

v&vn

Ambulancezorg



AMBULANCEZORG
NEDERLAND



PROFESSIONALITEIT



ONDERZOEK



PROFESSIONELE STANDAARDEN



ZORGCOÖRDINATIE



DELEN PATIËNTINFORMATIE



KWALITEITSKADER



URGENTIE-INDELING

KWALITEIT BEN JIJ!

'Dit katern 'Kwaliteit ben jij!' is een
gezamenlijke uitgave van V&VN
Ambulancezorg en AZN, december 2019'

VOORWOORD

Regelmatig werk ik met mijn collega Dick. We houden allebei erg van muziek. Via de bluetooth schallen de meest geweldige nummers de ambulance in. Van Bon Jovi tot Rene Froger, maar geen R & B, want daar heeft hij een hekel aan. We zingen hardop mee, waarbij zelfs de intercom die bij de zonneklep hangt wordt gebruikt als microfoon om door te zingen. Grootste lol hebben we dan.

Veel van jullie zullen dit beeld herkennen. En zo zijn we eigenlijk begonnen met het draaien van muziek en op verzoek van patiënten die we achterin vervoeren. Soms is er geen behoefte, maar veel vaker wel! We hadden een keer een jonge meervoudig gehandicapte jongen mee die voor een onderzoek naar de derde lijn moest worden gebracht. Hij was enorm angstig, er waren complicaties geweest en zijn eerdere ervaringen waren voor hem persoonlijk niet goed geweest. Om hem enigszins gerust te kunnen stellen vroegen we wat zijn favoriete muziek was. Helemaal fan van K3! En deze jongen gaf duidelijk aan dat dat ene liedje van K3 zijn lievelingsliedje was. En iedere keerals het nummer was afgelopen gaf hij op niet mis te verstanewijze aan: nog een keer. Tot in den treure hebben we dat eneliedje gedraaid. En ja, wij werden er gek van, maar die jongen was even zonder angst. Toen we uiteindelijk terug waren in het ziekenhuis waar hij verbleef, deed Dick de deuren open en zei met een knipoog: 'Zo, blij dat we er zijn. Ik ben helemaal klaar met K3.' Die jongen begon vervolgens keihard te lachen. Hij begreep duidelijk wat Dick bedoelde! Onze missie was geslaagd: geen angsten, een rustige rit en zorg op maat. Evidence based practice? Geen idee, maar kwaliteit van zorg was het absoluut! Er was geen protocol of richtlijn voor. En toch kun je dit niet los zien van de andere kwaliteit van zorg die we willen meten. We willen kwaliteit van zorg inzichtelijk maken. Daar gaan de onderwerpen over in dit katern, alle-

maal met hetzelfde doel: de zorg voor onze patiënten zo goed mogelijk maken. We willen jullie bijpraten over de stand van zaken met betrekking tot kwaliteit binnen de ambulancezorg. Er zijn momenteel veel belangrijke ontwikkelingen binnen de sector om kwaliteit te meten, te onderzoeken en te verbeteren. Het kwaliteitskader ambulancezorg is misschien wel de belangrijkste ontwikkeling van de afgelopen jaren. Kwaliteit van zorg wordt al decennia lang in één adem genoemd met de 15-minutennorm, terwijl wij allemaal weten dat kwaliteit van zorg veel meer is dan dat. Er wordt hard gewerkt aan een nieuwe urgentie-indeling die meer recht doet aan grote spoed en minder grote spoed. Ook word je bijgepraat over de ontwikkelingen van het nieuwe LPA 9.0 waar achter de schermen al hard aan wordt gewerkt. Het SPARRTT-model heeft hierin een belangrijke rol.

Uiteindelijk willen we goede ambulancezorg concreet en eenduidig maken door het ontwikkelen van richtlijnen en protocollen. We willen kwaliteit zichtbaar maken door het te meten en we willen kwaliteit verbeteren door onderzoek. En daar hebben we iedere ambulancezorgprofessional voor nodig. En de patiënt? Die mag nog steeds nummers aanvragen bij ons in de ambulance.

Veel leesplezier, Timo Bevelander, ambulance- en onderzoeksvrpleegkundige bij RAV Zuid Holland Zuid

KWALITEIT BEN JIJ!

De ambulancesector wordt met name beoordeeld op de factor tijd. V&VN Ambulancezorg en AZN willen deze focus verleggen naar kwaliteit, omdat dit het werk van ambulancezorgprofessionals veel meer recht doet. Met dit katern willen we je graag informeren en inspireren over alle ontwikkelingen die te maken hebben met kwaliteit. We vinden het belangrijk dat je daarvan op de hoogte bent, want kwaliteit dat ben jij! Veel leesplezier!

Met vriendelijke groet,

Nico Tönjes, voorzitter V&VN Ambulancezorg
Han Noten, voorzitter Ambulancezorg Nederland

COLOFON

Dit katern 'Kwaliteit ben jij!' is een gezamenlijke uitgave van V&VN Ambulancezorg en Ambulancezorg Nederland (AZN), uitgegeven in december 2019 met een oplage van 6000 stuks.

Ben je geen lid van V&VN Ambulancezorg, dan kun je het katern, ingebonden in een extra oplage van het vakblad, ontvangen via de communicatiemedewerker van de RAV waarin je werkzaam bent.

Het katern komt ook digitaal beschikbaar op de websites van V&VN Ambulancezorg (www.ambulancezorg.venvn.nl) en Ambulancezorg Nederland (www.ambulancezorg.nl).

Reacties op het katern zijn van harte welkom per e-mail bij V&VN Ambulancezorg via ambu@venvn.nl en Ambulancezorg Nederland via secretariaatazn@ambulancezorg.nl



Professionaliteit

PATIËNTVRAAG EN KWALITEIT

Hoe bereiden wij ons voor op de toekomstige patiëntvraag en de kwaliteit van ons beroep?

Professionals bepalen gezamenlijk wat er nodig is voor de kwalitatieve inhoud van het beroep. Met elkaar hebben verpleegkundigen een beroepsprofiel vastgesteld en daarnaast is er gekeken naar de benodigde specifieke competenties binnen de ambulancezorg. Dit is vastgelegd in het expertisegebied ambulanceverpleegkundige. De opleidingsinstituten/opleiders zorgen ervoor dat de beschreven competenties verwerkt zijn in de opleiding.

College Zorg opleidingen

Een aantal opleidingen binnen de ambulancezorg zijn ondergebracht bij het College Zorg Opleidingen (CZO) waaronder de opleidingen tot Ambulanceverpleegkundige, Ambulancechauffeur en Verpleegkundig centralist meldkamer ambulancezorg. CZO bewaakt de kwaliteit van deze vervolgoedingen en accrediteert opleidingen. Studenten die deze opleiding met goed resultaat afronden, ontvangen een CZO-diploma.

Vertegenwoordigers van NVMMA, AZN, de VBG (Vereniging Branche-Opleidingsinstituten Gezondheidszorg) en V&VN Ambulancezorg denken mee in de opleidingscommissie van CZO, voor de opleidingen in de ambulancezorg. Zij zien toe op de kwaliteit van aanbieders van ambulancezorg vervolgoedingen en doen ook de audits bij deze aanbieders om deze kwaliteit te borgen.

Over CZO Flex Level

Van 2018 tot 2022 werkt CZO Flex Level aan vernieuwde (vervolg-) opleidingen voor verpleegkundigen en medisch ondersteuners.

Dit project is een initiatief van de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU) en de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ). Het CZO is één van de kernspelers in dit project. Vanuit de Ambulancesector wordt er ook een actieve bijdrage geleverd, via V&VN, de onderwijsinstellingen en AZN, aangezien er meerdere opleidingen ondergebracht zijn bij CZO. Kijk voor meer informatie over CZO Flex Level op de website van dit project: www.czoflexlevel.nl.

“We willen allemaal de beste kwaliteit zorg en niet de standaard. We leveren de beste kwaliteit zorg met behulp van de kwaliteitsstandaard”

Vorbereiden op je dagelijks werk?

In de toekomst gaan de opleidingen zich nog meer richten op de kern van beroepsactiviteiten in het dagelijks werk. Tussen de acute zorgopleidingen (bijvoorbeeld IC, SEH) zit de nodige overlap. In het themacluster acuut wordt samen met acute zorgprofessionals de overlap en verschillen zichtbaar gemaakt. Ook wordt nagegaan hoe het werk er nu en in de toekomst uit gaat zien. Dit wordt met opleidingskundige ondersteuning vertaald naar een set van EPA's (Entrustable Professional



Activities). Opgebouwd uit kennis, vaardigheden houding en gedrag. Je maakt je deze EPA's/beroepsactiviteiten eigen door in de praktijk te observeren, je te verdiepen en ervaring op te doen. Dit doe je onder supervisie en uiteindelijk kun je deze beroepsactiviteiten zelfstandig uitoefenen.

“Kwaliteit is het protocol aanpassen aan de patiënt en niet de patiënt aanpassen aan het protocol.”

Wat betekent dit voor jou?

In de toekomst kunnen verpleegkundigen die in de acute zorg gaan werken voor een groot deel gezamenlijk opgeleid worden voor beroepsactiviteiten. De opleidingen worden in de toekomst meer modulair, flexibel, modern, en werkplekgericht door te gaan werken met EPA's. Er zijn hierdoor meer carrièremogelijkheden omdat je dan makkelijker kan in- en doorstromen in een specifieke module die bij die specifieke beroepsactiviteit hoort. Zo kunnen we uiteindelijk sneller collega's voor de specifieke beroepsactiviteit ambulancezorg opleiden.

Als de beroepsgroep veranderingen in het werk waarneemt, die vragen om aanpassing in de opleidingen, dan kunnen professionals, bijvoorbeeld via V&VN Ambulancezorg, deze inbrengen bij CZO. Denk bijvoorbeeld aan de wens om meer aandacht te besteden aan klinisch redeneren.

Bijdrage: Menoes Geraets, Beleidsondersteuner V&VN Ambulancezorg



Professionaliteit

KWALITEIT IN DE AMBULANCEZORG

Wat vindt een patiënt ervan?

Hans Waldeck is de afgelopen jaren diverse malen in een ambulance vervoerd. Als we hem vragen wat voor hem kwalitatief gezien goede ambulancezorg is, zegt hij: “Kijk, je kunt het vergelijken met eten in een restaurant. Wat je wilt als gast, is om te beginnen dat je aardig ontvangen wordt, dan moet het eten er goed uitzien en moet het personeel deskundig zijn en tot slot moet het eten natuurlijk van goede kwaliteit zijn. Dat geldt ook voor de ambulancedienst. En vooral die communicatie is heel belangrijk. Die moet goed zijn.”

Hoe ervaar je communicatie en hoe ambulancezorgprofessionals met je omgaan?

Waldeck: “Natuurlijk moeten ze ook weten wat er met je aan de hand is en moeten ze hun handelingen goed doen en daar gaat dan ook nog het sausje van de organisatie overheen. En als er gezegd wordt dat de ambulance er om 10.00 uur is, dan moet hij er ook rond die tijd zijn. Maar nogmaals, die communicatie is cruciaal, dat je je als patiënt in vertrouwde handen voelt, dat je het idee krijgt ‘dit komt allemaal goed.’”

“Kwaliteit voor een patiënt zit ook in kleine dingen, lastig concreet te maken en zeker lastig te meten”

En heb je dat ook ervaren?

“Jazeker, vooral mijn laatste ervaring was heel positief. Ik verbleef op een Waddeneiland en ik had weer last van mijn borst. Het was midden in de nacht. Tot drie keer had ik nitro onder mijn tong genomen, maar het hielp niet. Ik heb toen de huisartsenpost gebeld. Die reageerde heel adequaat: ‘meneer Waldeck, met dit verhaal ga ik niet zelf naar u toe komen, ik stuur meteen de ambulance’.

Wat ik raar vond was dat de ambulance het hotel waar ik zat niet meteen kon vinden, mijn vrouw moest ze buiten opwachten. Maar toen ze binnenkwamen had ik meteen een goed gevoel. De verpleegkundige verzamelde heel adequaat alle benodigde gegevens, daarbij geholpen door de chauffeur. Je kon merken dat ze wisten waar ze over praatten. Nadat ze mijn situatie in kaart gebracht had, belde ze direct met de cardioloog op het vaste land en die zei: ‘die meneer moet meteen met de heli worden opgehaald.’ Aldus geschiedde. Ik ging de ambulance in en werd naar de landingsplek van de heli gebracht. De verpleegkundige van de heli deed het ook prima: hij legde alles rond het vliegen duidelijk uit. Wat ook heel fijn was: mijn vrouw kon mee, dat was zowel voor haar als voor mij heel prettig. In een mum van tijd was ik in het ziekenhuis. Daar bleek dat het uitermate terecht was dat ik meteen van het eiland was gehaald. Het was zeker spannend, maar zowel ik als mijn vrouw hebben er een goed gevoel aan overgehouden en dat is waar het om gaat.”

Bijdrage: Thijs Gras, ambulanceverpleegkundige, RAV Amsterdam Amstelland





Onderzoek

KENNIS MAAKT HET VERSCHIL

We hebben een eigen professie die uniek is in de wereld. We zijn breed opgeleid en weten van heel veel ziektebeelden een beetje en soms heel veel. Om de regie te krijgen in ons veranderende zorglandschap is het noodzakelijk dat we de regie ook pakken. Eén van de pijlers waarop deze regie is gebouwd is wetenschappelijk onderzoek, met onderzoeksvragen die betrekking hebben op ons werk en dan specifiek op onze patiëntenpopulatie.

Onderzoeksagenda Ambulancezorg

In 2013 en 2014 heeft de ambulancesector een onderzoeksagenda opgesteld. In samenspraak met de ambulancezorgprofessionals is een prioriteitenlijst opgesteld met de belangrijkste thema's waar meer kennis over moet komen. Het belangrijkste thema bleek Eerste hulp geen vervoer (EHGV) te zijn, gevolgd door het meten van kwaliteit van zorg. Diverse studies naar EHGV zijn inmiddels gepubliceerd en het hele kwaliteitskader Ambulancezorg is een indirect gevolg van de uitkomsten van de onderzoeksagenda. In 2020 zal de landelijke onderzoeksagenda worden geactualiseerd.

Samen werken aan evidence based practice

Onderzoek doen is niet mogelijk zonder samenwerking. Binnen de eigen RAV, samen met andere RAV's, in samenwerking met hogescholen en universiteiten, en met ketenpartners uit de zorg zoals ziekenhuizen. Met collega professionals met dezelfde focus op onderzoek, die willen leren van elkaar, kunnen wij als beroepsgroep sterker worden in het doen van wetenschappelijk onderzoek. En dat gebeurt gelukkig al volop.

Kennisplatform onderzoek

Twee keer per jaar komen ambulancezorgprofessionals die affiniteit hebben met onderzoek bijeen. Binnen dit Kennisplatform Onderzoek worden lopende studies binnen de RAV's besproken, resultaten gedeeld en thema's behandeld die te maken hebben met onderzoek. Maar het is vooral het verbinden van ambulancezorgprofessionals die zich bezighouden met wetenschappelijk onderzoek.

Wetenschapscommissie

Dit jaar is een wetenschapscommissie in het leven geroepen. Deze commissie gaat het wetenschappelijk onderzoek binnen onze sector stimuleren en heeft zich als doel gesteld om een bijdrage te leveren aan wetenschappelijke kennisontwikkeling binnen de ambulancezorg, om een brug te slaan tussen het wetenschapsveld en de ambulancezorg. De wetenschapscommissie bestaat uit leden vanuit V&VN Ambulancezorg, NVMMA en AZN. Deze commissie is er om ondersteuning en tips te geven als er vragen zijn over het doen van wetenschappelijk onderzoek.

Ondersteuning

Een andere samenwerking die al een aantal jaren bestaat is die met het Lectoraat Acute Intensieve Zorg van de Hogeschool Arnhem Nijmegen. Het lectoraat heeft samen met de sector de onderzoeksagenda ontwikkeld en het merendeel van de studies rondom EHGV uitgevoerd. Het lectoraat ondersteunt ambulan-

cezorgprofessionals in het opzetten en uitvoeren van wetenschappelijk onderzoek. Zo organiseert het lectoraat trainingen 'evidence based practice' en 'systematic review' aan en biedt het lectoraat 'eerste hulp bij onderzoek' via de onderzoeksvraagbaak.

Van EBP naar zorgpraktijk... en andersom

Wat gebeurt er met alle kennis die wordt verkregen door onderzoek? Zoals jullie weten wordt er momenteel hard gewerkt aan LPA 9.0. De protocollen die daarin worden beschreven zijn allemaal gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek. We willen de best mogelijke zorg geven aan onze patiënten. Door uitkomsten van het onderzoek te vertalen naar protocollen en richtlijnen heeft onderzoek een directe invloed op onze patiëntenzorg. Binnen dit proces ontstaan er ook vaak weer nieuwe onderzoeksvragen die beantwoord moeten worden.

Hoe kun jij bijdragen?

Als professional kun je een belangrijke rol spelen bij onderzoek. Dat kan variëren van het daadwerkelijk doen van onderzoek, maar ook het begeleiden van studenten en meewerken aan onderzoek dat door anderen is opgezet. Maar misschien wel het meest belangrijke, de basis van wetenschappelijk onderzoek: een altijd nieuwsgierige houding naar 'waarom doen we dingen zoals we ze doen? Kan het ook anders? Wat is het beste voor de patiënt? Hoe doen collega's in het land dit? Kunnen we dit samen onderzoeken?'

Als we ons als beroepsgroep willen profileren en de regie willen hebben, is het doen van wetenschappelijk onderzoek noodzakelijk. Wetenschappelijk onderzoek zorgt voor meer kennis. En die kennis kan het verschil maken voor onze patiënten!

- Wil je weten welke onderzoeken er op dit moment plaatsvinden? Kijk dan op www.ambulancezorg.nl
- Heb je vragen over onderzoek binnen de ambulancezorg of wil een advies over een onderzoeksvoorstel? Stuur dan een mail naar: wetenschapscommissie@ambulancezorg.nl
- Heb je behoefte aan methodologische ondersteuning? Stel je vraag dan aan de Onderzoeksvraagbaak van het Lectoraat Acute Intensieve zorg: <https://www.formdesk.com/hanggm/vraagbaakambulancezorg>
- Wil je aansluiten bij het kennisplatform Onderzoek? Stuur dan een mailtje naar info@ambulancezorg.nl

Bijdrage: Timo Bevelander, ambulance- en onderzoeksverpleegkundige bij RAV Zuid Holland Zuid

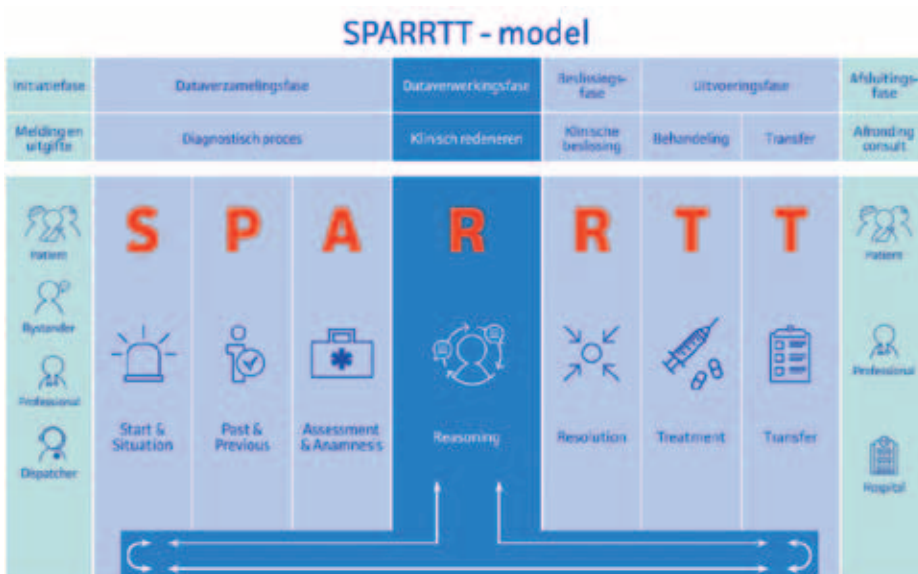


Professionele standaarden

SPARRTT

...biedt uitkomst bij de steeds veranderende zorgvraag

In de landelijke protocollencommissie ambulancezorg (LPA) vertegenwoordigen Arjan Bruintjes, Matthijs de Visser en Ruud Verhalle de beroepsvereniging V&VN Ambulancezorg. Begonnen als ambulanceverpleegkundigen zijn zij nu respectievelijk Verpleegkundig Specialist AGZ en Physician Assistent (in opleiding). De protocollencommissie actualiseert het LPA dat regelmatig wordt geactualiseerd op basis van de nieuwste wetenschappelijke ontwikkelingen en vragen uit de sector.



Built en ontworpen © Ambulancezorg Nederland, Bert Derckman & Protocollencommissie, www.ambulancezorg.nl. Alle rechten voorbehouden/ all rights reserved. Versie 1.0, 2018



De laatste jaren is er veel veranderd in het veld. Een ambulanceprofessional heeft tijdens het ambulancezorgconsult (de inzet) steeds vaker te maken met (hoog) complexe zorgvragen. Om die zorgvragen te duiden is het klinisch redeneren essentieel en dus noodzakelijk geworden. Er wordt op de ambulancezorgprofessionals een beroep gedaan op het (be)redeneren van complexe zorgvragen die de ene keer meer zorg gerelateerd zijn en de andere keer meer medisch.

“Ik ben zelf verantwoordelijk voor mijn input binnen de hulpverlening en dus ook zelf verantwoordelijk om mijn kwaliteitsnorm op niveau te houden”

Als hulpmiddel heeft de LPA-commissie het SPARRTT model ontwikkeld. Dit model beschrijft het proces waaruit een ambulancezorgconsult is opgebouwd. SPARRTT staat voor Start/Situation, Past/Previous, Assesment/Anamnesis, Reasoning, Resolution, Treatment, Transfer (zie ook de afbeelding). Dit hulpmiddel is voor professionals een waardevolle ondersteuning bij het klinisch beredeneren van (complexe) zorgvragen.

Het omvat het gehele ambulancezorgverleningsproces tot en met de overdracht naar de opvolgende professional in de keten. Professionals doorlopen de fasen van het model altijd in een logische volgorde. Eerst informatie verzamelen, dan verwerken, analyseren en interpreteren, een beslissing nemen... En uiteindelijk die beslissing uitvoeren. Als een probleem ingewikkeld is, doorloopt de professional delen van het proces meerdere keren.

De input van ambulancezorgprofessionals is hierbij van groot belang. Zij weten als geen ander hoe het er op straat en bij patiënten thuis aan toegaat, hoe de samenwerking in de keten loopt en wat voor uitdaging klinisch redeneren soms is. Daarom zijn wij als leden van de landelijke protocollencommissie erg blij met het SPARRTT-model. Nadat begin 2020 het SPARRTT-model wordt gekoppeld aan de gereviseerde therapeutische en diagnostische protocollen van de nieuwe LPA-versie zal bovenstaande voor de professional steeds duidelijker worden.

Bijdrage: Ruud Verhalle, Verpleegkundig specialist AGZ, RAV Brabant MWN



Kwaliteitskader

KWALITEIT IS MEER DAN TIJDIGHEID

Ontwikkeling van het kwaliteitskader ambulancezorg 1.0

Ambulancezorgprofessionals en RAV's zetten zich samen met hun ketenpartners voortdurend in om de kwaliteit van ambulancezorg te bewaken en te verbeteren. De kwaliteit van de ambulancezorg wordt momenteel echter op slechts enkele signalen beoordeeld, zoals de aanrijtijd. Een bredere set van kwaliteitssignalen doet de zorg die ambulancezorgprofessionals aan patiënten verlenen meer recht. AZN heeft daarom, samen met V&VN Ambulancezorg, de NVMMA en diverse ketenpartners het eerste landelijke kwaliteitskader ambulancezorg ontwikkeld.

Kwaliteitssignalen

Het kwaliteitskader ambulancezorg bestaat uit 26 signalen. Bij de ontwikkeling van de kwaliteitssignalen is gekeken naar patiëntervaringen, pijnmeting en -behandeling, tijdigheid en samenwerking met ketenpartners. De zeven uitgangspunten van goede zorg (Nota goede ambulancezorg, 2018) vormen de basis van de signalen. Het hele ambulanceproces: van het aannemen en beoordelen van de zorgvraag door de meldkamercentralist ambulancezorg, de zorg aan en het vervoer van de patiënt tot en met de overdracht van de patiënt aan een andere zorgverlener is tevens meegenomen bij het bepalen van de signalen.

Vanaf 2020 zijn 13 kwaliteitssignalen meetbaar, de andere 13 worden de komende drie jaar geoperationaliseerd.

Doorontwikkeling

Het kwaliteitskader ambulancezorg is een instrument in ontwikkeling. De signalen en streefwaarden worden in de komende jaren samen verder uitgewerkt. Dit leidt tot een versie 2.0 in 2023.



Voor wie

Het kwaliteitskader ambulancezorg is een leidraad bij het streven naar de beste ambulancezorg en is daarom bedoeld voor iedereen die bij ambulancezorg betrokken is: patiënten (wat mogen zij verwachten), ambulancezorgprofessionals (wanneer lever je kwaliteit van zorg), zorgaanbieders (hoe werken we samen) zorgverzekeraars (waarop kunnen zij kwaliteit beoordelen) en inspectie (waar kunnen zij kwaliteit op toetsen).

Alles over het kwaliteitskader ambulancezorg is te vinden op www.ambulancezorg.nl



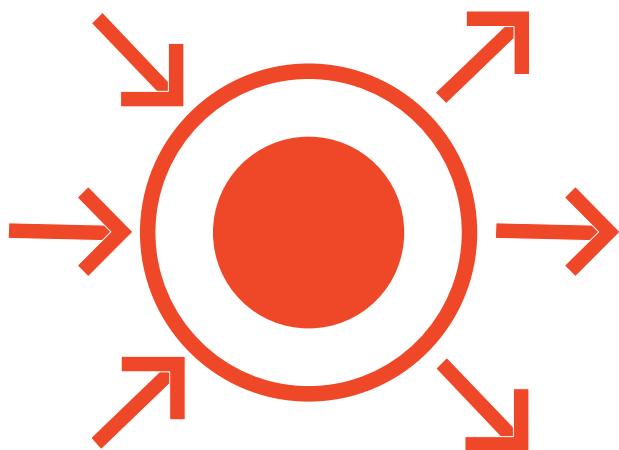


Zorgcoördinatie

'ZORGCOÖRDINATIE'

draagt bij aan verbetering kwaliteit

Het huidige zorgaanbod is versnipperd. Daardoor gaat enerzijds capaciteit in de acute zorgketen verloren, terwijl anderzijds verborgen capaciteit onbenut blijft. Middels zorgcoördinatie kan de zorgvraag van de patiënt beter en efficiënter georganiseerd en gecoördineerd worden en kan de patiënt rekenen op de juiste zorg op het juiste moment op de juiste plaats door de juiste zorgverlener.



Zorgcoördinatie vereist dat verschillende zorgaanbieders de acute zorg 24/7 op regionale schaal organiseren en coördineren. In een aantal grote regionale pilots wordt beproefd of zorgcoördinatie daadwerkelijk iets bijdraagt aan het verbeteren van de in- en doorstroom in de acute zorg. In een pilot werkt een Regionale Ambulancevoorziening samen met een huisartsenpost(en), aangevuld met minimaal één partner, bijvoorbeeld een verpleeg- en verzorgingshuis, thuiszorg, wijkverpleging of acute ggz. Ook wordt nauw samengewerkt met de betrokken regionale ziekenhuizen.

“Kwaliteit is snel zijn waar het moet, de tijd nemen waar het kan.”

Veranderingen

Wat merkt de patiënt van zorgcoördinatie? Dat er nog maar één loket is. Daardoor is het altijd duidelijk waar hij of zij terecht kan met acute zorgvragen. Het ontvangen van de juiste zorg door de juiste zorgverlener op de juiste plek wordt voor de patiënt geregeld.

“Kwaliteit is vervoeren van wie er moet, thuislaten van wie dat kan.”

Wat verandert er voor de meldkamercentralist? Centralisten werken in een zorgcoördinatiecentrum fysiek (of virtueel) op één plek samen met verschillende zorgaanbieders.

Wat merken de ambulanceverpleegkundige en ambulancechauffeur? In het zorgcoördinatiecentrum is alle patiëntinformatie beschikbaar. Meer patiëntinformatie tijdens een inzet geeft de verpleegkundige direct meer inzicht in de gezondheid van de patiënt.

Actieplan ambulancezorg

Zorgcoördinatie is een van de speerpunten uit het actieplan ambulancezorg, dat de minister voor Medische Zorg en Sport en de voorzitters van Ambulancezorg Nederland en Zorgverzekeraars Nederland hebben ondertekend.
www.ambulancezorg.nl/themas/zorgcoördinatie

Bijdrage: Margreet Hoogeveen, Programmamanager (keten) kwaliteit & veiligheid AZN





Delen patiëntinformatie

PATIËNTINFORMATIE IN DE KETEN

Wat merk jij hiervan als ambulanceprofessional?

Binnen de ambulancezorg wordt druk gewerkt aan het verbeteren van informatie-uitwisseling in de keten met minder kans op fouten, minder registratie, patiëntgerichtheid van zorg, mogelijkheid tot betere coördinatie van zorg en meetbaar maken van kwaliteit, outcome van zorg en patiëntveiligheid.

1. Toewerken naar eenduidige taal in het patiëntendossier

Als ambulancesector werken we toe naar eenduidige taal en codering zodat de verschillende professionals elkaar beter begrijpen. Eenduidige taal is nodig om ervoor te zorgen dat voor de verschillende zorgprofessionals alle medische gegevens dezelfde betekenis hebben. Dit is nodig om informatie te kunnen hergebruiken en uit te wisselen zonder informatieverlies waardoor risico op fouten en de registratielast zullen verminderen. Calamiteiten ten gevolge van informatieverlies zullen naar verwachting dalen.

Informatie die bekend is willen we niet steeds opnieuw invoeren. Het is hierbij belangrijk dat gegevens op dezelfde manier 'ingebouwd'/vastgelegd worden in het Patiëntendossier via zorginformatiebouwstenen. We hebben hierin afgesproken wat we vastleggen en hoe we dit doen. In de nieuwe versie van het uitwisselingsbericht tussen ambulance en ziekenhuis wordt gebruik gemaakt van de SNOMED-CT standaard voor eenduidigheid in medische terminologie en deels al gebruik van zorginformatiebouwstenen. Implementatie van dit bericht in de ritformulieren vindt plaats in 2020.

2. Delen van patiëntinformatie in de keten

In het kwaliteitskader spoedzorgketen is afgesproken dat de huisarts, HAP, SEH, RAV en MMT de actuele medische en andere relevante gegevens, die nodig zijn voor de behandeling van de patiënt, elektronisch delen. Als iedere seconde telt wil



je tenslotte snel en veilig relevante informatie van de patiënt tot je beschikking hebben. Inmiddels is de autorisatie richtlijn e-Spoed- Acute Zorg 'opvragen van gegevens in de ambulance' in concept klaar en is een pilot voor het opvragen van medicatiegegevens door de ambulance gestart.

Wil je meer weten over de stand van zaken rond patiëntinformatie ga dan naar www.registratieaandebron.nl

Bijdrage: Menoes Geraets, beleidsondersteuner V&VN Ambulancezorg

Voorbeeld standaard SNOMED-codes bij Verbranding door heet water

284196006		huidverbranding			
246112005		mate van ernst	→	= 24484000	ernstig
363698007		locatie	→	= 321472003	handpalm
246075003		oorzaak	→	= 47448006	heet water





Urgentie-indeling

URGENTIE-INDELING EN RESPONSTIJDEN GAAN VERANDEREN

Het is een complex thema: de urgentie-indeling in de ambulancezorg. In het actieplan ambulancezorg is het optimaliseren van de inzet van ambulancezorg één van de acties. Daarbij gaat, geheel logisch, de nodige aandacht uit naar de huidige urgentie-indeling en de afstemming in de keten.

Er is een taskforce urgenties ingesteld, met een sectoraal kernteam met deelname van de NVMMA en V&VN Ambulancezorg. Dit kernteam heeft recent een adviesnota voor AZN opgesteld. Daarbij gaat zij in op de uitkomsten van de dit jaar gerealiseerde urgentie-onderzoeken van het Nivel en de HAN.

“Kwaliteit is patiëntgericht werken, dat wil zeggen iedereen behandelen met respect, oog hebben voor het individu en de context van de situatie.”

Geconfronteerd met de uitspraken dat de 15-minutennorm niet medisch inhoudelijk onderbouwd is en dat er ketenbreed

draagvlak is voor het doorontwikkelen van de urgentie-indeling, zijn achttien adviezen opgesteld. Eén daarvan gaat in op de constatering dat slechts een selecte groep patiënten met medisch onderbouwde tijd-kritische aandoeningen baat heeft bij de snelst mogelijke inzet van ambulancezorg. Met de achttien adviezen in de hand worden nu enkele vervolgstappen ingezet. Verder vindt overleg met stakeholders plaats over een, medisch logische, verbeterde urgentie-indeling. Ook wordt er een impactanalyse uitgevoerd: wat betekent het als de verbeterde urgentie-indeling toegepast gaat worden? Op de AZN-website houden we je op de hoogte over hoe de responstijden gaan veranderen! www.ambulancezorg.nl

Bijdrage: Trudie van Duin, Programmamanager kwaliteit AZN

DELPHI-STUDIE

In het afgelopen jaar heeft AZN onderzoek laten doen naar de (medische) onderbouwing van de urgentie-indeling in Nederland. Uit het onderzoek komt een aantal bevindingen naar voren die input geven om de urgentie-indeling in Nederland beter te laten aansluiten bij de toenemende acute zorgvragen met passende zorg op het juiste moment.

Door middel van een consensusmethode (Delphi-studie) heeft het lectoraat Acute Intensieve Zorg onderzocht in welke mate er draagvlak voor deze bevindingen is onder professionals en stakeholders in de acute zorg.

Dit onderzoek kende drie stappen:

Stap 1: Bijeenkomst ‘Wanneer is spoed goed?’ (maart 2019)

Stap 2: Enquête (juli-september 2019)

Stap 3: Bijeenkomst terugkoppeling enquête bevindingen (september 2019)

Uit dit consensusonderzoek blijkt dat er binnen de acute zorg, vanuit brancheorganisaties, beroeps- en patiëntverenigingen en professionals werkzaam in het veld, draagvlak is voor de belangrijkste bevindingen om de urgentie-indeling voor de ambulancezorg in Nederland verder door te ontwikkelen.

De volledige rapportage is in te zien via www.ambulancezorg.nl.

Bijdrage: Dr. Remco Ebben, Associate lector Acute Intensieve Zorg, Hogeschool van Arnhem en Nijmegen





WETGEVING AMBULANCEZORG

Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz)

De Wkkgz is van toepassing op alle instellingen in de zorgsector. Dus ook op de RAV. De Wkkgz is een kaderwet. Dat houdt in dat de wet op hoofdlijnen beschrijft waaraan een zorginstelling moet voldoen.

Tijdelijke wet ambulancezorg (Twaz)

De Tijdelijke wet ambulancezorg (Twaz) geldt sinds 1 januari 2013. Eerder had de tijdelijke wet een duur van vijf jaar. In 2016 heeft de minister van VWS de duur van de Twaz verlengd tot 2021. De nieuwe wet op de ambulancevoorzieningen is in voorbereiding.

Wet toelating zorginstellingen (WTZi)

Om zorg te mogen leveren vanuit de Zorgverzekeringswet (Zvw) of de AWBZ, hebben zorginstellingen een toelating nodig. Daarmee kan men nagegaan of de instelling voldoet aan de eisen. Dit is geregeld in de Wet toelating zorginstellingen (WTZi). De belangrijkste eisen van de WTZi zijn: bereikbaarheid van acute zorg en transparantie van de bestuursstructuur en bedrijfsvoering. De RAV valt in de categorie van instellingen die vanuit het uitvoeringsbesluit WTZi in het bezit zijn van een toelating.

Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG)

De Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG) heeft tot doel om de kwaliteit van de beroepsuitoefening te bevorderen en bewaken, en de patiënt te beschermen tegen ondeskundig en onzorgvuldig handelen door beroepsbeoefenaren.

Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO)

In de WGBO zijn de rechten en plichten van cliënt en hulpverlener vastgelegd, die voortvloeien uit de overeenkomst tot een geneeskundige behandeling. De wet regelt onder andere de informatieplicht, de toestemmingsvereiste, de vertegenwoordiging en positie van minderjarigen en de privacy. De WGBO regelt de juridische relatie tussen hulpverlener en cliënt.

Wet op de medische hulpmiddelen (Wmh)

De Wet op de medische hulpmiddelen stelt eisen aan de veiligheid van medische apparatuur in de zorg. Dit om schade voor de cliënt zo veel mogelijk te voorkomen. Los van de verantwoordelijkheid en aansprakelijkheid van de fabrikant van medische hulpmiddelen, heeft ook de RAV hierin een verantwoordelijkheid.

Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz)

De Wet BOPZ bestaat uit regelingen die gelden voor een onvrijwillige (gedwongen) opname en voor het verblijf in de instelling. In de ambulancezorg zijn vooral de bepalingen van belang voor gedwongen opname. Het gaat om opname via voorlopige machtiging, inbewaringstelling, de indicatiecommissie of rechterlijke machtiging op eigen verzoek. De RAV maakt afspraken met ggz-instellingen, huisartsen, politie en justitie over de procedure(s) en verantwoordelijkheden bij de begeleiding van deze cliënten. Per 1 januari 2020 wordt de Wet Bopz vervangen door de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (Wvggz).

Algemene verordening gegevensbescherming (AVG)

De AVG is de opvolger van de Wet bescherming persoonsgegevens. In de AVG zijn de rechten vastgelegd van personen met betrekking tot hun eigen gegevens, en de plichten, procedures en verantwoordelijkheden van organisaties die gebruik maken van persoonsgegevens.

Wegenverkeerswet (WVW 1994) en Reglement verkeersregels en verkeerstekens (RVV 1990)

De Wegenverkeerswet (WVW 1994) en het Reglement verkeersregels en verkeerstekens (RVV 1990) beschrijven de algemene regels voor het verkeer, specifieke regels voor voorrangvoer- tuigen en het gebruik van signalen.

Wet veiligheidsregio's (Wvr)

De Wet veiligheidsregio's (Wvr) streeft naar een efficiënte en kwalitatief hoogwaardige hulpverlening en crisisbeheersing onder één regionale bestuurlijke regie. De wet beschrijft onder meer de bestuurlijke inbedding en de basisvereisten voor de organisatie van de hulpverleningsdiensten. Ook is opgenomen welke taken het bestuur van een veiligheidsregio heeft en wat de minimumeisen zijn voor hulpverleners (zoals de regionale brandweer en geneeskundige diensten) en het materieel dat zij gebruiken. De basisvereisten zijn essentieel voor de beoogde uniformiteit, die van belang is voor interregionale inzet en bovenregionaal optreden.

De volledige wetteksten staan op www.overheid.nl



KWALITEIT BEN JIJ!



v&vn
Ambulancezorg

 | **AMBULANCEZORG
NEDERLAND**