingen en Goes de volgende patiëntenaantallen[3] behandeld:

Jaar	2008	2009
Vlissingen	14.000	14.547
Goes	12.000	13.484

Opgemerkt wordt dat er in 2009 in Goes sprake is van een percentage zelfverwijzers van 15% en in Vlissingen van 32%. Ter toelichting wordt opgemerkt dat onder zelfverwijzers patiënten verstaan worden die direct naar de spoedeisende hulp van een ziekenhuis gaan, zonder eerst een huisarts te consulteren.

2.2.2 Aantal inzetten MMT
Regelmatig wordt een beroep gedaan op de inzet van het MMT. Zoals eerder gezegd wordt deze inzet bepaald aan de hand van bepaalde inzetcriteria, bijvoorbeeld "een val van grote hoogte" of "een botsing van twee voertuigen op de snelweg met meerdere gewonden". In het jaar 2009 werd de traumahelikopter van Traumacentrum ZWN in Zeeland (incl. Zeeuwsch-Vlaanderen) 67 keer ingezet, terwijl op het MMT voertuig 9 keer een beroep werd gedaan. Terzijde wordt opgemerkt dat de vluchten op Zeeuwsch-Vlaanderen vanuit het Traumacentrum Zuid-West-Nederland gering waren, omdat voor dat gebied veelal een beroep werd gedaan op de helikopterdienst van Brugge. Sinds kort bedient de traumahelikopter vanuit Rotterdam ook Zeeuwsch-Vlaanderen als primaire inzet.

2.2.3 Aantal spoedeisende ritten ambulances
Bij het ambulancevervoer wordt qua urgentiegraad onderscheid gemaakt in A1 ritten, A2 ritten en het bestelde vervoer. Bij A1 ritten heeft de melding het karakter van "spoed" zodat met signalen gereden wordt. Bij A2 ritten is sprake van een direct vervoer, dat wil zeggen dat de patiënt zo spoedig mogelijk naar het ziekenhuis vervoerd moet worden maar dat geen sprake is van een levensbedreigende situatie. Bij het zogenaamde bestelde vervoer is er geen sprake van enige mate van urgentie. Een dergelijke rit wordt tussentijds ingepland.

[2] Een *A1-rit* is een spoedeisende rit in opdracht van de centralist van de Meldkamer Ambulancezorg in geval van acute bedreiging van de vitale functies van de patiënt of in het geval dat dit gevaar pas na beoordeling door de ambulancebemanning ter plaatse kan worden uitgesloten.
[3] De gegevens zijn geput uit de rapportage van de werkgroep "Bezoek", die zich baseert op de cijfers zoals deze door het ADRZ zijn aangeleverd.

Bij de A1 ritten dient nog een opmerking te worden geplaatst. Hierbij is de ambulance met signalen uitgerukt, doch het behoeft niet persé zo te zijn dat de patiënt naar het ziekenhuis is gebracht. Soms kan met een behandeling ter plaatse worden volstaan. Evenmin behoeft dit te impliceren dat de patiënt ook met een A1 rit naar het ziekenhuis wordt afgevoerd. Doorgaans betreft dit een klein percentage.

Aantal A1 ritten naar ziekenhuis in Vlissingen

2009												
jan	feb	mrt	apr	mei	Jun	Jul	aug	sep	okt	nov	dec	Totaal
163	141	146	160	186	158	167	188	145	143	120	142	1.859

Aantal A2 ritten naar ziekenhuis in Vlissingen

2009												
jan	feb	mrt	apr	mei	Jun	Jul	aug	sep	okt	nov	dec	Totaal
136	101	119	107	112	101	110	112	101	125	113	129	1.366

Aantal A1 ritten naar ziekenhuis in Goes

2009												
jan	feb	mrt	apr	mei	Jun	Jul	aug	sep	okt	nov	dec	Totaal
226	163	202	221	237	241	250	240	244	194	220	210	2.648

Aantal A2 ritten naar ziekenhuis in Goes

2009												
jan	feb	mrt	apr	mei	Jun	jul	aug	sep	okt	nov	dec	Totaal
177	118	123	110	126	128	140	145	122	135	105	131	1.560

Niet duidelijk is hoeveel A1 ritten er rechtstreeks op jaarbasis –zonder een Zeeuws ziekenhuis aan te doen- de provincie uitgaan. Evenmin is inzichtelijk hoeveel A1 ritten als spoedoverplaatsing naar een academisch centrum/topklinisch ziekenhuis plaatsvinden. Weliswaar zijn deze aantallen te achterhalen, doch alleen met inzet van extra menskracht.

2.2.4 Productiegegevens huisartsenposten

Het gebied Noord- en Midden-Zeeland beschikt –zoals gesteld- over drie huisartsenposten, te weten Goes, Vlissingen en Zierikzee. De inwoners van Tholen zijn aangewezen op de huisartsenpost in Bergen op Zoom. Over het jaar 2009 zagen de totalen er als volgt uit:

(Herhaal) recepten	2.342
Advies Doktersassistenten	9.157
Consult	31.231
Telefonisch consult huisarts	4.735
Visite	7.349
Totaal	**54.814**

Verdeeld per huisartsenpost:

Goes	18.728
Vlissingen	24.244
Zierikzee	11.842

Tot zover een globale uiteenzetting van zorgaanbod en zorgvraag binnen de context van het thema "bereikbaarheid" in spoedeisende situaties.

HOOFDSTUK 3 DE ORGANISATIE VAN DE KETEN

3.1 Inleiding

Voordat het proces van de medische hulpverlening op inhoud doorlopen wordt, is het vanuit het toekomstperspectief voor de hand liggend de organisatie van de keten 'in rust' te beschouwen. Om verwarring te voorkomen lijkt het goed een aantal zaken in deze context vooraf te benoemen, zodat geen verkeerd verwachtingspatroon bij de lezer ontstaat.
De werkgroep treedt niet in bestaande protocollen, c.q. afspraken die tussen partijen bestaan over hulpverlening, c.q. het vervoer van patiënten naar een ziekenhuis. Daar zijn andere fora voor, zoals het ROAZ (Regionaal Overleg Acute Zorg - georganiseerd vanuit het Traumacentrum) en het ZOAZ (Zeeuws Overleg Acute Zorg, georganiseerd vanuit de Medisch manager van Connexxion Ambulancezorg). Daarnaast bestaan per regio samenwerkingsafspraken tussen hulpverleners onderling die gerespecteerd worden. Zo heeft de werkgroep geconstateerd dat per gebied de inzet van de huisarts in de keten van de spoedeisende hulp verschillend is. (zie paragraaf 2.1. 6).
Verder wordt uitgegaan van de bestaande middelen en menskracht waar deze beschikbaar zijn en ingezet kunnen worden. Evenmin is het de bedoeling een beoordeling te geven over de spreiding en paraatheid van de ambulances in het gebied. De uitgangspunten zoals die in het onlangs opnieuw vastgestelde Regionaal Ambulancespreidingsplan zijn vastgelegd, worden eveneens als een gegeven beschouwd. Het spreekt voor zich dat de rekenkundige 45 minuten-norm zoals die geïntroduceerd is in de Beleidsregels op grond van de WTZi (zie paragraaf 1.2.2) door de werkgroep gerespecteerd dient te worden.

3.2 Algemene aandachtspunten

De werkgroep onderkent dat de weginfrastructuur in Zeeland vooral in de zomermaanden wegens de diverse eenbaanswegen met twee rijstroken een snelle bereikbaarheid en vlotte doorstroming -zelfs met een signalen voerende ambulance- in de weg staat. Het gebruik van parallelwegen biedt evenmin een passend alternatief. Er is maar één oplossing en dat is dat hulpverleners –daar waar mogelijk- ruimte wordt geboden door overige weggebruikers. Zaak is dan wel dat de weg breed genoeg is om tussen twee rijstroken door te rijden en waarbij het tevens aanbeveling verdient dat de wegranden overgaan in (gras)doorgroeistenen, zoals hieronder is afgebeeld.

Figuur 3.1 Doorgroeistenen naast rijstrook

Niet alleen komt dit de veiligheid ten goede, maar dit voorkomt eveneens dat automobilisten in de berm vast komen te zitten wegens een inhaalmanoeuvre van de ambulance. Probleem is veelal dat mensen niet begrijpen dat men het best naar rechts kan uitwijken om zodoende een middenpad te creëren. Die drukke eenbaanswegen die zich daarvoor lenen zouden wellicht - om aan dat euvel tegemoet te komen- voorzien kunnen worden van (digitale) borden *"Geef hulp verleners de ruimte. Wijk uit naar rechts"*.

Figuur 3.2 Verkeersbord

Bovenstaande afbeelding geeft een foto van een dergelijk bord weer.
Op dit moment is ongeveer éénderde van de wegen in Zeeland voorzien van een verharde bermstrook, zodat niet overal een dergelijk verkeersbord geplaatst kan worden.

Verder heeft zij gesignaleerd dat het wegennet rond de stad Goes vooral in de spitsuren eveneens snel volloopt hetgeen een vlotte doorgang voor de ambulance bemoeilijkt. Op dit onderdeel wordt nog nader teruggekomen in hoofdstuk 5.

Voorts is vanuit de werkgroep aandacht gevraagd voor het vervoer en stabilisatie van pasgeborenen vanuit de thuissituatie naar het ziekenhuis. Zo maakt een couveuse geen onderdeel uit van de standaardvoorzieningen van een ambulance. Deze zal eerst opgehaald moeten worden op de post Middelburg of Goes, indien inzet daarvan wordt gevraagd, c.q. is vereist. In dit verband wordt er op gewezen dat het reanimeren van pasgeborenen of jonge kinderen ook een medische handeling is die heel weinig voorkomt en waarvoor bij professionals ervaringsdeskundigheid gering is. Dit zal met name op peil gehouden moeten worden door op te leiden en te oefenen. Indien de behoefte daaraan in de praktijk aanwezig is, zal heel snel (specifieke) hulp van buitenaf ingeroepen moeten worden. Overigens vormt sowieso het op peil houden van voldoende vaardigheden vanwege het beperkt aantal ritten een aandachtspunt.

Er is nog een punt van zorg dat gesignaleerd is door de werkgroep, hoewel dit niet tot haar taak behoort maar wel betrekking heeft op het onderwerp als zodanig. Het wordt steeds moeilijker goede en deskundige ambulanceverpleegkundigen aan te trekken. Dit is niet alleen een Zeeuws probleem. Landelijk speelt dit evenzeer, maar het wordt nu ook in Zeeland steeds meer voelbaar. Een spoedige oplossing van dit probleem lijkt gelet op de personeelstekorten die er in de zorg aankomen, niet voorhanden. Hier zal het veld als eerste –al dan niet samen met de onderwijssector- een voorzet in moeten geven om tot een oplossingsrichting te komen.

3.3 De keten spoedeisende medische hulp

Wanneer iemand plotseling geconfronteerd wordt met een levensbedreigende aandoening of een ernstig ongeval en de huisarts wordt hiervoor gebeld en/of er wordt een 112 melding gedaan, wordt het hulpverleningsproces in werking gesteld. We noemen de organisatie van deze hulpverlening rond de zorgbehoeftige patiënt de keten voor de spoedeisende medische hulp.
Toegespitst op het onderwerp waar de werkgroep zich mee bezighoudt, kan de keten van de medische spoedeisende hulpverlening bij ernstige acute ziektebeelden, complicaties of trauma's als volgt worden omschreven:
Melder / First responder – verloskundige/huisarts/ huisartsenpost – Meldkamer- ambulance – traumahelikopter- (spoedeisende hulpafdeling) ziekenhuis- academisch ziekenhuis. Het vervolg in de keten (revalidatietraject e.d.) wordt hier buiten beschouwing gelaten. De strandposten met de Koninklijke Nederlandse Redding Maatschappij (KNRM) worden in dit kader als First responder beschouwd.

Soms wordt een fase overgeslagen of beëindigt het proces in de keten sneller. Bijvoorbeeld wanneer de ambulance doorrijdt naar een academisch centrum of de traumaheli de patiënt direct meeneemt naar een academisch centrum. Het gebeurt ook dat na de ambulance de hulpverlening beëindigd wordt, omdat de patiënt ter plaatse geholpen kan worden, dan wel reeds overleden is.

Direct doemt de vraag op of verbeteringen in dan wel aanvullingen op deze keten mogelijk zijn. In het kader van haar taakopdracht heeft de werkgroep de keten van de hulpverlening doorlopen. Dit komt in de volgende paragrafen aan de orde.

3.4 Inzicht in het zorgaanbod voor de burger: De Spoedkaart

Een ongeval of onwelwording gebeurt altijd onverwachts. Directe omstanders van het slachtoffer raken in paniek en men weet vanwege de schrik niet gelijk op adequate wijze te reageren en welke hulp men waar moet inroepen. Dat leidde ertoe dat in het verleden nog al eens door de burger een verkeerd 'loket' werd gekozen, wanneer een spoedeisende medische hulpvraag zich aandiende. Dit wordt nog eens bevestigd door onlangs gedaan onderzoek. Daaruit bleek dat slechts 34% van de ondervraagden het juiste antwoord wist bij de volgende ongelukjes: een kind dat zich verslikt in een knikker, een brandwond, een kind dat een slok schoonmaakmiddel opdrinkt, een snijwond en een vermoedelijke botbreuk. Met een snelle en juiste reactie kan verergering van letsel voorkomen worden en zelfs levens gered worden. Vandaar is het Rode Kruis met een voorlichtingscampagne "Weet jij wat je moet doen?" begonnen over de beste EHBO handelingen bij zeven voorkomende ongevallen (Bron PZC 16-06-2010).

In Noord- en Midden- Zeeland kon men de huisarts c.q. de huisartsenpost benaderen, men kon op eigen gelegenheid naar de spoedeisende hulpafdeling van het ziekenhuis of men belde 112. Met het oog daarop is in 2006-2007 vanuit Patiëntenorganisatie "Het Klaverblad" de zogenaamde "Spoedkaart Zeeland" ontwikkeld. De spoedkaart beoogde een stuk duidelijkheid in de loketkeuze aan te brengen en de burger daarbij te helpen. Voor het gebied Walcheren zag deze Spoedkaart er als volgt uit:

Figuur 3.3 Spoedkaart

Een dergelijke spoedkaart is –voor elke regio afzonderlijk- overal in Zeeland huis aan huis verspreid en eveneens onder campings en horecabedrijven gedistribueerd. Geconstateerd wordt dat deze kaart in Noord- en Midden-Zeeland aan zijn doel beantwoord heeft, los van de vraag of deze ook binnen elk huishouden op de juiste plaats aanwezig.

Voorzichtig wordt geconcludeerd dat de organisatie zoals deze zich nu tussen de diverse disciplines in de praktijk voltrekt, redelijk tot goed verloopt. Zo is er onder meer op gewezen dat er sprake is van een betere samenwerking tussen huisartsen en de Meldkamer.
Aangezien de verschuiving van medische zorg naar Goes vooral betrekking heeft op een klinische zorgvraag en de patiënt toch óf door de huisarts c.q. verloskundige verwezen binnenkomt óf door de ambulance wordt aangediend, heeft de werkgroep vastgesteld dat de spoedkaart in dat opzicht geen wijziging hoeft te ondergaan. Op het moment dat er dienaangaande in het aanbod op Walcheren een wijziging optreedt (bijvoorbeeld integratie Huisartsenpost / Spoedeisende Hulpafdeling) is het raadzaam de spoedkaart –voor zover nodig- aan te passen en dit breed te communiceren. Ook in gemeentelijke informatie-/weekbladen of gemeentegidsen verdient het aanbeveling hier aandacht aan te besteden. Zaak is dat met name "dynamische informatie" up-to-date gehouden wordt.

3.5 Eén loket voor alle spoedeisende medische hulp?

112 is het algemene Europese alarmnummer ingeval hulp van een hulpverleningsdienst noodzakelijk is. De werkgroep gaat er vanuit dat het alarmnummer 112 een grote mate van bekendheid geniet onder zowel bevolking als (buitenlandse) toeristen. Toch is dat geen vanzelfsprekendheid. Onderzoek in december 2009 van de politie in de regio Utrecht toonde aan dat sprake is van een relatieve onbekendheid van inwoners met het alarmnummer van de politie in de provincie Utrecht. Veel mensen die 112 wél kennen–zo gaf het onderzoek eveneens aan- weten niet precies in welke gevallen ze dat nummer kunnen bellen. (Bron: bericht op RTV Utrecht 2 december 2009[4]).
Communicatie is daarom hier ook van groot belang. Wat voor insiders een vanzelfsprekendheid is, lijkt voor hulpzoekende burgers niet altijd het geval te zijn. Juist aan die onwetendheid –die vaak ook leidt tot commotie met alle nare gevolgen van dien- dient tegemoet gekomen te worden. In dat opzicht heeft ook de in de vorige paragraaf besproken spoedkaart een duidelijke functie.

In het verleden is er wel eens over gesproken om achter de 112 meldingen voor medische zaken een integraal loket te organiseren van waaruit een triage plaatsvindt ter afwikkeling van de zorgvraag naar een bepaalde zorgverlener (hetzij SEH, hetzij huisarts, hetzij ambulance). Dit zou dan het nummer 113 mee moeten krijgen.

Officieel bestaat er (nog) geen 113 nummer voor acute medische zorgvragen, maar door de centralisten op de Meldkamer wordt hier al aan de hand van de aard van de melding wel zo veel als mogelijk op ingespeeld. Zo zijn er ook onderling contacten met de diverse huisartsenposten, daar waar het gaat om meldingen met een acuut karakter.
De gedachte was destijds dat –naast de spoedkaart- het nummer 113 ook zou helpen om de patiënt te verwijzen naar de plek waar hij het best geholpen kon worden.
De werkgroep verwacht dat in de nabije toekomst aan de hand van de triage op basis van tekenen en symptomen nog scherper gehandeld moet gaan worden voor welke zorgverlener de hulpvraag is. Dit krijgt ook een extra dimensie, naar mate het zorgaanbod verder differentieert. Zo kan bijvoorbeeld bij een hulpvraag voor acute thuiszorg een rapid responder of een huisarts worden ingezet, zodat de ambulance paraat kan blijven staan.
Op termijn zal naar verwachting één loket een begrip gaan worden. Uiteraard vereist dit een nauw samenwerkingsverband tussen RAV, (huisartsen)posten en ziekenhuizen. 112 blijft het Europese nummer voor hulpvragen, maar daarachter is dan de spoedeisende hulp anders georganiseerd. Bovendien zou dat loket ook benut kunnen worden voor bijvoorbeeld acute

[4] Bron: http://www.rtvutrecht.nl/nieuws/223265 (opgehaald: 03-08-2010)

psychiatrische hulp, acute thuiszorg, personenalarmering en voor tandartsenhulp op zaterdag en zon- en feestdagen.

3.6 Clustering Spoedeisende hulpafdeling Ziekenhuis/Huisartsenpost (HAP)

Een van de vragen die tijdens de brainstormsessie in de eerste vergadering van de werkgroep boven kwam drijven, was of er ook voordeel voor de patiënt is bij een clustering van de SEH afdeling van het ziekenhuis en de HAP. In het kader van dit hoofdstuk is het goed te benoemen dat aan dit onderwerp aandacht is besteed. De werkgroep stelt vast dat dit aspect eigenlijk niet samenhangt met spoedvervoer van een patiënt naar een ziekenhuislocatie. Primair betreft dit een organisatievraagstuk tussen zorgdisciplines. Spoedeisende hulpvragen moeten vanuit de zorgvraag van de patiënt beantwoord worden door die zorgverlener die deze ook effectief behandelen kan. Daarbij heeft de werkgroep verder vastgesteld dat er in het gebied de laatste jaren nog altijd zelfverwijzers naar de spoedeisende hulpafdeling zijn. Voor de percentages wordt verwezen naar paragraaf 2.2.1. Soms zal zorgverlening raakvlakken hebben met beide disciplines. Voor de patiënt is het voordeel dat bij een organisatorische clustering van beide disciplines onderlinge door- of terugverwijzing niet noodzakelijk is. Bovendien geeft het de patiënt een éénduidig beeld.

3.7 AED's en AED alert

Sinds een aantal jaren is het steeds gebruikelijker dat in kantoren, bedrijfsruimten of andere openbare gebouwen zoals dorpshuizen, winkels, zorginstellingen, kantines van sportaccommodaties, kerken e.d. Automatische Externe Defibrillatoren (AED's) worden geplaatst. Dikwijls wordt dit ook met een sticker op het raam of deur kenbaar gemaakt. Met de introductie van de AED wordt het voor omstanders mogelijk snel te reageren in een situatie waarbij iemand door een acute hartaandoening getroffen wordt. Nog voordat de ambulance ter plaatse is kan men met behulp van een AED al beginnen met defibrilleren. Snelle reanimatie (beademen en hartmassage) en het gebruik van een AED vergroot het overlevingspercentage aanzienlijk. Met name voor die plaatsen waar grote mensenmassa's samenkomen wordt de beschikbaarheid van een AED steeds meer als een must gezien.

Zo'n 70% van de voorvallen met hartstilstand komen voor in de thuissituatie, terwijl een klein deel plaatsvindt in andere (openbare) gelegenheden, al dan niet sportaccommodaties. In verband daarmee is het interessant na te gaan in hoeverre er mogelijkheden zijn de hulpverlening met behulp van vrijwilligers en een AED in de thuissituatie te intensiveren en uit te breiden, voorafgaand aan de komst van professionele hulpverlening. Immers, hoe eerder bij een hartstilstand hulp geboden kan worden, hoe groter de overlevingskans is. Inmiddels zijn er systemen beschikbaar waarbij altijd aansluiting bij en samenwerking met de Meldkamer Ambulancezorg wordt gezocht. In een dergelijke situatie ontvangen vrijwilligers in de directe omgeving na een melding een zogenaamd 'SMS-alert' vanuit de Meldkamer, waarin het adres wordt doorgegeven waar iemand getroffen is door een hartstilstand. Vervolgens kan men hier naar toe en kan alvast de reanimatie aanvangen, al dan niet met gebruikmaking van een AED.

Soms zijn AED's in de publieke ruimte in beveiligde AED-kasten opgesteld. Met AED Alert is het mogelijk om gebruik te maken van AED's die geplaatst zijn in vergrendelde kasten in de publieke ruimte. Tegelijkertijd wordt door de Meldkamer met de SMS-boodschap een pincode meegestuurd, waarmee deze kast kan worden geopend.

De werkgroep stelt vast dat vanwege de dunne bevolkingsdichtheid in Noord- en Midden-Zeeland het doorgaans langer duurt dan de fatale termijn van 6 minuten voordat een ambulance ter plaatse kan zijn. Uitgaande van dat tijdsbestek zijn het slechts kleine cirkels die rond bestaande ambulanceposten getrokken kunnen worden, waarbinnen tijdig de bevolking kan worden bereikt. Vanuit dat perspectief heeft de plaatsing van AED's bij bedrijven en kantoren een meerwaarde en hebben zij in een aantal situaties hun waarde ook al bewezen. Wel moet worden beseft dat het overgrote deel -70% van de pré-hospitale reanimaties- thuis plaatsvindt. Daarom ziet de werkgroep een winst in het opzetten van een systeem van burgerhulpverlening "hartveilig wonen Noord- en Midden-Zeeland", zeker gelet op de beperkte tijdspanne waarbinnen een reanimatie als zinvol kan worden beschouwd. Met instemming heeft zij er dan ook kennis van genomen dat in de gemeente Reimerswaal dienaangaande reeds initiatieven ontplooid worden.
Het opzetten van een dergelijk systeem dient op lokaal niveau in nauwe samenspraak met de Meldkamer ambulancezorg, de GHOR en ambulancedienst te worden gerealiseerd.
Om de slagingskans zo groot mogelijk te maken zal er een samenwerking moeten ontstaan tussen gemeente, ambulancedienst en vrijwilligers.

De ambulancedienst Connexxion Ambulancezorg heeft inmiddels in andere regio's ervaring opgedaan met het opzetten van dergelijke projecten. Het lijkt de werkgroep het meest voor de hand liggend dat zij hierin het initiatief neemt. Dit heeft bovendien als voordeel dat primaire processen geborgd kunnen worden. Zo zal bij keuze voor aan te schaffen apparatuur zoveel mogelijk aansluiting moeten worden gezocht bij die apparatuur, waaruit de data ook door bijvoorbeeld de ambulance en ziekenhuizen uitgelezen kunnen worden.

Figuur 3.4 AED in de openbare ruimte

3.8 Conclusies en aanbevelingen

In dit hoofdstuk is 'de keten in rust' globaal beschreven. Specifiek zijn daar enkele thema's uitgelicht, zoals die door de werkgroep in haar eerste vergadering zijn benoemd en verder onderzocht. Concrete knelpunten in dat opzicht tussen de diverse schakels heeft de werkgroep niet gesignaleerd, wel enkele aandachtspunten. Zo is vastgesteld dat het op peil houden van *voldoende kennis en vaardigheden door praktijkervaring* vanwege het beperkte aantal ritten een maatschappelijke weinig onderkend probleem is. Verder wordt opgemerkt dat het steeds lastiger wordt *voldoende gekwalificeerd ambulancepersoneel* te vinden. Volgens de

werkgroep ligt hier een uitdaging voor de zorgsector, al dan niet in samenwerking met het onderwijs.
De inhoudelijke organisatie, kwaliteit van de zorg en onderlinge samenwerking is daarbij geen onderwerp van discussie. Deze beperkte zich dan ook alleen tot het beoordelen van de (volledigheid van de) keten en of er vanuit bereikbaarheids-perspectief mogelijke voordelen te behalen zijn indien "schakels worden toegevoegd of ineen worden gesmolten". Wat dat laatste betreft ziet de werkgroep deze niet direct. Het is wel denkbaar dat bijvoorbeeld vanuit efficiencyoogpunt het streven wordt gehanteerd dat na kantoortijd in de avonden- nachten, zaterdagen en zon- en feestdagen diensten zoveel mogelijk geclusterd worden aangeboden, zodat op die dagen zo weinig mogelijk mensen in touw behoeven te zijn. *Een loket voor acute zorgvragen*, dat achter de 112 georganiseerd wordt, zou wellicht een suggestie kunnen zijn om tussen veldpartijen en disciplines nader uit te werken. Wel is het zaak dat, -wanneer er dienaangaande veranderingen voor het publiek optreden dit effectief naar de omgeving gecommuniceerd wordt. Aanpassingen van de spoedkaart en aandacht daaraan geven in de media is in de ogen van de werkgroep daarvoor het meest geëigende middel.
De werkgroep is verder van mening dat voordat de professionele hulp ter plaatse is, een netwerk van vrijwilligers en geplaatste *AED's* met behulp van het systeem van *SMS-alert* een belangrijke bijdrage kan leveren in de situatie dat mensen een acute levensbedreigende hartaandoening krijgen. Succesvolle projecten in den lande kunnen daarbij als voorbeeld strekken. Zij ziet daarbij met name een aansturende rol weggelegd voor de professionele organisaties –in het bijzonder Connexxion Ambulancezorg- ter borging van zowel kwaliteit, continuïteit als ervaringsdeskundigheid.

Verder merkt zij op dat *de tweestrookswegenstructuur* vooral in de zomermaanden een beletsel vormt voor een vlotte doorgang van de ambulance in een spoedsituatie. Dit probleem is niet zo maar even uit de weg geruimd. Gedegen oplossingen (b.v. vluchtstroken) zijn niet van de een op andere dag gefinancierd en gerealiseerd. Daarom dringt de werkgroep er op aan -daar waar fysiek mogelijk- hulpverleners ruim baan te geven door een middenpad vrij te maken, indien de situatie daar om vraagt. Hiervoor kunnen bestaande *(digitale) informatie borden* worden gebruikt.

HOOFDSTUK 4 DE KETEN IN WERKING GESTELD

4.1 Inleiding

In het vorige hoofdstuk is een globale beschrijving gegeven van de organisatie van de keten van de spoedeisende medische hulp. In dit hoofdstuk gaat het om de vraag wat er gebeurt na een ontvangen melding en of -en zo ja welke- in het daarop volgende proces verbeterpunten kunnen worden aangebracht.
Zaak is dat op het juiste tijdstip, de juiste zorg naar de juiste plaats wordt gedirigeerd. Vooral bij onduidelijke meldingen of niet goed inschatbare situaties zal het altijd een lastige afweging blijven om te bepalen welke hulp ingezet wordt: te weinig kan nadelig of schadelijk zijn voor de patiënt en voor de ketenpartners (denk aan een negatief imago), te veel is duur en legt een claim op de paraatheid van hulpverleningsdiensten. In dit hoofdstuk wordt het proces stapsgewijs beschreven.

4.2 De melding

Heel veel 112 meldingen worden met de GSM gedaan. Deze komen in de meldkamer in Driebergen binnen. Er komt nog altijd een aantal meldingen binnen dat loos blijkt zijn, de zogenaamde "broekzakmeldingen". Dit probleem wordt hier verder buiten beschouwing gelaten. Zijdelings wordt opgemerkt dat dit nog altijd de hulpverlening onnodig belast.

Wanneer een verzoek om een hulpvraag binnenkomt, is het van belang nauwkeurig te weten wat er aan de hand is. Zaak is dat op het moment dat de melding binnenkomt zo helder mogelijk inzichtelijk wordt wat er aan de hand is. Doorvragen –hoewel dat voor de melder wellicht enigszins frustrerend overkomt- is echter wel essentieel om een beeld te krijgen van de situatie ter plaatse. Voorts is het van belang dat tijdens het contact met de melder reeds instructies kunnen worden gegeven, hoe te handelen in afwachting van de komst van professionele hulp. Dat vraagt in elk geval adequaat opgeleide en BIG geregistreerde verpleegkundig centralisten op de Meldkamer Ambulancezorg.

De meldingsinstructie zit als zodanig reeds in de opleiding voor de centralist. Praktisch probleem daarbij is wel dat wanneer de bezetting slechts twee mensen op de Meldkamer is, het dan wegens drukte lastig kan zijn om het contact met een melder vast te houden. Dit speelt in geval van gelijktijdigheid van meldingen.
Vervolgens is het zaak te bepalen welk 'personeel en materieel' wordt ingezet. Zo zal in voorkomend geval waarin in de thuissituatie acute medische zorg nodig is en waar op voorhand bij duidelijk is dat geen vervoer noodzakelijk is, volstaan kunnen worden door de huisarts te informeren of door een rapid responder in te zetten, wanneer die beschikbaar is.

4.3 Plaatsbepaling na de melding

In een situatie waarin iedere seconde telt, is het van belang exact te weten waar een incident of onwel wording zich afspeelt. Niets geeft hulpverleners meer een gevoel van onmacht en onvoldaanheid dan dat men met de wetenschap dat iemand dringend hulp nodig heeft, niet weet waar men moet zijn of fysiek niet ter plekke kan komen. Op het eerste gezicht doet zich dit probleem voor bij mensenmassa's of bij moeilijk bereikbare plaatsen. Vertaald naar de Zeeuwse situatie noemt de werkgroep als eerste voorbeeld plaatsbepaling op het strand.
Op de stranden van Texel zijn genummerde palen geplaatst die voor de hulpverlening duidelijk herkenbaar zijn en waarbij het publiek nauwkeurig kan aangeven waar de hulpvraag

zich voordoet. Niet alleen lijkt een dergelijk herkenningspunt voor de hulpverlening voordelen te hebben, maar ook in situaties wanneer kinderen kwijt geraakt zijn, kunnen deze een functie hebben.
Zolang er nog geen locatieherkenning is van GSM's waarmee gebeld wordt, verdient het volgens de werkgroep aanbeveling na te gaan of herkenningspunten op de stranden wenselijk zijn. Nader overleg met strandexploitanten over uitvoering van deze aanbeveling lijkt voor de hand liggend. Wellicht dat GSM-locatieherkenning in de toekomst wel mogelijk wordt gemaakt, doch daar is een aanpassing van wetgeving voor noodzakelijk.
Momenteel functioneert herkenning van de locatie van waaruit met de GSM wordt gebeld, alleen voor de politie. Volgens de werkgroep verdient het aanbeveling de wettelijke beperkingen –vermoedelijk op grond van telecommunicatiewetgeving- die de plaatsherkenning door de meldkamer ambulancezorg van waaruit gebeld wordt in de weg staan, op te heffen. Tot slot wordt nog opgemerkt dat er een goede samenwerking met de strandposten aan de kusten en met de KNRM bestaat.

4.4 De ambulancerit naar de patiënt/slachtoffer

Na de melding wordt een inschatting gemaakt welke hulp ter plaatse gaat. Soms zal de melding, afhankelijk van de aard, ter afwikkeling worden overgedragen aan de huisarts –zoals zich dat bijvoorbeeld op Schouwen-Duiveland voordoet. In andere gevallen wordt de rapid responder als eerste optie naar de plaats van de melding gestuurd. Het voordeel van de inzet van de motorambulance in de zomermaanden is dat deze sneller ter plaatse kan zijn, omdat men minder last heeft van files of andere blokkades en bijvoorbeeld het fietspad kan gebruiken.
Door de werkgroep is een medewerker van Connexxion Ambulancezorg geconsulteerd met de vraag of en zo ja, welke problemen zich tijdens de rit naar het slachtoffer/de patiënt voordoen. Tijdens dit gesprek werd onder meer melding gemaakt van moeilijk vindbare en bereikbare plaatsen. Wat het eerste betreft werd er op gewezen dat op (binnen)wegen er soms geen bebording staat met de naam van de weg er op of dat –zoals dat ook in de bebouwde kom voorkomt- het bord onleesbaar is wegens groene aanslag of begroeiing. Hieronder volgen twee voorbeelden, die met vele praktijksituaties zijn uit te breiden:

Figuur 4.1 Deze foto is genomen vanuit de Kriekeweg (Koudekerke) gezien richting de Breeweg. Het bord "Breeweg" is pas om de bocht leesbaar. Welke kant is nummer XX, links of rechts?

Figuur 4.2 De tekst op het straatnaambordje op de meest linkse lantaarnpaal is pas leesbaar als men de straat is ingedraaid. Een automobilist kijkt tegen de "rug" van het bordje aan.

Het zijn kostbare minuten wanneer dringend medische hulp benodigd is en vanwege genoemde redenen de chauffeur niet snel kan traceren waar men moet zijn. Navigatiesystemen herkennen huisnummering, maar Citygis niet. De werkgroep beveelt in dat opzicht de wegbeheerders van met name binnenwegen (gemeenten of waterschap) aan –voor zover dat niet is gebeurd- deze van borden te voorzien en waar deze geplaatst zijn onderhoud te plegen, zodat de naam van de weg goed leesbaar blijft. Soms werkt het ontbreken van een duidelijke huisnummering eveneens vertragend doordat men in eerste instantie te ver doorrijdt en men vervolgens weer terug moet rijden. Volgens de gemeentelijke verordening zal er doorgaans niet alleen een gedoogplicht bestaan voor het aanbrengen van straatnaambordjes en huisnummering, maar eveneens voor onderhoud daarvan, zodanig dat deze duidelijk vanaf de openbare weg leesbaar dienen te blijven. Onderstaand bordje is voor de ambulancedienst ideaal:

Figuur 4.3 De aanduiding Ter Poorteweg (Koudekerke) incl. nummeraanduiding van de daaraan gelegen woningen

Evenzeer bestaat een dergelijk probleem voor ambulancepersoneel of de huisarts, in wijken waar de huisnummering onoverzichtelijk verloopt. Een goede nummerduiding in de wijk

waarbij het in een eerste oogopslag voor een ieder direct zichtbaar is waar een bepaald huisnummer gesitueerd is, speelt ook in situaties waarin iedere seconde telt een belangrijke rol. Zo werd in de werkgroep de wijk Bossenburg te Vlissingen als voorbeeld genoemd, waar het niet eenvoudig is snel te vinden waar men moet zijn.
Voor verloskundigen speelt dit probleem in de acute fase in mindere mate. Deze brengen van te voren eerst een bezoek aan de zwangere vrouw, zodat men –als men er met spoed naar toe moet- op de hoogte is waar de cliënt woont.

Verder is door de ambulancedienst het belang onderstreept van nieuwe wegenkaarten van wegbeheerders te ontvangen. Het gaat daarbij met name om wegenkaarten van nieuwbouwwijken, omdat nieuwe wegen en straten nog niet opgenomen zijn in het Citygissysteem. Nieuw kaartmateriaal met een updating van bestaand kaartmateriaal is eveneens welkom. Zo werd in de vergadering het praktijkvoorbeeld aangehaald dat het Citygissysteem niet voor alles een oplossing biedt. De draaibrug bij Souburg bijvoorbeeld -die alleen voor fietsers en voetgangers toegankelijk is- staat daarin bijvoorbeeld ook aangegeven als doorgaande weg, hetgeen heel lastig is voor niet ter plaatse bekend zijnd ambulancepersoneel. Ook dit soort euvels stagneert de hulpverlening en heeft alles te maken met bereikbaarheid.

De werkgroep is van oordeel dat hoe dan ook het voor alle partijen van evident belang is dat tijdverlies - vanwege zoekwerk- zoveel als mogelijk voorkomen dient te worden. Indien navigatiesystemen (nog) ontoereikend zijn –bijvoorbeeld voor nieuwbouwwijken- ligt het voor de hand dat hulpverleningsdiensten van gemeenten kaartmateriaal ontvangen hoe wijken met straatnamen ingedeeld zijn. Zo zou het handzaam zijn dat voor straten die het navigatiesysteem niet kent, plattegronden worden aangeleverd niet alleen voor de Meldkamer maar die ook in de ambulances meegenomen kunnen worden. Dit voorkomt ook dat voor dergelijke doeleinden de Meldkamer belast moet worden met het geven van aanwijzingen aan ambulancepersoneel, hetgeen in feite niet noodzakelijk behoort te zijn. In elk geval dient bij de inrichting van nieuwe woonwijken nadrukkelijk de bereikbaarheid voor hulpdiensten in het oog gehouden te worden (duidelijke bewegwijzering, duidelijke huisnummering etc.), terwijl het belang van goed werkende navigatiesystemen evident is.

Verder zijn er soms ook moeilijk bereikbare plaatsen. Dit speelt bijvoorbeeld in de landbouw, vooral in het najaar tijdens de oogst bij ongevallen met landbouwmachines. Soms moet worden vastgesteld dat moeilijk te bereiken locaties zoals strand, bos of op het aardappelveld, gewoon niet binnen de vereiste tijd kunnen worden gehaald. Een snel beroep op de traumahelikopter ligt dan voor de hand.

Afzonderlijk aandachtspunt vormt de toegankelijkheid van wegen of terreinen die met palen afgesloten zijn.
Voor campings is dit overal verschillend geregeld. Het betreft hier doorgaans privaat terrein waar geen grip op te krijgen is, terwijl in de praktijk een beheerder op de hoogte is of gesteld wordt van een hulpverleningsvraag. Wat de openbare ruimte betreft zou het echter wel effectief zijn wanneer er een uniforme sleutel zou zijn voor een doorgang op openbare weggedeelten. Dat voorkomt in de praktijk veel zoekwerk naar passende sleutels. Bijkomend probleem is dat wanneer een ambulance uit Zeeuwsch-Vlaanderen boven de Schelde paraat moet staan – vanwege het feit dat alle ziekenwagens onderweg zijn- objecten die door paaltjes afgesloten zijn, helemaal niet bereikt kunnen worden.

De werkgroep is van mening dat hiervoor snel passende oplossingen dienen te worden gevonden. Enerzijds is het begrijpelijk dat sommige (onverharde) wegen of paden met paaltjes zijn afgesloten; anderzijds zou het goed zijn wanneer hiervoor 'een loper' zou bestaan, zoals de brandweer die in vele gevallen wel heeft. Wegbeheerders worden door de werkgroep dan ook opgeroepen na te gaan hoe dit euvel zo spoedig mogelijk opgelost kan worden.
Tot slot verdient het aanbeveling om plannen voor reconstructie van wegen –vooral binnen de bebouwde kom met daarin aangegeven het tijdvak wanneer die plaatsvindt- duidelijk te communiceren met de Meldkamer en de Ambulancedienst. Weliswaar vormt dit een obstakel wanneer er zich alsnog een hulpvraag in die straat voordoet, maar vooraf komt men niet voor verrassingen te staan van opgebroken wegen of straten. Ook dit komt een snelle bereikbaarheid ten goede.

4.5 Ter plaatse

In de meeste gevallen kan met de ambulance de patiënt goed bereikt worden. Fysiek moeilijk bereikbare plaatsen zoals bos, strand en landbouw zijn hiervoor reeds aangegeven. Vanzelfsprekend is het in alle opzichten te prefereren dat zeker bij gecompliceerde situaties of ongevallen deskundig personeel ter plaatse is. Ervaringsverdunning –weinig oproepen- is een probleem waar reeds in het vorige hoofdstuk op ingegaan is.

Een groot aantal jaren biedt het traumacentrum de mogelijkheid van inzet van mobiele medische teams (MMT's). Het MMT is 24 uur per dag, 7 dagen in de week aan de hand van specifieke criteria inzetbaar als aanvulling op de ambulancezorg en overige hulpverleningsdiensten. Het MMT gaat per helikopter (bij daglicht) of MMT-voertuig (in het donker en bij slecht weer) zo snel mogelijk naar de plaats van het ongeval. Overigens is het de bedoeling dat de traumahelikopter van het Traumacentrum Zuid-West-Nederland met ingang van 1 februari 2011 dag en nacht inzetbaar wordt. De patiënt wordt in principe per ambulance naar een ziekenhuis vervoerd. De arts kan eventueel meegaan in de ambulance. Het vervoeren van patiënten per traumahelikopter gebeurt alleen in bijzondere gevallen.

In paragraaf 4.2 is al iets gezegd over de eisen die aan de centralisten op de Meldkamer gesteld worden. Ook voor ambulanceverpleegkundigen met het Diploma Verpleegkunde A of B geldt uiteraard dat zij niet alleen BIG geregistreerd zijn, maar daarnaast een aanvullende opleiding tot ambulanceverpleegkundige met succes doorlopen hebben. De eisen daarvoor worden gesteld door de Stichting Opleiding Scholing Ambulancehulpverlening (Stichting SOSA). Doorgaans wordt ook altijd de specialisatie IC verpleegkundige of SEH verpleegkundige gevraagd.

De problematiek rond opschaling van hulpverlening bij meerdere slachtoffers wordt hier verder buiten beschouwing gelaten. Doorgaans zullen bij noodzakelijke inzet van meer dan twee eenheden ter plaatse, ambulances een lange(re) rit moeten afleggen voordat zij ter plaatse kunnen zijn. Verantwoordelijkheden dienaangaande liggen voor wat betreft de coördinatie op het terrein van de GHOR. Het vraagstuk van de bereikbaarheid bij noodzakelijke inzet van meerdere ambulances blijft daardoor onveranderd.

Met de introductie van het digitaal ritformulier wordt informatie vastgelegd en uitgewisseld in de spoedeisende zorgketen. De communicatie tussen Meldkamer, ambulance en spoedeisende hulpafdeling van ziekenhuizen wordt met de invoering van het digitale ritformulier niet alleen sneller, maar ook betrouwbaarder en efficiënter. Met behulp van dit medium zijn zorgverleners rechtstreeks met elkaar te verbinden. Zo kan bij de patiënt ter plaatse al gelijk

digitaal contact gelegd worden met het ziekenhuis over bijvoorbeeld gebruikte medicatie. Binnen afzienbare tijd wordt nog een volgende stap voorzien, namelijk de informatie direct digitaal beschikbaar te maken voor de spoedeisende hulpafdeling en de huisartsen. Daarmee kan het patiëntendossier altijd worden geactualiseerd en beschikbaar worden gesteld voor de zorgverleners.

4.6 Het vervoer naar het ziekenhuis

Soms zal de patiënt ter plaatse behandeld kunnen worden, zodat vervoer achterwege kan blijven. Het zal in de nieuwe situatie ook veelvuldig voorkomen dat mensen behandeld kunnen worden op de spoedeisende hulpafdeling van de Walcherse locatie en na behandeling weer naar huis kunnen. Beide patiëntencategorieën worden in deze paragraaf buiten beschouwing gelaten, omdat dit geen wijziging betreft ten opzichte van de huidige situatie. Waar het hier met name om gaat is de patiëntencategorie die gepresenteerd moet worden, voor adequate zorg voor hun zorgprobleem / ongeval, in het acute centrum te Goes.

In deze paragraaf wordt weergegeven welke problematiek men zoal tegenkomt, in het besef dat de werkgroep daarin nimmer volledig kan zijn. Het gaat met name om het aanstippen van situaties die in de praktijk als een knelpunt worden ervaren en wat daarmee gedaan zou kunnen worden, om dit te verbeteren.

4.6.1 Aanpassing duinovergangen

Professionele hulpverlening op het strand is sowieso niet erg gemakkelijk. Voordat men ter plaatse is, neemt dat doorgaans al veel tijd in beslag. Gesignaleerd wordt dat een aantal duinovergangen wel toegankelijk is voor ambulances (bijvoorbeeld met een tegelpad), maar dat op de top van het duin geen ruimte bestaat om te keren. Dat komt er in de praktijk op neer dat men op de top van het duin met de ambulance de duinovergang achteruit af moet, met alle obstakels en ongemak voor verpleegkundige en patiënt –en voor strandbezoekers- van dien. Een en ander leidt er in de praktijk toe dat de ambulance aan de voet van de duinovergang blijft staan en vervolgens de patiënt door de reddingsbrigade –al dan niet met behulp van ambulancepersoneel- wordt aangevoerd. Dit zou eenvoudig op te lossen zijn, wanneer boven op de duinovergang ruimte gemaakt wordt om te kunnen keren.

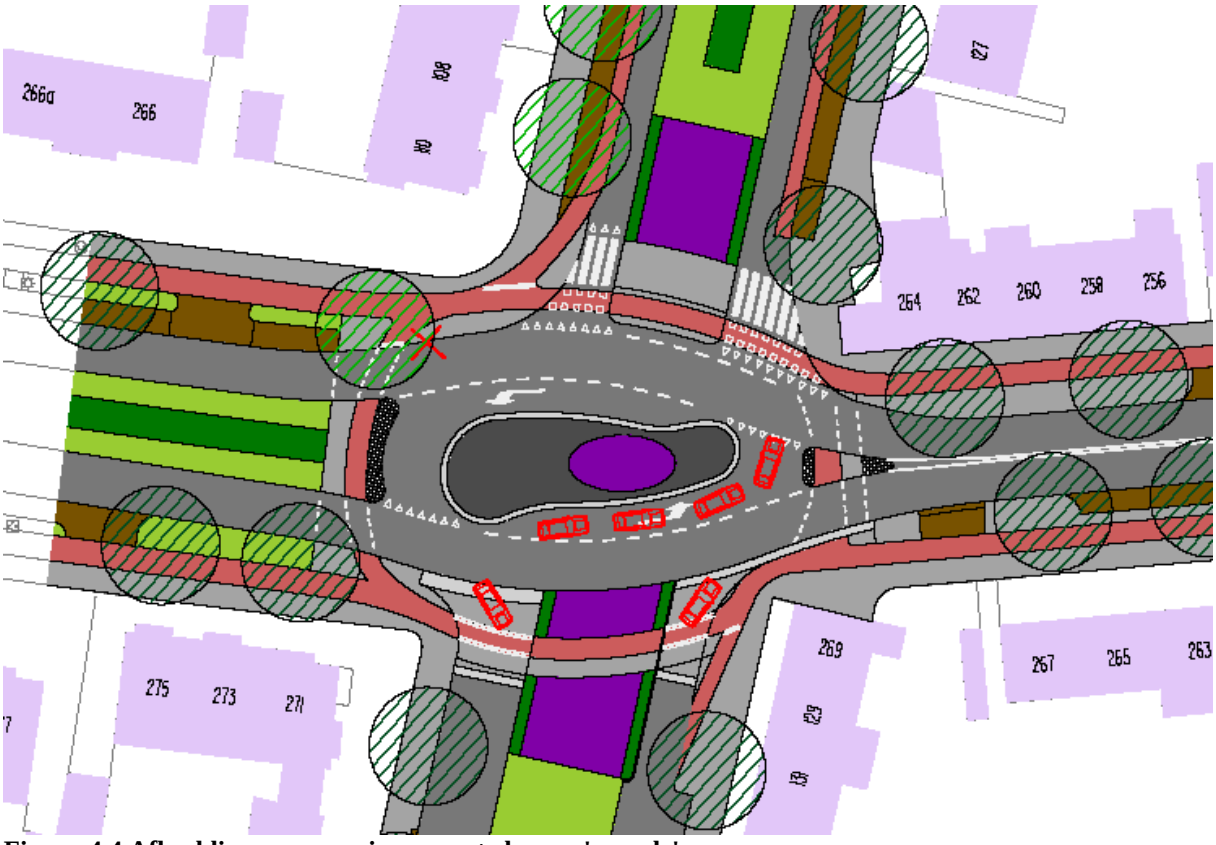
4.6.2 Invoering Flister

De auto's die tegenwoordig nieuw afgeleverd worden aan de klant worden steeds comfortabeler, beter geïsoleerd, en voorzien van audio-installaties die van goede kwaliteit zijn. Dit leidt er toe dat hulpverleningsdiensten soms moeilijker worden opgemerkt. Soms krijgt men pas op het laatste moment een hulpverleningsvoertuig die de bekende signalen voert in de gaten.
Flister is een systeem dat inbreekt op het radiosignaal van automobilisten en een sirenegeluid over de luidsprekers laat horen wanneer een hulpdienst in de buurt is. Met behulp van een zendertje waarmee het naderen van de ambulance hoorbaar wordt via de autoradio, wordt de uitzending enkele seconden onderbroken en volgt er een drietonig signaal uit de luidsprekers. In het informatiescherm van de radio verschijnt dan het woord “ambu”. Automobilisten weten dan dat een ambulance nadert met zwaailicht en sirene. Hoe eerder zij hiervan op de hoogte zijn, hoe eerder zij ook een inschatting kunnen maken van uitwijkmogelijkheden om ruimte te maken voor een ambulance.
Een experiment met dit systeem heeft reeds tot positieve resultaten geleid. Bijkomend voordeel van het systeem is dat 's nachts –voor zover van toepassing- middels het gebruik daarvan lawaaioverlast voor de omgeving voorkomen wordt. Uit proeven is gebleken dat de

meeste weggebruikers goed reageren op de sirene via de autoradio. Gelet op de Kamermeerderheid wordt verwacht dat het systeem wettelijk binnen afzienbare tijd mogelijk wordt gemaakt. Op het moment dat dit het geval is, lijkt dit eveneens voor de regio aan te bevelen. Het initiatief daarvoor ligt bij de ambulancedienst c.q. de Veiligheidsregio.

4.6.3 Aanpassing rotondes

Rotondes beogen doorgaans bij (on)gelijkwaardige kruisingen een vlotte en veilige doorstroming van het kruisend en afslaand verkeer. Geconstateerd kan worden dat er in achterliggend decennium steeds meer rotondes zijn aangelegd. Tegelijkertijd zijn rotondes voor ambulances obstakels in een doorgaande route. Niet alleen betekent het afremmen, de draai maken en vervolgens optrekken extra tijdverlies, evenmin zijn rotondes voor de te vervoeren patiënten aangenaam.
In het kader van de aanleg van nieuwe wegen met rotondes wil de werkgroep –los van verkeerstechnische aspecten- hier uitdrukkelijk aandacht voor vragen. Op sommige plaatsen worden ook "ovondes" -die hieronder is afgebeeld, de zogenaamde 'uitgetrokken' rotondes- aangelegd, dan wel doorsteken in rotondes gemaakt. Het maken van een 'doorsteek' op een rotonde voor hulpdiensten zou bij wijze van experiment onderzocht kunnen worden op effectiviteit. Mogelijk dat dergelijke constructies bij kunnen dragen aan een vlottere doorgang van ambulances en eventuele overige hulpverleningsvoertuigen in spoedsituaties.



Figuur 4.4 Afbeelding van een nieuw aan te leggen 'ovonde'

Overigens vormen niet alleen rotondes een obstakel voor het ambulancevervoer. Verkeersdrempels, palen en bloembakken vormen dat evenzeer. Dit is niet alleen lastig tijdens een spoedrit maar haast nog meer belastend voor mensen die in een terminale fase verkeren en naar een hospice gebracht moeten worden of voor mensen die er lichamelijk zeer slecht

aan toe zijn. Vandaar wordt vanuit de ambulancedienst een dringende oproep gedaan richting wegbeheerders om zeer terughoudend te zijn met het aanleggen van verkeersdrempels of het plaatsen van objecten op de openbare weg.

Niet alleen de vlottere doorgang van ambulances in spoedsituaties is een aandachtspunt voor wegbeheerders; de verkeersveiligheid voor hulpdiensten zelf en overige weggebruikers is dat evenzeer. Met het oog daarop zijn in het verleden aanbevelingen aan de wegbeheerders gedaan om aandacht te hebben voor de hulpdiensten bij het ontwerpen van weginfrastructuur.

4.6.4 Uitbreiding KAR-systeem

Sinds enkele jaren zijn op bepaalde trajecten in de provincie Zeeland de verkeersregelinstallaties (VRI's) uitgerust met het zogenaamde KAR-systeem. KAR, dat staat voor korte afstand radio, is een manier van verkeerslichtbeïnvloeding waardoor verkeerslichten op groen springen voor ambulances als deze met optische en geluidssignalen rijden. Niet alleen heeft dit een positief effect op de snelheid, maar werkt eveneens veiligheidsverhogend voor de ambulance. In het gebied Noord- en Midden-Zeeland is op het traject van de N256 gestart met KAR voor de ambulances. Inmiddels is reeds een groot aantal VRI's daarmee voorzien. Vanuit de werkgroep wordt aanbevolen ook andere VRI's zoals op de hele Nieuwe Vlissingseweg, van KAR te voorzien. In de bijlagen zijn plattegronden bijgevoegd met daarop de VRI's aangegeven die van KAR zijn voorzien.
Vanuit de ambulancedienst is er voor gepleit om het KAR-systeem niet alleen te beperken tot A1 ritten. Bij het vervoer van ernstig zieke patiënten die in een terminale fase verkeren en/of er lichamelijk heel slecht aan toe zijn is soms "elk schokje" er een te veel. Met een dergelijke patiëntencategorie wordt heel rustig gereden teneinde het vervoer zo min mogelijk belastend te doen zijn. Dan is bijvoorbeeld afremmen voor een rood verkeerslicht waar een flitspaal bij geplaatst is, heel pijnlijk, hetgeen men patiënten eigenlijk niet aan wilt doen.
De werkgroep onderkent dit probleem, evenals het onder 4.6.3 gesignaleerde punt van obstakels op de weg. Alleen ligt dit –afgezien van het element van de spoedeisende rit- buiten haar taakopdracht om hier een handreiking voor te doen. Dat betekent niet dat zij dit niet wenst te signaleren en door te geven. Zij wil in elk geval dit punt ter overweging doorgeven naar haar opdrachtgever, in casu de Stuurgroep, met het verzoek dit signaal door te geleiden naar het openbaar bestuur.

4.6.5 Gesloten houden bruggen tijdens een spoedrit in het gebied

Het behoeft geen betoog dat een goede communicatie tussen de Nautische Centrale Vlissingen – van waaruit de bruggen over het Kanaal door Walcheren en de Zeelandbrug bediend worden- en de Meldkamer van evident belang is om een vlotte doorgang van de ambulance te bewerkstelligen.
De werkgroep heeft geconstateerd dat hier een uitstekende samenwerking plaatsvindt. Nadere beschouwing kan daarom achterwege blijven en een aanbeveling ter zake is dan ook niet aan de orde.

4.6.6 Selectieve afrit A58

In het verleden is met het oog op het voldoen aan de 45 minutennorm (zie paragraaf 1.2.2 en 2.1.2) voor ambulances komende vanaf Schouwen-Duiveland een selectieve afrit van de A58 aangelegd.
De selectieve afrit van de A58 wordt momenteel alleen gebruikt door ambulances in spoedsituaties. Ook voor ambulances komende vanaf Walcheren kan van deze afrit gebruik worden gemaakt om de ziekenhuislocatie Goes te bereiken. De werkgroep hecht er aan in dit kader op te merken dat gebruik maken van deze afrit door ambulances niet zonder gevaren is.

Niet alleen voor overige weggebruikers, maar ook voor het ambulancepersoneel en de te vervoeren patiënt. Overigens wordt op dit aspect nog teruggekomen in hoofdstuk 5.

Figuur 4.5 Onderaan selectieve afrit A58 met beperkt uitzicht op de 's-Gravenpolderseweg

Bovenstaande afbeelding geeft nog eens aan dat komend vanaf de afrit het uitzicht naar links op de 's-Gravenpolderseweg –ondanks waarschuwingsborden e.d.- slecht is en derhalve niet zonder gevaren.
De werkgroep pleit voor de aanleg van een volwaardige afslag op de A58 bij Goes in combinatie met een aantal andere maatregelen voor een snelle bereikbaarheid van het ziekenhuis. Dit geldt niet alleen voor privé-vervoer maar eveneens voor ambulances, verloskundigen en zwangeren om in een spoedsituatie het ziekenhuis te bereiken. Overigens is niet alleen het bezoek en personeel van het ziekenhuis hier mee gebaat, maar biedt deze eveneens de overige zorginstellingen (Emergis, Revant en de Huisartsenpost) een betere bereikbaarheid, alsmede de wijk Overzuid.

4.7 Conclusies en Aanbevelingen

In situaties waar dringend professionele medische hulp benodigd is, kan deze naar het gevoel van de patiënt, familie of omstanders nooit snel genoeg ter plaatse zijn. Hoe beter en 'gesmeerder' de samenwerking in de keten verloopt en hoe sneller deze hulp ter plaatse is, hoe groter de kans op gezondheidswinst te boeken is.
Na het analyseren van *de samenwerking tussen organisaties* moet geconstateerd worden dat daarin eigenlijk weinig te verbeteren valt. Natuurlijk komen er loze meldingen voor die de hulpverlening belasten, maar dit valt in de praktijk niet of moeilijk uit te sluiten.
Noodzakelijk is dat bij een melding goed wordt doorgevraagd naar *de aard van het incident* of het ziektebeeld, zodat vanuit de meldkamer al *instructies aan omstanders* kunnen worden gegeven. Bij pieken op de meldkamer is dit lastig, doch dit komt niet noemenswaardig voor, in elk geval te weinig om deze daarvoor te versterken.
Vanzelfsprekend is eveneens *de plaats van de melding* van uitermate belang. Situaties waarin gezocht moet worden naar locaties, dienen tot een minimum te worden beperkt. Voor hulpverlening op straat is dit doorgaans eenvoudig; bij hulpverlening op bijvoorbeeld *het strand* ligt dat lastiger.

Volgens de werkgroep zou het helpen wanneer op de stranden *herkenningspunten* zouden worden aangebracht. Bijkomend voordeel daarvan is, is dat deze bijvoorbeeld ook bij kwijtgeraakte kinderen goed van pas kunnen komen. Nader overleg over de plaatsing daarvan met strandexploitanten/reddingsbrigades e.d. is daarvoor aangewezen. Daarnaast zou lokalisering via de GSM helpend zijn in het vinden van mensen. Echter is het wettelijk nog niet mogelijk dat gelokaliseerd wordt *vanuit welke locatie met een GSM gebeld* wordt. Het verdient volgens de werkgroep aanbeveling dat voor meldingen waarbij het gaat om medische hulpverlening *deze belemmering* wordt opgeheven.
Soms zijn er ook fysiek moeilijk te bereiken plaatsen, bijvoorbeeld in de landbouw. Waar mogelijk verdient het aanbeveling deze met *de traumahelikopter* aan te vliegen.
Openbare wegen of terreinen die met palen afgesloten zijn werken zeer vertragend voor ambulancepersoneel. Het spoedig toewerken naar het gebruik van *één uniforme sleutel* (een 'loper') in het totale gebied is zeer aan te bevelen voor alle hulpverleningsdiensten.
Reconstructies van wegen moeten door wegbeheerders tijdig gecommuniceerd worden met de Meldkamer en de ambulancedienst, zodat de ambulance niet voor een opgebroken weg komt te staan. Tevens dienen bij opgebroken wegen en straten *individuele percelen* altijd goed bereikbaar te zijn.
Wegenkaarten van nieuwbouwwijken –die nog niet in het Citygissysteem zijn opgenomen- dienen op de ambulanceposten beschikbaar te zijn. Hetzelfde geldt voor straten of wijken waar de bewegwijzering in navigatiesystemen ontoereikend is. Bij de *inrichting van nieuwe woonwijken* dient door gemeentebesturen nadrukkelijk de bereikbaarheid voor hulpdiensten in het oog gehouden te worden.
Geconstateerd is dat zowel binnen als buiten de bebouwde kom soms *straatnaam bebording* en/of *huisnummering* onleesbaar is of helemaal ontbreekt. 's-Avonds en 's-nachts is dit extra lastig. Wegbeheerders dienen volgens de werkgroep op de noodzakelijkheid van onderhoud – hetgeen doorgaans in een plaatselijke verordening is vastgelegd- te worden gewezen. Het is aan te bevelen in onoverzichtelijke wijken de huisnummering dusdanig te duiden dat in een eerste oogopslag zichtbaar is in welke richting men moet zijn.

Om de patiënt te bereiken dan wel af te voeren naar het ziekenhuis heeft de werkgroep geconstateerd dat er diverse punten zijn die om aandacht c.q. een oplossing vragen. De werkgroep heeft deze punten geput uit een overleg dat zij gevoerd heeft met een ervaringsdeskundige, zodat zij de hieronder genoemde zaken graag onder de aandacht brengt:
a) Niet alle bereidbare *duinovergangen* kunnen benut worden, aangezien er diverse duinovergangen zijn, waar de ambulance boven op het duin *niet kan keren*. Het verdient aanbeveling dat beheerders van de duingebieden (veelal zal dat het Waterschap Zeeuwse Eilanden zijn) deze duinovergangen inventariseert en deze alsnog fysiek aanpast.
b) Wanneer het systeem van *"Flister"* wettelijk wordt toegestaan, is het zaak dat dit ook in Noord- en Midden-Zeeland door de Ambulancedienst wordt ingevoerd. Automobilisten kunnen daarmee via hun autoradio er op geattendeerd worden dat er een ambulance in hun directe omgeving is.
c) Rotondes zijn niet alleen voor de ambulancechauffeur bij spoedeisend vervoer ongemakkelijk, maar vooral voor de patiënt. Naast een *"doorsteek op de rotonde"* zou bij de aanleg van nieuwe constructies ook voor de *"ovonde"* gekozen kunnen worden: een "eivormige" rotonde die het doorrijden vergemakkelijkt. De werkgroep realiseert zich dat met name in het kader van de herinrichting/realisatie van de N57 veel rotondes zijn aangelegd, waarover met de diverse wegbeheerders uitgebreid overleg heeft plaats gevonden. Toch weerhoudt dat haar er niet van op deze wijze hier aandacht van wegbeheerders voor te vragen, evenals voor andere obstakels op de weg (verkeersdrempels, palen etc.).

d) Waar dit nog niet is toegepast verdient het aanbeveling het *KAR-systeem* –groen licht voor hulpdiensten in spoedsituaties- verder uit te breiden.
e) Het behoeft geen nader betoog dat de werkgroep de aanleg van een volwaardige afslag op de A58 bij Goes in combinatie met een aantal andere maatregelen als dé oplossing ziet voor een snelle bereikbaarheid van het ziekenhuis. Dit geldt niet alleen voor privé-vervoer maar eveneens voor ambulances, verloskundigen en zwangeren om in een spoedsituatie het ziekenhuis te bereiken. Overigens is niet alleen het bezoek en personeel van het ziekenhuis hier mee gebaat, maar biedt deze eveneens de overige zorginstellingen (Emergis, Revant en de Huisartsenpost) een betere bereikbaarheid, alsmede de wijk Overzuid.

HOOFDSTUK 5 (TOEKOMSTIGE) WEGINFRASTRUCTUUR

5.1 Inleiding

Bereikbaarheid van voorzieningen heeft veel zo niet alles te maken met de weginfrastructuur. Zoals al eerder is aangegeven vormt de A58 de hoofdverbinding tussen Walcheren en Zuid-Beveland. Naast de A58 kunnen mensen uit Walcheren eveneens nog via het recreatiegebied "De Piet" Goes bereiken, of met gebruikmaking van de voormalige zogenaamde Oude Rijksweg via Lewedorp en 's Heer Arendskerke.
Voor Schouwen-Duiveland is de provinciale weg N 256 als ontsluiting richting Zuid-Beveland belangrijk. Immers, via deze weg over de Zeelandbrug wordt Schouwen-Duiveland met Noord-Beveland verbonden. Het westen van Schouwen-Duiveland zal wellicht meer gebruik maken van de weg over de Pijlerdam om vervolgens via de Oost-West verbinding (de N255) over Noord-Beveland Goes te bereiken.
Het is in dit kader van belang om te bezien of en zo ja welke aanpassingen aan de weginfrastructuur in de toekomst plaats zullen vinden en welke plannen er dienaangaande zijn.
Aangezien dit een onderwerp is dat zowel voor de werkgroep "Bezoek" als voor de werkgroep "Spoedeisend ambulancevervoer" van belang is, is dit punt in een gecombineerde vergadering op 6 april 2010 besproken. De weerslag daarvan is in het vervolg van dit hoofdstuk weergegeven.

5.2 Wegenstructuur Middelburg

Voor wat betreft de verkeersdoorstroming in- en de ontsluiting van Middelburg wordt de N57 (waar in paragraaf 5.6 op in wordt gegaan) met het aquaduct onder door de NS-spoorlijn en het Kanaal door Walcheren van groot belang. Zomerse dagen waardoor een grote toeloop naar de kust ontstaat in combinatie met het Kanaal door Walcheren, hetgeen eveneens een geliefde doorgaande vaarroute is voor de pleziervaart, genereren met openstaande bruggen lange files en wachttijden voor het verkeer.
Met de aanleg van de N57 hoeft veel doorgaand verkeer de stad Middelburg niet meer door, zodat ook bestemmingsverkeer in de stad Middelburg veel eerder op zijn plaats is. Na de openstelling van de N57 zal de Stationsbrug overigens autovrij worden. Deze is dan alleen nog te gebruiken door de bus- en hulpdiensten en het fietsverkeer. Particulieren die met spoed naar het ziekenhuis moeten, zullen daar geen gebruik van kunnen maken.
De kern Sint-Laurens wordt niet direct via de N57 ontsloten. Daar zal men eerst van een toegangsroute gebruik moeten maken om op deze weg te komen. Tot slot ligt het in de bedoeling dat van de Kaaienroute een 30km-weg dan wel 30km-zone gemaakt wordt.

Voor het overige worden de komende jaren geen noemenswaardige ontwikkelingen in de weginfrastructuur rond Middelburg voorzien.

5.3 Wegenstructuur Vlissingen

In de toekomst zal in Vlissingen een aantal projecten de aandacht vragen. Zo wordt gewezen op de ontwikkeling van het KSG terrein, de kenniswerf rond de Hogeschool Zeeland, de nieuwe vestiging van Omroep Zeeland, het project Stadshavens voor de aanleg van cruiseschepen en het project Zwakke Schakels. Een en ander is vastgelegd in de woon- en structuur visie van de gemeente Vlissingen. Realisatie van deze projecten zal eveneens impact hebben op de bereikbaarheid en ontsluiting van de stad Vlissingen. In oostelijke richting

liggen de Keersluis- en de Sloebrug. Op het moment dat de toeristen van de stranden vertrekken en de brug open gaat ontstaat er een lange file op de Sloeweg. Beoogd wordt om met name in de spitsuren beide bruggen gesloten te houden, om een zo vlot mogelijke verkeersdoorgang te bevorderen. Overigens is dit in beide gevallen beperkt. De Keersluisbrug is een eenbaansweg met tweerijstroken en doorstroming op de Sloeweg c.q. Sloebrug wordt vier keer in het uur onderbroken door de spoorverbinding die ter plaatse parallel aan het Kanaal door Walcheren loopt.
De gemeente Vlissingen onderzoekt, in het belang van de bereikbaarheid van de stad en de toeristisch recreatieve functie van Walcheren, de haalbaarheid van een hoge brug zodat er geen stremmingen meer zijn voor het gemotoriseerde verkeer tengevolge van brugdraaiingen. Voor de korte termijn wordt in samenwerking met de Provincie Zeeland onderzoek verricht naar een mogelijke verruiming van de bloktijden in de spitsuren.

5.4 Wegenstructuur Goes

De gemeente Goes is de meest centraal gelegen gemeente van de provincie Zeeland. Dagelijks komen grote vervoersstromen Goes binnen, waaronder veel scholieren. Gelet op de vele verkeersstromen die zich in en om Goes ontwikkelen levert dit ook een aantal knelpunten op. Deze knelpunten, beschreven in het Gemeentelijk verkeers- en vervoersplan, hebben geleid tot het project: “Goes beter bereikbaar”.

Een drietal speerpunten maakt onderdeel van dit project uit:
1) herschikken van het parkeren, waarbij aangetekend wordt dat het parkeren bij zorginstellingen primair een verantwoordelijkheid is van de instellingen zelf om dit te organiseren;
2) stimuleren van het gebruik van de fiets (hoewel Goes als eerste fietsstad van Nederland al heel hoog scoort: 51% fietsaandeel tegen 33% auto-aandeel), waarbij het de bedoeling is dat kruisingen in een nieuwe wegenstructuur zoveel mogelijk 'ongelijkvloers' zullen verlopen;
3) nieuwe verbindingen maken, die gefocust zijn op verbindingen in de stad maar ook voor verkeer dat van buiten, de stad Goes binnenkomt.
De aanleg van speciale rotondes –waarvan reeds voorbeelden zijn te vinden in Den Haag en Hilversum- en ongelijkvloerse kruisingen maken daar deel vanuit. Deze rotondes zullen ook 'vriendelijk' aangelegd zijn voor ambulances.

Een volwaardige afslag op de A58 –waarvan de aanleg op z'n vroegst nog minimaal 5 jaar in beslag neemt- in combinatie met een aantal andere maatregelen zou het beste voldoen om een aantal doelstellingen te bereiken:
- bereiken binnenstad/centrum en Goes-Zuid;
- bereikbaarheid van de zorginstellingen;
- een betere ontsluiting van ’s Gravenpolder.

5.4.1 Intensivering gebruik selectieve afrit A58

In de gecombineerde vergadering van beide werkgroepen werd uitgebreid stilgestaan rond het gebruik van de selectieve afrit van de A58, met als hamvraag of het gebruik daarvan –zolang er geen volwaardige afslag ligt- geïntensiveerd kan worden. Ook het gemeentebestuur van Goes zou dit graag zien, zij het dat deze niet op haar grondgebied ligt, maar op dat van de gemeente Borsele. De Provincie Zeeland is beheerder van de afrit.

Punt is echter dat de situatie ter plekke zich er niet bij uitstek voor leent om deze verkeersintensief te maken, omdat er alleen aan de zijkant uitzicht bestaat op de pijlers onder

het viaduct. Het lijkt echter niet eenvoudig om een snelle, veilige en passende oplossing hiervoor te vinden. Zo is gekeken naar een fietsoversteek bij de Kloetingseweg dat geen oplossing biedt. Een fietspad in twee richtingen aan de oostzijde, bleek evenmin een optie omdat de ‘s-Gravenpolderseweg een zeer druk bereden route door fietsers en bromfietsers is.

Zoals eerder gesteld kunnen ambulances in spoedsituaties gebruik maken van de selectieve afrit (zie paragraaf 4.6.6.).
Toch verdient het volgens beide werkgroepen aanbeveling zolang er geen volwaardige afslag ligt een ruimere openstelling uitdrukkelijk te overwegen in combinatie met een veilige aanpassing. In elk geval genereert dit voor vrouwen die met een hoge urgentiegraad voor een bevalling naar het ziekenhuis gaan al een snellere bereikbaarheid van een ziekenhuis waar men klinisch en poliklinisch kan bevallen, een onderwerp waar de werkgroep "Bezoek" uitvoerig bij stilgestaan heeft.

5.5 Wegenstructuur Noord- en Midden-Zeeland

Niet alleen ontwikkelingen in de gemeentelijke weginfrastructuur zijn van belang voor een goede bereikbaarheid van het ziekenhuisbestel. De provinciale wegen dragen daar eveneens aan bij. Daarom is het zinvol om naast gemeentelijke ontwikkelingen met betrekking tot de weginfrastructuur eveneens te kijken naar nieuwe plannen op regionaal niveau.
Op het provinciale niveau staat er de komende vijf jaar een aantal investeringen gepland. Zo zal op Schouwen-Duiveland in de nabije toekomst het project Recreatieverdeelweg 2^{e} fase ter hand genomen worden. Op Tholen (hoewel in het kader van de opdracht van de werkgroepen minder van belang) zal tussen Tholen Stad en Poortvliet na 2015 een parallelweg worden aangelegd, terwijl op Noord-Beveland een rotonde op de Oost-West verbinding wordt gerealiseerd.
Wat Zuid-Beveland betreft wordt dit jaar op het kruispunt N669 ('s-Gravenpolderseweg) met de Kloetingseweg een verbetering aangebracht (afslag 's Heer Abtskerke). Daarnaast zal dit jaar bij de afrit Vierwegen (ANWB-station) een rotonde worden gerealiseerd. Last but not least wordt nog melding gemaakt van de opwaardering van de Sloeweg (N 62) met twee rijstroken en ongelijkvloerse kruisingen. De N62 vormt de verbinding tussen de A58, het Sloegebied richting de Westerscheldetunnel.

Wat de regio Walcheren betreft zal de rondweg Serooskerke worden verwezenlijkt. In 2012 wordt de aansluiting van de provinciale weg (N288 Vlissingen-Westkapelle) met de Blauwpoortseweg (Meliskerke-Zoutelande) gereconstrueerd door de aanleg van een rotonde.

5.6 Het project N57

De Rijksweg N57 verbindt de Zeeuwse eilanden Walcheren, Noord-Beveland, Schouwen-Duiveland, de Zuid-Hollandse eilanden Goeree-Overflakkee en Voorne en de Europoort met elkaar. Deze autoweg loopt van de noordkant van Middelburg (Walcheren) tot de A15/N15 ten westen van Rozenburg (Europoort). De N57 is 78 kilometer lang en loopt over meerdere Deltawerken. Op onderstaande afbeelding is het traject in gele kleur weergegeven.

Figuur 5.1 Het traject van de Rijksweg N57

Momenteel wordt hard gewerkt aan de opnieuw in te richten N57 op Walcheren, het traject dat loopt van de Veersedam tot aan de A58 in Middelburg. Voor een specifieke trajectkaart wordt verwezen naar de site: http://www.rijksweg57.nl/trajectkaart/popup.php

Drie oorzaken waren aanwijsbaar voor de nieuwe inrichting van N57: een vlottere doorstroming van het verkeer, verhoging veiligheid en een verhoogde leefbaarheid.

Op de bestaande N57 rijdt het langzame en snelle verkeer op één weg. Dit veroorzaakt vaak files en gevaarlijke inhaalmanoeuvres door automobilisten. In de buitengebieden langs de weg komt veel sluipverkeer voor, waardoor de situatie voor voetgangers en fietsers daar ook niet veilig meer is. Verder gebeuren veel ongelukken bij de vele rechtstreekse aansluitingen op de hoofdrijbaan en ontsluitingen van woningen, bedrijven en agrarische gronden.
Ieder jaar neemt het verkeer landelijk toe met 1,5%. Ook de N57 krijgt daardoor een steeds groter wordende verkeersstroom te verwerken. Knelpunten, zoals de brug over het Kanaal door Walcheren en de spoorwegovergang, zorgen voor vertraging. Bovendien is de N57 een belangrijke route voor toeristen van en naar de Zeeuwse kust. De nieuwe N57 zal zorgen voor een betere doorstroming van het verkeer tussen de Rijksweg A58 en de Veersedam op Walcheren.
Het doorgaande verkeer rijdt straks over de aangepaste N57 buiten Middelburg om. Het verkeer richting de kust en het noorden van Walcheren hoeft dan niet meer door de stad. Verder zal het aquaduct als extra kanaalkruising de doorstroming van zowel het wegverkeer als de scheepvaart garanderen.

De nieuwe route voorziet in stukken weg van 80 en 100 km per uur, en kent 14 ongelijkvloerse kruisingen met diverse aansluitingen. In de achterliggende tijd heeft veel overleg plaats gevonden met de hulpdiensten, onder andere in relatie tot het calamiteitenplan. Volgens planning zal de nieuwe weg tot aan Serooskerke, open gaan in december 2010; het Veerse deel zou twee jaar laten open gaan, doch er wordt naar gestreefd hierop in te lopen zodat dit deel nog in 2011 in gebruik genomen kan worden.

Voor de ontsluiting van het noordelijk deel van Walcheren zal de nieuwe inrichting van de N57 een belangrijke tijdwinst op leveren. Verwacht wordt dat deze in de wintermaanden zo'n 5 tot 10 minuten bedraagt, terwijl in de zomermaanden bij alle drukte waar momenteel sprake van is deze naar schatting op kan lopen tot 20 minuten.

5.7 Conclusies en aanbevelingen

Een goede infrastructuur draagt bij aan een snelle bereikbaarheid van voorzieningen. In dit hoofdstuk is een doorkijk gegeven naar de belangrijkste toekomstige veranderingen die in dat opzicht de komende jaren aan de orde zijn. Een aantal veranderingen ligt in de planning vast, een deel van de nieuwe infrastructuur zal nog dit jaar in gebruik genomen worden (de belangrijke doorstroming via de opnieuw ingerichte N57). Voor een deel is nog sprake van onzekerheden, bijvoorbeeld de aanleg van een volwaardige afslag van de A58 ter hoogte van Goes.

Uitgaande van een snelle bereikbaarheid van het ziekenhuis in Goes –dat het vertrekpunt van beide werkgroepen is- is het evident dat het meeste rendement in gezondheidswinst voor heel de regio geboekt kan worden wanneer de weginfrastructuur rond Goes verder geoptimaliseerd wordt. Immers daar profiteert zowel Schouwen-Duiveland, Noord-Beveland, heel de regio Walcheren als een groot deel van Zuid-Beveland van. Op dit moment is deze bereikbaarheid niet optimaal. Nog meer mensen op de fiets krijgen, nog meer gebruik van openbaar vervoer stimuleren, intensiever carpooling promoten zijn aanbevelingen die een waardevolle inhoud hebben, maar die in de praktijk moeilijk te vertalen zijn wanneer daar geen gehoor aan wordt gegeven. Filevorming tijdens de spitsuren op het traject van de N256/A256, afslag Goes-Zuid, Anthonie Fokkerstraat is een bewijs dat de bereikbaarheid momenteel niet optimaal is.

De selectieve afrit, uitmondend op de 's-Gravenpolderseweg, zoals die in het verleden gerealiseerd is voor ambulances komende vanaf Schouwen-Duiveland, is in de huidige vorm er niet op aangelegd om een grote verkeersstroom te verwerken. Dat levert gevaarlijke situaties op voor overige weggebruikers op de 's-Gravenpolderseweg. Toch verdient het volgens beide werkgroepen aanbeveling zolang er geen volwaardige afslag ligt een ruimere openstelling uitdrukkelijk te overwegen in combinatie met een veilige aanpassing. In elk geval genereert dit voor vrouwen die met een hoge urgentiegraad voor een bevalling naar het ziekenhuis gaan al een snellere bereikbaarheid van een ziekenhuis waar men klinisch kan bevallen.
Wederom openstelling van de Spaanweg- Groeweg om de bereikbaarheid van het ziekenhuis te vergroten vraagt uit veiligheidsoogpunt eveneens om een fysieke aanpassing van deze wegen, hetgeen evenmin aanbeveling verdient. Het rendement daarvan, afgezet tegen het gebruik van de bestaande route (N666 Nieuwe Vierwegen - 's-Gravenpolderseweg), is daarvan te gering.

Het behoeft geen nader betoog dat beide werkgroepen de aanleg van een volwaardige afslag in combinatie met een aantal andere maatregelen als dé oplossing zien voor een snelle bereikbaarheid van het ziekenhuis. Dit geldt niet alleen voor privé-vervoer maar eveneens voor ambulances om in een spoedsituatie het ziekenhuis te bereiken. Overigens is niet alleen het bezoek en personeel van het ziekenhuis hier mee gebaat, maar biedt deze eveneens de overige zorginstellingen (Emergis, Revalidatiecentrum Revant en de Huisartsenpost) een betere bereikbaarheid, evenals de wijk Overzuid.

Voor het noorden van Walcheren zal de ingebruikname van de nieuw ingerichte N57 een forse tijdwinst betekenen. Weliswaar zal de Stationsbrug in Middelburg voor het autoverkeer worden afgesloten, maar een groot deel van de verkeersstroom die nu over één van de twee bruggen van het Kanaal door Walcheren in Middelburg verloopt, zal straks via het aquaduct de A58 kunnen bereiken. Naar verwachting zal daarmee de verkeersdruk op de Schroebrug eveneens (licht) afnemen.

Het recreatieverkeer –al dan niet het dagtoerisme- dat vooral in de zomermaanden naar Walcheren komt en Walcheren verlaat zal zich toch blijven manifesteren in de vorm van pieken en dalen. Dat bemoeilijkt in spoedsituaties –bij filevorming op de A58- een vlotte doorgang om het ziekenhuis met eigen vervoer te bereiken. Een sneller beroep op de ambulance zal dan –al dan niet door tussenkomst van een eerstelijnszorgaanbieder- de enige mogelijkheid zijn het ziekenhuis snel te bereiken.

HOOFDSTUK 6 COMMUNICATIE

6.1 Inleiding

Veranderingen in de samenleving roepen meestal vragen op. Dat is ook logisch. Mensen zijn gehecht aan bestaande gedragspatronen en zijn minder snel bereid daar afstand van te doen, zeker niet als alles in eigen ogen goed functioneert. Dat geldt vooral voor veranderingen en daarmee gepaard gaande maatregelen die extra tijd, werk of geld vragen. Naarmate maatregelen meer van mensen verlangen zal ook het informatie- en communicatietraject intensiever moeten zijn. Vandaar is communicatie bij elke beleidsmaatregel van het grootst mogelijke belang om draagvlak voor veranderingen te creëren.

Tegen deze achtergrond heeft op verzoek van de werkgroep het secretariaat op 20 juli 2010 overleg gevoerd met communicatieadviseurs van het Admiraal De Ruyterziekenhuis, de Veiligheidsregio Zeeland, Klaverblad Zeeland en de Provincie. Nagegaan werd in hoeverre zaken uit de rapportage verduidelijking vragen en of aanbevelingen –bij de realisering daarvan- een afzonderlijk communicatieaspect moeten doorlopen.

De doelgroep die met de diverse aanbevelingen bereikt moet worden is breed. Allereerst gaat het om overheidsinstanties (wegbeheerders) en de ambulancedienst, veelal organisaties die ambtshalve bij de werkgroep betrokken zijn. Voor sommige voorgestelde maatregelen gaat het om het brede publiek zoals automobilisten, strandbezoekers, toeristen e.d.
In dit communicatiehoofdstuk wordt ingegaan op de communicatie van de maatregelen, die voorgesteld worden in deze rapportage. Redelijk snel kan bij de voorgestelde maatregelen benoemd worden wie de doelgroep is en welke acties nodig zijn.

Bij elk van de voorgestelde maatregelen is het de vraag of een afzonderlijke voorlichtingscampagne noodzakelijk is (bv. folder) of dat volstaan kan worden met plaatsing van een bord, eenmalige aandacht via de media, al dan niet door middel van een persbericht.

6.2 De organisatie van de keten

In hoofdstuk 3 is een paragraaf gewijd aan een mogelijke maatschappelijk brede introductie van AED's.
In andere regio's heeft Connexxion inmiddels ervaring met het opzetten van AED-projecten. Op dit moment is nog niet duidelijk wanneer een dergelijk project ook in Zeeland uitgerold gaat worden. Daarom is het momenteel niet aan de orde hier een communicatievoorstel voor te doen. De constatering lijkt voldoende dat wanneer dergelijke projecten in bepaalde dorpen of wijken worden ingevoerd de bewoners hierover via de organiserende partijen op gedegen wijze geïnformeerd worden.

De informatieborden met als aanduiding *"Geef hulpverleners de ruimte, wijk uit naar rechts"* kunnen helpend zijn voor een vlotte doorgang van de ambulance op drukke wegen. Nagegaan moet worden waar deze borden geplaatst kunnen worden. In het Provinciaal Overleg Verkeer en Vervoer (POVV) kan dit punt besproken worden. Doorgaans zullen dit provinciale- of rijkswegen zijn. Eenmalige bekendheid geven aan de plaatsing van deze borden lijkt voldoende, omdat de inhoud voor zich spreekt bij een duidelijke figuur op het bord. Als de publiciteit gezocht wordt, kan verwezen worden naar de website:
http://www.vananaarbeter.nl/voorbereidopweg/hoe_kan_ik_de_files_helpen_verminderen/voor_onderweg/tip_7_geef_hulpdiensten_de_ruimte/index.aspx

Bij een eerstvolgende aanpassing van de -destijds door het Klaverblad Zeeland breed verspreide- spoedkaart wordt het advies meegegeven om de achterzijde van deze kaart te benutten en daarmee het publiek vooraf te wijzen op de aanvullende vragen die vanuit de Meldkamer door de centralist kunnen worden gesteld. Zodoende weet de melder wat hem of haar te wachten staat als hij of zij naar 112 belt.

6.3 De keten in werking gesteld

6.3.1 Inrichting openbare ruimte

Een aantal aanbevelingen heeft betrekking op wegbeheerders of lokale overheden. Het is zaak de lokale overheden nog eens te wijzen op het belang van overzichtelijkheid bij het inrichten van een woonwijk. Voor de hulpverleningsdiensten vormen palen, bloembakken, verkeersdrempels e.d. –veelal aangebracht als snelheidsremmers- een obstakel in de doorgaande route. Om beleidsmakers hier meer van te overtuigen kan een betere bewustwording daaraan bijdragen. De beleidsmakers zouden desnoods proefondervindelijk een rit in een ambulance mee kunnen rijden om te ervaren wat de ambulancemedewerkers in de praktijk aan 'straatmeubilair' zoal tegen komen.
Voor introductie van een loopsleutel ten behoeve van paaltjes in de publieke ruimte is een bilateraal contact tussen ambulancedienst en gemeente voldoende. Afstemming over één uniforme sleutel in de regio tussen gemeenten is noodzakelijk. Mogelijk kan dit onderwerp een keer geagendeerd worden in een vergadering van het College Zorg en Welzijn, een gremium waar alle wethouders zorg en welzijn van de Zeeuwse gemeenten in vertegenwoordigd zijn.
Evenzo dient herinrichting samengaand met afsluiting van wegen of straten tijdig gemeld te worden aan de hulpverleningsdiensten. Overigens worden cruciale wegonderbrekingen en omleidingen redelijk tot goed gemeld bij de Meldkamer en doorgegeven aan de centralisten. Leesbare staatnaamborden en huisnummering zowel binnen als buiten de bebouwde kom is eveneens een punt van aandacht. Naleving daarvan, waarbij eigenaren van percelen verplicht zijn de perceelnummering te duiden, draagt bij aan een verbeterde bereikbaarheid. Hier ligt een directe taak voor de gemeentelijke overheid. Het is zaak hier eens in de zoveel tijd in regionale weekbladen aandacht voor te vragen. Dit kan plaatsvinden op "de publicatiepagina van de gemeentelijke overheid". Doorgaans zal in een gemeentelijke verordening hier een bepaling over opgenomen zijn. Ook hier kan een proefondervindelijke rit met beleidsmakers langs onduidelijke situaties er mogelijk aan bijdragen om onhandige bewegwijzering op te lossen. Van de andere kant bezien kunnen ambulancemedewerkers onoverzichtelijke situaties ook zelf rechtstreeks bij de gemeente melden. Iedere gemeente heeft vaak een meldpunt voor dergelijke klachten in de openbare ruimte.

6.3.2 Stranden

Specifiek aandachtspunt in de rapportage vormt de bereikbaarheid op/van de stranden, waar in de zomermaanden grote mensenmassa's verblijven.
Lokalisatie van een gebeurtenis op het strand (ongeval/ bijna verdrinking/ onwelwording) is een punt waarover door de werkgroep twee aanbevelingen zijn geformuleerd. In de eerste plaats wordt voorgesteld de wettelijke belemmering van locatieherkenning -van waar wordt gebeld met GSM voor een medische acute zorgvraag op te heffen. Volstaan kan worden met deze aanbeveling vanuit het provinciebestuur door te geleiden naar de verantwoordelijke instantie(s) van waaruit deze wettelijke beperking kan worden opgeheven.
Ten tweede wordt met betrekking tot het aanbrengen van herkenningspunten voorgesteld dit eerst te communiceren met de strandexploitanten. Zij hebben wellicht de beste ideeën –al dan

niet in combinatie met het probleem van kwijtgeraakte kinderen- hoe dit zo praktisch mogelijk kan worden verwezenlijkt. Indien dit duidelijk is, zal moeten worden bezien op welke manier dit zo effectief mogelijk in diverse talen- onder de aandacht kan worden gebracht van strandbezoekers. De provincie zou hierbij een coördinerende en samenroepende rol kunnen vervullen.
De aanbeveling om op duinovergangen een "keermogelijkheid" voor de ambulance te maken dient per duinovergang te worden nagegaan. Realisatie van deze aanbeveling is een praktisch uit te voeren maatregel, waarbij medewerking van overheidsinstantie(s) vereist is.

Enkele aanbevelingen hebben betrekking op de ambulancedienst. Wanneer de invoering van het Flistersysteem wettelijk mogelijk wordt is het aan de ambulancedienst om dat al dan niet in haar ambulances in te bouwen. Mocht daartoe besloten worden, zal nagegaan moeten worden op welke wijze dit het beste onder de aandacht van het publiek kan worden gebracht. Op dit moment is het te prematuur om hierover concrete voorstellen te doen voor een communicatietraject.

6.4 Weginfrastructuur

Naar te verwachten is zal de aanleg van 'ovondes' nog niet op korte termijn plaats vinden. Het betreft hier een praktische aanpassing ten opzichte van de oorspronkelijke rotonde. Er wordt vanuit gegaan dat de voorrangsregels identiek zijn aan de rotonde. Is dat niet het geval dan dient de voorrangssituatie duidelijk in de bebording te worden meegnomen, al dan niet vergezeld gaand met praktische informatie in de regionale media.

De werkgroep ziet de aanleg van een volwaardige afslag van de A58 op de 's-Gravenpolderseweg bij Goes in combinatie met een aantal andere maatregelen als dé oplossing voor een snelle bereikbaarheid van het ziekenhuis in Goes. Om dit te kunnen realiseren is de medewerking nodig van diverse partijen. Het provinciaal bestuur kan in samenwerking met de betreffende gemeenten de wens voor een volwaardige afslag nogmaals bij de rijksoverheid uitdrukkelijk onder de aandacht brengen.

BIJLAGE 1 MOTIE TWEEDE KAMER ACUTE ZORG KOP VAN WALCHEREN

BIJLAGE 2 PROTOCOL VEILIGHEIDSREGIO ZEELAND M.B.T. AFSPRAKEN HUISARTSENPOSTEN

BIJLAGE 3 OVERZICHTSKAARTEN VERKEERSREGELINSTALLATIES MET VETAG EN / OF KAR

BIJLAGE 4 LIJST GEBRUIKTE AFKORTINGEN

ADRZ	Admiraal De Ruyter Ziekenhuis
AED	Automatische Externe Defibrillator
ANWB	Algemene Nederlandse Wielrijders-Bond
BIG	Beroepen Individuele Gezondheidszorg
HAP	Huisartsenpost
GHOR	Geneeskundige Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen
IC-level I	Intensive Care Level I
ICT	Informatie en Communicatietechnologie
KAR	Korte afstand radio
KNRM	Koninklijke Nederlandse Redding Maatschappij
KNMG	Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering van de Geneeskunde
MMT	Mobiel Medisch Team
OK-complex	Operatie Kamer complex
RAV	Regionale Ambulance Voorziening
ROAZ	Regionaal Overleg Acute Zorg
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
RTV	Radio en Televisiezender
SEH	Spoedeisende Hulp(afdeling)
SOSA	Stichting Opleiding Scholing Ambulancehulpverlening
VRI	Verkeersregelinstallaties
VWS	Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WTZi	Wet Toelating Zorgsinstellingen
ZOAZ	Zeeuws Overleg Acute Zorg
ZWN	Zuid West Nederland

BIJLAGE 5 BRONNENLIJST

Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2009) *Beleidsregels WTZi* Staatscourant, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 28 september 2009.

Raad van Bestuur Oosterscheldeziekenhuizen en Raad van Bestuur Ziekenhuis Walcheren (2008) *Hoofdkoers Ziekenhuis Zeeland i.o.* definitieve versie 9 april 2008.

Tweede Kamer der Staten-Generaal

2

Vergaderjaar 2009–2010

29 247 Acute zorg

Nr. 121

MOTIE VAN HET LID VAN DER VLIES

Voorgesteld 16 maart 2010

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

overwegende, dat in februari 2009 door de minister besloten is wegens het wegvallen van de tweedelijnsverloskunde in het ziekenhuis te Vlissingen met behulp van regionale partijen een extra ambulance te stationeren op de Kop van Walcheren;

overwegende, dat de noodzaak van de aanwezigheid van deze ambulance sterker wordt als in de toekomst klinische opvang van alle acute medische zorg in het ziekenhuis in Goes geconcentreerd wordt;

overwegende, dat de financiering van deze ambulance onttrokken wordt aan de middelen die beschikbaar zijn gesteld uit de gelden die destijds zijn vrijgemaakt voor het Referentiekader Spreiding en Beschikbaarheid Ambulancezorg 2008 (de zogenaamde S en B III-gelden);

constaterende, dat deze gelden primair bedoeld waren voor een verdere reductie van de overschrijding van de 15 minutennorm, maar niet voor oplossing van problematiek in het kader van de 45 minutennorm bereikbaarheid acute ziekenhuiszorg;

van mening, dat deze middelen derhalve beschikbaar dienen te zijn voor heel de regio Zeeland, maar nu specifiek worden aangewend voor de Kop van Walcheren, waarbij slechts een marginale bijdrage aan de 15 minutennorm geleverd wordt;

overwegende, dat bij het doorvoeren van efficiencykortingen op de ambulancezorg in de nabije toekomst, deze standplaats mogelijk dreigt te verdwijnen, dan wel beperkter wordt ingevuld, vanwege het geringe aantal ritten;

overwegende, dat hiermee de bereikbaarheid van de acute zorg voor de Kop van Walcheren verder in het geding komt;

KST141687
0910tkkst29247-121
ISSN 0921 - 7371
Sdu Uitgevers
's-Gravenhage 2010

verzoekt de regering alsnog extra geoormerkte financiële middelen beschikbaar te stellen waarmee een 24 uurs ambulancepost op de Kop van Walcheren in stand gehouden kan worden,

en gaat over tot de orde van de dag.

Van der Vlies

Registratie:
Het is absoluut noodzakelijk dat alle aanvragen van en afspraken met de diverse HAP-pen in GMS gecontroleerd worden ingevoerd om zodoende een betrouwbare registratie mogelijk te maken. Centralisten zullen in het incidentscherm bij veld 'Mld' invullen welke HAP een aanvraag doet, de volgende codes worden gebruikt:

HAP S	HAP Schouwen Duiveland
HAP W	HAP Walcheren
HAP B	HAP Bevelanden
HAP BoZ	HAP Bergen op Zoom
HAP T	HAP Terneuzen
HAP O	HAP Oostburg

Daarnaast worden de medische gegevens in het veld 'Medische kenmerken' vastgelegd.

Zeeuws Vlaanderen:

Tijdens kantooruren :
ma t/m vrijdag 08.00-17.00
spoedinzet huisarts plaats Terneuzen:

VIA ARBI : "ARTS TNZ" (0115-616262)

Buiten kantooruren:
Met ingang van 25 juni 2002 zijn de navolgende werkafspraken overeengekomen tussen de Regionale Huisartsen Vereniging Zws Vlaanderen en de MKA.
Deze gelden voor zowel de HAP TERNEUZEN als HAP OOSTBURG en zijn van kracht BUITEN KANTOORUREN (kantooruren ma t/m vrij 08:00-17:00, niet op feestdagen).

1. **HAP belt MKA via alarmlijn 0118-414444 voor ambulancezorg indien:**

a. Er sprake is van een **levensbedreigende situatie** (bijv. ernstige kortademigheid, shock, verminderd bewustzijn / bewusteloosheid).
Inzet: ambulance + huisarts

b. Er sprake is van een spoedeisende maar **niet levensbedreigende situatie op straat of in een openbare gelegenheid** (sporthal, sportveld, cafe, etc.)
Inzet: ambulance (huisarts niet).
N.B.: in soortgelijke omstandigheden **in de huissituatie** wordt de **huisarts** ingezet (ambulance niet).

c. De **huisarts om een ambulance vraagt.**
Inzet: huisarts + ambulance.

d. De **huisarts niet direct inzetbaar is**.
Inzet: ambulance + huisarts (z.s.m.: tenzij patiënt reeds op transport naar ziekenhuis of HAP is)

HAP geeft in alle gevallen door welke HAP-auto (= autonummer Terneuzen) onderweg is/ter plaatse komt.

2. MKA belt HAP (ARBI: HAP TNZ - 0115 688750 en HAP OBG – 0117 459269) voor huisartsenzorg indien:

a. Er sprake is van een **levensbedreigende situatie** (bijv. reanimatie, vermoeden van overlijden, ernstige kortademigheid, shock, verminderd bewustzijn / bewusteloosheid).
Inzet: ambulance + huisarts

b. Er verdenking op een **hartinfarct** bestaat.
Inzet: ambulance + huisarts

c. Er sprake is van een **hoogenergetisch trauma** (bijv. auto-ongeval met beknelling, val van grote hoogte, aanrijding van een voetganger door een motorvoertuig).
Inzet ambulance + huisarts

d. Er problemen zijn rond **zwangerschap** of **bevalling**.
Inzet: ambulance + huisarts

e. De **ambulanceverpleegkundige om een huisarts vraagt**.
Inzet: ambulance + huisarts

f. De **ambulance niet direct beschikbaar is**.
Inzet: huisarts (dichtstbijzijnde) + ambulance (z.s.m.)

MKA geeft in alle gevallen door aan de HAP welke ambulance (=roepnummer) onderweg is/ter plaatse komt.

Protocolhouder (t.b.v. wijzigingen): J. Hoefman, huisarts/secretaris RHV Zeeuws-Vlaanderen Oranjestraat 4, 4571 HN Axel, tel 0115-561555, wijzigingen van MKA via chef alarmcentrale/MKA

Bevelanden:

De Bevelanden: Noord en Zuid Beveland, excl. de patiënten op naam ingeschreven van de huisartsen Fortrie en Miermans te Heinkenszand.

1. HAP (buiten kantooruren) kan de MKA bellen via 0118-414444 voor ambulancezorg indien:

a Er sprake is van een **levensbedreigende situatie** (bijv. ernstige kortademigheid, shock, verminderd bewustzijn, bewusteloosheid, etc.).
Inzet: **huisarts + ambulance** (in overleg met visitearts via het 06-nummer van de visite-arts,deze dient de mobiele telefoon steeds bij zich te dragen).

b Er sprake is van een spoedeisende maar **niet levensbedreigende situatie** (bijv. ongecompliceerde onderbeenbreuk op sportveld) **op straat of in een openbare**

gelegenheid (sporthal, sportveld, café, etc.) waarbij een reden tot inzet ambulance waarschijnlijk lijkt.

Inzet: ambulance

c De **huisarts om een ambulance vraagt, o.v.v. medische indicatie.**
Inzet: huisarts en/of ambulance

d De **huisarts niet direct inzetbaar is o.v.v. medische indicatie.**.
Inzet: ambulance + huisarts (z.s.m.: tenzij patiënt reeds op transport naar ziekenhuis of HAP is)

In alle gevallen waarin huisarts en ambulance worden ingezet geldt:

- HAP geeft door welke HAP-auto (= autonummer) onderweg is/ter plaatse komt.
- De eerst aangekomene belt de ander indien aan diens hulp geen behoefte bestaat zo spoedig mogelijk weer af.
- In alle gevallen waarin onderweg contact tussen MKA en HAP-auto noodzakelijk is wordt gebruik gemaakt van de mobilofoon.

2. MKA kan de HAP bellen (buiten kantooruren) voor huisartsenzorg indien:

a Er sprake is van een **levensbedreigende situatie** (bijv. ernstige kortademigheid, shock, verminderd bewustzijn, bewusteloosheid, etc.).
Inzet ambulance +huisarts na overleg met de visitearts via het 06- nummer van de visite-arts. Deze dient de mobiele telefoon steeds bij zich te dragen.

b Er sprake is van een **hoogenergetisch trauma** (bijv. auto-ongeval met beknelling, val van grote hoogte, aanrijding van een voetganger door een motorvoertuig).
Inzet ambulance +huisarts na overleg met de visitearts via het 06- nummer van de visite-arts. Deze dient de mobiele telefoon steeds bij zich te dragen.

c Er problemen zijn rond **zwangerschap** of **bevalling**.
Inzet: ambulance + huisarts

d De **ambulanceverpleegkundige om een huisarts vraagt**.
Inzet: ambulance en/of huisarts

e De **ambulance niet direct beschikbaar is**.
Inzet: huisarts (dichtstbijzijnde) + ambulance (z.s.m.)

In alle gevallen waarin huisarts en ambulance worden ingezet geldt:

- MKA geeft door welke ambulance (= autonummer) onderweg is/ter plaatse komt.
- De eerst aangekomene belt de ander indien aan diens hulp geen behoefte bestaat zo spoedig mogelijk weer af.
- In alle gevallen waarin onderweg contact tussen MKA en HAP-auto noodzakelijk is wordt gebruik gemaakt van de mobilofoon.

De MKA verwijst mensen die bellen met vraag om huisartsenhulp naar de HAP
Voorbeeld: Duitsers die denken dat 112 geldt voor Notarzt, waarbij geen levensbedreigende of spoedeisende zaken aan de orde zijn.

Protocolhouder (t.b.v. wijzigingen): SHZ, contactpersoon: Mevrouw M. de Bliek, manager Huisartsenposten Noor- en Midden Zeeland.

Walcheren / Schouwen-Duiveland

Schouwen-Duiveland: de grenzen van de gemeente Schouwen-Duiveland. Tot het verzorgingsgebied behoren ook Port Zélande en het gebied ten noorden van Bruinisse tot de Philipsdam, incl. het sluizencomplex.

HAP Walcheren

Walcheren: het eiland Walcheren bezuiden het gebied van de Hogelandseweg, maar inclusief St. Laurens en het gebied te oosten van het kanaal door Walcheren + alle op naam ingeschreven patiënten van huisartsen aangesloten bij de post die buiten het aangegeven gebied wonen.

Inleiding:

De samenwerking tussen HuisArtsenPosten (HAP) Walcheren, Schouwen-Duiveland en de Centrale Post Ambulancevervoer Zeeland wordt op basis van de volgende overwegingen als volgt vormgegeven;

Beide partijen erkennen het belang van het leveren van verantwoorde zorg met inachtneming van ieders professionele en wettelijke verantwoordelijkheden. Dit houdt in dat de afhandeling van meldingen nadrukkelijk de verantwoordelijkheid is van de instantie die de melding aanneemt. Een belangrijk uitgangspunt hierbij is dat, uitzonderingen daargelaten, in principe óf de huisarts óf de ambulance wordt ingezet.

Deze uitzonderingen zijn:

1. Reanimatie – standaard 2 ambulances, indien geen 2e ambulance beschikbaar is wordt tevens de huisarts ingezet. Indien deze niet beschikbaar is wordt een 2e ambulance van verderop ingezet,
2. Polytraumatisé - inzet ambulances en zonodig na overleg inzet van huisarts,
3. Duikongevallen: conform duikprotocol, inzet huisarts, ambulance en MMT,
4. Op verzoek van de huisarts of ambulanceverpleegkundige,
5. Indien beide instanties geen direct inzetbare middelen (meer) hebben kan men van verder komende ambulances of HAP voertuigen verzoeken ter plaatse te gaan.

De afspraken betreffen met name de spoedeisende medische hulp aan patienten waarbij de hulpvraag via de HAP of via de MKA binnenkomt. Inzake het begrip spoedeisend en de wijze waarop hiermee omgegaan wordt bestaan er graduele verschillen in werkwijze tussen beide disciplines. Essentieel in dit werkproces is een heldere en voortdurende communicatie tussen beide instanties zodat men van elkaar weet welke middelen zijn ingezet en wat de status van de melding is.

Werkwijze HAP:

Op de HAP vindt triage plaats door doktersassistente en arts. Bij spoedeisende/levensbedreigende zorg zal de arts beslissen of de HAP-auto uitrijdt of dat een ambulance wordt ingezet. De beslissing is afhankelijk van de (werk)diagnose, de beschikbaarheid van een arts met HAP-auto en de geschatte duur van de rit.

Als de arts een ambulance-inzet noodzakelijk vindt belt de doktersassistente de MKA. Als er geen ambulance binnen 15 minuten ter plaatse kan zijn vraagt de MKA de assistente of de HAP-auto beschikbaar is om met A1 (spoed)te rijden. De assistente belt vervolgens de HAP-auto met het verzoek per mobilofoon contact te zoeken met de meldkamer.

Indien de HAP-auto niet beschikbaar is zal de MKA alsnog een ambulance inzetten.

Als de huisarts besluit tot inzet van de HAP-auto kan één van de volgende (werk)diagnoses aanleiding zijn tot A1 (spoed)inzet:

1. Angina pectoris/hartinfarct
2. Decompensatio cordis/astma cardiale
3. Hartritmestoornissen
4. Ernstige interne klachten (bijv. acute buik, interne bloedingen)
5. Shock
6. Ademhalingsmoeilijkheden
7. Acute psychiatrie
8. Diabetes Mellitus (ontregeld)
9. Comateus
10. In partu
11. CVA met bedreiging vitale functies of indicatie voor thrombolyse
12. Epilepsie (convulsies)
13. Meningitis
14. Acute onwelwording (zowel thuis als in de openbare ruimte)

De toestemming voor A1 (spoed)inzet wordt mobilofonisch verzocht bij de MKA en gelogd in de meldkamersystemen o.v.v. de gebruikelijke gegevens.

Werkwijze MKA:
Bij de MKA wordt de urgentieklasse A1 (spoedvervoer) van toepassing verklaard op meldingen inzake acuut gevaar voor het leven of de gezondheid van de patiënt, inclusief meldingen waarbij dit gevaar niet kan worden uitgesloten. Dit laatste kan door de huisarts of ambulanceverpleegkundige ter plaatse worden beoordeeld.
Het betreft hierbij, onder andere, meldingen van ongevallen en ziektegevallen waarbij sprake is van acute of dreigende stoornissen in ademhaling, bloedsomloop en/of bewustzijn.

Het betreft meldingen met de volgende (werk)diagnose:

1. alle ongevallen (verkeers- en bedrijfsongevallen, ongevallen thuis en in openbare gebouwen)
2. alle steek- en schotwonden en andere gevolgen van agressiviteit
3. alle bewusteloze patiënten (t.g.v. vergiftigingen, stofwisselingsstoornissen en/of hersenaandoeningen, etc)
4. alle onwelwordingen
5. patiënten met ademhalingsmoeilijkheden
6. patiënten met acute onstabiele cardiale problematiek
7. patiënten in (dreigende) shock (t.g.v. bloedingen, beknellingen, etc)
8. gecompliceerde partussen
9. acute psychiatrie met ernstig gevaar voor patiënt of anderen

In dergelijke gevallen mag de ambulance met optische en geluidssignalen rijden waarbij de MKA ervoor verantwoordelijk is dat deze binnen 15 minuten ter plaatse is.
Als de ambulance niet binnen 15 minuten ter plaatse kan zijn wordt contact opgenomen met de HAP en kan, indien beschikbaar, de HAP auto met toestemming voor A1 worden ingezet.

Bij meldingen waaruit duidelijk blijkt dat er geen sprake is van direct levensgevaar maar waarbij het vervoer zo spoedig mogelijk dient te worden uitgevoerd wordt de urgentieklasse A2 (direct vervoer) gehanteerd. Bij A2-vervoer is de (werk)diagnose als regel gesteld door een arts, vroedvrouw of verpleegkundige.
Het betreft meldingen met de volgende (werk)diagnose:

1. acute chirurgie zoals; acute appendicitis, acute cholecystitis, nier- en galsteenkolieken, acute perifere vaatafsluitingen
2. acute gynaecologie zoals; abortus imminens, acute salpingitis
3. acute psychiatrie waarbij een In Bewaring Stellen (I.B.S.) of (voorlopige) Rechterlijke Machtiging (R.M.) is afgegeven
4. babycouveuze vervoer zonder complicaties
5. vervoer t.b.v. partus
6. chronisch zieken waarvan de toestand op korte termijn dreigt te verslechteren

In dergelijke gevallen mag de ambulance niet met optische en geluidssignalen rijden waarbij de MKA ervoor zorgdraagt dat deze binnen 30 minuten ter plaatse is.

Tot slot is er het B (besteld) vervoer, hieronder valt al het overig vervoer en tot deze B-urgentieklasse behoren het normale interklinische- en poliklinische vervoer (tijdgebonden afspraken) en het opname en ontslag vervoer welke niet urgent zijn in verband met de gezondheidstoestand van de patiënt en waarbij enig uitstel geen negatieve gevolgen zal hebben.
De centralisten streven ernaar om de aanvragen voor besteld vervoer zodanig in te plannen dat de paraatheid (beschikbaarheid ambulances) in een subregio gewaarborgd blijft. Wegens beperkte beschikbaarheid van ambulances worden in principe buiten kantooruren (ma t/m vrij 08:00-17:00 uur) geen bestelde vervoeren uitgevoerd naar of van bestemmingen buiten de subregio's Noord & Midden Zeeland en Zeeuws Vlaanderen.
De MKA beslist over en is verantwoordelijk voor de toe te kennen urgentieklasse, het is uiteraard mogelijk dat tijdens de uitvoering van de rit de centralist de urgentieklasse wijzigt n.a.v. bevindingen van huisarts of ambulanceverpleegkundige.

Directie
Economie en Mobiliteit

Overzicht Verkeersregelinstallaties

VRI met VETAG en of KAR

- Rijkwaterstaat
- Provincie Zeeland
- Gemeentelijke instantie
- Buiten dienst

Noord-Beveland

708. MQ 0492
709. MS 3110
710. FR 34D-2255
501. FR 90-1006
711. FR 34D-0388
712. FR34D-0389
833. FR 94-0349
817. FR940331
815. FR940330
816. FR940329
814. A94-0015
813. A94-0088
803. A90-0484
802. FR344048
801. FR344243
53. FR 34-4244
29. Peek
32. FR 34-0548
31. FR 90-4633
14. FR 94-0122
. FR 32-0839
13. FR 99-4632
62. FR 90-1093
54. FR 90-0756
55. FR 90-0755
26. FR 90-0534
52. FR 90-0757
372. M32
349. MS
341. MS Plus
343. MS
350. M32
344. MS Plus
342. MS Plus
345. MS
340. FR 342033
853. FR 84-0127

COLIJNSPLAAT
WISSENKERKE
VROUWENPOLDER
KAMPERLAND
GEERSDIJK
KORTGENE
KATS
GAPINGE
VEERE
OUD-SABBINGE
WOLPHAARTSDIJK
WILHELMINADORP
SINT LAURENS
KLEVERSKERKE
ARNEMUIDEN
LEWEDORP
EINDEWEGE
ARENDSKERKE
NIEUWDORP
HEINKENSZAND
OOST-SOUBURG

Directie
Economie en Mobiliteit

Overzicht Verkeersregelinstallaties

VRI met VETAG en of KAR

- Rijkwaterstaat
- Provincie Zeeland
- Gemeentelijke instantie
- Buiten dienst

705. FR 34D-0975

401. FR90-0850

KAR

KAR

707. FR 34D-2070

VETAG - KAR

706. MS 3342

VETAG - KAR

728. MS+ 3343

VETAG - KAR

727. FR 34D-0146

VETAG - KAR

726. FR 90-0137

VETAG - KAR

832. FR344204

VETAG - KAR

725. ESB40/169

RENESSE

SCHARENDIJKE

ELLEMEET

LOOPERSKAPELLE

BROUWERSHAVEN

ELKERZEE

NOORDWELLE

ZONNEMAIRE

HERAMSTEDE

SERROOSKERKE

NOORDGOUWE

DREISCHOR

KERKWERVE

SIRJANSLAND

BURGHSLUIS

SCHUDDEBEURS

NIEUWERKERK

ZIERIKZEE

OUW

Schouwen

COLOFON

Uitgave
Provincie Zeeland

Fotografie omslag
Provincie Zeeland

Prepress en Print
Provincie Zeeland,
Afdeling I&D