

Kwaliteitskader ambulancezorg

resultaten 2020



13 april 2022



AMBULANCEZORG
NEDERLAND

Vastgesteld door de ALV van AZN
op 13 april 2022

Inhoudsopgave

Inhoudsopgave	2
Algemene toelichting bij grafieken	3
Hoofdstuk 1 Inleiding	4
Hoofdstuk 2 Toelichting kwaliteitskader, signalen en voorlopige streefwaarden	7
Hoofdstuk 3 Totaalbeeld sector en RAV's 2019	10
Hoofdstuk 4 Beschikbare en bereikbare zorg	12
Hoofdstuk 5 Patiënt centraal	19
Hoofdstuk 6 Veilige zorg	27
Hoofdstuk 7 Professionaliteit	28
Hoofdstuk 8 Samenwerken	32
Hoofdstuk 9 Continu verbeteren	33
Hoofdstuk 10 Basis op orde	35
Hoofdstuk 11 Resultaten per RAV	37
Colofon	64



Verantwoordelijkheid totstandkoming rapportage

De Regionale Ambulancevoorzieningen zijn verantwoordelijk voor de betrouwbaarheid van de gegevens van de eigen RAV.

Strategies in Regulated Markets (SiRM) is verantwoordelijk voor het verwerken van de RAV-gegevens en de vertaling daarvan in de landelijke grafieken in de hoofdstukken 3 tot en met 10.

Ambulancezorg Nederland is verantwoordelijk voor de inhoud van alle overige tabellen en grafieken in de hoofdstukken 2, 3 en 11 evenals voor alle teksten in deze rapportage.

Een en ander is tot stand gekomen na toepassing van de meetplannen, vastgesteld door het Algemeen Bestuur van AZN.

Disclaimer

De informatie, grafieken en afbeeldingen in deze rapportage mogen niet zonder de uitdrukkelijke toestemming van AZN worden gebruikt.

Toelichting bij grafieken

Bij verschillende grafieken in dit tabellenboek zijn (op de X-as) niet de namen van de RAV-regio's gebruikt, maar de RAV-nummers. Onderstaande aangegeven welk nummer bij welke RAV hoort.

- 1 Groningen
- 2 Fryslân
- 3 Drenthe
- 4 IJsselland
- 5 Twente
- 6 Noord- en Oost Gelderland
- 7 Gelderland-Midden
- 8 Gelderland-Zuid
- 9 Utrecht
- 10 Noord-Holland Noord
- 11 Zaanstreek-Waterland
- 12 Kennemerland
- 13 Amsterdam-Amstelland
- 14 Gooi en Vechtstreek
- 15 Haaglanden
- 16 Hollands Midden
- 17 Rotterdam-Rijnmond
- 18 Zuid-Holland Zuid
- 19 Zeeland
- 20 Brabant-Noord
- 21 Midden- en West-Brabant
- 22 Brabant Zuidoost
- 23 Limburg-Noord
- 24 Zuid Limburg
- 25 Flevoland

Kleurgebruik

Bij de presentatie van de resultaten in de grafieken wordt gebruik gemaakt van drie categorieën: hoog, midden, laag. Bij de signalen waarvoor al een definitieve streefwaarde is vastgesteld, worden de categorieën bepaald op basis van de streefwaarde. Bij de signalen waarvoor nog geen streefwaarde is vastgesteld, worden de categorieën bepaald op basis van de mediaan (zie toelichting hoofdstuk 2, paragraaf 3).

De categorieën dienen te worden geïnterpreteerd vanuit kwaliteitsoogpunt; een score hoog betekent dus niet altijd een hoger percentage.

 score laag

 score midden

 score hoog

De verschillende pijlers waarop het kwaliteitskader is gebaseerd hebben eigen kleuren:

 bereikbare en beschikbare zorg
 patiënt centraal
 veilige zorg
 professionaliteit
 samenwerken
 continu verbeteren
 basis op orde

Hoofdstuk 1 Inleiding

1.1. Achtergrond

De kwaliteit van ambulancezorg werd tot voor kort vooral beoordeeld op de aanrijtijden voor spoedeisende ambulancezorg. Voor het beoordelen van kwaliteit van ambulancezorg spelen echter ook andere factoren dan alleen tijdigheid ook een belangrijke rol. Bovendien vraagt tijdigheid om een meer genuanceerde benadering dan alleen de beoordeling of de ambulance bij een spoedrit binnen 15 minuten ter plaatse was.

Daarom heeft AZN in 2018 het landelijk kwaliteitskader ambulancezorg ontwikkeld, in samenwerking met de beroepsvereniging V&VN Ambulancezorg, de Nederlandse Vereniging van Medisch Managers Ambulancezorg, de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, Landelijk Netwerk Acute Zorg, GGD GHOR Nederland, InEen, Zorgverzekeraars Nederland, Patiëntenfederatie Nederland en het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Het kwaliteitskader maakt via een bredere set van 26 kwaliteitssignalen inzichtelijk wat goede ambulancezorg is en levert daarmee een bijdrage aan het borgen en verbeteren van kwaliteit. Het kwaliteitskader is in december 2019 tripartiet aangeboden aan Zorginstituut Nederland (ZiN). Per 17 maart 2020 is het [kwaliteitskader ambulancezorg](#) opgenomen in het register van ZiN.

1.2. Kwaliteitskader 1.0

Met het kwaliteitskader ambulancezorg 1.0 heeft de ambulancesector een nieuwe stap in haar kwaliteitsbeleid en -denken gezet. Een breder beeld van de kwaliteit van de zorgverlening, meer samenhang en beter afgestemd op de keten. Hiermee draagt de ambulancezorg bij aan de gezamenlijke ambitie van partners in de acute zorgketen: de juiste zorg bieden, van de juiste kwaliteit, door de juiste zorgprofessional op het juiste moment op de juiste plaats.

Deze nieuwe stap vraagt om een zorgvuldige implementatie, waarin veel aandacht is voor gezamenlijk leren en bijstellen. Een implementatieplan maakt dan ook onderdeel uit van het kwaliteitskader 1.0. Strategies in Regulated Markets (SiRM) ondersteunt AZN en de RAV's bij de implementatie van het kwaliteitskader ambulancezorg.

In het kwaliteitskader 1.0 zijn de eerste dertien signalen geoperationaliseerd. Deze zijn in 2020 voor het eerst gemeten. Voor deze eerste dertien signalen werkt de sector de komende drie jaar toe naar een streefwaarde per signaal. Streefwaarden moeten realistisch en verantwoord zijn. Dit is een ontwikkeltraject dat vraagt om zorgvuldigheid. Het proces dat de sector hiervoor heeft ingericht, staat beschreven in hoofdstuk 2.

Voor de operationalisatie van de signalen 14-26 bevat het kwaliteitskader 1.0 een doorontwikkelagenda voor 2021 en 2022. In hoofdstuk 2 is weergegeven wanneer welk signaal wordt geoperationaliseerd.

1.3. Leren en verbeteren centraal

De ambulancesector wil zich transparant en toetsbaar opstellen. Vanuit een groot verantwoordelijkheidsbesef richting allen aan wie ambulancezorg wordt verleend, vanuit het besef dat de ambulancezorg een belangrijke schakel in de zorgketen is en vanuit het besef dat deze zorg doelmatig en doeltreffend dient te zijn. Het uitgangspunt daarbij is dat transparantie en toetsbaarheid plaatsvinden in een context waarin ruimte is voor leren en verbeteren. Het kwaliteitskader moet RAV's en professionals aanzetten tot leren en verbeteren, onder andere door zorguitkomsten die ertoe doen voor patiënten zichtbaar te maken. Dit heeft nadrukkelijk een plek gekregen in de doorontwikkelagenda. De sector vindt het belangrijk om ook in de ontwikkelfase resultaten te presenteren. Deze dienen wel vanuit het perspectief van leren en verbeteren te worden gelezen.

Hoofdstuk 1 Inleiding

1.4. Ontsluiten, analyseren en valideren data 2020

Eind 2020 zijn op basis van de resultaten 2019¹ de meetplannen voor de eerste dertien signalen verder aangescherpt. Op basis van analyse van de data en expertsessies met de data- en implementatie-experts van de RAV's zijn knelpunten geïdentificeerd en verbeteracties op landelijk en op RAV-niveau uitgezet.

In 2021 zijn de signalen 1 tot en met 13 op basis van de aangescherpte meetplannen bij de RAV's uitgevraagd. De aangeleverde data zijn door SiRM verwerkt en geanalyseerd. De resultaten en analyses zijn met de data- en kwaliteitsexperts van de RAV's besproken, op basis waarvan door sommige RAV's nieuwe/aanvullende data zijn aangeleverd. Op basis van de definitieve data zijn de voorlopige streefwaarden 2021 vastgesteld.

1.5. Vergelijkbaarheid en betrouwbaarheid gegevens

De sector heeft in 2021 gewerkt aan het ontsluiten, analyseren en verder valideren van de data voor de eerste dertien signalen van het kwaliteitskader. Er zijn vervolgstappen gezet om de vergelijkbaarheid en betrouwbaarheid van de data te vergroten. Aandachtspunten die in meer of mindere mate van toepassing zijn op alle 13 signalen betreffen: eenduidige en volledige registratie, uniforme query's en het realiseren van koppelingen tussen datasets. Voor deze aandachtspunten zijn RAV-breed verbeteracties uitgezet. Daarnaast zijn per signaal knelpunten geïdentificeerd en zijn acties uitgezet om de vergelijkbaarheid en betrouwbaarheid van de data te verbeteren.

¹ De resultaten 2019 zijn weergegeven in het rapport *Kwaliteitskader ambulancezorg. Resultaten 2019*. AZN, juli 2020.

1.6. Regionale context

Het kwaliteitskader ambulancezorg heeft als doel inzicht te geven in de kwaliteit van de ambulancezorg. Ander doel is om RAV's te stimuleren tot leren en verbeteren. Er zijn externe factoren die uitkomsten beïnvloeden, waarop de RAV geen invloed heeft. Het betreft over het algemeen regionale context.

Dit betreft de tijdsgelateerde signalen CVA en STEMI. De RAV kan de afstanden tot gespecialiseerde centra niet beïnvloeden, maar deze afstanden zijn wel van invloed op de uitkomsten. Het is van belang dit mee te nemen bij het lezen en interpreteren van de resultaten. In hoofdstuk 4 wordt hier uitgebreider aandacht aan besteed.

1.7. Landelijke context

Ook landelijke ontwikkelingen kunnen van invloed zijn op de uitkomsten. In 2020 werd ook de ambulancesector geconfronteerd met de coronapandemie. De pandemie heeft in veel opzichten een enorme impact gehad op ambulancezorgprofessionals en de ambulancezorgverlening². Bijvoorbeeld op randvoorwaarden voor goede ambulancezorg, zoals scholing, ook was er minder ruimte voor leren van elkaar en verbeteren. In algemene zin heeft dit daarmee ook effect gehad op de resultaten van het kwaliteitskader in 2020. In hoofdstuk 4 wordt hier, waar relevant, nader op ingegaan.

² Effecten op de ambulancezorgverlening in termen van beschikbaarheid en bereikbaarheid zijn terug te vinden in het Sectorkompas Ambulancezorg; tabellenboek 2020.

Hoofdstuk 1 Inleiding

1.8. Ontwikkeling en operationalisatie signalen 14-19

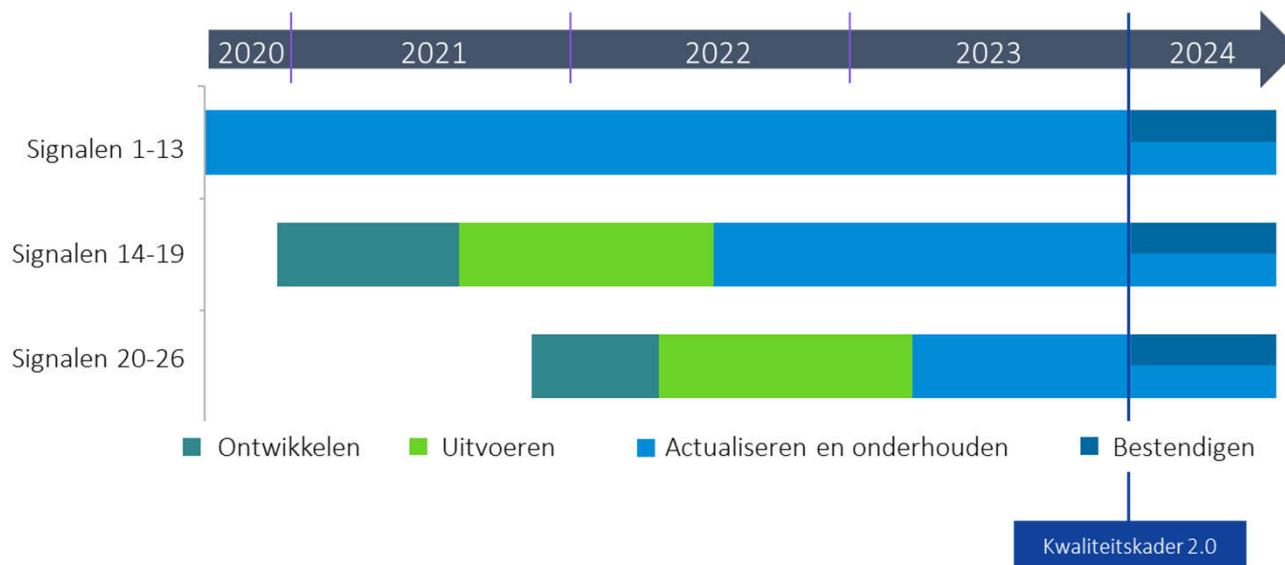
Parallel aan de verdere implementatie van de signalen 1-13 is de sector in 2021 gestart met de doorontwikkeling van het kwaliteitskader. De eerste zes van de dertien signalen op de doorontwikkelagenda, signalen 14-19³, zijn in 2021 geoperationaliseerd. Bij dit proces zijn stakeholders, ketenpartners en experts uit de sector betrokken. Via interviews en deskresearch zijn de signalen nader geduid en beschreven. Daarbij is aangesloten op bestaande de sectorale visie, beleidsuitgangspunten en afspraken. Bij de operationalisatie van de signalen is het uitgangspunt dat de data zoveel mogelijk uit bestaande registraties gehaald kan worden. Dit om de administratieve last voor de RAV's te beperken. Voor elk signaal is een meetplan ontwikkeld. Met deze meetplannen is een veldtest uitgevoerd, om de uitvoerbaarheid en vergelijkbaarheid te toetsen. Op basis van de veldtest zijn de meetplannen bijgesteld en afspraken gemaakt over wijze van registreren en ontsluiten. Begin 2022 worden de meetplannen voor de signalen 14-19 definitief vastgesteld.

³ Zie hoofdstuk 2, pagina 8-9, voor weergave signalen 14-19.

1.9. Vervolg 2022

In 2022 worden de signalen 1-13 opnieuw uitgevraagd, verwerkt en geanalyseerd. De signalen 14-19 worden in 2022 voor het eerst gemeten. Op basis van de eerste uitkomsten zullen de meetplannen waar nodig worden bijgesteld. Tot slot worden in 2022 de signalen 20-26⁴ geoperationaliseerd.

⁴ Zie hoofdstuk 2, pagina 8-9, voor weergave signalen 20-26.



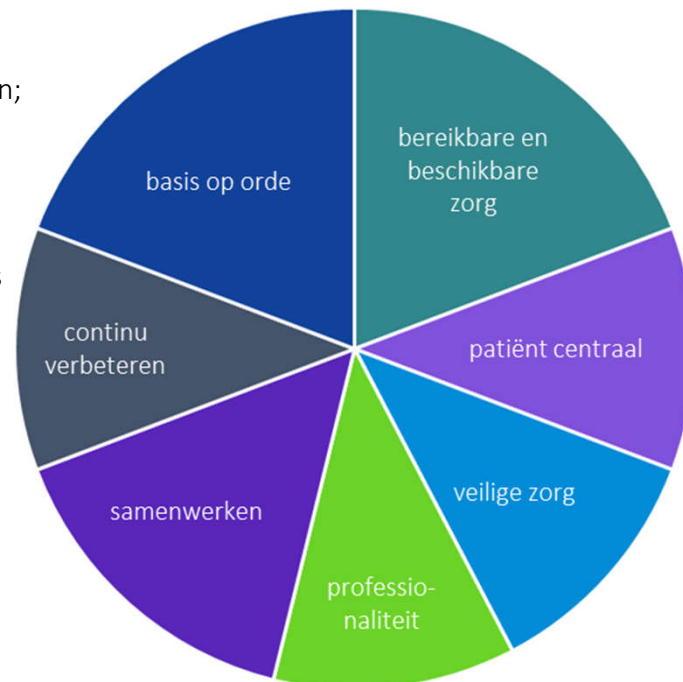
Hoofdstuk 2 Toelichting kwaliteitskader, signalen en voorlopige streefwaarden

2.1. Goede ambulancezorg

Het kwaliteitskader ambulancezorg bevat een samenhangende set inhoudelijke en procesmatige kwaliteitssignalen. Deze zijn gebaseerd op de zeven uitgangspunten van goede ambulancezorg. Deze uitgangspunten zijn uitgebreid beschreven in de [Nota goede ambulancezorg](#), het basiskwaliteitsdocument van de ambulancesector. In het kwaliteitskader ambulancezorg zijn deze uitgangspunten vertaald in de volgende pijlers:

- bereikbare en beschikbare zorg;
- patiënt centraal;
- veilige zorg;
- professionaliteit;
- samenwerken;
- continu verbeteren;
- basis op orde.

Op de volgende pagina's is weergegeven welke signalen bij ieder van de zeven pijlers horen.



2.2. Signalen

Op basis van de uitgangspunten zijn per pijler signalen bepaald die in samenhang iets zeggen over de kwaliteit van de ambulancezorg. Bij het bepalen van de kwaliteitssignalen is gekeken naar het hele ambulancezorgproces: 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. Dit heeft geleid tot een samenhangende set van zowel inhoudelijke als procesmatige kwaliteitssignalen.

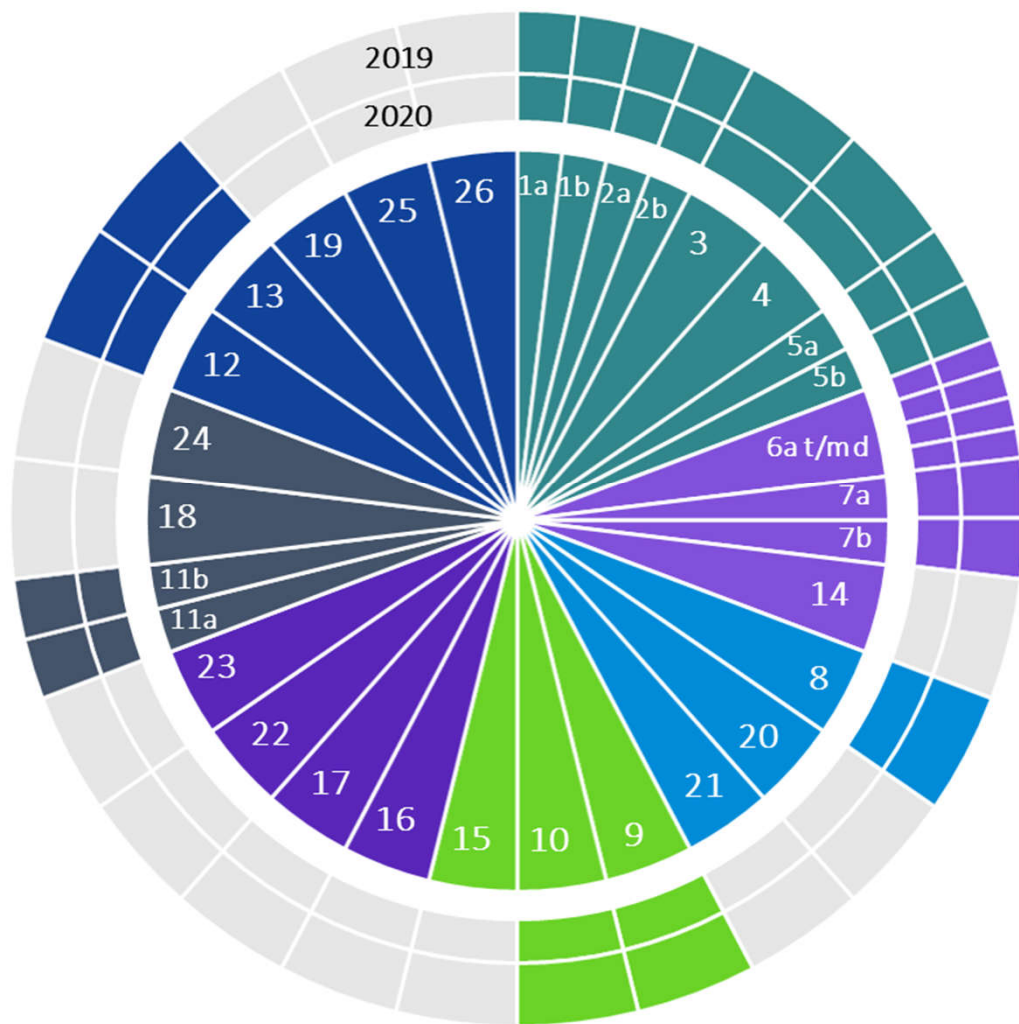
2.3. Voorlopige streefwaarden

De signalen worden voorzien van streefwaarden. Deze geven aan wat de norm voor 'goede ambulancezorg' is. Voor enkele van de eerste dertien meetbare signalen is al een definitieve streefwaarde bepaald. Voor een deel van de signalen is dat op dit moment nog niet mogelijk, maar is onderstaand ontwikkeltraject ingericht om te komen tot streefwaarden.

Om het leren en verbeteren te bevorderen gaat het kwaliteitskader bij de meeste signalen uit van de mediaan. Op basis van de 20% hoogst scorende RAV's (20% aan de rechterkant van de normaalverdeling), die als best practices zijn te beschouwen, bepalen de RAV's gezamenlijk een voorlopige streefwaarde. In drie jaar tijd wil de sector toegroeien naar definitieve streefwaarden die realistisch en verantwoord zijn. Ook wil de sector in drie jaar komen tot minimale waarden. Per signaal wordt vanaf hoofdstuk 4 toelichting gegeven waar de sector staat.

Hoofdstuk 2 Toelichting: 7 pijlers, 26 signalen, 2 verslagjaren

pijlers en signalen



bereikbare en beschikbare zorg

1a	A1-inzetten responstijdpercentage	2020
1b	A1-inzetten mediane responstijd	2020
2a	A2-inzetten responstijdpercentage	2020
2b	A2-inzetten mediane responstijd	2020
3	* B-inzetten: inzetten brengen (zie §4.4 op pagina 11)	2020
4	CVA doorlooptijd A1	2020
5a	STEMI doorlooptijd 45 minuten	2020
5b	STEMI doorlooptijd 60 minuten	2020

patiënt centraal

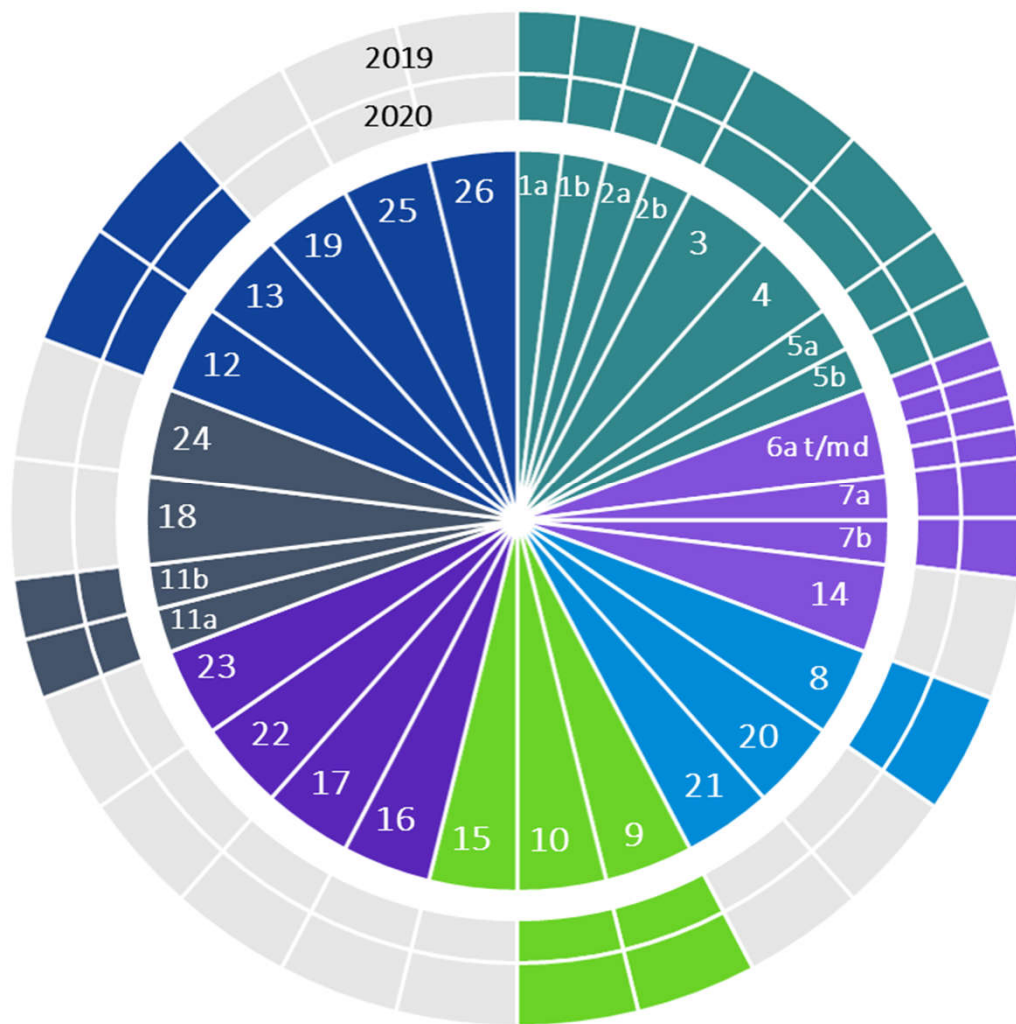
6a	patiëntervaring spoedeisende zorg, algemeen	2020
6b	patiëntervaring spoedeisende zorg, clusters	2020
6c	patiëntervaring niet-spoedeisende zorg, algemeen	2020
6d	patiëntervaring niet-spoedeisende zorg, clusters	2020
7a	mobiel zorgconsult en opnieuw ambulancezorg binnen 24 uur	2020
7b	mobiel zorgconsult en opnieuw ambulancezorg binnen 72 uur	2020
14	patiëntervaring mobiel zorgconsult	2021

veilige zorg

8	infectiepreventie	2020
20	medische technologie	2022
21	effectieve inzet verschillende deskundigheden	2022

Hoofdstuk 2 Toelichting: 7 pijlers, 26 signalen, 2 verslagjaren

pijlers en signalen



professionaliteit

9	landelijk assessment	2020
10	ziekteverzuim	2020
15	implementatie fundament bekwaamheidsbeleid	2021

samenwerken

16	ketenpartner tevredenheid	2021
17	multitraumapatiënten naar juiste zorgplek	2021
22	kwaliteit en interoperabiliteit digitale dossiers	2022
23	werkd Diagnose prehospital sluit aan op de diagnose SEH	2022

continu verbeteren

11a	pijnmeting traumapatiënten	2020
11b	pijnmedicatie traumapatiënten	2020
18	leveren wetenschappelijke bijdrage	2021
24	thematisch aandacht voor zorgaspecten	2022

basis op orde

12	gecertificeerd kwaliteits- en veiligheidsmanagementsysteem	2020
13	informatiebeveiliging	2020
19	voorbereid op rampen en crises	2021
25	financiële weerbaarheid	2022
26	duurzaamheid (maatschappelijk verantwoord ondernemen)	2022

Hoofdstuk 3 Totaalbeeld sector en RAV's 2020

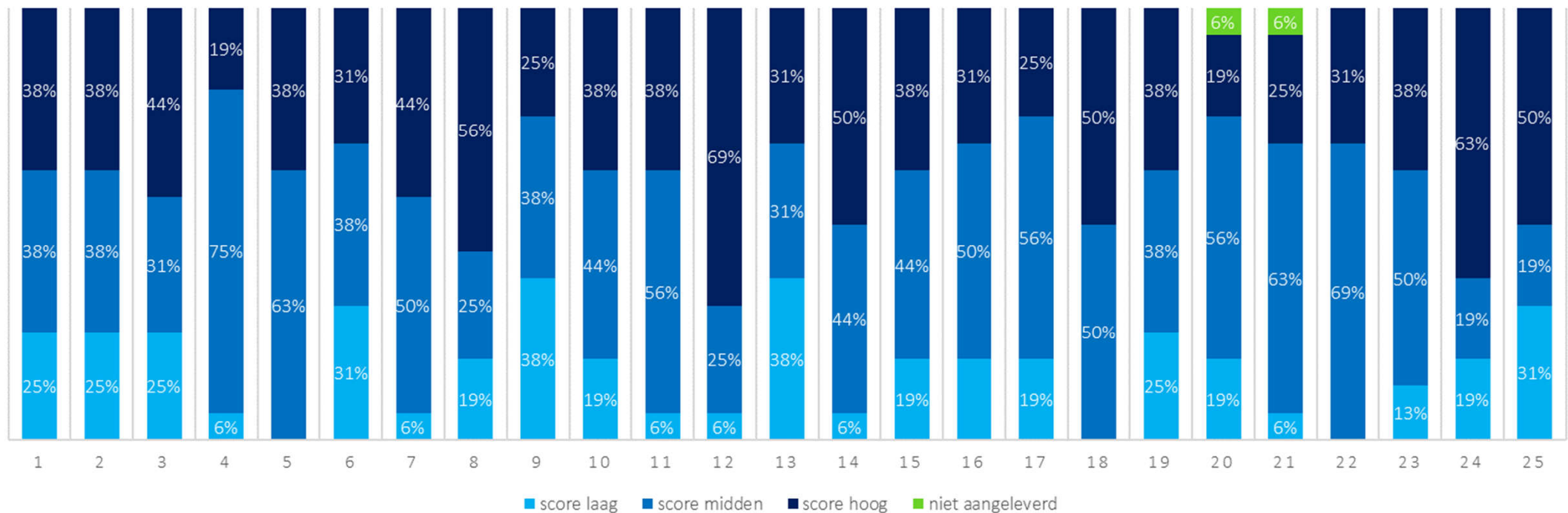
3.1. Inleiding

Uitgangspunt voor het kwaliteitskader is een brede benadering van het thema kwaliteit. Dit wordt tot uitdrukking gebracht in een samenhangende set van signalen. Op basis van resultaten 2020 van alle RAV's brengt dit hoofdstuk in beeld waar de sector staat op 1 januari 2021. Dit dient als ijkpunt voor de RAV's en de sector in zijn geheel, in het licht van de ontwikkelfase waarin het kwaliteitskader zich bevindt.

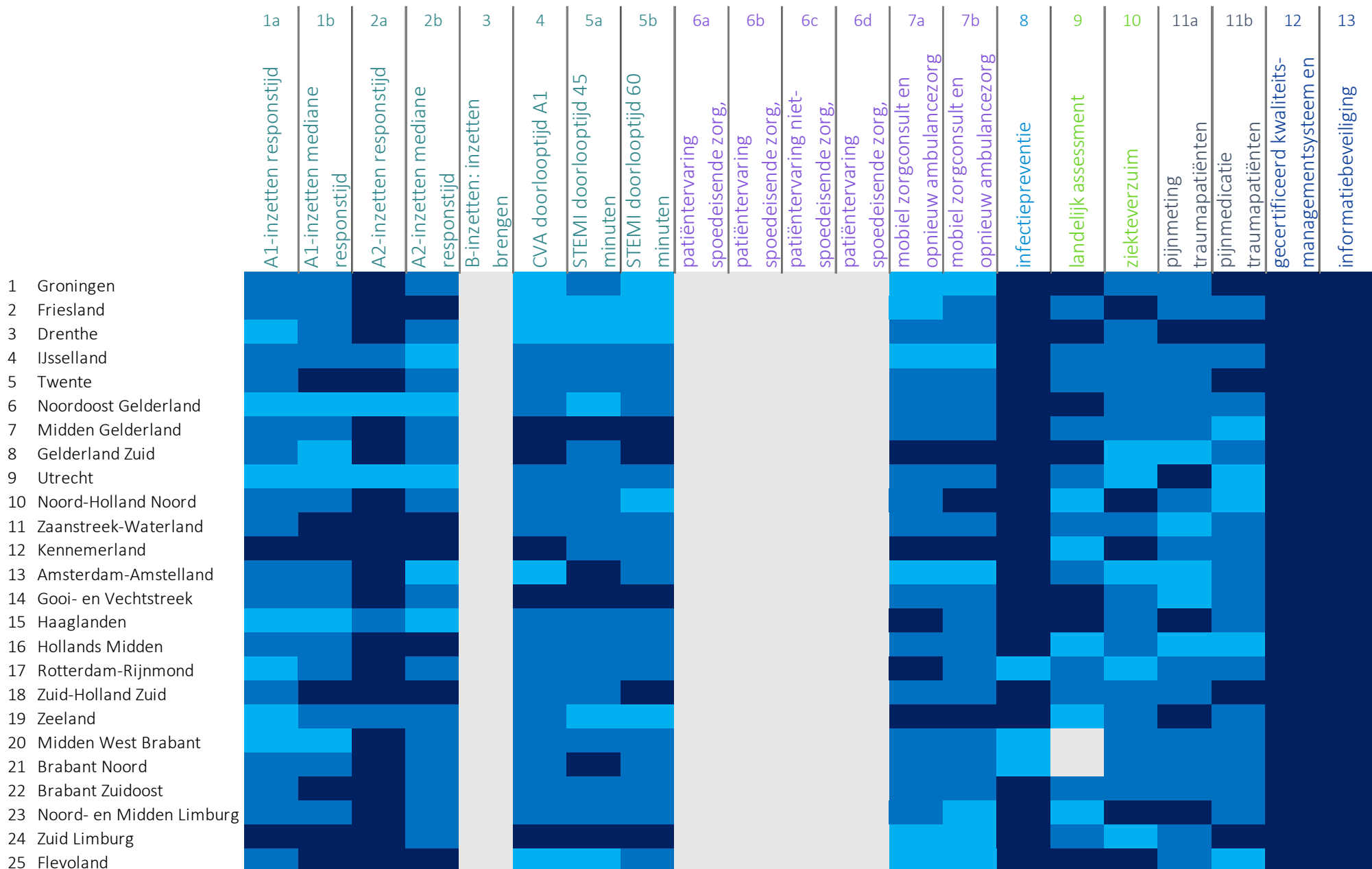
3.2. Stand van zaken 2020

Figuur 1 geeft een totaalbeeld van de uitkomsten op de signalen 1-13 per RAV. Op basis van de mediaan per signaal zijn de RAV's gerangschikt naar hoogste (20%, donker), midden (60%, midden) en laagste score (20%, licht). Het overzicht in figuur 2 geeft inzicht in de verdeling hoog-midden-laag per RAV op de verschillende signalen. Nadrukkelijk dient te worden vermeld dat dit overzicht in deze fase van de ontwikkeling van het kwaliteitskader vooral bedoeld is om RAV's een beeld te geven waar zij staan ten opzichte van de andere RAV's en daarover met elkaar in gesprek gaan.

figuur 1: totaalbeeld uitkomsten op de signalen 1-13 per RAV



Hoofdstuk 3 Totaalbeeld sector en RAV's 2020



Hoofdstuk 4 Bereikbare en beschikbare zorg

4.1. Inleiding

Tijdigheid is een van de aspecten die bijdragen aan de kwaliteit van de ambulancezorg. De ambulancesector vertaalt tijdigheid in verschillende urgenties: A1, A2 en B. De ambulancesector brengt met het kwaliteitskader ambulancezorg het aspect tijdigheid op een meer genuanceerde wijze tot uitdrukking, die dienend is aan (de verbetering van) de kwaliteit van ambulancezorg en die toekomstbestendig is.

De volgende signalen maken onderdeel uit van deze pijler:

- Signaal 1 - A1-inzetten: responstijdpercentage (a) en mediaan (b)
- Signaal 2 - A2-inzetten: responstijdpercentage (a) en mediaan (b)
- Signaal 3 - B-inzetten: inzetten brengen
- Signaal 4 - CVA-doorlooptijd
- Signaal 5 - STEMI-doorlooptijd

In 2020 is de sector gestart met de implementatie van deze signalen. In 2021 is hieraan, op basis van aangescherpte meetplannen, een vervolg aangegeven.

4.2. Spoedeisende ambulancezorg: A1-inzetten

In levensbedreigende situaties, waarbij sprake is van acute bedreiging van vitale functies van de patiënt, of situaties waarin deze bedreiging pas na beoordeling door ambulancezorgprofessionals kan worden uitgesloten, is het van belang dat de ambulance zo snel mogelijk ter plaatse is. Spoedeisende ambulancezorg is een belangrijk onderdeel van de ambulancezorgverlening. Daarom maakt dit signaal onderdeel uit van het kwaliteitskader. Dit signaal bestaat uit het responstijdpercentage en de mediane responstijd.

De resultaten 2020 van dit signaal zijn weergegeven op pagina 13.

4.3. Spoedeisende ambulancezorg: A2-inzetten

Er is bij een A2-urgentie geen sprake van direct levensgevaar, maar er kan wel sprake zijn van (ernstige) gezondheidsschade voor de patiënt of het vermoeden daarvan. Ook dan is het van belang dat de ambulance zo snel mogelijk ter plaatse is. Spoedeisende ambulancezorg is een belangrijk onderdeel van de ambulancezorgverlening, daarom maakt dit signaal onderdeel uit van het kwaliteitskader. Dit signaal bestaat uit het responstijdpercentage A2-inzetten en de mediane responstijd A2-inzetten.

De resultaten 2020 van dit signaal zijn weergegeven op pagina 14.

4.4. Niet-spoedeisende ambulancezorg: brenginzetten

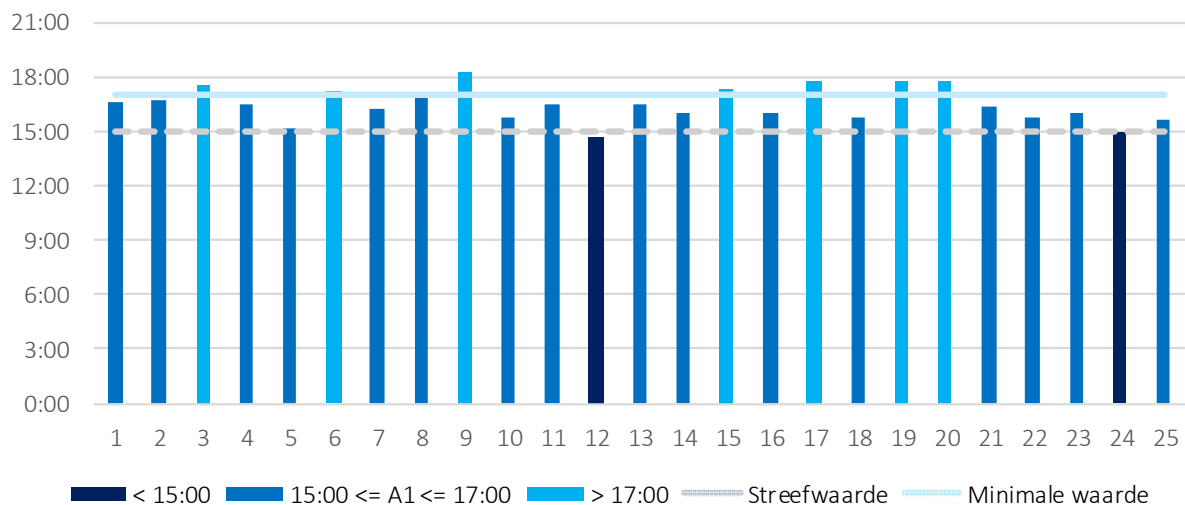
Het signaal B-inzetten brengen gaat over niet-spoedeisende ambulancezorg met een tijdsafpraak. Het kan bijvoorbeeld gaan om ambulancezorg voor patiënten die een afspraak in het ziekenhuis hebben voor een therapie of behandeling. Voor deze patiënten is het van belang dat zij op tijd op hun afspraak zijn. Goede kwaliteit betekent voor de ambulancesector dat ook voor deze groep patiënten de dienstverlening tijdig plaatsvindt.

Dit signaal meet het percentage patiënten dat met niet-spoedeisende ambulancezorg binnen de afgesproken tijdspanne (maximaal 30 minuten voorafgaand aan de afspraak) op de plaats van bestemming is gebracht.

Het was in 2020 voor de meeste RAV's nog niet mogelijk om de gegevens voor dit signaal te registreren en te ontsluiten. De knelpunten voor de registratie en ontsluiting van de data voor dit signaal, evenals de oplossingsrichtingen, zijn in kaart gebracht en houden verband met de registratie van verschillende gegevens uit dit zorgproces en de koppeling van gegevens. Het is de meeste RAV's in 2021 helaas nog niet gelukt deze knelpunten (volledig) op te lossen. Gezien de ontwikkelstatus van dit signaal, worden de gegevens nog niet opgenomen in deze rapportage.

Hoofdstuk 4 Bereikbare en beschikbare zorg

figuur 4.2a: Responstijd A1-inzetten in 2020 [tijd in minuten]



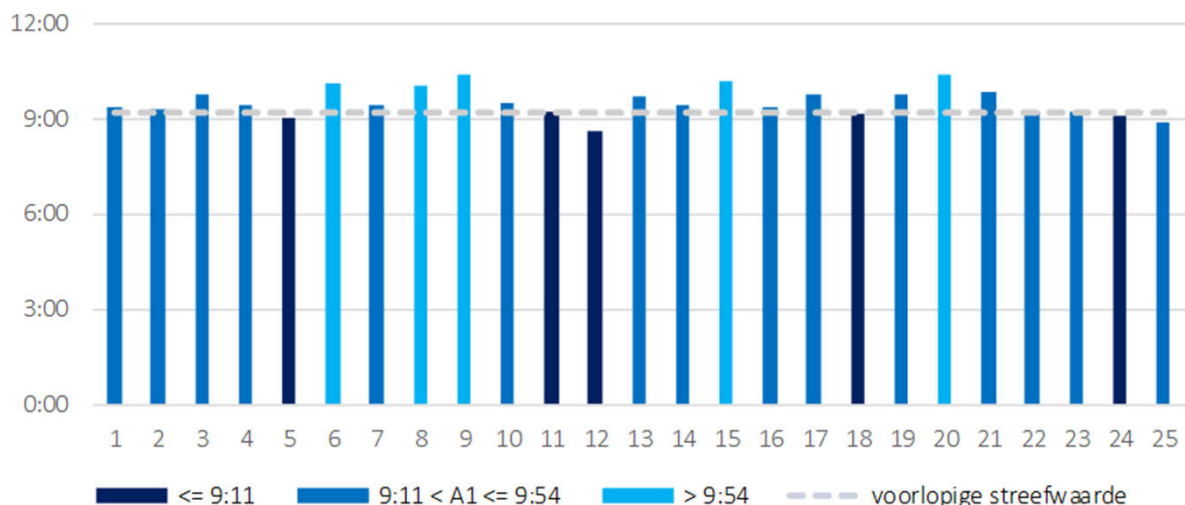
4.2 Spoedeisende ambulancezorg: A1-inzetten

a. responstijdpercentage A1

Het signaal responstijdpercentage A1 laat het aantal minuten zien waarin 95% van de A1-inzetten ter plaatse is.

De streefwaarde voor dit signaal is 15 minuten, de minimale waarde 17 minuten.

figuur 4.2b: Mediane responstijd A1-inzetten in 2020 [tijd in minuten]



b. mediane responstijd A1-inzetten

Naast het responstijdpercentage bestaat het signaal A1-inzetten uit de mediane responstijd.

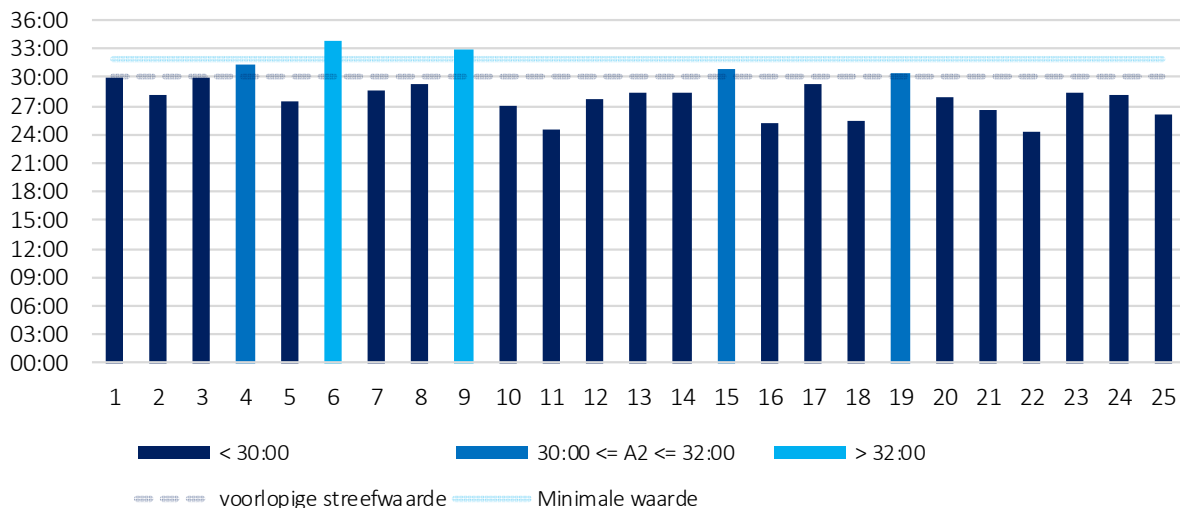
Voor dit signaal is nog geen definitieve streefwaarde bepaald. Op basis van de data 2020 (20% hoogst scorende RAV's) is de voorlopige streefwaarde voor de mediane responstijd A1-inzetten 09:11 min.

De voorlopige streefwaarde op basis van de data 2019 (20% hoogst scorende RAV's) was 08:49 min.

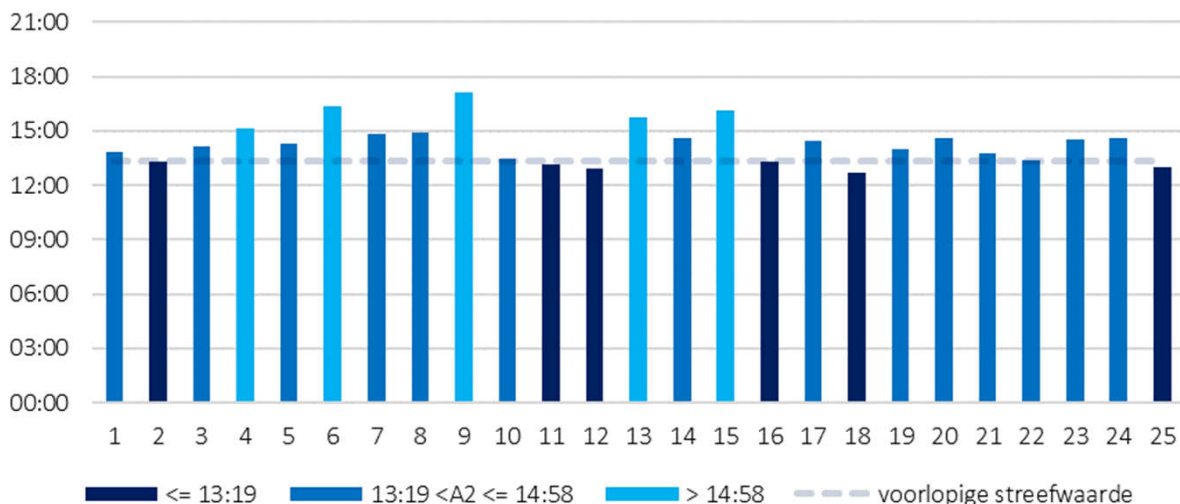
De toename in 2020 ten opzichte van 2019 kent een directe samenhang met COVID-19.

Hoofdstuk 4 Bereikbare en beschikbare zorg

figuur 4.3a: Responstijd A2-inzetten in 2020 [tijd in minuten]



figuur 4.3b: Mediane responstijd A2-inzetten in 2020 [tijd in minuten]



4.3 Spoedeisende ambulancezorg: A2-inzetten

a. responstijdpercentage A2

Het signaal responstijdpercentage A2-inzetten laat het aantal minuten zien waarin 95% van de A2-inzetten ter plaatse is. De streefwaarde voor dit signaal is 30 minuten, de minimale waarde 32 minuten.

b. mediane responstijd A2-inzetten

Naast het responstijdpercentage bestaat het signaal A2-inzetten uit de mediane responstijd A2-inzetten. Voor dit signaal is nog geen streefwaarde bepaald. Op basis van de data 2020 (20% hoogst scorende RAV's) is de voorlopige streefwaarde mediane responstijd A2-inzetten 13:19 min.

De voorlopige streefwaarde op basis van de data 2019 (20% hoogst scorende RAV's) was 12:22 min. Deze toename kent een directe samenhang met COVID-19.

Hoofdstuk 4 Bereikbare en beschikbare zorg

4.5. CVA-doorlooptijd

Het is van groot belang dat een patiënt met een Cerebro Vasculair Accident (CVA) zo snel mogelijk na de eerste tekenen van een CVA in het juiste ziekenhuis is voor adequate behandeling, zoals trombolyse. De tijd die de ambulance nodig heeft om de patiënt naar het juiste ziekenhuis te brengen is bij een CVA van cruciaal belang. De aard van het CVA bepaalt het juiste ziekenhuis en de juiste behandeling. Een goede aansluiting op de vervolgketen en het – na overdracht door de ambulancezorg – zo snel mogelijk overnemen van de zorg, is ook van belang. Het gaat immers om ketenzorg. Dit signaal is de eerste stap naar het verbreden tot ‘call to needle’, in samenwerking met ketenpartners.



Dit signaal meet het percentage A1-inzetten waarbij, op grond van tekenen en symptomen passend bij CVA of verdenking CVA, de patiënt mogelijk in aanmerking komt voor trombolyse en/of endovasculaire behandeling en waarbij de patiënt binnen 45 minuten na melding MKA is aangeleverd bij de SEH. Gedurende de ontwikkelfase van het kwaliteitskader wordt onderzocht of ook de doorlooptijd CVA bij A2 meegenomen zou moeten worden in dit signaal. Hiervoor is nader inzicht in de A2-inzetten CVA is nodig. Dit gebeurt in het project Registratie tijdsgelateerde aandoeningen dat AZN in het kader van het Actieplan Ambulancezorg uitvoert.

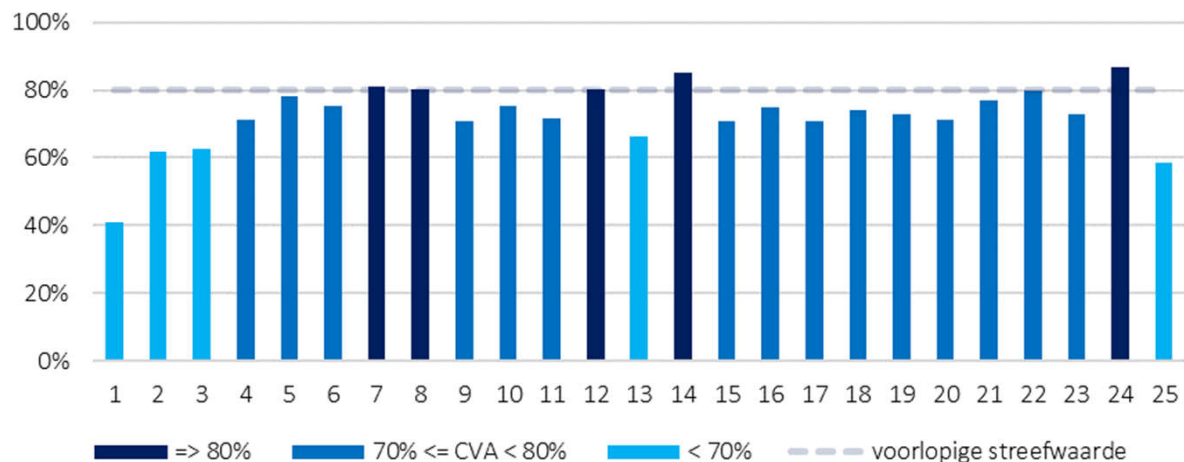
Bij de interpretatie van dit signaal dienen de volgende aandachtspunten in acht te worden genomen:

- Nog niet alle RAV's waren in staat om de data 2020 aan te leveren volgens het vastgestelde meetplan.
- De regionale context is van invloed op het resultaat van dit signaal; de afstand tot specifieke centra beïnvloedt de resultaten. Deze afstand en daaraan verbonden rijtijd zijn niet te beïnvloeden door de RAV.

De resultaten voor dit signaal zijn weergegeven op pagina 16.

Hoofdstuk 4 Bereikbare en beschikbare zorg

figuur 4.5: CVA doorlooptijd A1-inzetten in 2020 [percentage binnen 45 min.]



Voor dit signaal is nog geen streefwaarde bepaald. Op basis van de data 2020 (20% hoogst scorende RAV's) is de voorlopige streefwaarde doorlooptijd CVA 80%.

De voorlopige streefwaarde op basis van de data 2019 (20% hoogst scorende RAV's) was 83%.

De komende twee jaar worden gebruikt om op basis van resultaten op dit signaal een realistische en verantwoorde streefwaarde en ondergrens te bepalen. De uitkomsten uit het project 'tijdsgelateerde aandoeningen' worden hierin meegenomen.

Hoofdstuk 4 Bereikbare en beschikbare zorg

4.6. STEMI-doorlooptijd

STEMI-patiënten moeten na melding bij de MKA zo snel mogelijk worden behandeld in een PCI-centrum. Het PCI-centrum registreert de 'door-to-needle' tijd. Door ook de tijd te meten tussen de melding bij de MKA en tijdstip van aankomst bij het PCI-centrum ontstaat een vollediger beeld van de snelheid waarmee een patiënt wordt geholpen (onset to balloon time). Dit is van belang in verband met de kwaliteitsverbetering binnen de hele keten.

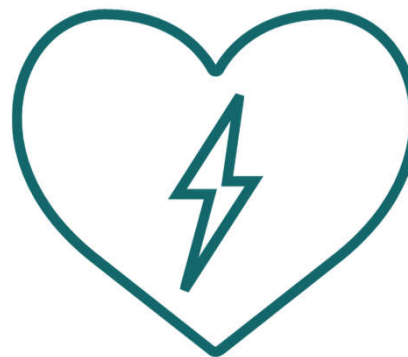
Dit signaal meet het percentage STEMI-patiënten dat binnen een bepaalde tijdspanne vanaf de start van de melding bij de MKA is aangeleverd bij het PCI-centrum. Bij dit signaal worden de percentages voor twee tijdspannes gemeten:

- binnen 45 minuten;
- binnen 60 minuten.

De resultaten van dit signaal zijn weergegeven op pagina 18.

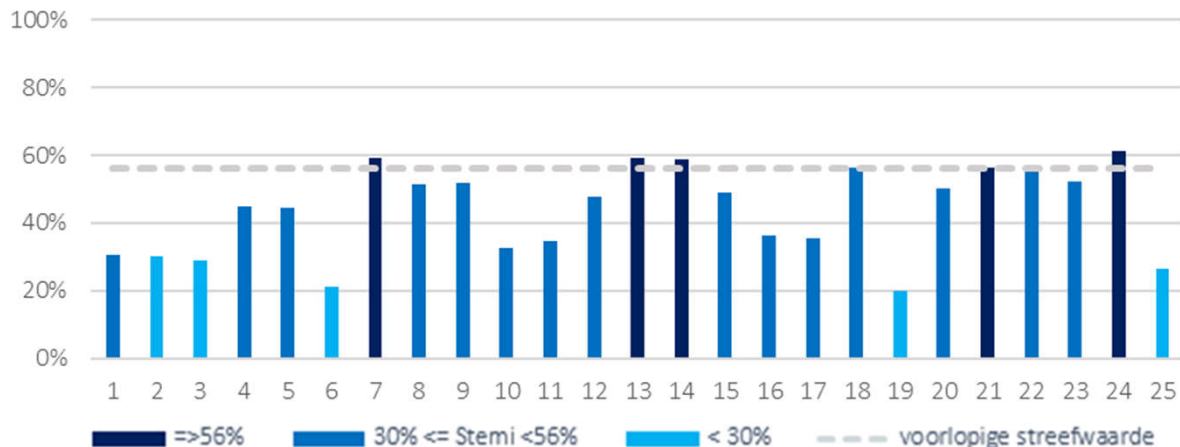
Bij de interpretatie van de resultaten dient rekening te worden gehouden met de invloed van regionale kenmerken. Bij het signaal STEMI-doorlooptijd is de afstand tot PCI-centra van invloed op de resultaten. Deze afstand en daaraan verbonden rijtijd zijn niet te beïnvloeden door de RAV.

De komende twee jaar zullen gebruikt worden om op basis van de resultaten een realistische en verantwoorde streefwaarde en een ondergrens te bepalen. De uitkomsten van het project Registratie tijdsgelateerde aandoeningen dat AZN in het kader van het Actieplan Ambulancezorg uitvoert zullen hierin ook meegenomen worden.



Hoofdstuk 4 Bereikbare en beschikbare zorg

figuur 4.6a: STEMI-doorlooptijd binnen 45 minuten in 2020 [in procenten]

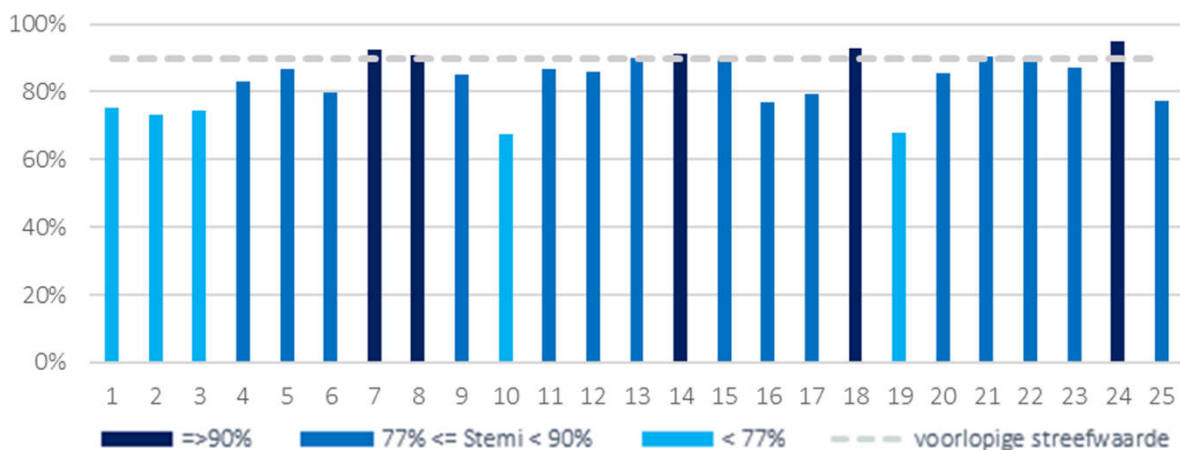


a. STEMI-doorlooptijd binnen 45 minuten

Dit signaal meet het percentage patiënten met een STEMI die binnen 45 minuten zijn aangeleverd bij het PCI-centrum. Voor dit signaal is nog geen streefwaarde bepaald. Op basis van de data 2020 (20% hoogst scorende RAV's) is de voorlopige streefwaarde STEMI-doorlooptijd STEMI binnen 45 minuten 56%.

De voorlopige streefwaarde op basis van de data 2019 (20% hoogst scorende RAV's) was 59%.

figuur 4.6b: STEMI-doorlooptijd binnen 60 minuten in 2020 [in procenten]



b. STEMI-doorlooptijd binnen 60 minuten

Dit signaal meet het percentage patiënten met een STEMI die binnen 60 minuten zijn aangeleverd bij het PCI-centrum. Voor dit signaal is nog geen streefwaarde bepaald. Op basis van de data 2020 (20% hoogst scorende RAV's) is de voorlopige streefwaarde STEMI-doorlooptijd binnen 60 minuten 90%.

De voorlopige streefwaarde op basis van de data 2019 (20% hoogst scorende RAV's) was 92%.

Hoofdstuk 5 Patiënt centraal

5.1. Inleiding

De ambulancezorg door de RAV is patiëntgericht: de zorg is afgestemd op de vraag en behoefte van de patiënt. Het hoofddoel van de ambulancezorgverlening is om adequate mobiele zorg te verlenen aan patiënten. De ambulancesector wil continu de kwaliteit verbeteren door aan te sluiten bij reële verwachtingen van patiënten in relatie tot mogelijke gezondheidsrisico's.

De volgende signalen maken onderdeel uit van deze pijler:

- Signaal 6 - patiëntervaring spoedeisende ambulancezorg: algemene waardering (6a) en op kwaliteitsthema's (6b);
- Signaal 6 - patiëntervaring planbare ambulancezorg: algemene waardering (6c) en op kwaliteitsthema's (6d);
- Signaal 7 - mobiel zorgconsult en opnieuw ambulancezorg na 24 uur (7a) en na 72 uur (7b);
- Signaal 14 - patiëntervaring na mobiel zorgconsult.

De signalen 6a tot en met 6d en de signalen 7a en 7b zijn in 2020 geïmplementeerd en in deze rapportage opgenomen.

Het signaal 'patiëntervaring na mobiel zorgconsult' (signaal 14) is in 2021 geoperationaliseerd en wordt in 2022 voor het eerst gemeten. In 2023 worden de resultaten gepresenteerd.

5.2. Patiëntervaring spoedeisende en planbare ambulancezorg

Ervaringen van patiënten met de verleende zorg is belangrijke kwaliteitsinformatie. Patiëntervaringen helpen de RAV om de zorg beter af te stemmen op de verwachtingen die er zijn.

Het signaal patiëntwaardering wordt binnen de ambulancezorg gemeten met behulp van de CQ-index voor spoedeisende ambulancezorg en de CQ-index voor planbare ambulancezorg. Behalve dat met de CQ-index wordt gekeken naar de ervaringen van patiënten, wordt ook het belang gemeten dat door patiënten wordt toegekend aan kwaliteitsaspecten. De combinatie van de (gerapporteerde) ervaringen en belangsscores maakt het mogelijk voor verschillende kwaliteitsaspecten verbeterscores uit te rekenen. Verbeterscores kunnen de basis vormen voor programma's gericht op kwaliteitsverbetering en kwaliteitsborging.

Met de beide CQ-indexen worden driejaarlijks de ervaringen van patiënten bij alle RAV's gemeten. Dit landelijk patiëntervaringsonderzoek wordt uitgevoerd door het Nivel als onafhankelijke partij. In 2016 en in 2019 is het onderzoek uitgevoerd. Door het gelijktijdig uitzetten van de beide vragenlijsten in een zelfde periode bij alle RAV's, ontstaat een compleet en vergelijkbaar beeld van de kwaliteit van ambulancezorg vanuit cliëntenperspectief.

Het onderzoek resulteert in landelijke gemiddelden en een spiegelrapportage op RAV-niveau. Meer informatie over het onderzoek is te vinden op <https://www.ambulancezorg.nl/themas/kwaliteit-van-zorg/cliënt-centraal/patiëntervaring>.

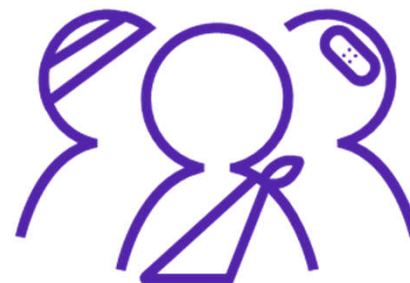
Hoofdstuk 5 Patiënt centraal

De patiëntervaringen met spoedeisende en planbare ambulancezorg worden in dit signaal op twee manieren weergegeven:
een algemeen waarderingscijfer op een 10-puntsschaal;
waardering per kwaliteitsthema op een 4-puntsschaal.

De kwaliteitsaspecten van de CQI spoedeisende ambulancezorg hebben betrekking op zes thema's. (1) meldkamer, (2) bejegening, (3) handelen, (4) communicatie, (5) vervoer en (6) Spoedeisende Hulp (SEH). De kwaliteitsaspecten van de CQI planbare ambulancezorg hebben betrekking op vier thema's: (1) vervoer, (2) bejegening, (3) handelen en (4) communicatie van het ambulancepersoneel en komen overeen met de thema's van de CQI spoedeisende ambulancezorg. Hierdoor is het mogelijk om de ervaringen van patiënten met de spoedeisende en de planbare ambulancezorg te vergelijken.

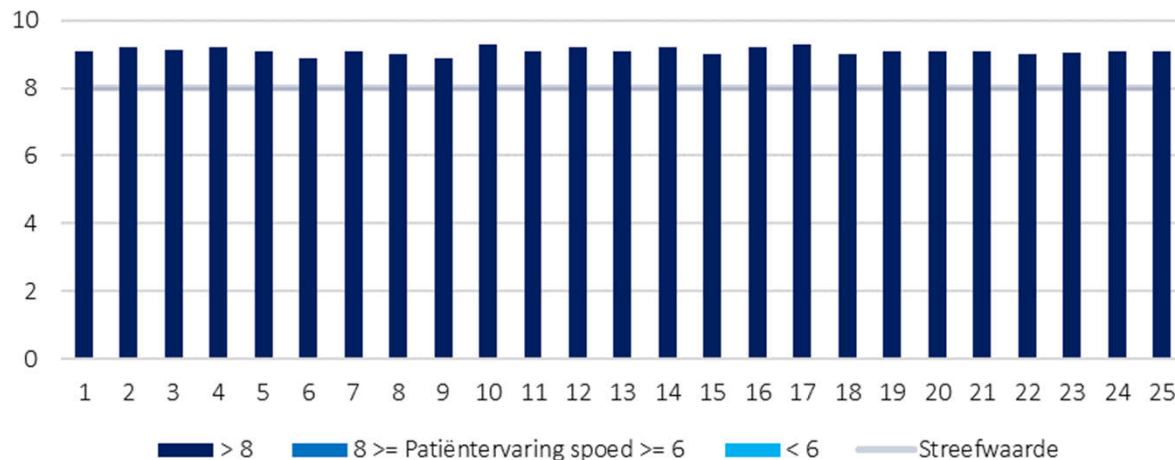
Voor het signaal patiëntervaring spoedeisende en planbare ambulancezorg zijn streefwaarden vastgesteld. De streefwaarde voor de algemene waardering is een 8. De streefwaarde voor de kwaliteitsthema's is 3,7.

De resultaten van dit signaal zijn op de volgende pagina's weergegeven. De RAV's leveren de cijfers voor dit signaal eenmaal per drie jaar aan, daarom staan in het rapport 2020 de grafieken van 2019.



Hoofdstuk 5 Patiënt centraal

figuur 5.2a: patiëntervaring spoedeisende ambulancezorg algemeen in 2019 [score op schaal 1-10]

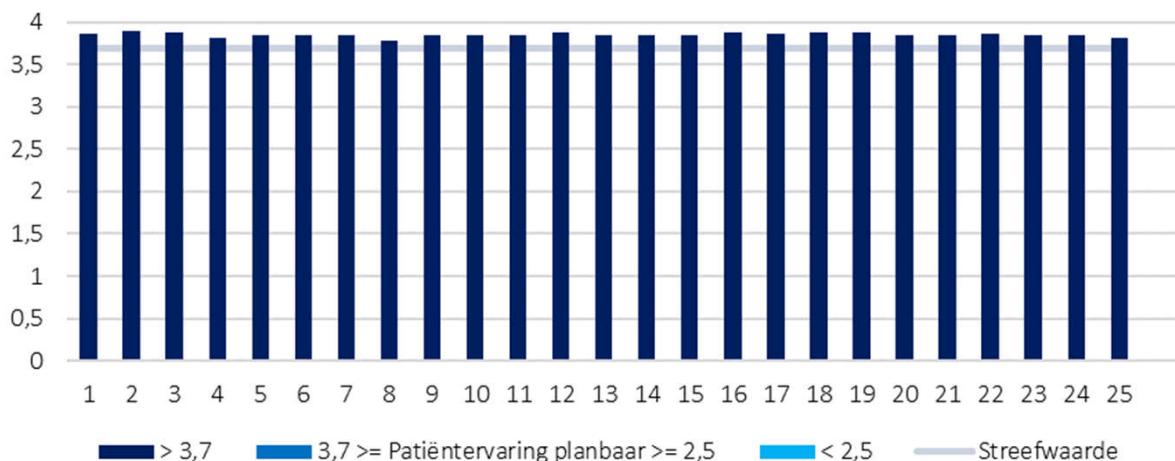


a. Patiëntervaring spoedeisende ambulancezorg, algemeen

De uitkomsten op het signaal patiëntervaring spoedeisende ambulancezorg; algemene waardering, zijn hiernaast weergegeven.

De streefwaarde voor dit signaal is een algemeen waarderingcijfer van minimaal een 8. Het landelijk gemiddelde voor dit signaal is 9,1.

figuur 5.2b1: patiëntervaring spoedeisende ambulancezorg gemiddeld over clusters in 2019 [gemiddelde score op schaal 1-4]



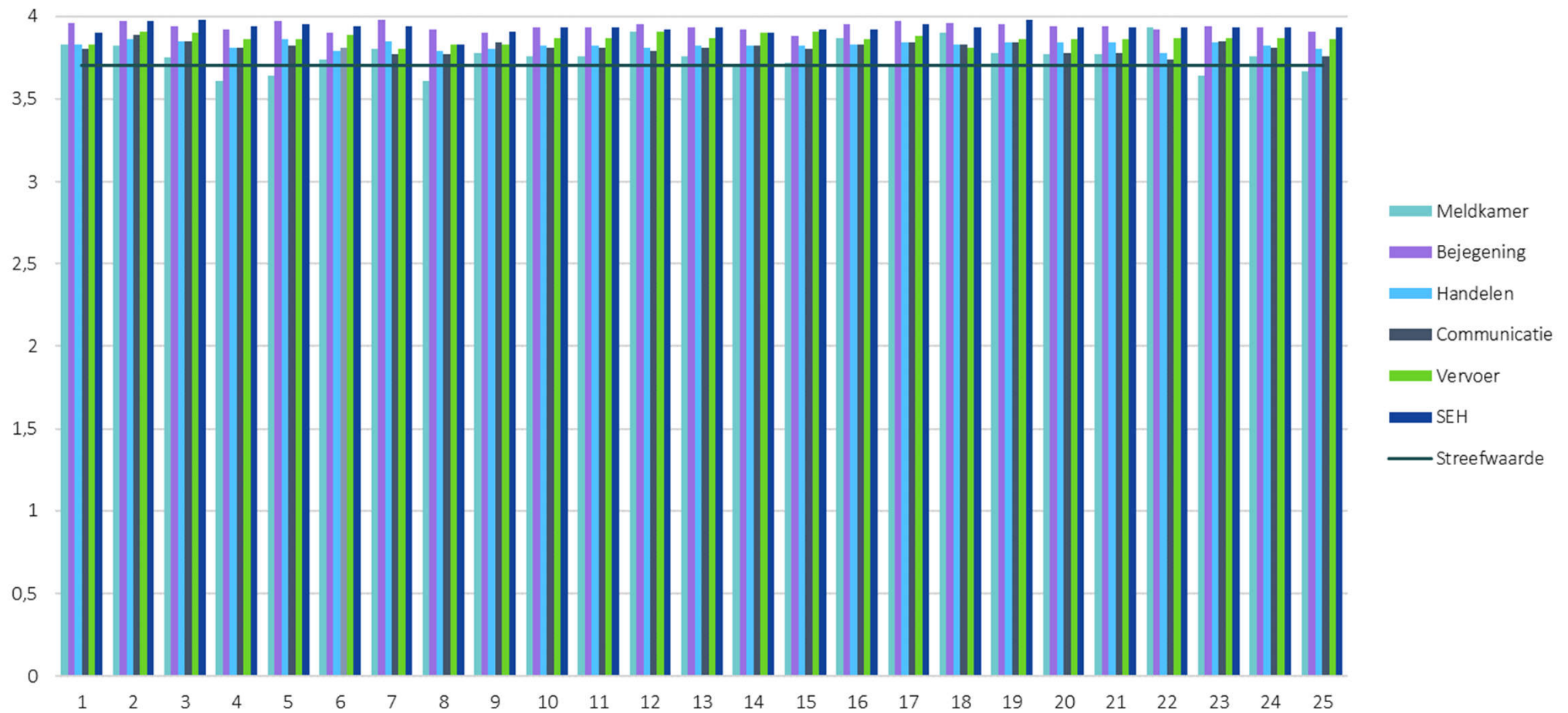
b. Patiëntervaring spoedeisende ambulancezorg, clusters

De uitkomsten op het signaal patiëntervaring spoedeisende ambulancezorg; kwaliteitsclusters, zijn hiernaast weergegeven.

De streefwaarde voor dit signaal is 3,7 op alle clusters.

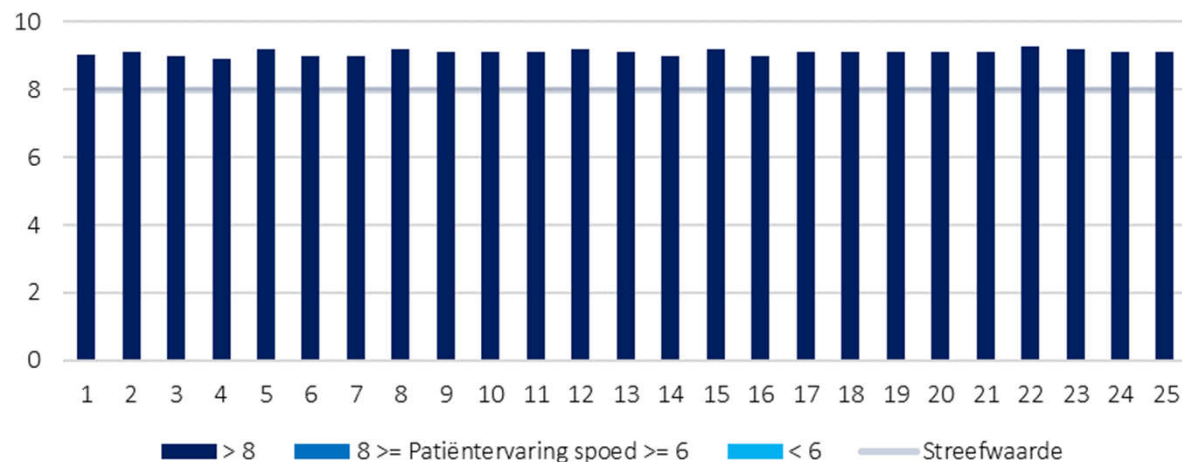
Hoofdstuk 5 Patiënt centraal

figuur 5.2b2: patiëntervaring spoedeisende ambulancezorg per cluster in 2019 [Score op schaal 1-4]



Hoofdstuk 5 Patiënt centraal

figuur 5.2c: patiëntervaring planbare ambulancezorg algemeen in 2019 [score op schaal 1-10]

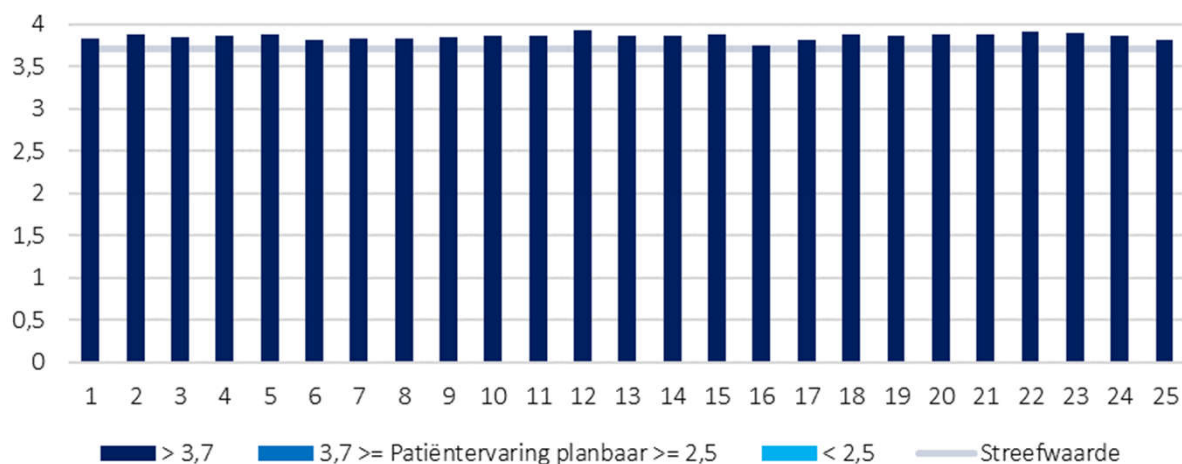


c. Patiëntervaring niet spoedeisende ambulancezorg, algemeen

De uitkomsten op het signaal patiëntervaring planbare ambulancezorg; algemene waardering, zijn hiernaast weergegeven.

De streefwaarde voor dit signaal is een algemeen waarderingcijfer van minimaal een 8. Landelijk gemiddelde waardering voor dit signaal is 9,1.

figuur 5.2d1: patiëntervaring spoedeisende ambulancezorg gemiddeld over clusters in 2019 [gemiddelde score op schaal 1-4]



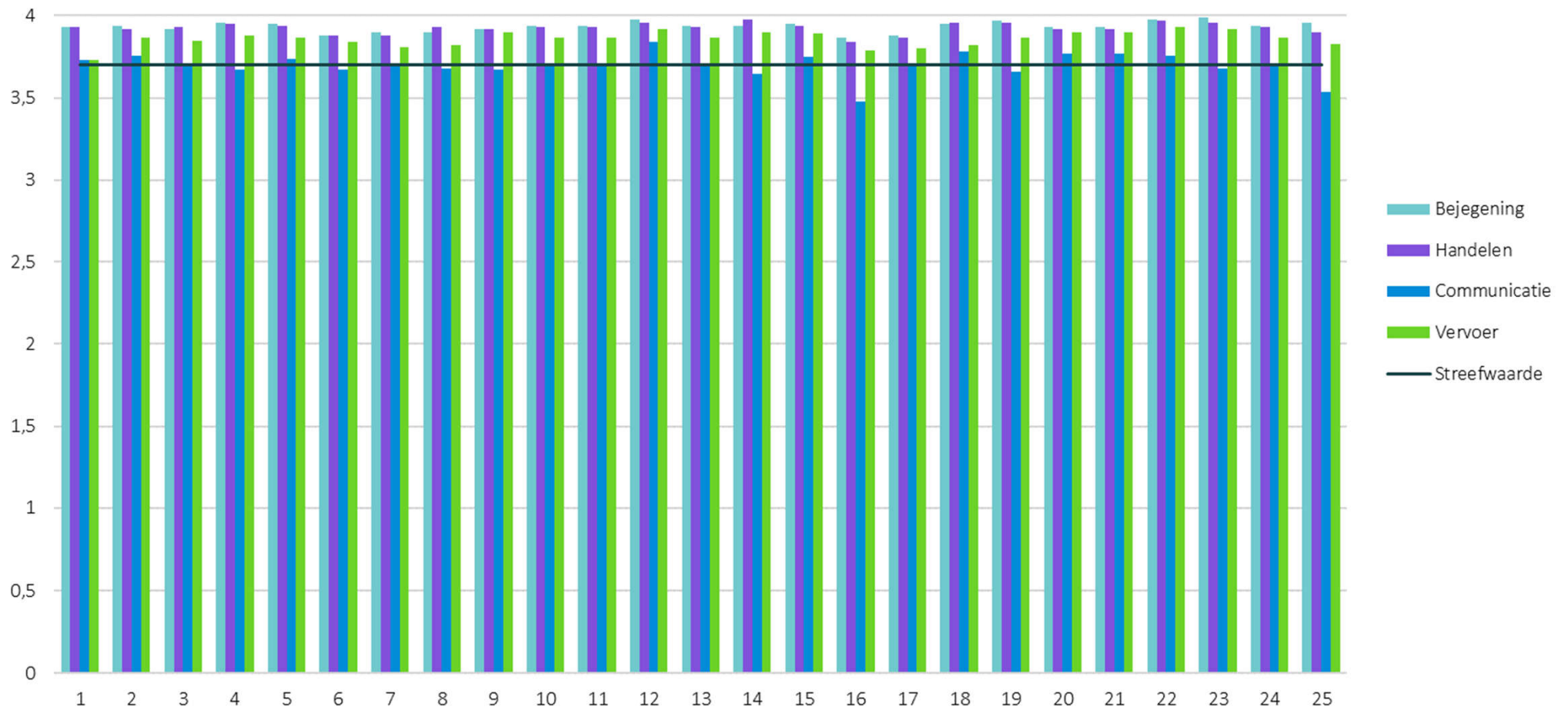
d. Patiëntervaring niet spoedeisende ambulancezorg, clusters

De uitkomsten op het signaal patiëntervaring planbare ambulancezorg; kwaliteitsclusters, zijn hiernaast weergegeven.

De streefwaarde voor dit signaal is 3,7 op alle clusters.

Hoofdstuk 5 Patiënt centraal

figuur 5.2d2: patiëntervaring spoedeisende ambulancezorg per cluster in 2019 [Score op schaal 1-4]



Hoofdstuk 5 Patiënt centraal

5.3. Mobiel zorgconsult en opnieuw ambulancezorg

Het mobiele zorgconsult (EHGV) neemt binnen de ambulancezorg toe. De ambulancezorgprofessional laat bij het mobiele zorgconsult, na onderzoek, behandeling ter plaatse en zorgadvies, de patiënt thuis.

In het kader van het doel 'juiste zorg, op het juiste moment, op de juiste plek', geeft dit signaal de RAV en de ambulancezorgprofessionals inzicht in de (uitkomst van de) verleende zorg ter plaatse en aanknopingspunten voor verbetering.

Uit literatuuronderzoek komt naar voren dat een kleine groep patiënten waarbij is besloten niet te vervoeren risico loopt op een verslechtering van het toestandbeeld waarop wederom hulp nodig is (herhaalbezoek). Ook blijkt uit onderzoek dat patiënten met ongeplande herhaalbezoeken een grotere kans op complicaties hebben. Een herhaalbezoek door de ambulancezorg hoeft op zich geen indicatie te zijn voor 'slechtere' kwaliteit van zorg. Er kan bewust advies gegeven zijn om bij verslechtering van klachten opnieuw contact op te nemen. Er is op dit moment nog weinig inzicht in het aantal en de aard van geplande en ongeplande herhaalbezoeken na mobiel zorgconsult. De sector vindt het belangrijk om hier inzicht in te krijgen. Deze eerste metingen zijn daartoe een eerste aanzet. De komende jaren zullen aanvullende analyses bij dit signaal hier meer inzicht in moeten geven. Zodat een verantwoorde en realistische streefwaarde bepaald kan worden.

Dit signaal meet het percentage patiënten dat na een mobiel zorgconsult (EHGV) opnieuw ambulancezorg heeft ontvangen binnen twee tijdsintervallen: binnen 24 uur (a) en binnen 72 uur (b).

Uit de systematische literatuurreview die Ambulancezorg Nederland in 2016 heeft laten uitvoeren (<https://www.ambulancezorg.nl/themas/kwaliteit-van-zorg/onderzoek/landelijke-onderzoeksbibliotheek>) blijken deze tijdsintervallen internationaal ook te worden gebruikt.

Op de volgende pagina worden de resultaten voor dit signaal gepresenteerd.

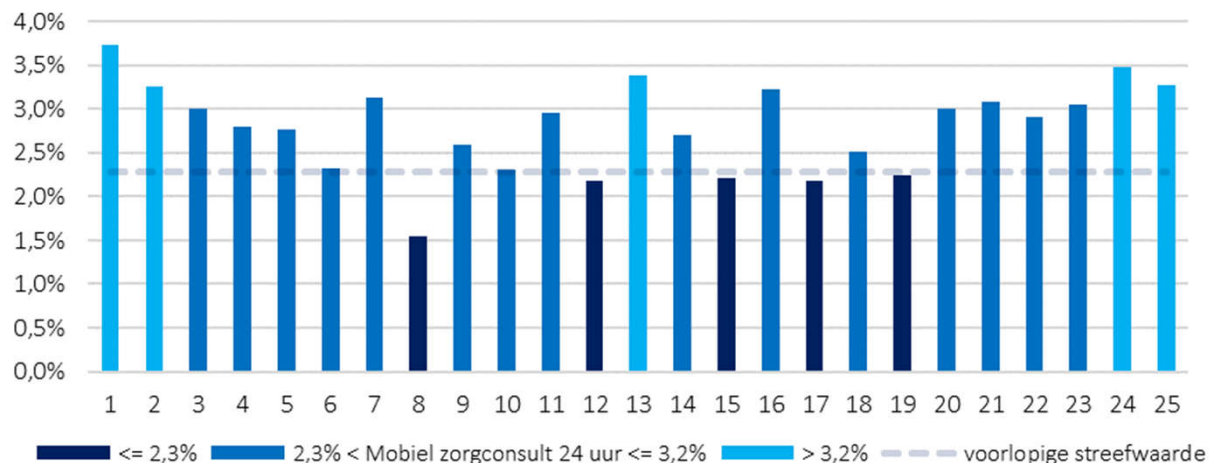
In 2020 hebben alle RAV's het in 2019 bijgestelde (verfijnde) meetplan geïmplementeerd. Dit is in positieve zin van invloed op de betrouwbaarheid en vergelijkbaarheid van de data voor dit signaal.

Om meer inzicht te krijgen in het signaal, zijn enkele RAV's gestart met nadere analyses en onderzoek. Deze richten zich met name op de kenmerken van de herhaalbezoeken. In 2022 wordt hieraan een vervolg gegeven.



Hoofdstuk 5 Patiënt centraal

figuur 5.3a: Mobiel zorgconsult en opnieuw ambulancezorg binnen 24 uur in 2020 [percentage]

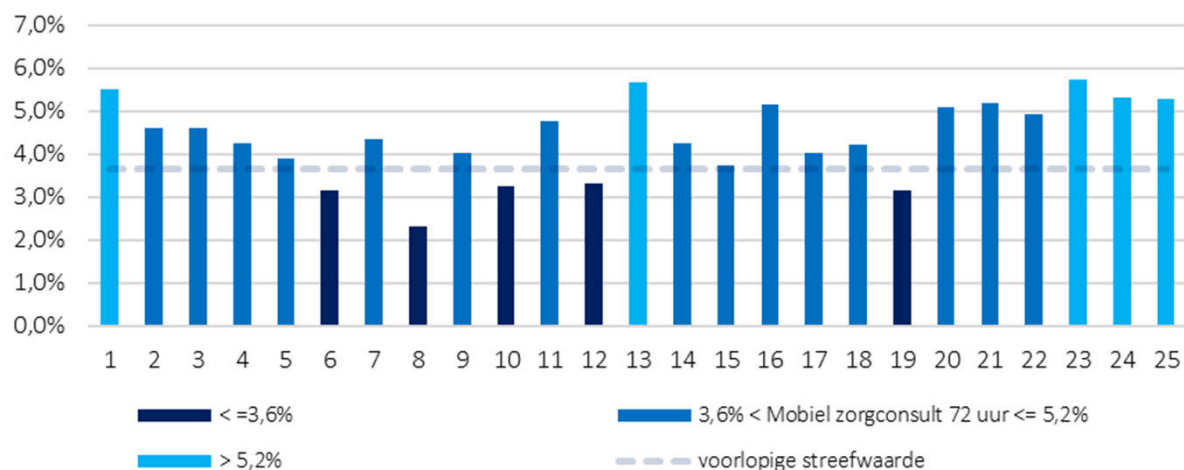


a. Mobiel zorgconsult en opnieuw ambulancezorg na 24 uur

Deze grafiek geeft de resultaten weer van het signaal Mobiel zorgconsult en opnieuw ambulancezorg binnen 24 uur. Voor dit signaal is nog geen streefwaarde bepaald. Op basis van de data 2020 (20% hoogst scorende RAV's) is de voorlopige streefwaarde voor het signaal Mobiel zorgconsult en opnieuw ambulancezorg binnen 24 uur 2,3%.

De voorlopige streefwaarde op basis van de data 2019 was 1,7%.

figuur 5.3b: Mobiel zorgconsult en opnieuw ambulancezorg binnen 72 uur in 2020 [percentage]



b. Mobiel zorgconsult en opnieuw ambulancezorg na 72 uur

Deze grafiek geeft de resultaten weer van het signaal Mobiel zorgconsult en opnieuw ambulancezorg binnen 72 uur. Voor dit signaal is nog geen streefwaarde bepaald. Op basis van de data 2020 (20% hoogst scorende RAV's) is de voorlopige streefwaarde voor het signaal Mobiel zorgconsult en opnieuw ambulancezorg binnen 72 uur 3,6%.

De voorlopige streefwaarde op basis van de data 2019 was 2,6%.

Hoofdstuk 6 Veilige zorg

6.0. Inleiding

Goede ambulancezorg is veilige zorg: gericht op het voorkomen van onveilige situaties en het tot een minimum beperken van schade aan patiënten.

De pijler Veilige zorg in het kwaliteitskader omvat een aantal signalen:

- Signaal 8 - infectiepreventie;
- Signaal 20 - medische technologie;
- Signaal 21 - effectieve inzet deskundigheden.

Het signaal Infectiepreventie is in 2020 geoperationaliseerd en geïmplementeerd door de RAV's.

De signalen Medische technologie en Effectieve inzet deskundigheden worden in 2022 geoperationaliseerd en geïmplementeerd.

6.1. Infectiepreventie

De ambulancesector heeft onder begeleiding van de werkgroep Infectie-preventie (WIP) van het RIVM de Hygiënerichtlijn voor de ambulancezorg opgesteld

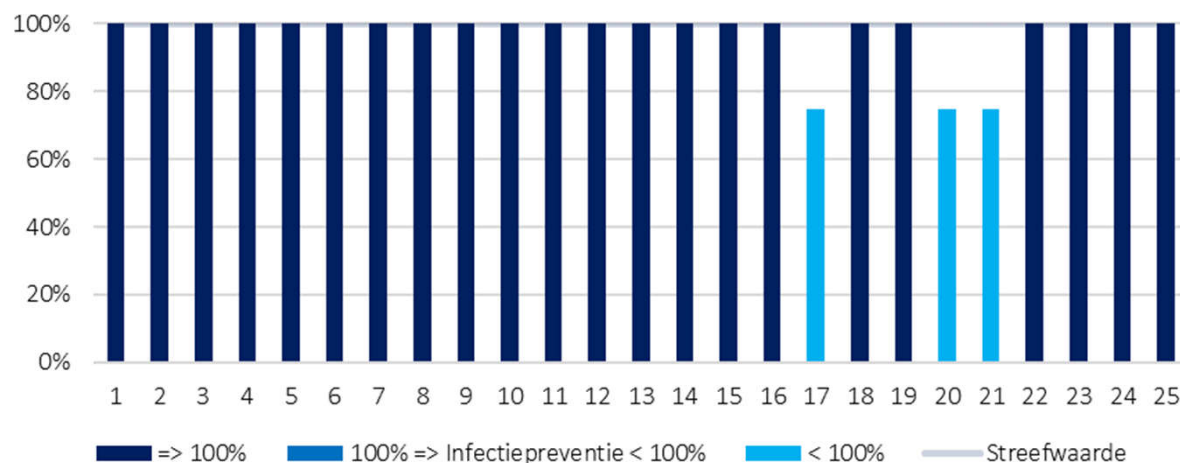
(<https://www.rivm.nl/hygienerichtlijnen/ambulancezorg>).

Naleving van de hygiënerichtlijn voorkomt onnodige schade aan de patiënt. Het signaal Infectiepreventie richt zich op de implementatie en naleving van de verschillende onderdelen uit de hygiënerichtlijn: integraal beleid; voorlichting en instructiepersoneel; protocol en meldprocedure prik-, snij-, bijt- en spatincidenten; vaccinatiestatus.

De streefwaarde voor dit signaal is 100%. Dat wil zeggen, dat de RAV de vier onderdelen uit de richtlijn geïmplementeerd heeft binnen de organisatie.

Onduidelijkheid over de toepassing van wet- en regelgeving ten aanzien van persoonsgegevens in relatie tot het onderdeel 'vaccinatiestatus' in de richtlijn, leidde tot verschillende interpretaties bij de RAV's. In 2020 zijn deze onduidelijkheden opgehelderd. Dit heeft geresulteerd in uniforme interpretatie.

figuur 6.1: Mate waarin aan criteria voor infectiepreventie is voldaan in 2020 [percentage]



Hoofdstuk 7 Professionaliteit

7.1. Inleiding

Goede ambulancezorg wordt verleend door bevoegde en bekwame ambulancezorgprofessionals die handelen volgens de professionele standaard. Professioneel handelen staat aan de basis van de kwaliteit van de zorgverlening aan patiënten.

De pijler Professionaliteit omvat de volgende signalen:

- Signaal 9 - landelijk assessment;
- Signaal 10 - ziekteverzuim;
- Signaal 15 - implementatie fundament bekwaamheidsbeleid.

De signalen Landelijk Assessment en Ziekteverzuim zijn in 2020 geoperationaliseerd en geïmplementeerd door de RAV's. Het signaal Implementatie fundament bekwaamheidsbeleid wordt in 2021 geoperationaliseerd en geïmplementeerd.

7.2. Landelijk assessment

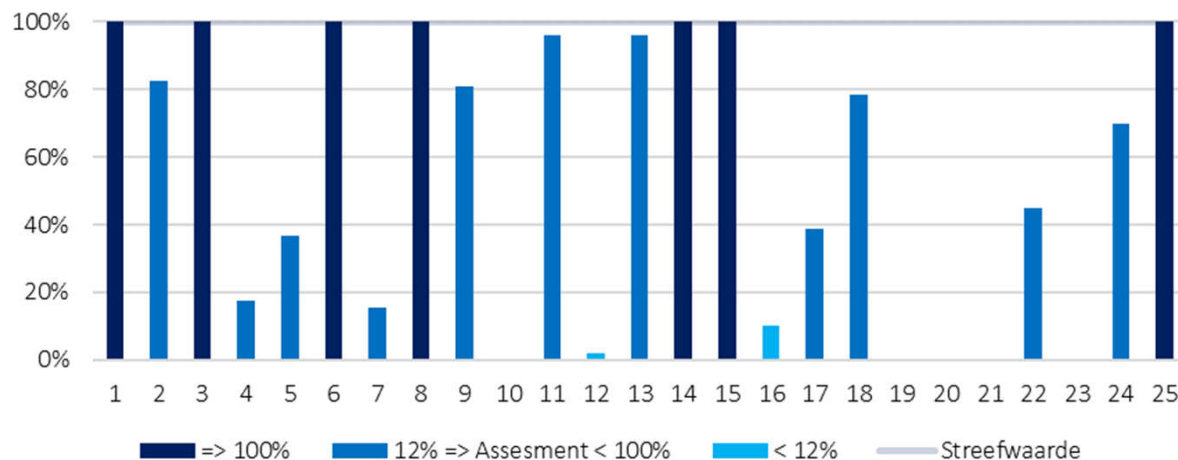
Op RAV-niveau wordt periodiek de deskundigheid en bekwaamheid van ambulancezorgprofessionals getoetst. Een sectorale afspraak is dat een keer per vijf jaar alle ambulancezorgprofessionals individueel worden getoetst aan het landelijke assessment ambulancezorg of een vergelijkbare gevalideerde bekwaamheidstoets. De uitkomsten van dit assessment helpen de RAV en professionals om met elkaar het gesprek aan te gaan over bekwaamheid. Maar ook om breder binnen de RAV de kwaliteit van het professioneel handelen te verbeteren. Het landelijk assessment is slechts één onderdeel van het sectorale fundament voor bekwaamheidsbeleid. De andere elementen komen in signaal 15 (implementatie fundament bekwaamheidsbeleid) aan bod.

Het landelijk assessment is slechts één onderdeel van het fundament voor bekwaamheidsbeleid. De andere elementen komen in signaal 15 (implementatie fundament bekwaamheidsbeleid) aan bod. Dit signaal is in 2021 geoperationaliseerd en geïmplementeerd.



Hoofdstuk 7 Professionaliteit

figuur 7.2: Mate waarin het landelijk assessment of vergelijkbare gevalideerde bekwaamheidstoets is gevolgd in 2020 [percentage]



Het signaal Landelijk assessment meet het aantal ambulancezorgprofessionals dat in het meetjaar conform de vijfjaarscyclus het assessment heeft afgelegd.

De streefwaarde voor dit signaal is dat 100% van de ambulancezorgprofessionals het landelijk assessment of een vergelijkbare gevalideerde bekwaamheidstoets heeft gevolgd, conform de vijfjaarscyclus.

In de grafiek zijn uitkomsten van 2020 weergegeven.

COVID-19 heeft zichtbaar invloed gehad op dit signaal. Ten gevolge van de pandemie hebben niet alle professionals volgens de vijfjaarscyclus het assessment kunnen volgen.

Hoofdstuk 7 Professionaliteit

7.3. Ziekteverzuim

De ambulancesector wil een aantrekkelijke werkgever zijn die ruimte geeft aan medewerkers en hun professionele ontplooiing. Uitval van medewerkers zet de ruimte voor professionele ontplooiing binnen een organisatie onder druk. Een hoog ziekteverzuim kan tevens iets zeggen over de arbeidsomstandigheden voor medewerkers. Ziekteverzuim is gepositioneerd onder de pijler Professionaliteit omdat het iets zegt over de mate waarin een RAV in staat is om te voorkomen dat medewerkers meer dan verwacht uitvallen en daarmee de professionaliteit van de dienstverlening onder druk zet.

De gegevens over het ziekteverzuim binnen RAV's vormen al een geruime tijd onderdeel van het [Sectorkompas Ambulancezorg rapportage 2020](#) (hoofdstuk 5.9 op pagina 89). De gegevens voor dit signaal zijn ontsloten uit het sectorkompas.

Naast het totale ziekteverzuim, wordt dezelfde onderverdeling gehanteerd als in het sectorkompas:

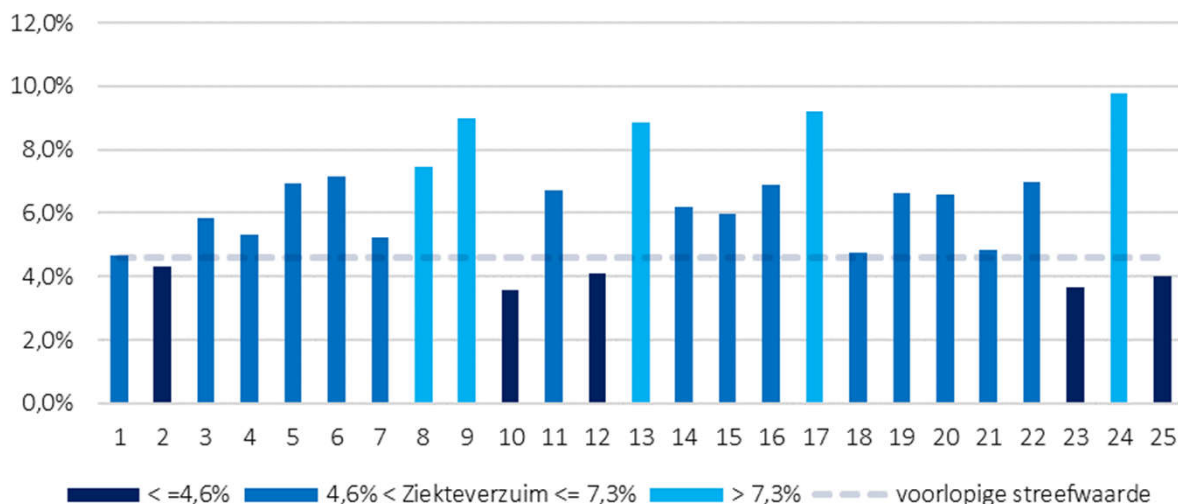
- kortdurend ziekteverzuim: het ziekteverzuim vanaf 1 kalenderdag tot en met 7 kalenderdagen (= 1 week);
- middellangdurend ziekteverzuim: het ziekteverzuim vanaf 8 kalenderdagen (1 week) tot en met 42 kalenderdagen (=6 weken);
- langdurend ziekteverzuim: het ziekteverzuim vanaf 43 kalenderdagen (6 weken) tot en met 91 kalenderdagen (=13 weken).

In de grafiek 7.3a Ziekteverzuim totaal op pagina 30 is per RAV het percentage ziekteverzuim weergegeven. In de grafiek 7.3b Ziekteverzuim per categorie op pagina 31 zijn de percentages per categorie weergegeven.

Voor het percentage ziekteverzuim is nog geen streefwaarde bepaald. Op basis van de data 2020 (20% laagst scorende RAV's) is de voorlopige streefwaarde 4,6%.

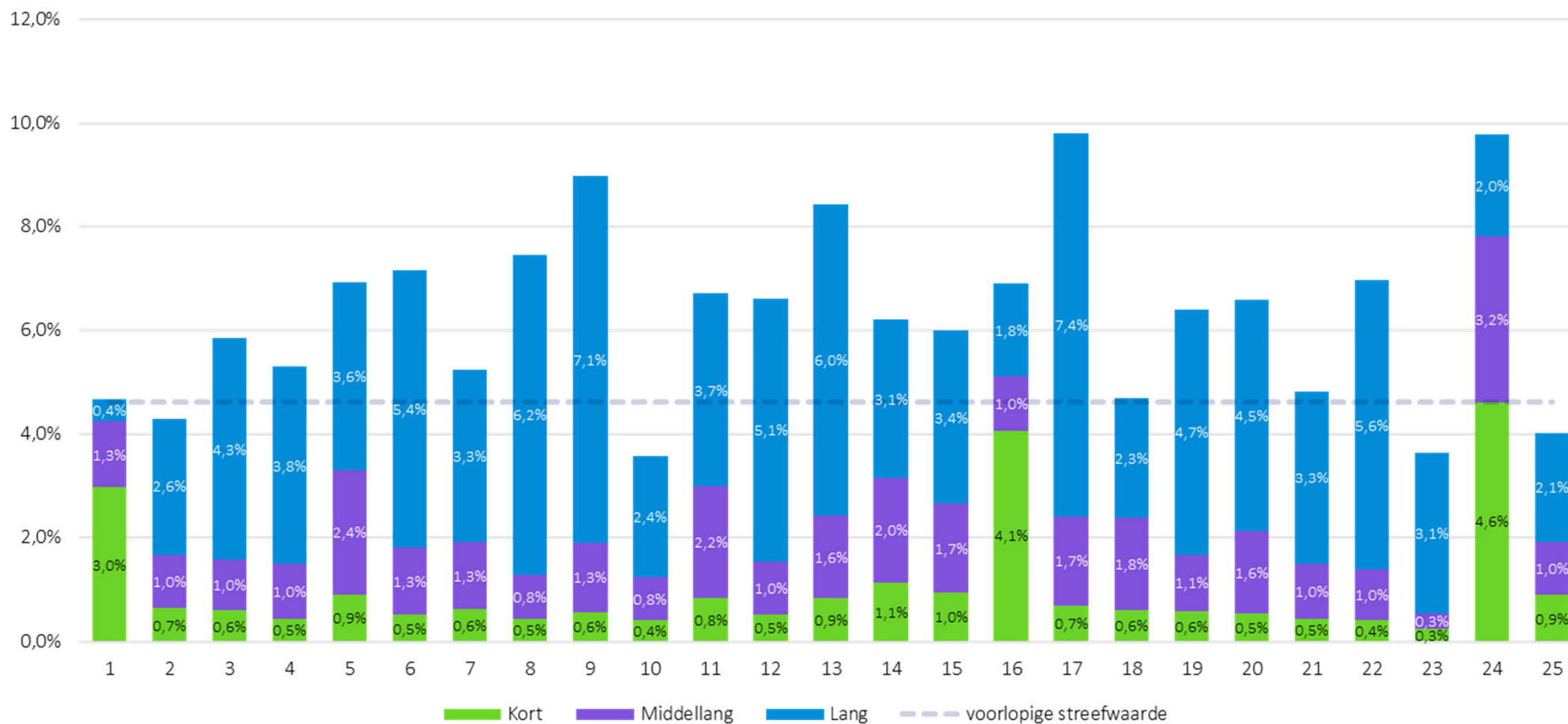
De voorlopige streefwaarde op basis van de data 2019 was 4%.

figuur 7.3a: Ziekteverzuim totaal in 2020 [percentage]



Hoofdstuk 7 Professionaliteit

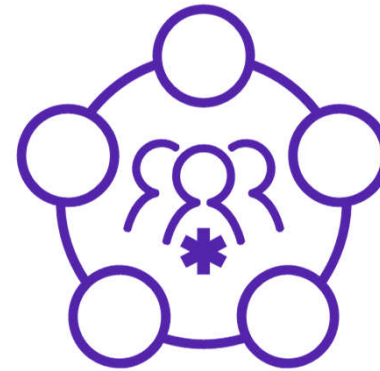
figuur 7.3b: Ziekteverzuim in 2020 per categorie (kort, middellang en lang)* [percentage]



Hoofdstuk 8 Samenwerken

8.1. Inleiding

De RAV en ambulancezorgprofessionals werken samen met (regionale) ketenpartners en patiënten(vertegenwoordigers). Hieronder vallen samenwerkingspartners binnen het domein van de acute zorg én de openbare orde en veiligheid. Het kwaliteitskader ambulancezorg sluit om deze reden aan bij de behoeftes van haar ketenpartners. Samen met ketenpartners streeft de sector ernaar om de juiste zorg, op het juiste moment, op de juiste plek aan te bieden. Daarom zijn ketenpartners ook betrokken geweest bij de totstandkoming van dit kwaliteitskader. Achter elk signaal in dit kwaliteitskader zitten aspecten die ook iets zeggen over de samenwerking tussen RAV en partners. Daarmee sluit het kwaliteitskader ambulancezorg nauw aan op het kwaliteitskader spoedzorgketen (<https://www.zorginzicht.nl/kwaliteitsinstrumenten/spoedzorgketen-kwaliteitskader>).



De pijler Samenwerken bevat de volgende signalen:

- Signaal 16: ketenpartnertevredenheid;
- Signaal 17: multitraumapatiënten naar juiste zorgplek;
- Signaal 20: kwaliteit en interoperabiliteit digitale dossiers;
- Signaal 23: werkdiagnose prehospitaal sluit aan op diagnose SEH.

De signalen Ketenpartnertevredenheid en Multitrauma naar juiste zorgplek zijn in 2021 geoperationaliseerd en worden in 2022 geïmplementeerd. In 2022 worden de signalen Kwaliteit en interoperabiliteit digitale dossiers en Werkdiagnose prehospitaal sluit aan op diagnose SEH geoperationaliseerd.

Hoofdstuk 9 Continu verbeteren

9.1. Inleiding

De kwaliteit van de ambulancezorg dient door de RAV aantoonbaar systematisch bewaakt en waar nodig verbeterd te worden.

Door systematisch aandacht te besteden aan de uitvoering en uitkomsten van de ambulancezorgverlening, ontstaat een cyclus van continu leren en verbeteren voor ambulancezorgprofessionals en voor de RAV.

De pijler Continu verbeteren is opgebouwd uit een aantal signalen:

- Signaal 11: pijnmeting (a) en pijnmedicatie (b) bij traumapatiënten;
- Signaal 18: leveren wetenschappelijke bijdrage;
- Signaal 24: thematisch aandacht voor zorgaspecten.

Het signaal Pijnmeting en pijnbehandeling is in 2020 geïmplementeerd. Het signaal Leveren wetenschappelijke is in 2021 geoperationaliseerd en geïmplementeerd. In 2022 wordt het signaal Thematisch aandacht voor zorgaspecten geoperationaliseerd.



9.2. Pijnmeting en pijnmedicatie

Adequate pijnbestrijding is een belangrijk aspect van goede zorg. Het meten van de pijnintensiteit is een voorwaarde voor adequate pijnbestrijding. In het landelijk protocol ambulancezorg (LPA) zijn afspraken gemaakt over de wijze van pijnmeting en waarden waarop pijnstilling wordt gegeven. Door systematisch aandacht te besteden aan de uitvoering en uitkomsten van (aspecten van) de ambulancezorgverlening, kan deze waar nodig bijgesteld worden. Op individueel (patiënten)niveau en op RAV-niveau.

Het signaal Pijnmeting en –medicatie bestaat uit twee onderdelen:

- a. Percentage traumapatiënten bij wie de pijnintensiteit bij aankomst van de ambulance is gemeten met een (verbale) NRS, gezichtjesschaal of VRS-4.
- b. Percentage traumapatiënten met een waarde van 4 of hoger op de NRS of gezichtjesschaal of een waarde ‘matige of ernstige pijn’ op de VRS-4 en die pijnstilling hebben gekregen.

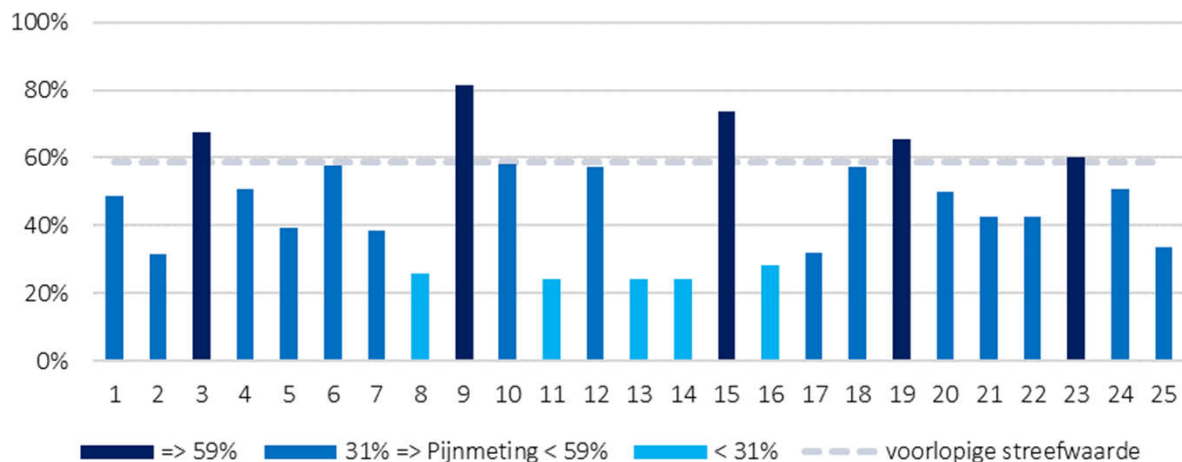
De resultaten 2020 voor het signaal Pijnmeting en pijnmedicatie zijn weergegeven op de volgende pagina.

Bij de interpretatie van de resultaten voor dit signaal is het van belang de volgende aandachtspunten in acht te nemen:

- De resultaten bij onderdeel a. Pijnmeting worden sterk beïnvloed door de mate waarin ambulancezorgprofessionals in het digitaal ritformulier vastleggen dat de pijnmeting is uitgevoerd. Het realiseren van een zo volledige mogelijke registratie van pijnmeting/-score is een verbeteractie voor alle RAV's. Ten gevolge van de COVID-pandemie heeft deze verbeteractie binnen veel RAV's niet voldoende aandacht kunnen krijgen.
- Om data volgens het meetplan te kunnen aanleveren, is aanpassing van het ritformulier noodzakelijk. Het is nog niet alle RAV's gelukt deze aanpassing door te (laten) voeren.

Hoofdstuk 9 Continu verbeteren

figuur 9.2a: Traumapatiënten waarbij pijn is gemeten in 2020
[percentage]



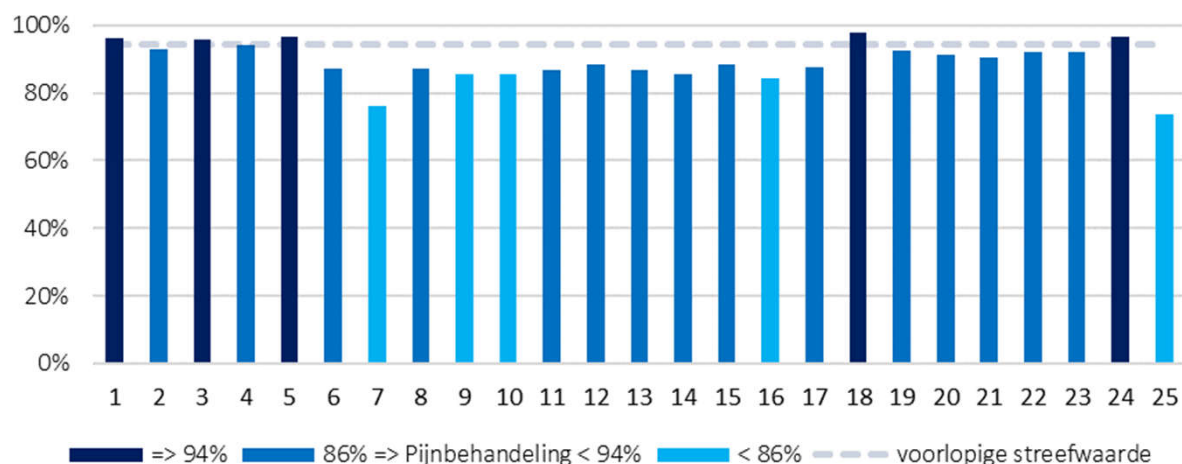
a. Pijnmeting traumapatiënten

Dit signaal meet het percentage traumapatiënten bij wie de pijnintensiteit bij aankomst van de ambulance is gemeten met een (verbale) NRS, gezichtjesschaal of VRS-4.

Voor dit signaal is nog geen definitieve streefwaarde bepaald. Op basis van de data 2020 (20% hoogst scorende RAV's) is de voorlopige streefwaarde voor dit signaal 59%.

De voorlopige streefwaarde op basis van de data 2019 was 61%.

figuur 9.2b: Traumapatiënten met een pijnscore ≥ 4 waarbij pijnmedicatie is gegeven in 2020 [percentage]



b. Pijnmedicatie traumapatiënten

Het signaal Pijnbehandeling meet het percentage traumapatiënten met een waarde van 4 of hoger op de NRS of gezichtjesschaal of een waarde 'matige of ernstige pijn' op de VRS-4 en die pijnstilling hebben gekregen.

Voor dit signaal is nog geen definitieve streefwaarde bepaald. Op basis van de data 2020 (20% hoogst scorende RAV's) is de voorlopige streefwaarde voor dit signaal 94%.

De voorlopige streefwaarde op basis van de data 2019 was 97%.

Hoofdstuk 10 Basis op orde

10.1. Inleiding

Goed zorgbestuur betekent dat een aantal basale zaken op orde dient te zijn voor elke RAV. Pas als de basis op orde is, is er ook ruimte om de kwaliteit te kunnen verbeteren. De RAV werkt binnen de kaders van goed bestuur zoals deze vastliggen in verschillende wetten en stelt zich open, transparant en toetsbaar op.

De pijler Basis op orde is opgebouwd uit de volgende signalen:

- Signaal 12: gecertificeerd kwaliteits- en veiligheidsmanagementsysteem;
- Signaal 13: informatiebeveiliging;
- Signaal 19: voorbereid op rampen en crises;
- Signaal 25: financiële weerbaarheid;
- Signaal 26: duurzaamheid (maatschappelijk verantwoord ondernemen).

De signalen Gecertificeerd kwaliteitsmanagement- en veiligheidsmanagementsysteem en Informatiebeveiliging zijn in 2020 geïmplementeerd.

Het signaal voorbereid op rampen en crises is in 2021 geoperationaliseerd en geïmplementeerd.

In 2022 worden de signalen Financiële weerbaarheid en Duurzaamheid (maatschappelijk verantwoord ondernemen) geoperationaliseerd en geïmplementeerd.

10.2. Gecertificeerd kwaliteits- en veiligheidsmanagement-systeem

Een goed functionerend kwaliteits- en veiligheidsmanagement-systeem vormt een belangrijke basis voor de borging en continue verbetering van kwaliteit van de ambulancezorgverlening. Door middel van externe beoordeling en certificering van het kwaliteits- en veiligheidsmanagementsysteem wordt voor externe partijen inzichtelijk dat de RAV aan kwaliteitseisen voldoet.

Streefwaarde voor dit signaal is dat de RAV over een gecertificeerd KMS/VMS beschikt.

In het jaar 2020 scoort de sector 100% op dit signaal. Dat wil zeggen dat elke RAV over een gecertificeerd KMS/VMS beschikt.

Onderdeel van het signaal is ook dat RAV's aangeven aan welke drie thema's binnen 'Kwaliteit en veiligheid' de organisatie in het meetjaar specifiek aandacht heeft besteed. Dit geeft inzicht in de thema's die in het betreffende jaar binnen ambulancezorg centraal hebben gestaan.

De onderstaande (of daar daaraan gerelateerde) thema's zijn door de RAV's voor het jaar 2020 het meest genoemd:

- optimalisatie en implementatie incident(en)management en meldingssysteem;
- hygiëne en infectiepreventie (onder andere naar aanleiding van COVID-19);
- risicomanagement;
- optimalisatie ketensamenwerking (onder andere optimaliseren ketenmeldingen, kwaliteitskader spoedzorg, gegevensuitwisseling);
- implementatie kwaliteitskader ambulancezorg.

Hoofdstuk 10 Basis op orde

10.3. Informatiebeveiliging

Het veilig verwerken van informatie wordt steeds belangrijker. Het is een sectorale afspraak dat de RAV NEN 7510-gecertificeerd is en de norm heeft geïmplementeerd. De certificatie van RAV's op de NEN 7510 laat zien dat de sector het thema belangrijk vindt en haar verantwoordelijkheid neemt.

Streefwaarde voor dit signaal is dat de RAV over een gecertificeerd informatiebeveiligingssysteem beschikt. In het jaar 2020 scoort de sector 100% op dit signaal. Dat wil zeggen dat elke RAV over een gecertificeerd Informatiebeveiligingssysteem beschikt.

Onderdeel van het signaal is ook dat RAV's aangeven aan welke drie thema's binnen 'Informatiebeveiliging' de organisatie in het meetjaar specifiek aandacht heeft besteed. Dat geeft een beeld van de thema's die in het betreffende jaar binnen de ambulancezorg centraal hebben gestaan.

De onderstaande (of daar daaraan gerelateerde) thema's zijn door de RAV's voor het jaar 2020 het meest genoemd:

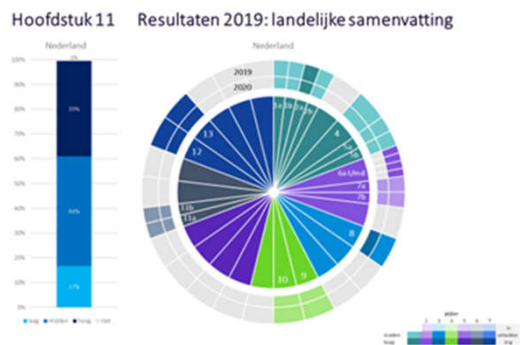
- awareness/bewustzijn;
- privacy (o.a. update privacy statement en beleid, procedure dataverzoeken);
- informatiebeveiliging integraal verbeteren en verankering binnen de organisatie;
- autorisatiebeheer (o.a. taakbeheer en rolverdeling);
- beveiligd uitwisselen van informatie (o.a. logging, encryptie).



Hoofdstuk 11 Resultaten per RAV in 2020

Leeswijzer

Op de volgende pagina's zijn voor iedere RAV de resultaten 2020 én 2019 weergegeven, voorafgegaan door de gemiddelde landelijke resultaten op pagina 38.



Op iedere pagina is aan de linkerkant een staafdiagram opgenomen. Dit is in feite hetzelfde diagram als figuur 1 op pagina 9, maar dan ingezoomd voor alleen de betreffende RAV. Ieder signaal heeft een score 'laag', 'midden' of 'hoog' gekregen. Deze scores zijn bij elkaar opgeteld en dat leidt voor iedere RAV tot een percentage 'laag', 'midden' en 'hoog' zoals, weergegeven in het staafdiagram.

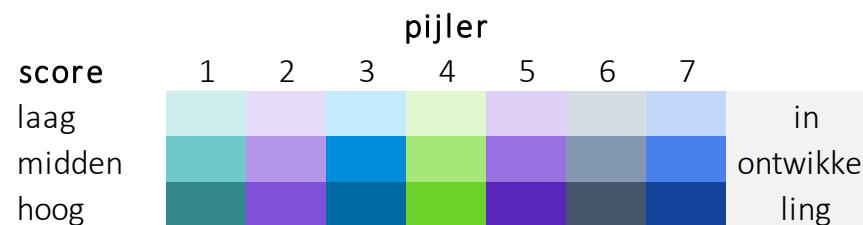
De score hoog, midden en laag dient te worden geïnterpreteerd vanuit kwaliteitsoogpunt; een score hoog betekent dus niet altijd een hoger percentage.



Dit algemene beeld is, ook weer per RAV, uitgewerkt in het cirkeldiagram in het midden van de pagina. Iedere pijler van het kwaliteitskader heeft een eigen kleur gekregen (zie pagina 7), dat is de cirkel in het midden. De zeven pijlers zijn in partjes gehakt, zoals ook weergegeven op de pagina's 8 en 9. De partjes representeren de (sub)signalen die bij ieder signaal horen. De ring rond de cirkel geeft de score van de RAV weer (zie ook de legenda hiernaast): licht is laag, de middelste kleur is midden en donker is hoog. Een aantal partjes in de buitenste ring zijn grijs, dat zijn de signalen die nog in ontwikkeling zijn.

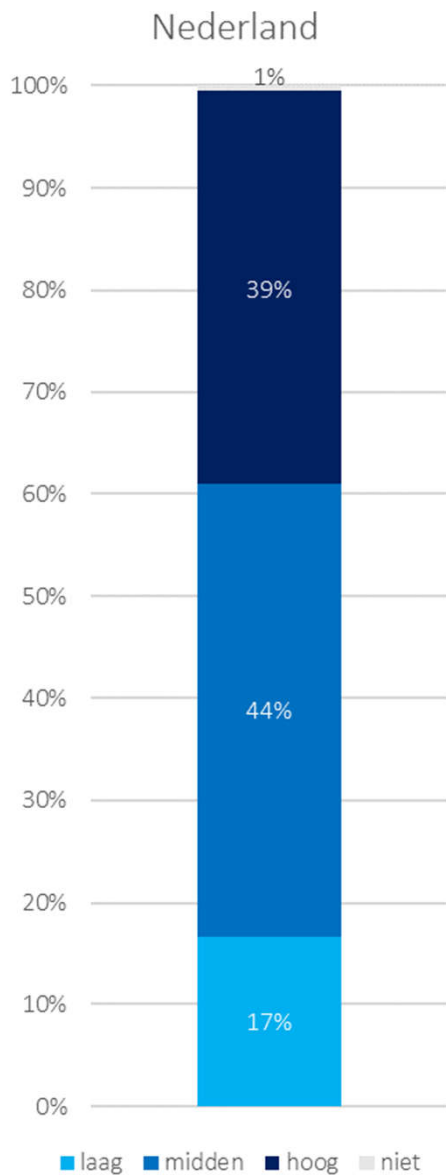
De buitenste ring geeft de resultaten 2019 weer, de binnenste de resultaten 2020 (dit is ook in de ringen zelf aangegeven).

Voor de kleuren in het cirkeldiagram geldt:

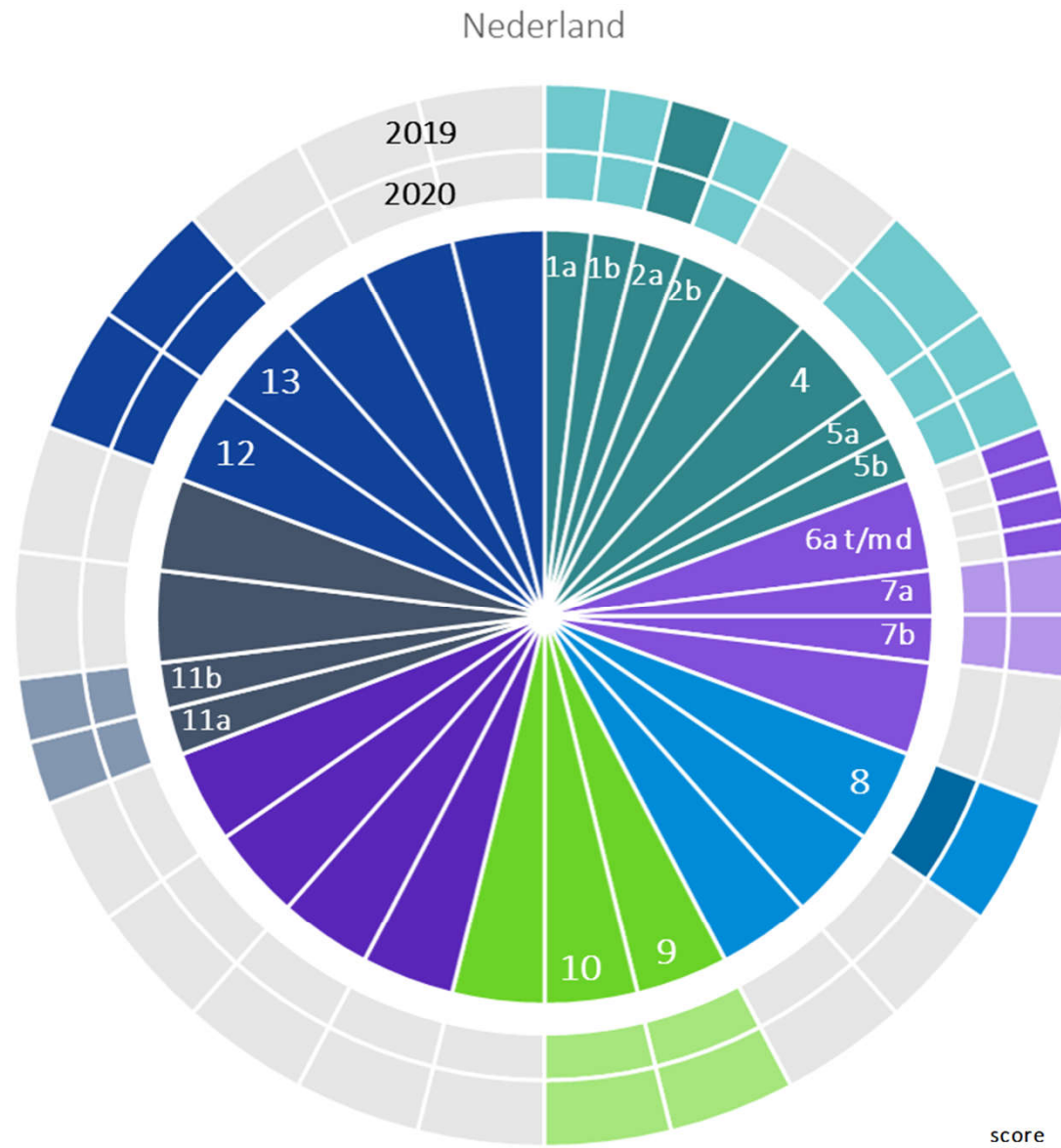


Hoofdstuk 11

Resultaten 2020: landelijke samenvatting



13-4-2022

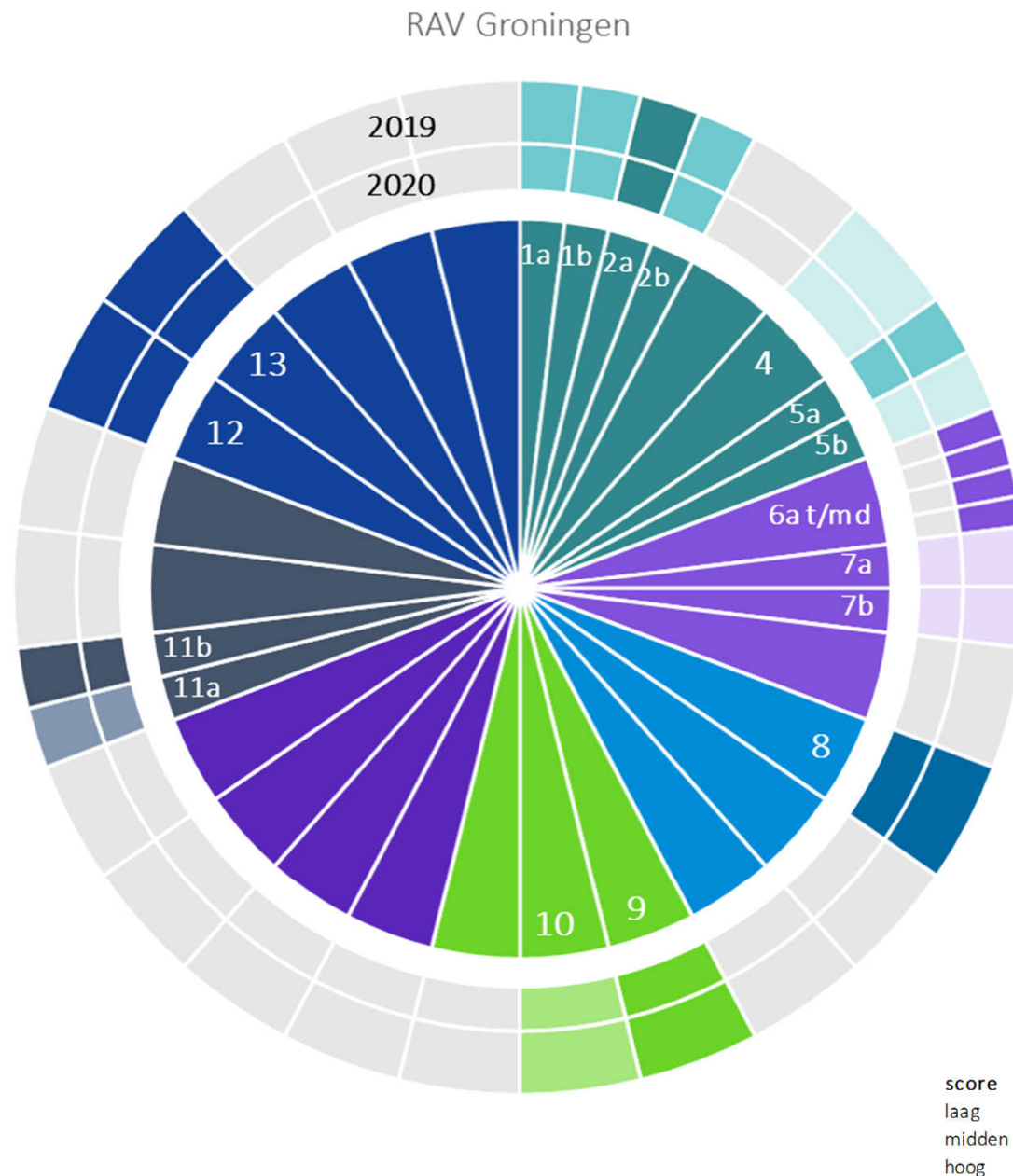
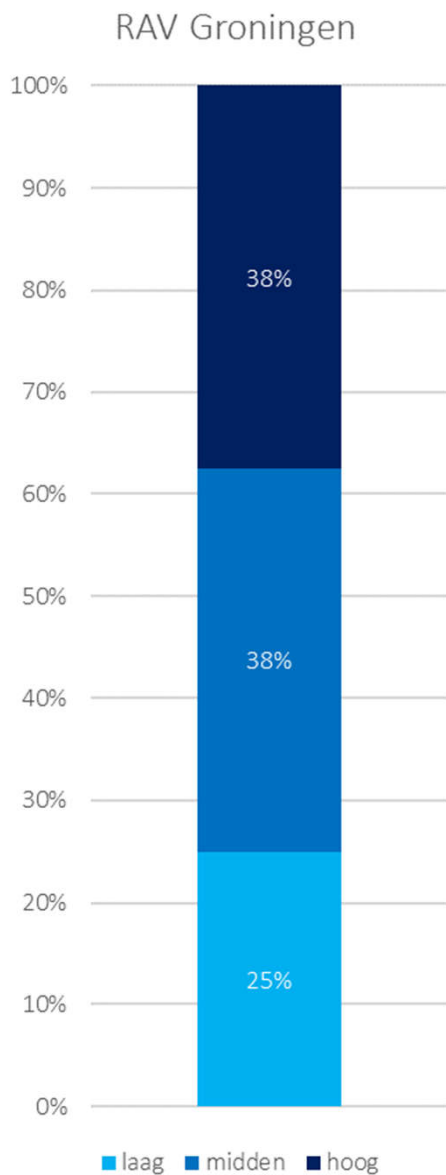


Kwaliteitskader ambulancezorg: resultaten 2020

38

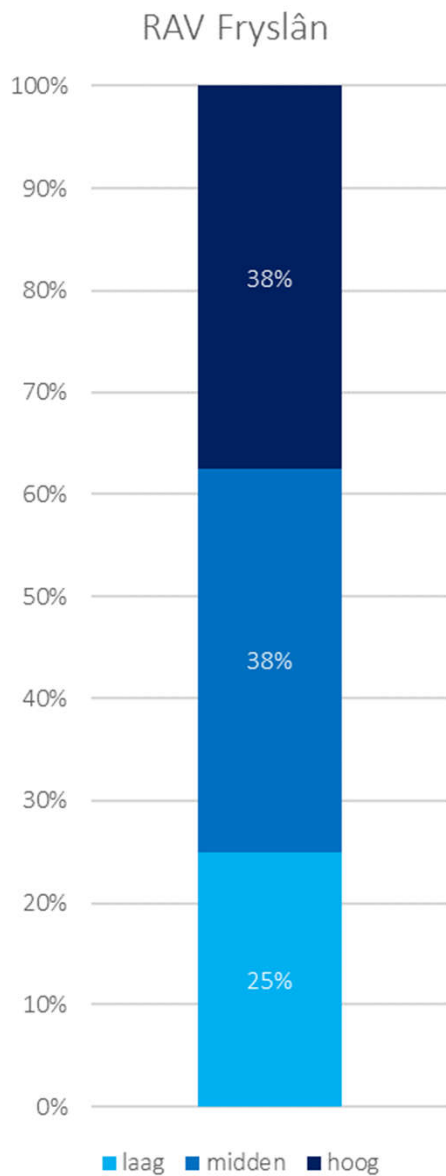
Hoofdstuk 11

Resultaten per RAV: 1 Groningen

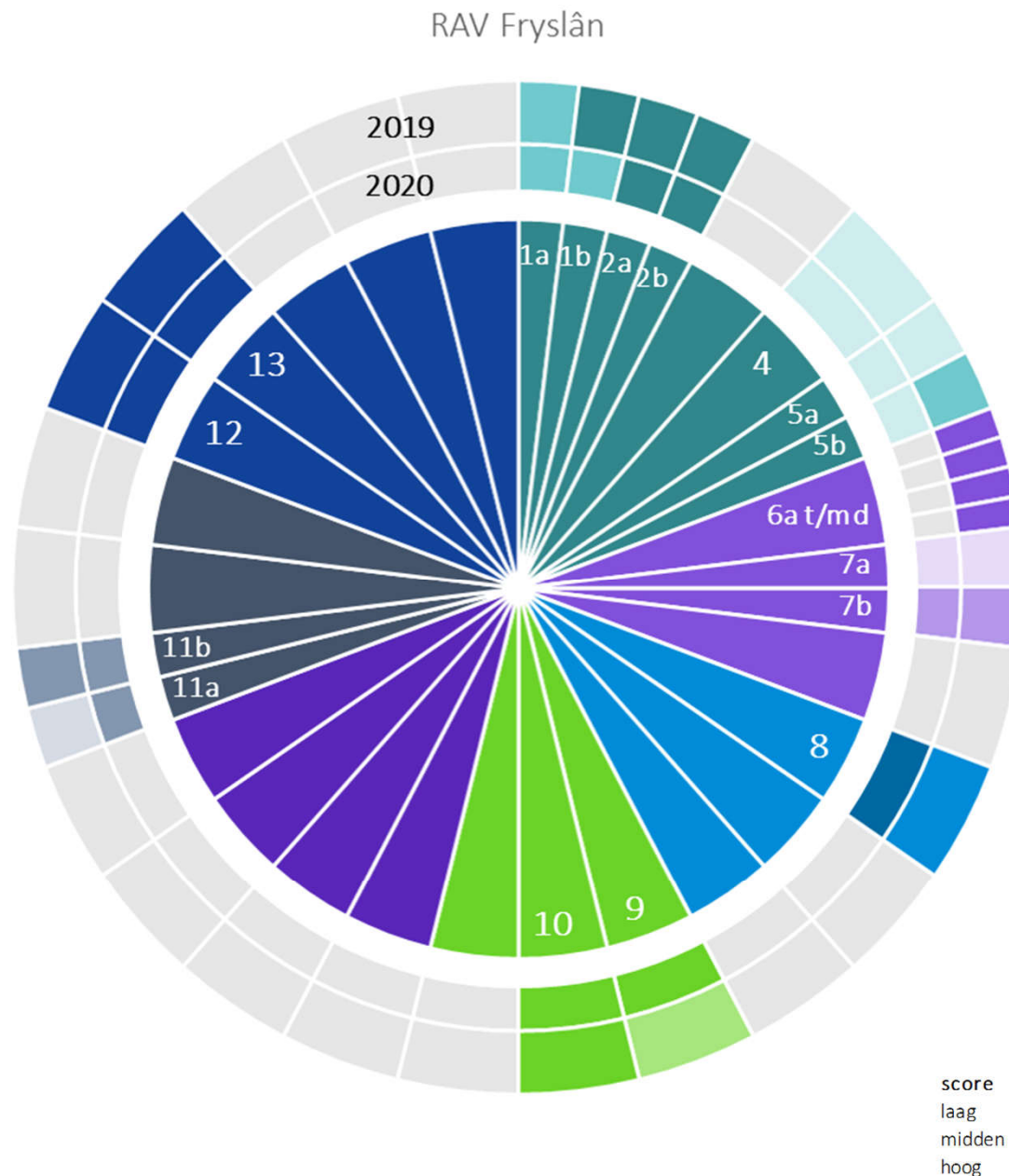


Hoofdstuk 11

Resultaten per RAV: 2 Fryslân



13-4-2022

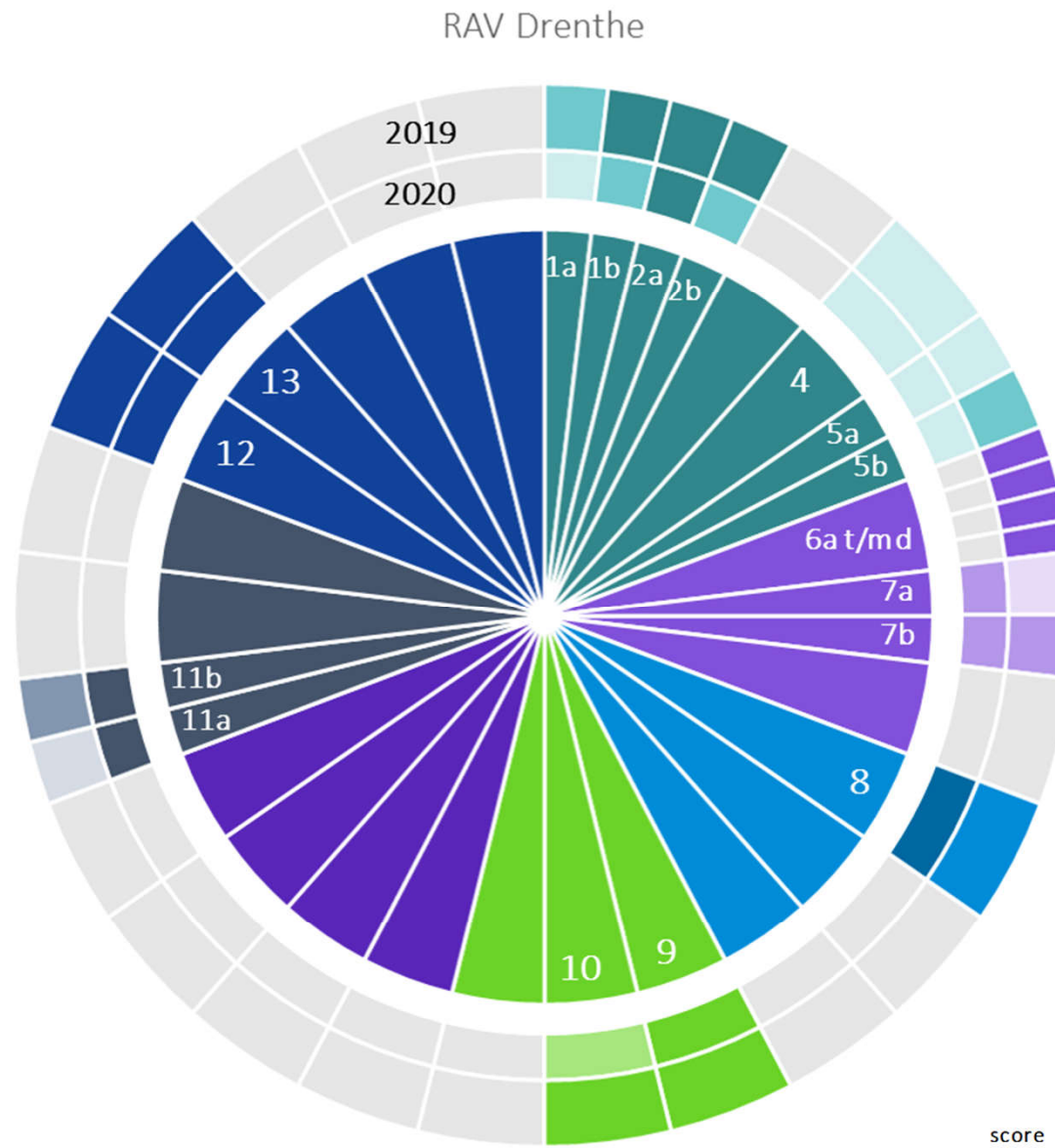
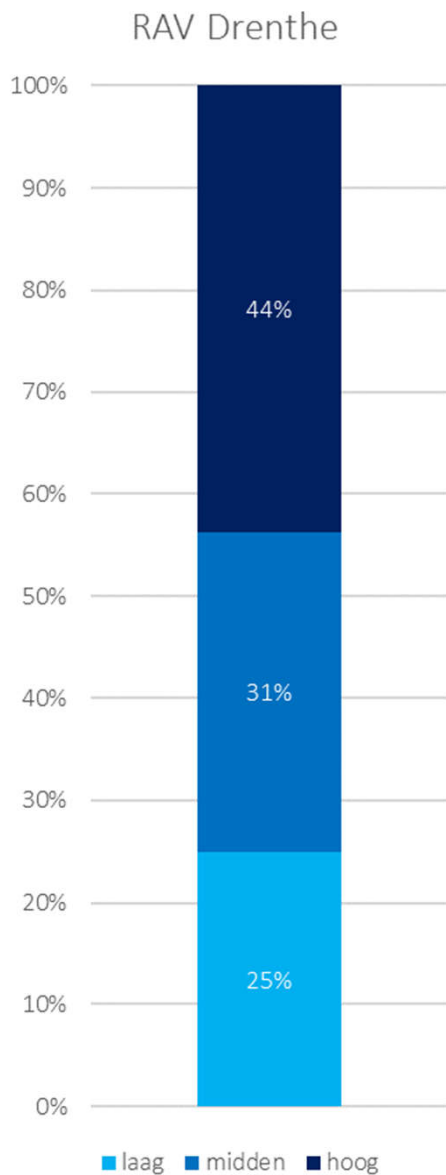


Kwaliteitskader ambulancezorg: resultaten 2020

40

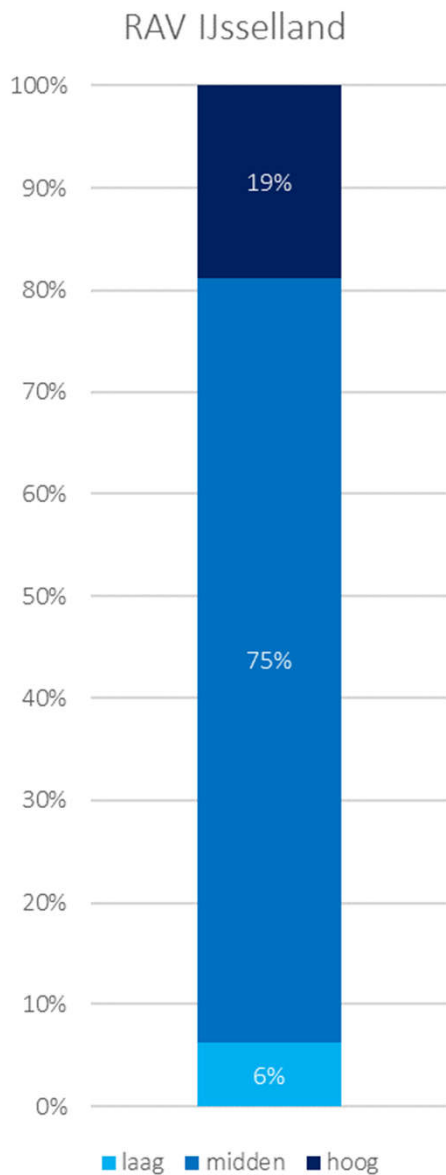
Hoofdstuk 11

Resultaten per RAV: 3 Drenthe

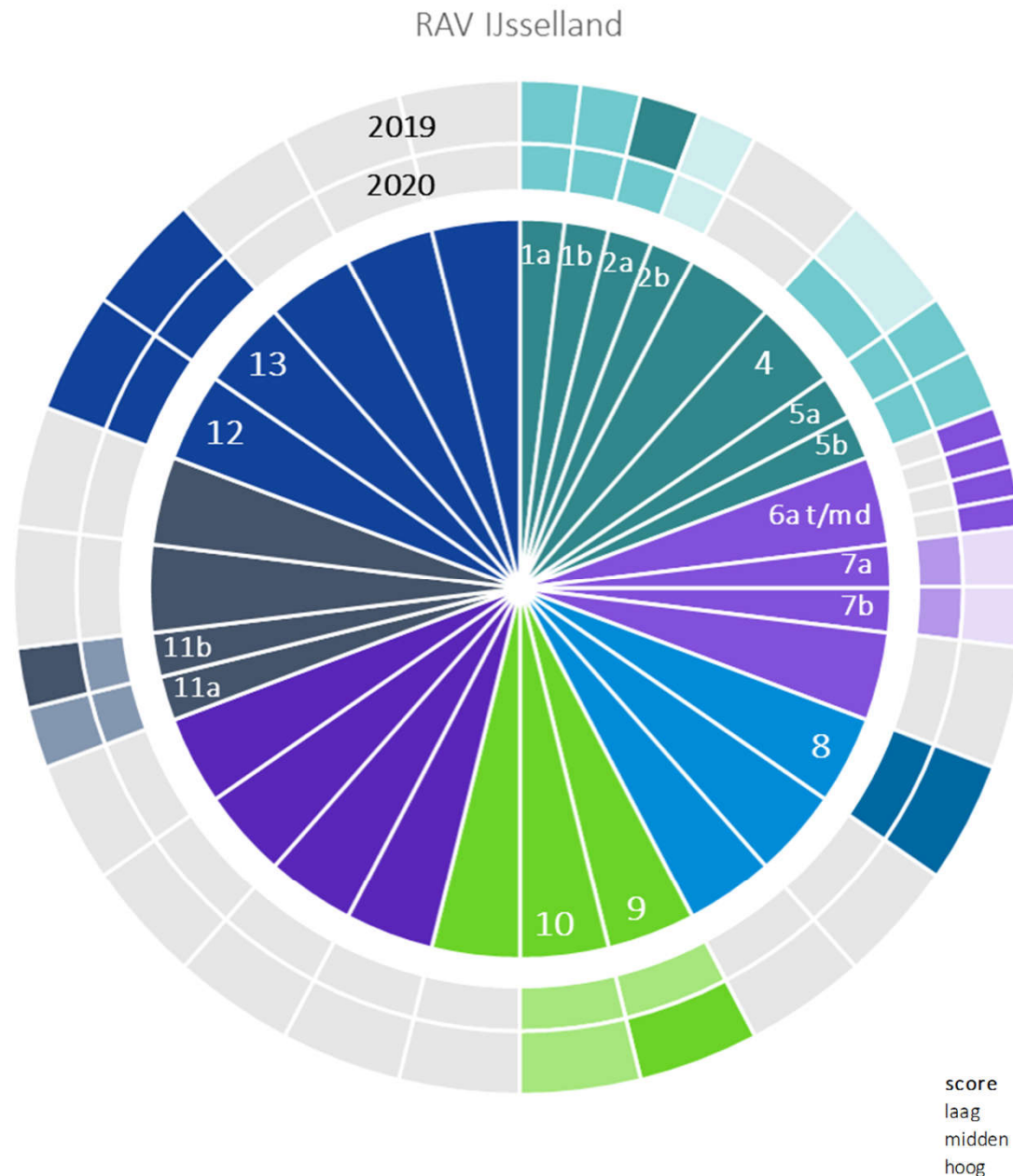


Hoofdstuk 11

Resultaten per RAV: 4 IJsselland



13-4-2022

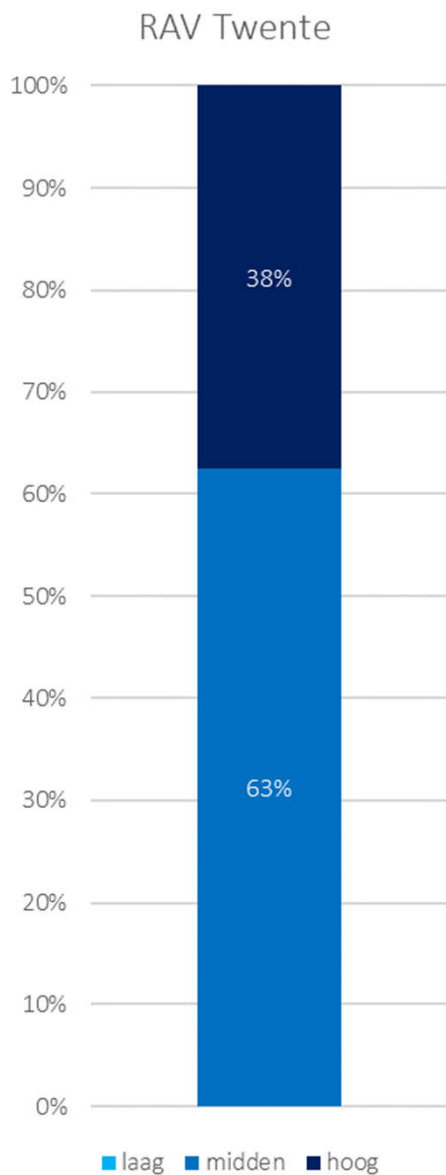


Kwaliteitskader ambulancezorg: resultaten 2020

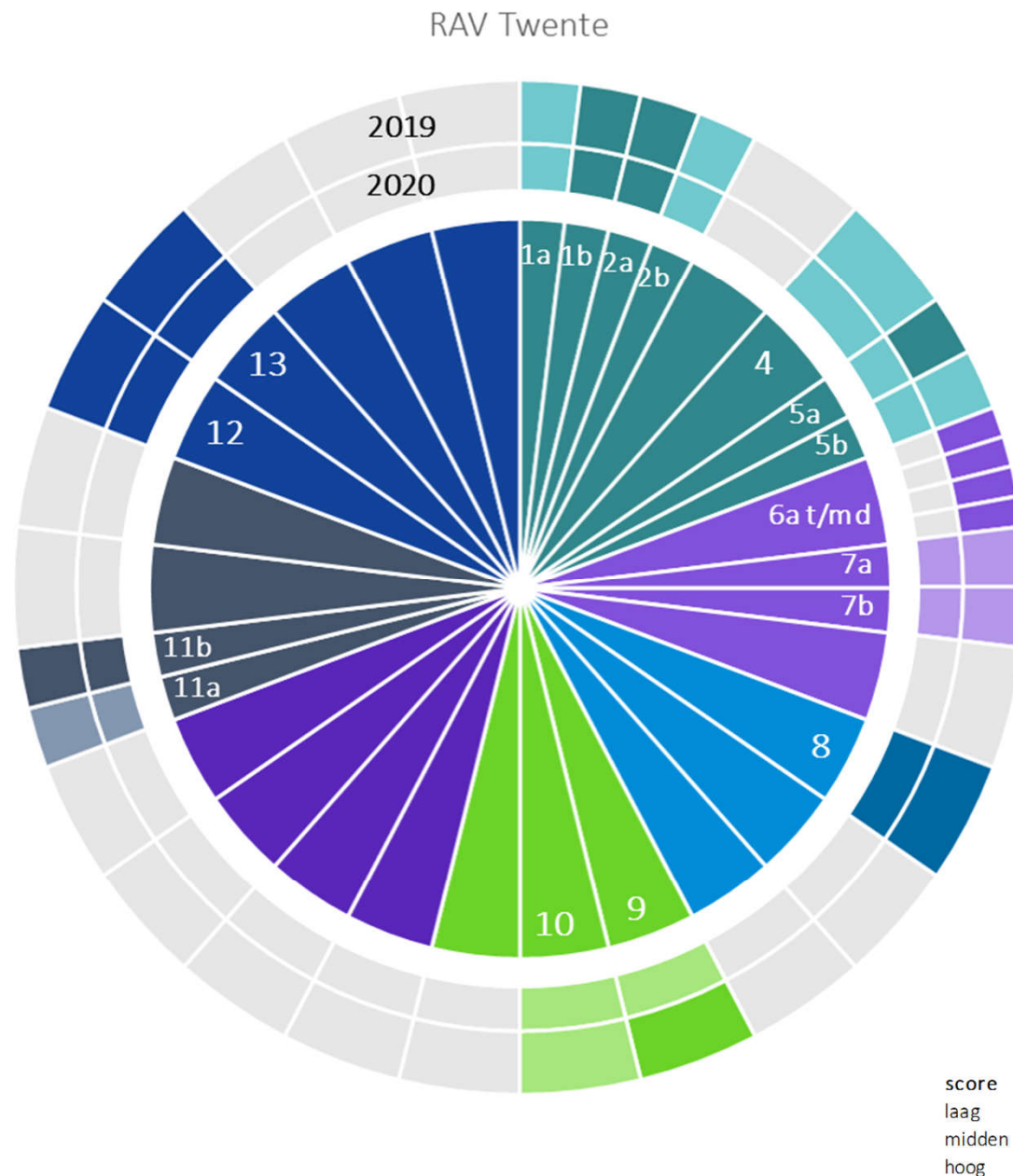
42

Hoofdstuk 11

Resultaten per RAV: 5 Twente



13-4-2022

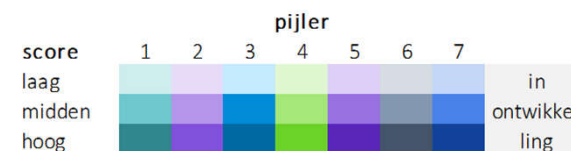
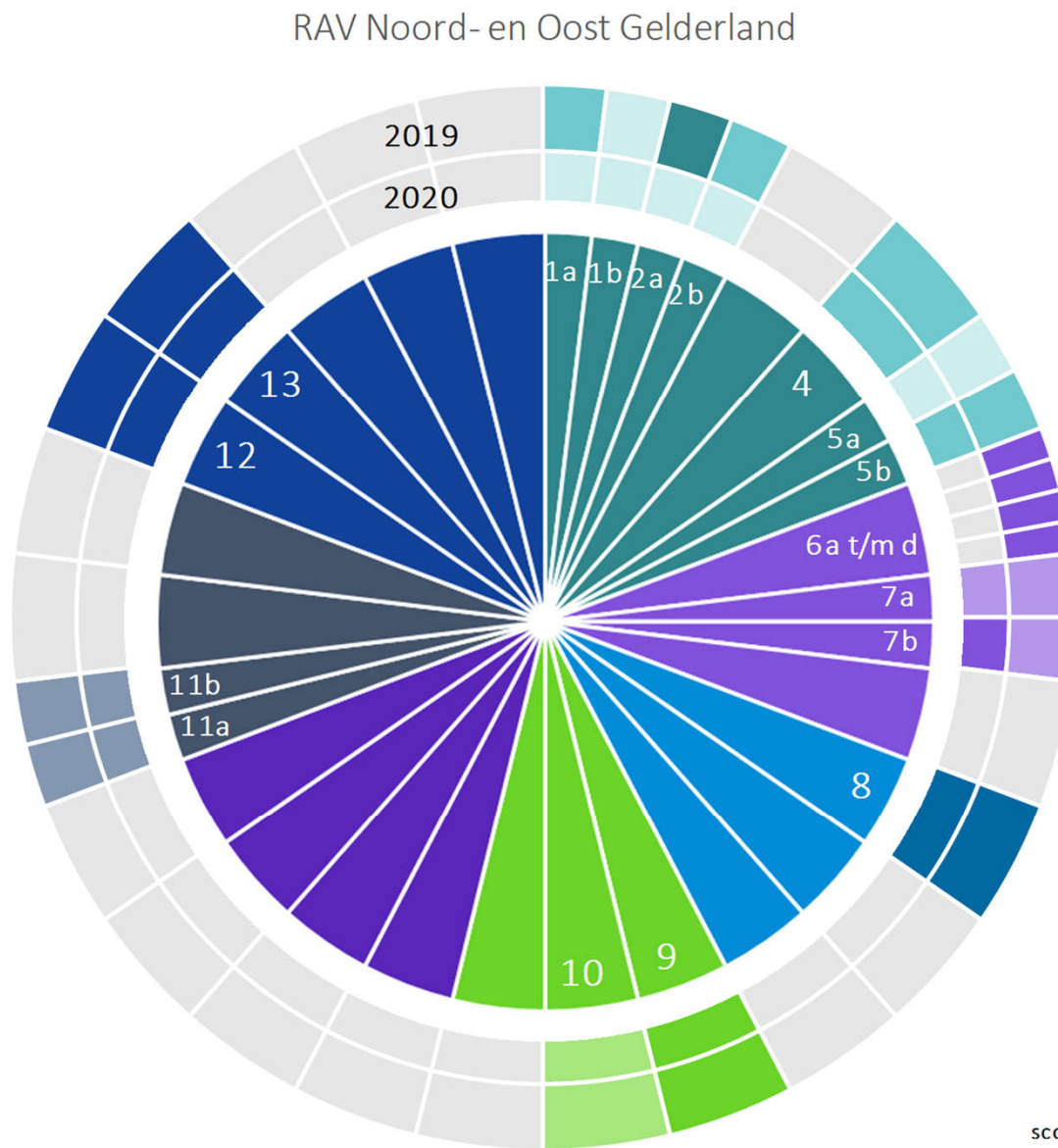
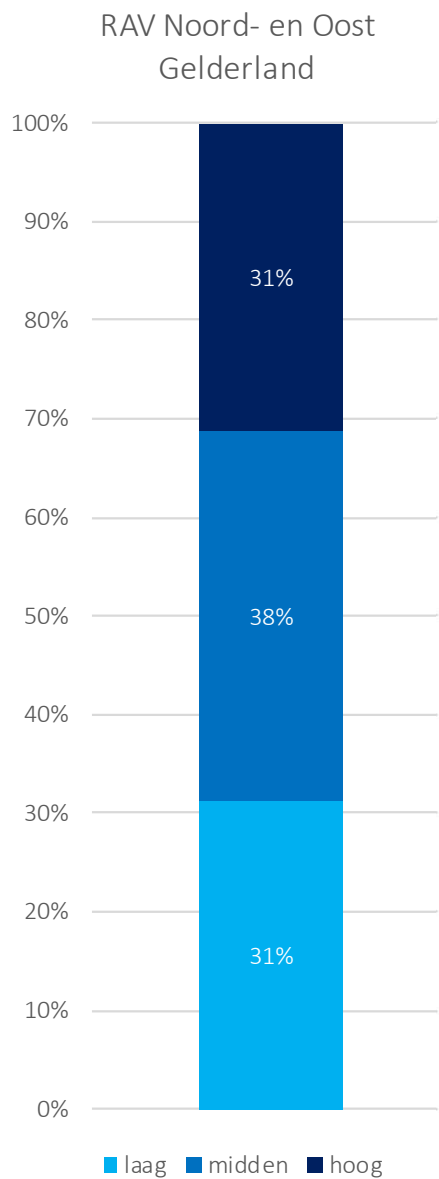


Kwaliteitskader ambulancezorg: resultaten 2020

43

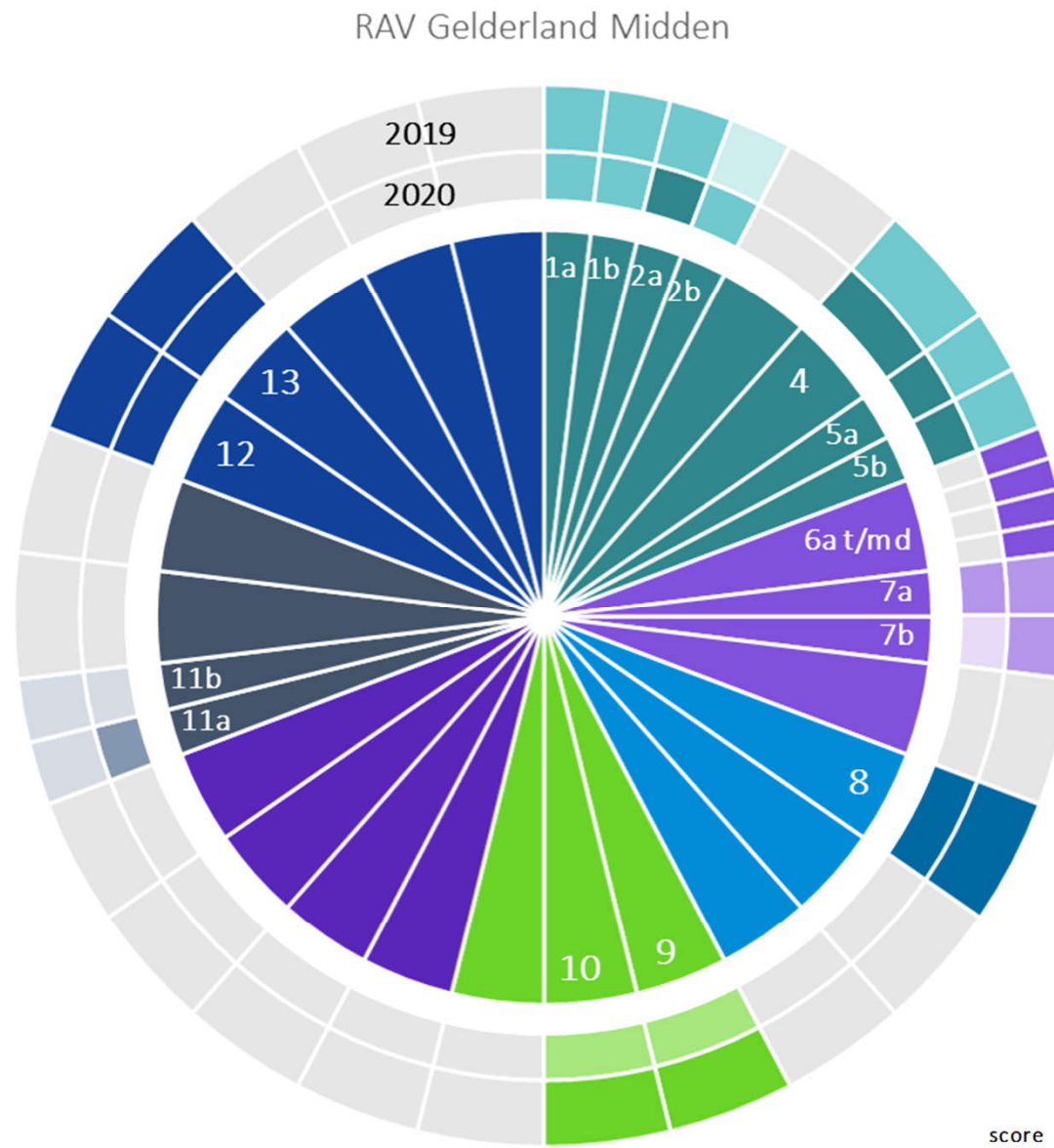
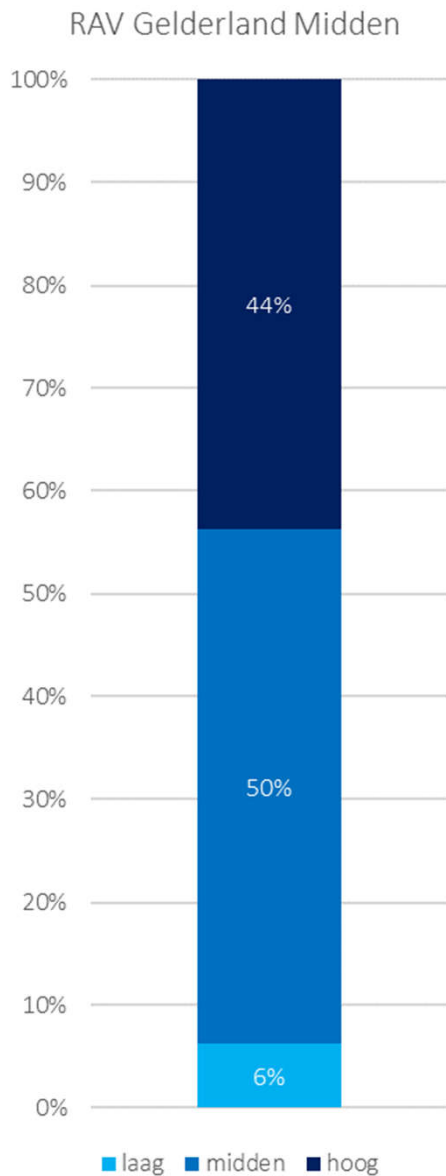
Hoofdstuk 11

Resultaten per RAV: 6 Noord- en Oost Gelderland



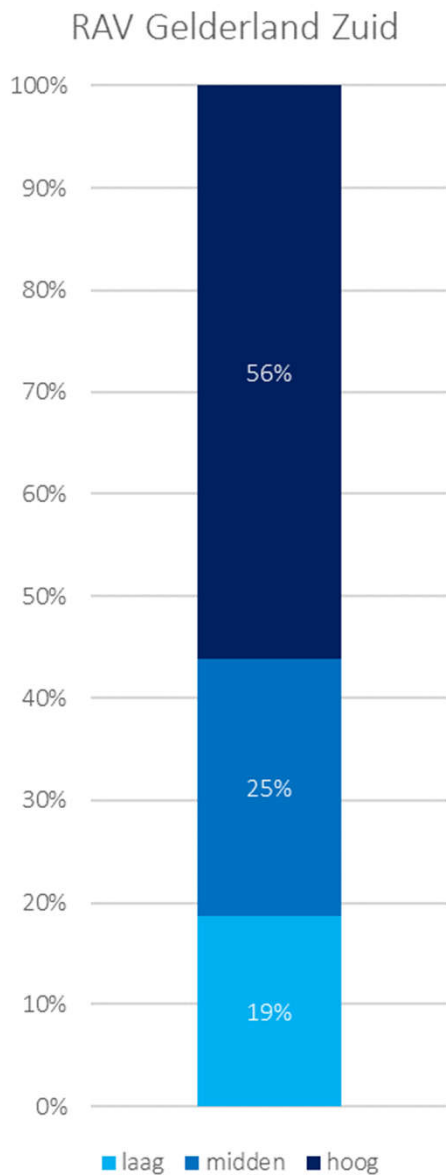
Hoofdstuk 11

Resultaten per RAV: 7 Midden Gelderland

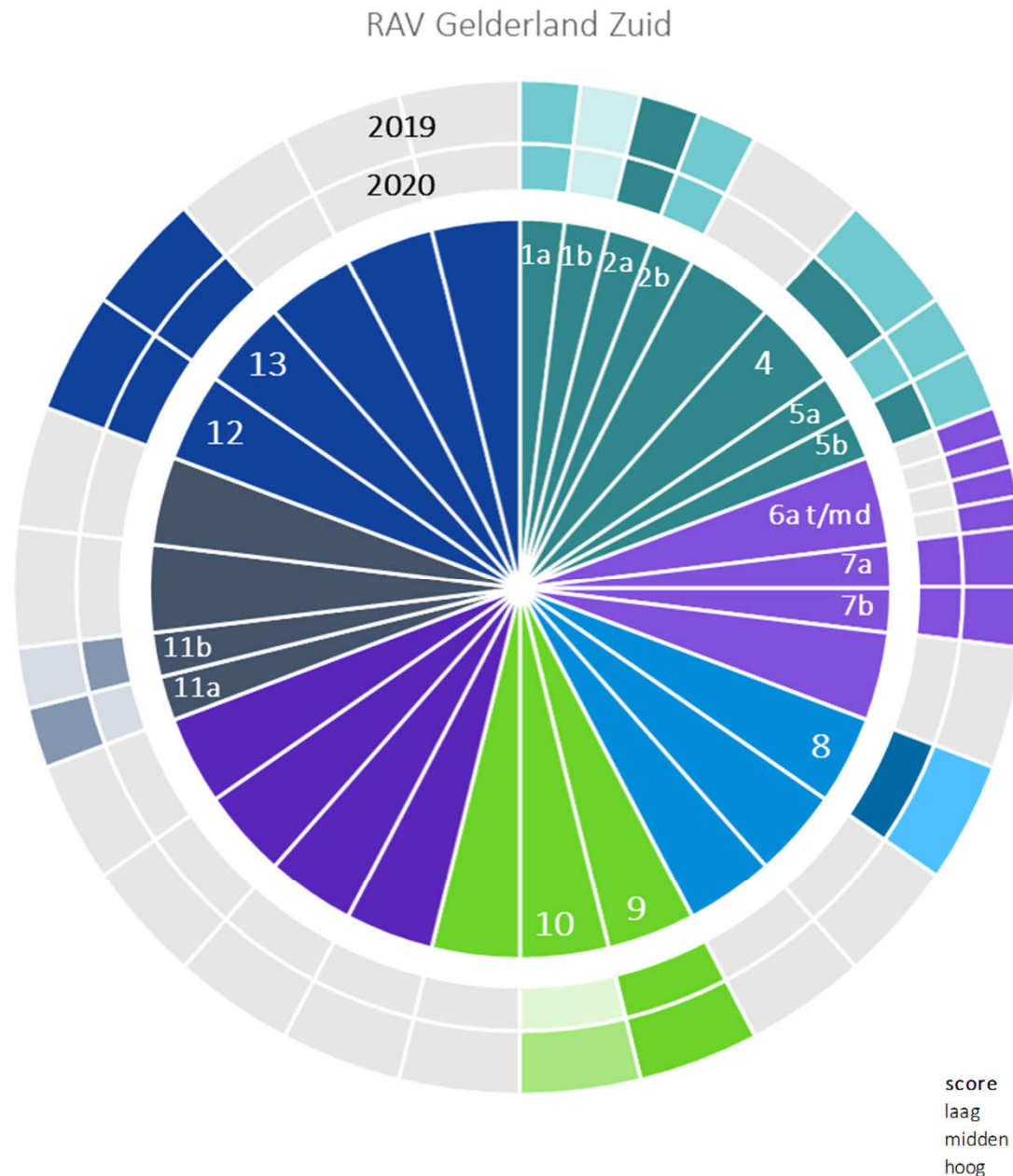


Hoofdstuk 11

Resultaten per RAV: 8 Gelderland Zuid



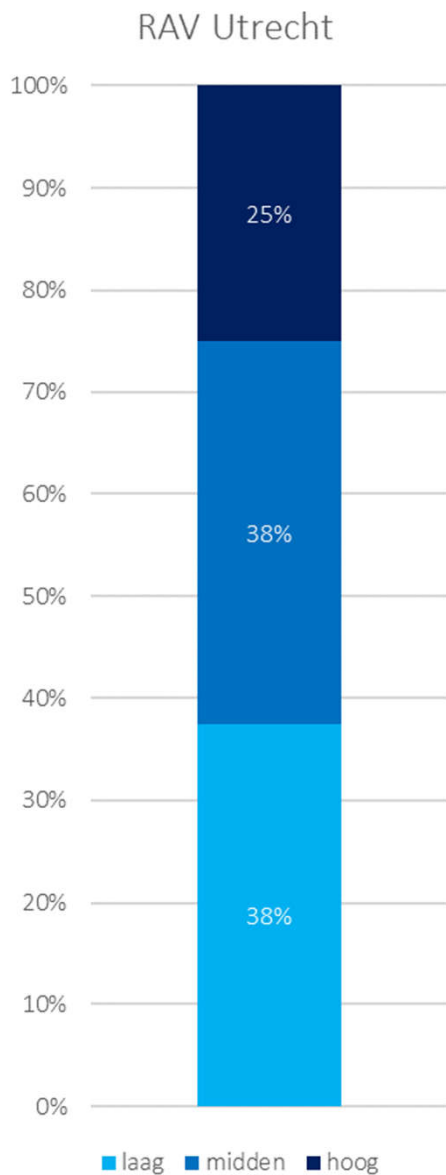
13-4-2022



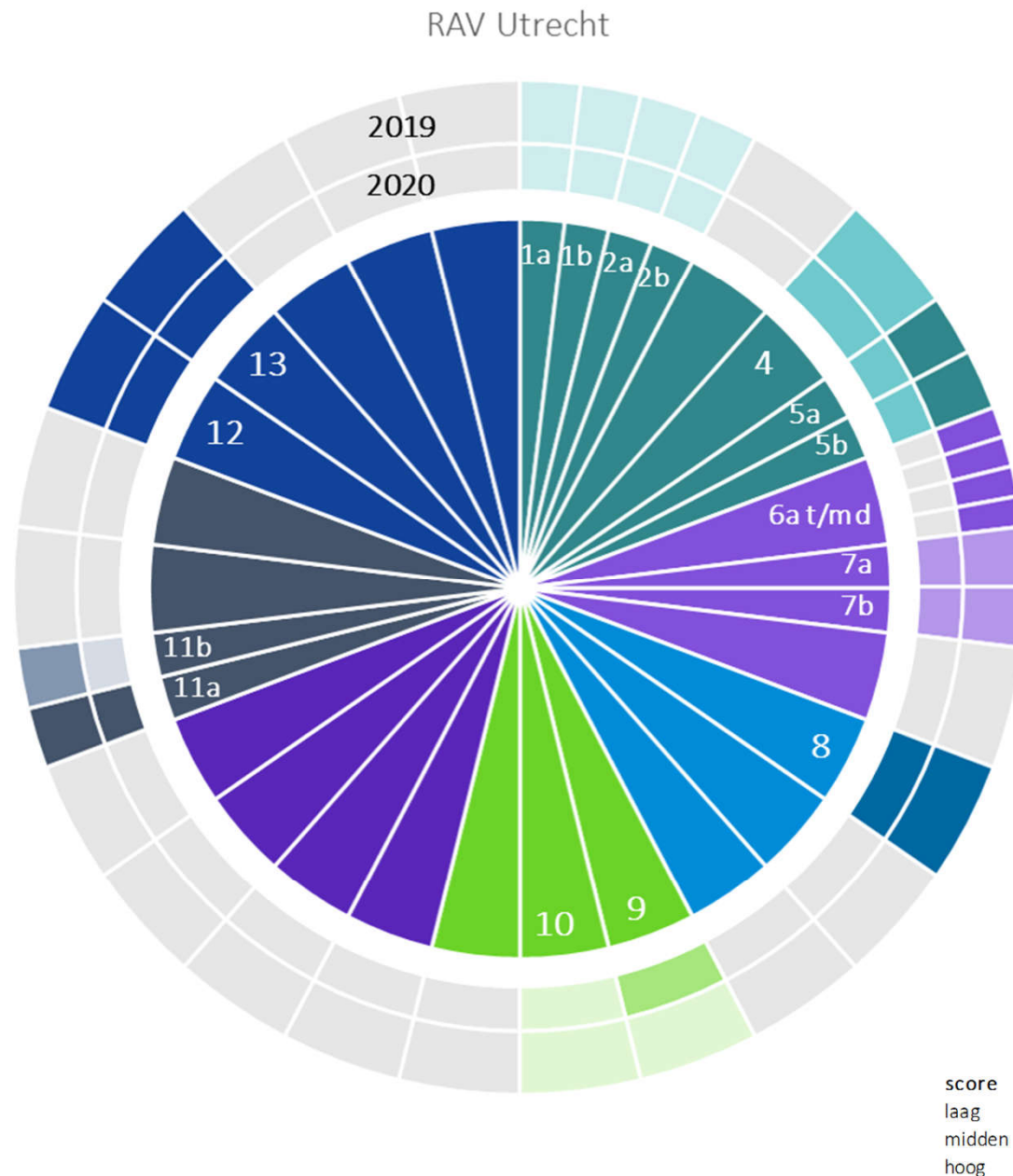
Kwaliteitskader ambulancezorg: resultaten 2020

Hoofdstuk 11

Resultaten per RAV: 9 Utrecht



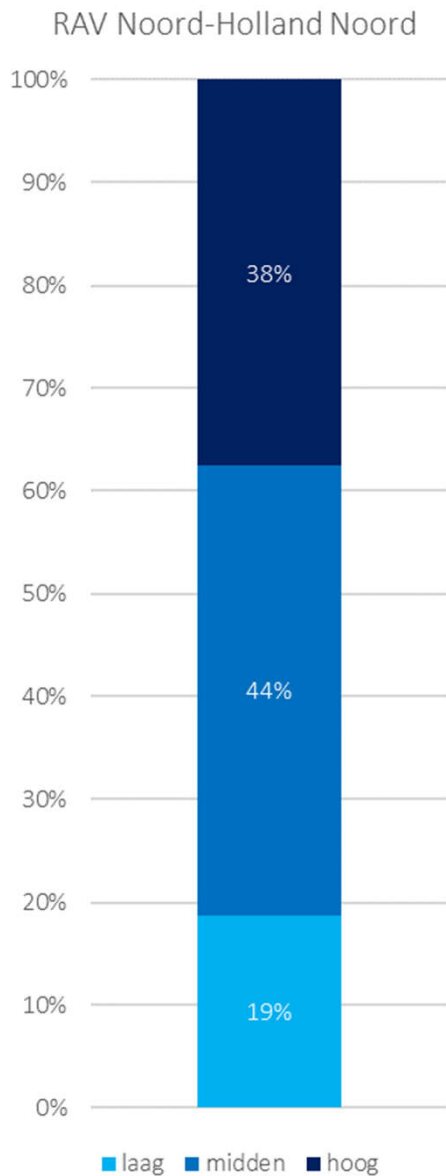
13-4-2022



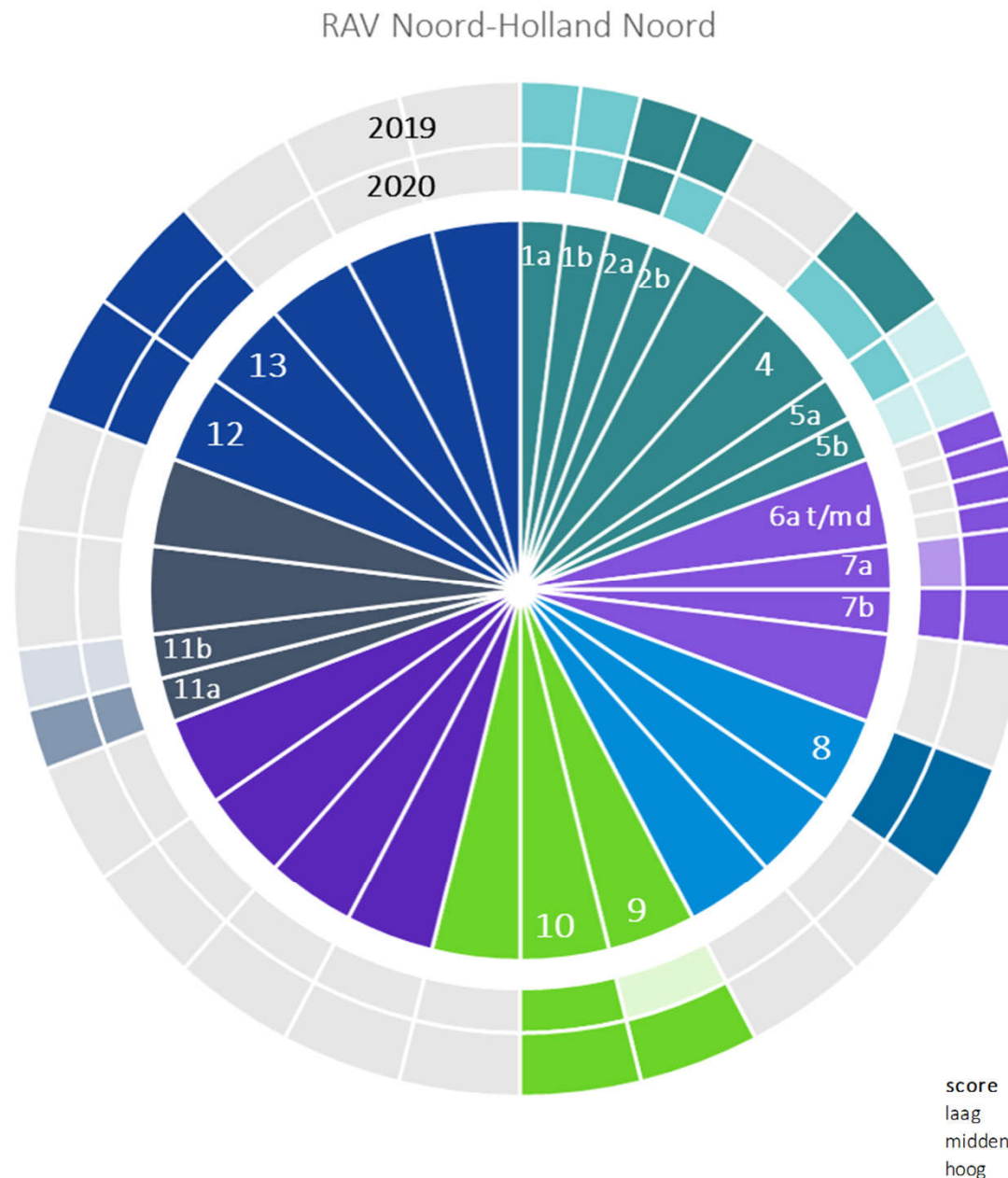
Kwaliteitskader ambulancezorg: resultaten 2020

Hoofdstuk 11

Resultaten per RAV: 10 Noord-Holland Noord



13-4-2022

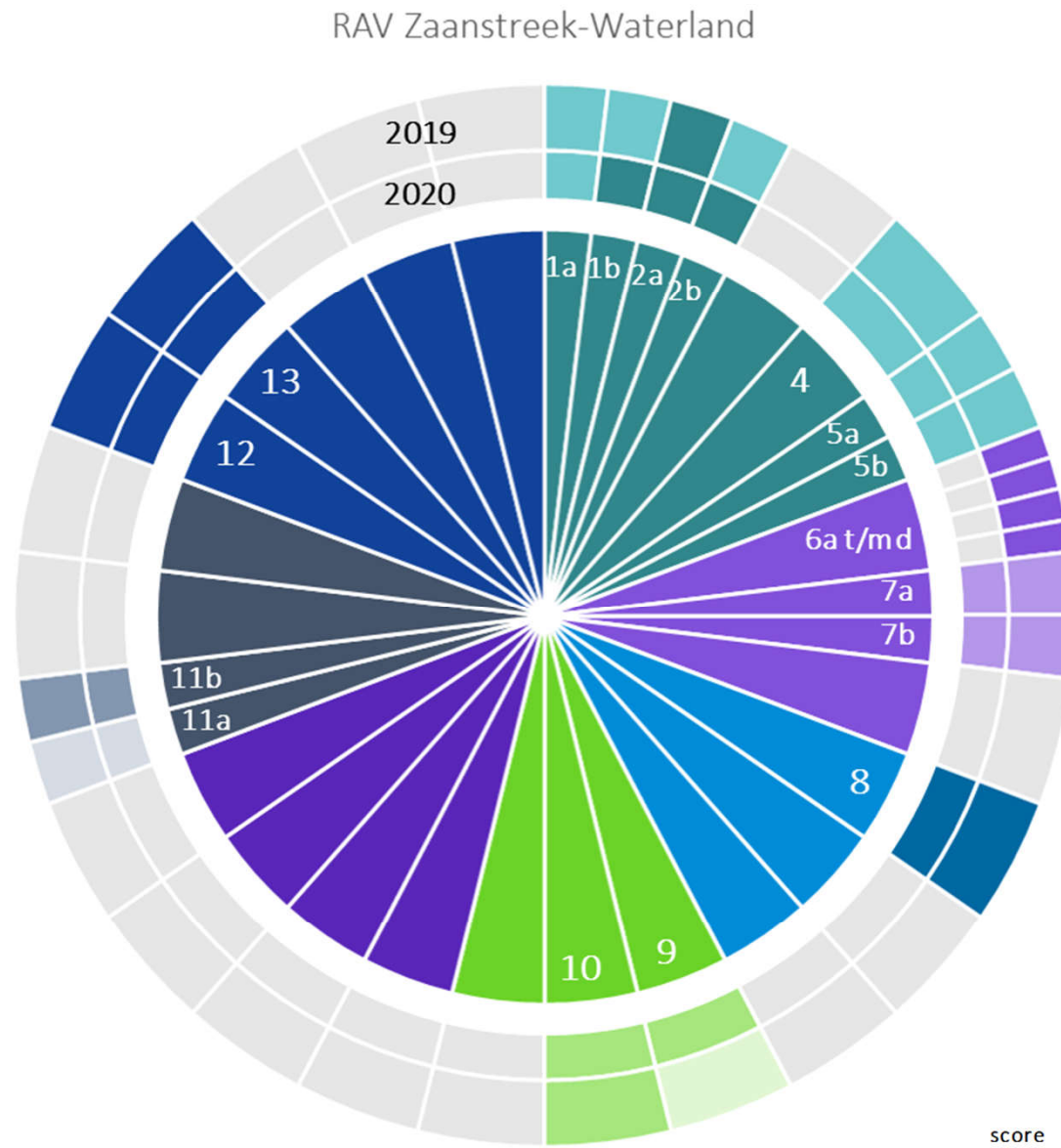
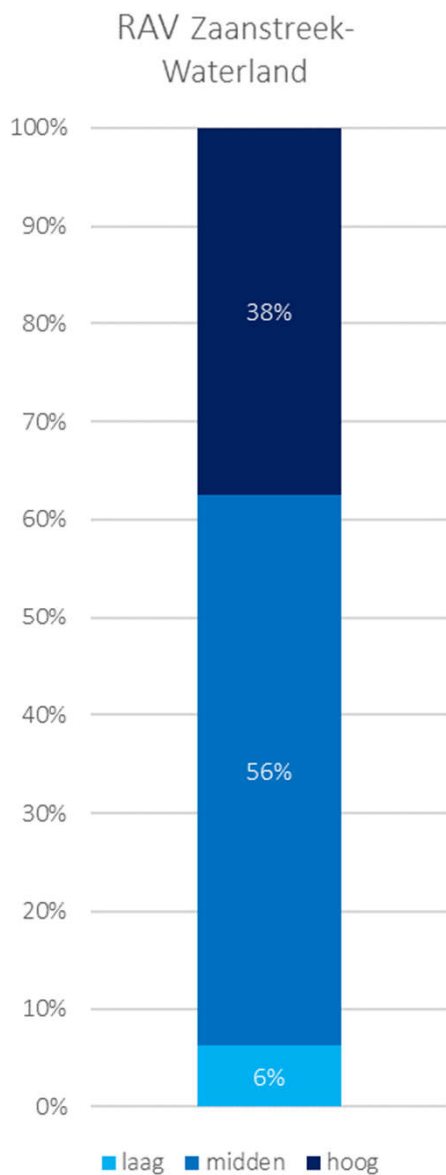


Kwaliteitskader ambulancezorg: resultaten 2020

48

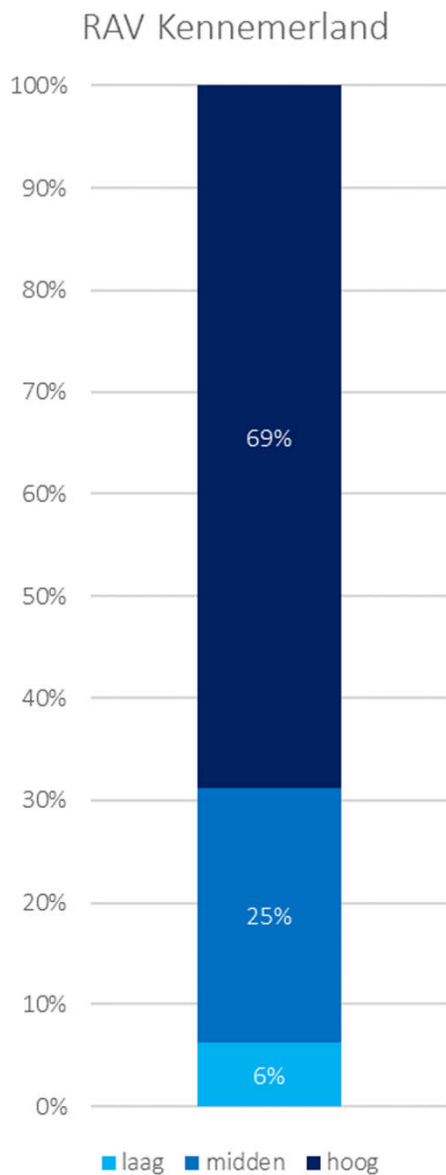
Hoofdstuk 11

Resultaten per RAV: 11 Zaanstreek-Waterland

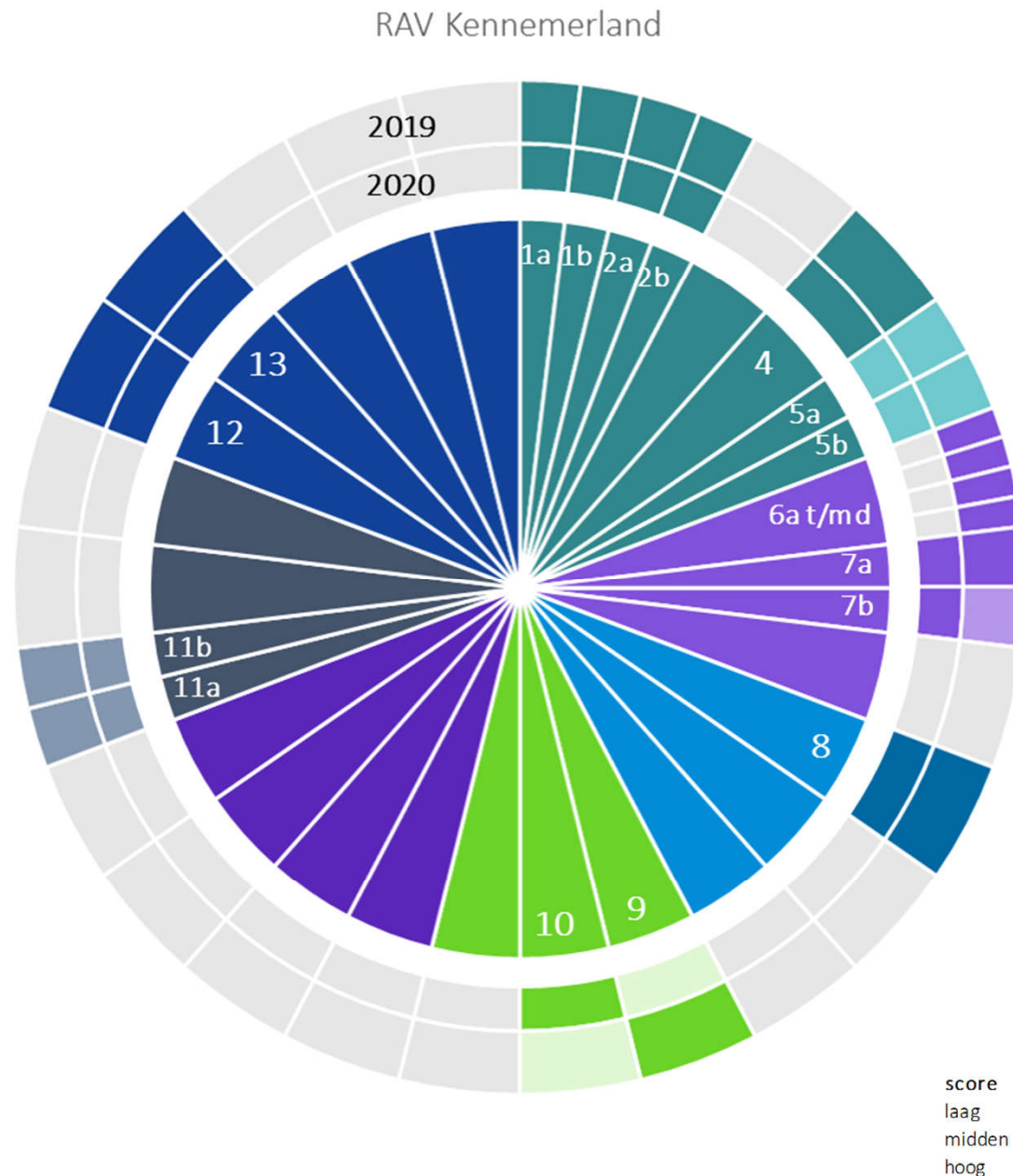


Hoofdstuk 11

Resultaten per RAV: 12 Kennemerland



13-4-2022

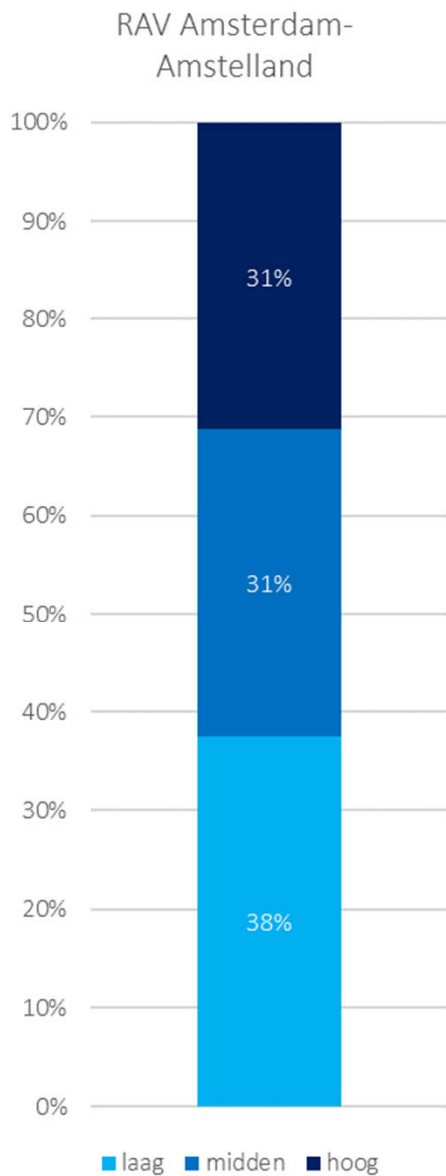


Kwaliteitskader ambulancezorg: resultaten 2020

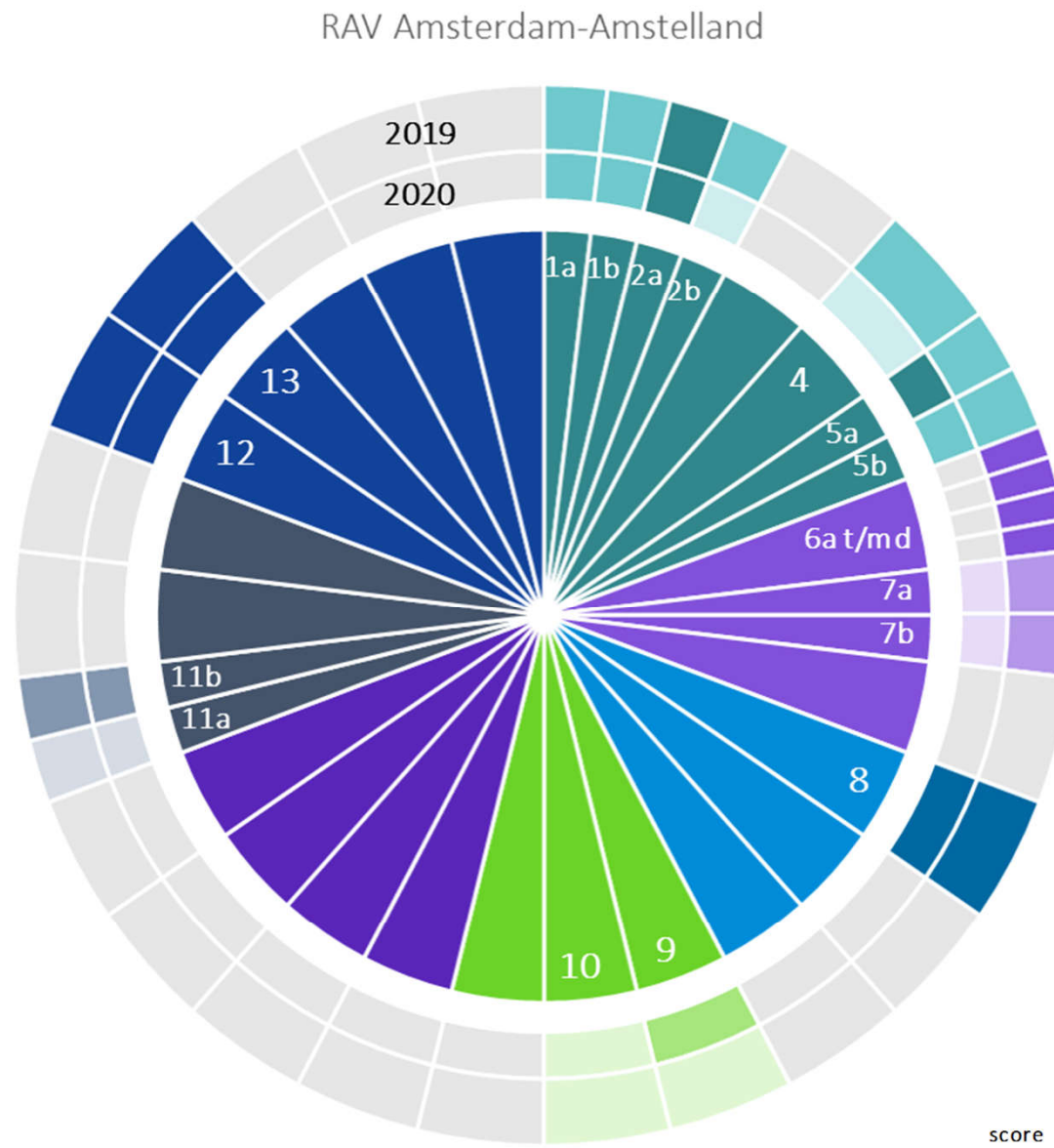
50

Hoofdstuk 11

Resultaten per RAV: 13 Amsterdam-Amstelland



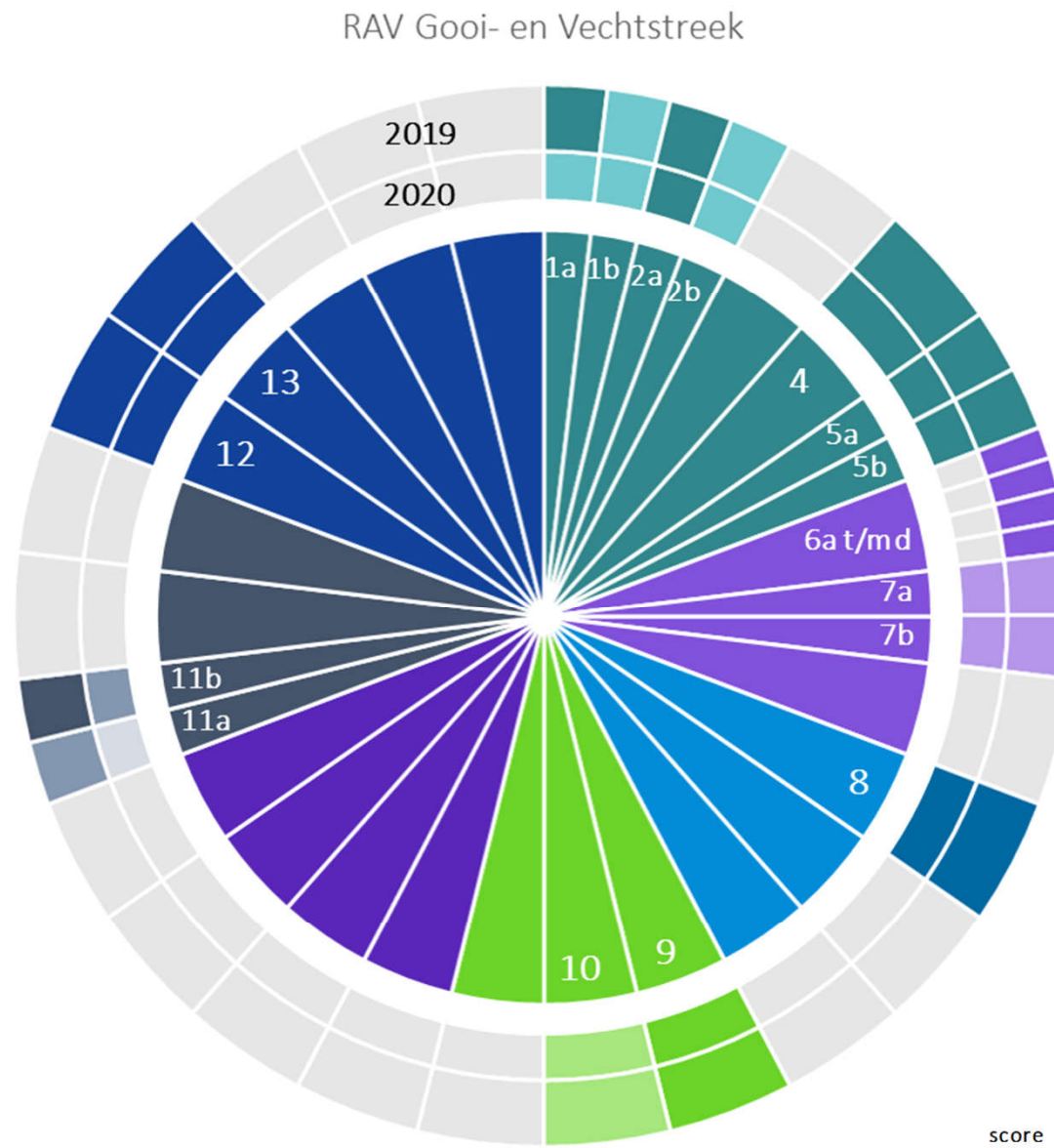
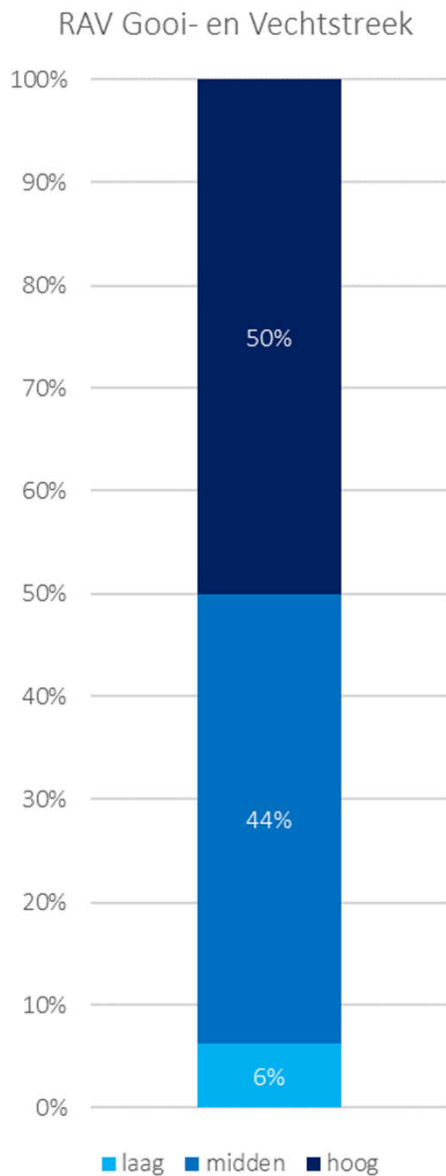
13-4-2022



Kwaliteitskader ambulancezorg: resultaten 2020

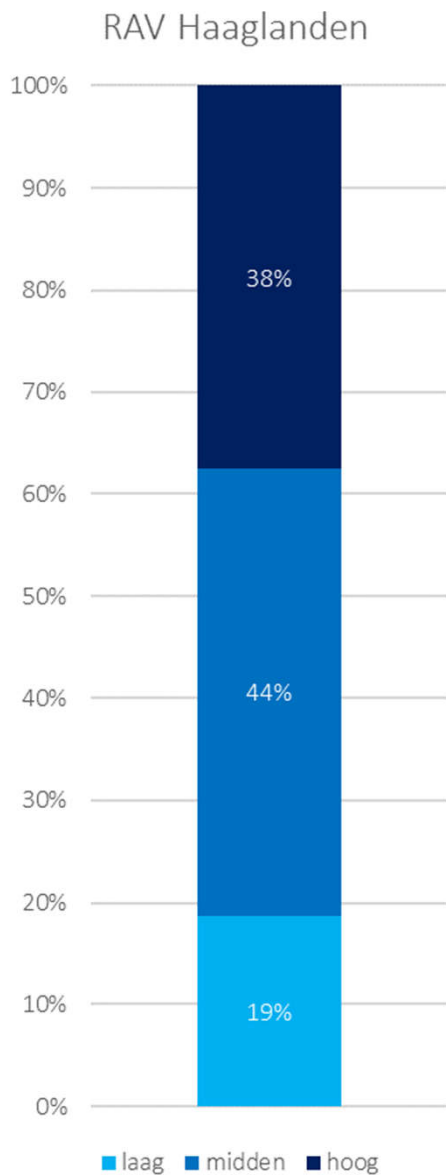
Hoofdstuk 11

Resultaten per RAV: 14 Gooi- en Vechtstreek

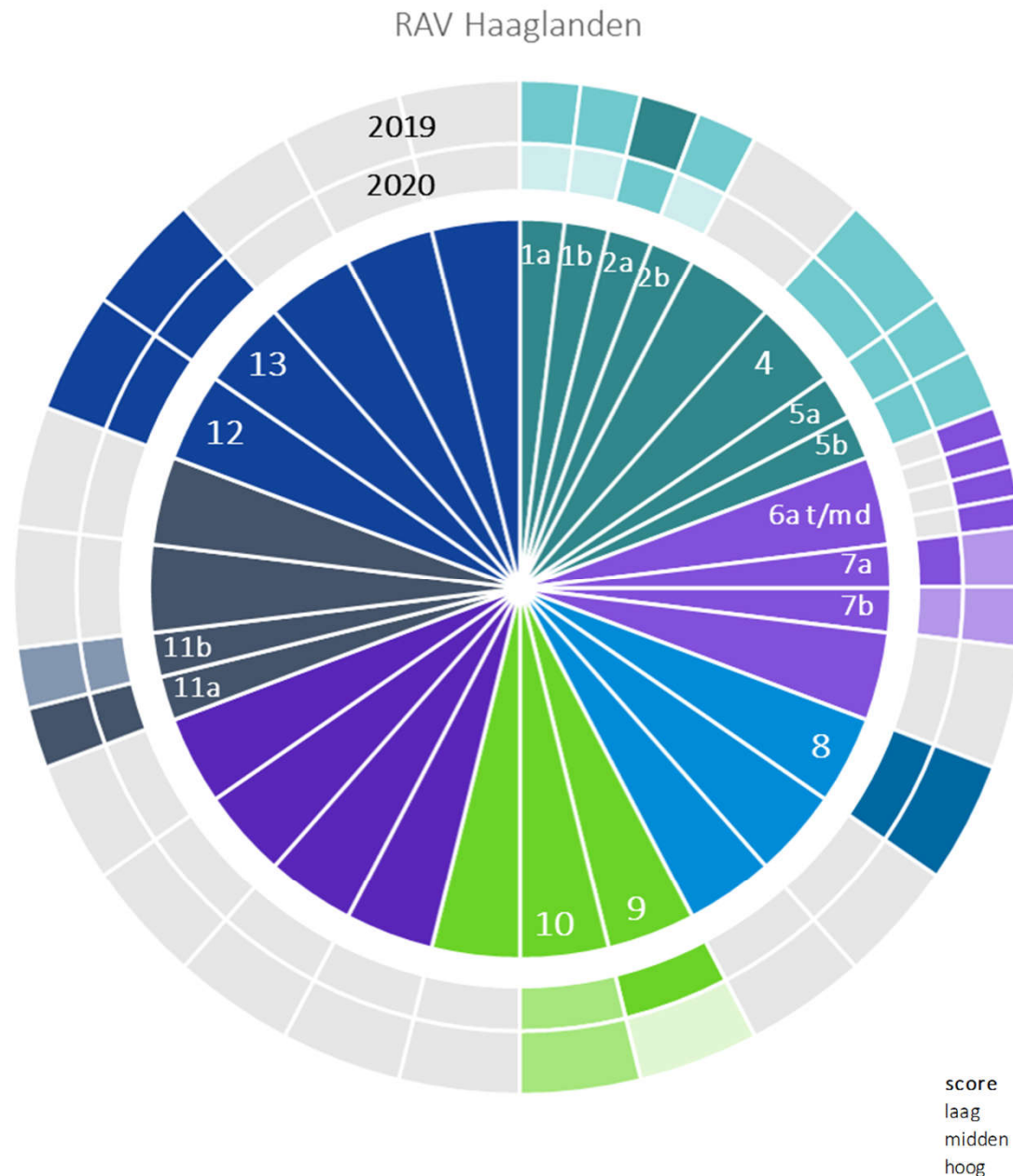


Hoofdstuk 11

Resultaten per RAV: 15 Haaglanden



13-4-2022

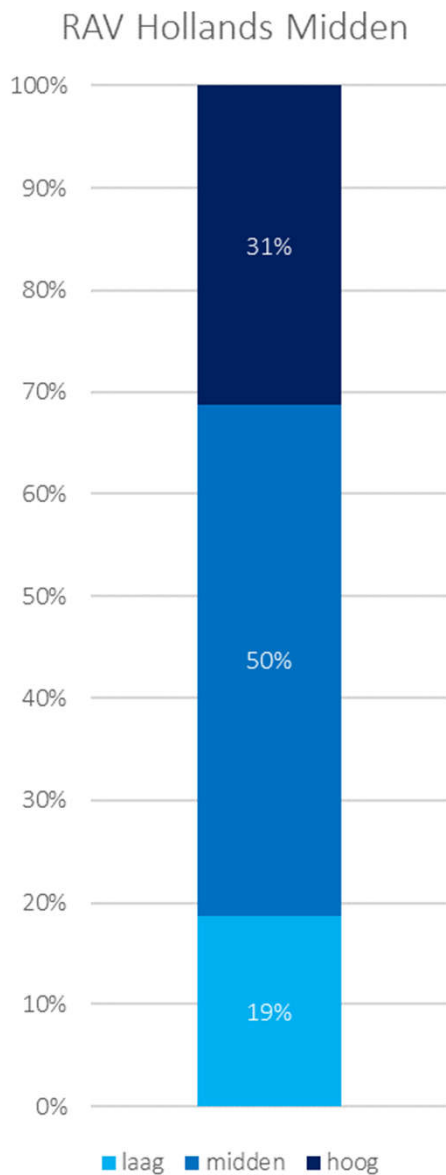


Kwaliteitskader ambulancezorg: resultaten 2020

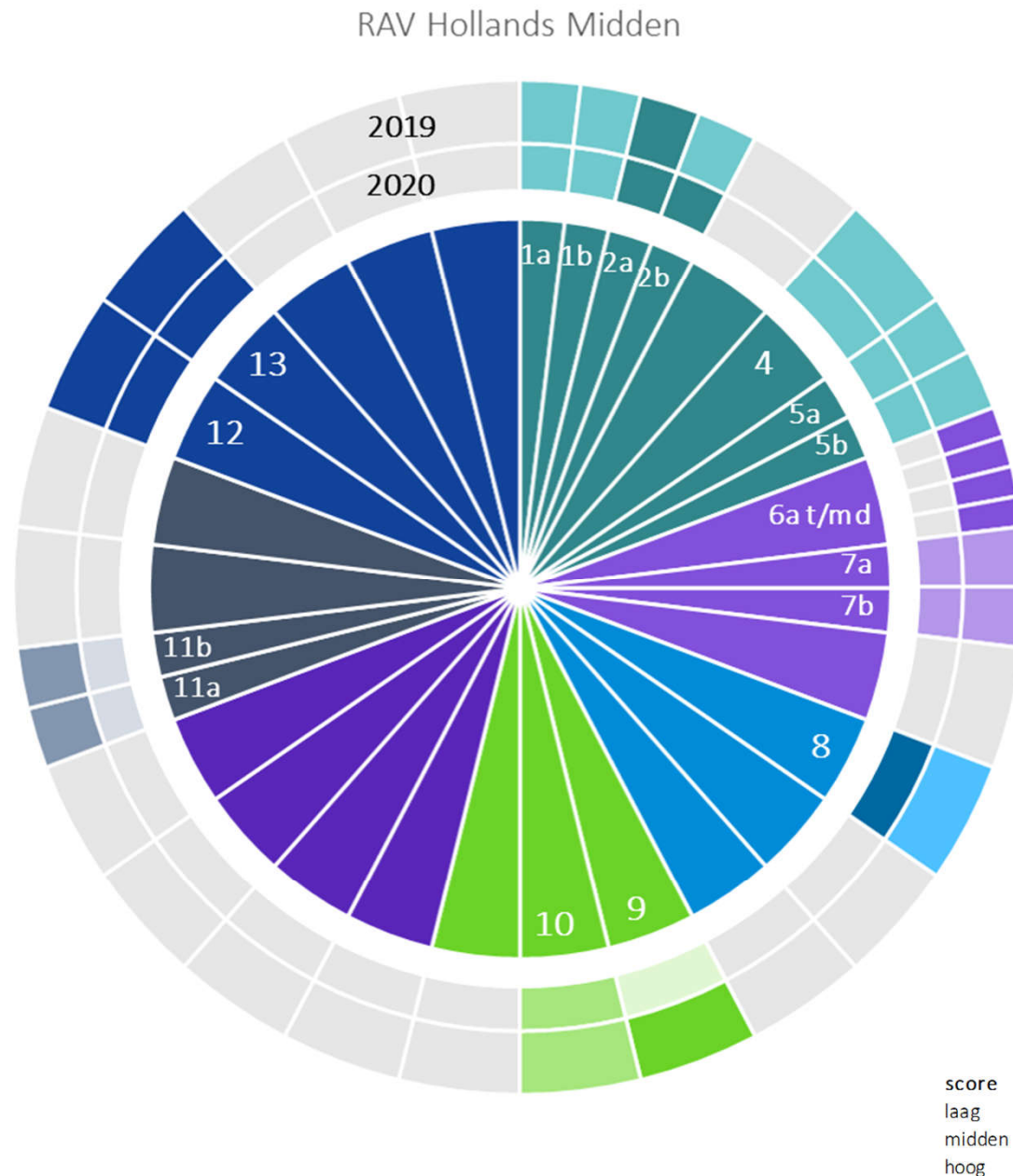
53

Hoofdstuk 11

Resultaten per RAV: 16 Hollands Midden



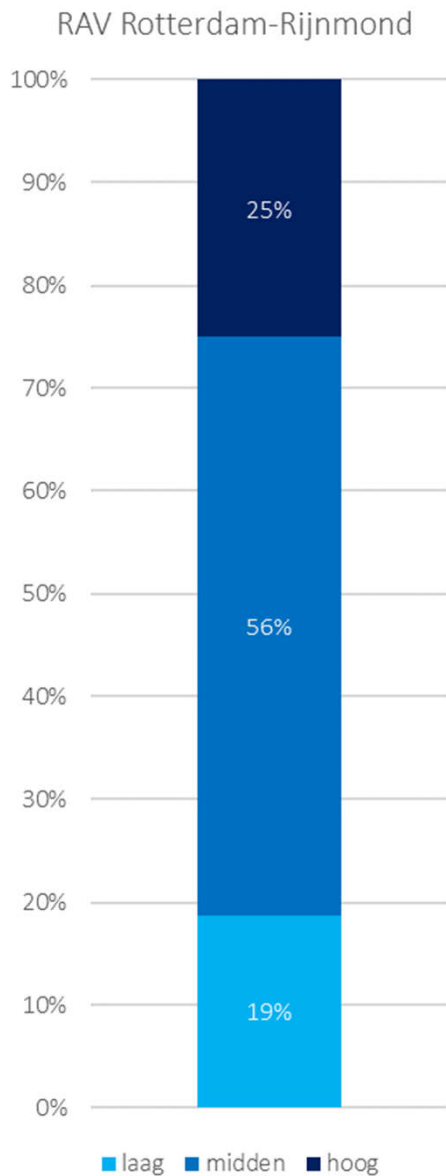
13-4-2022



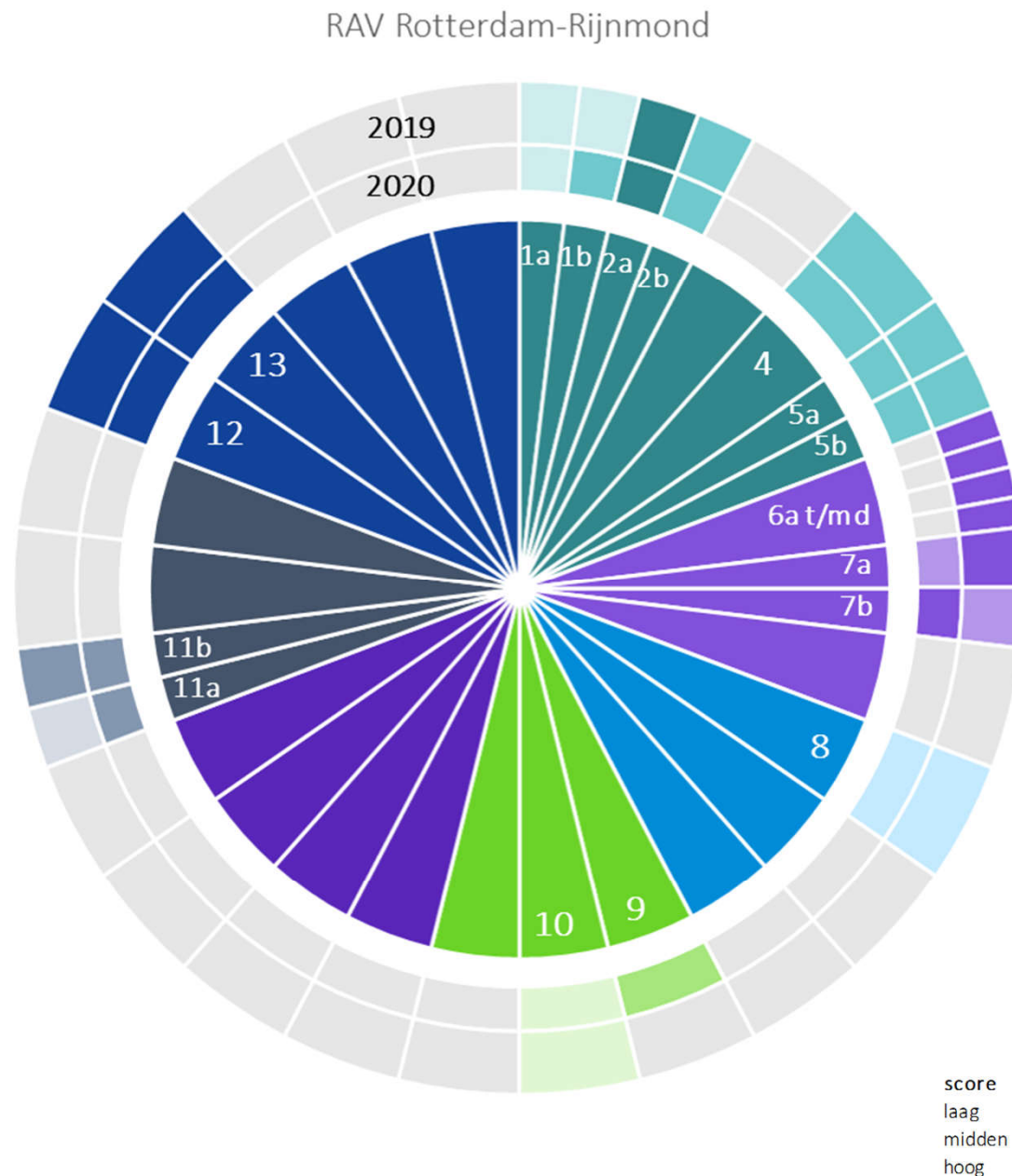
Kwaliteitskader ambulancezorg: resultaten 2020

Hoofdstuk 11

Resultaten per RAV: 17 Rotterdam-Rijnmond



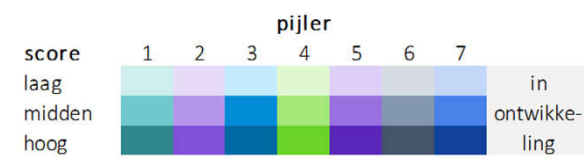
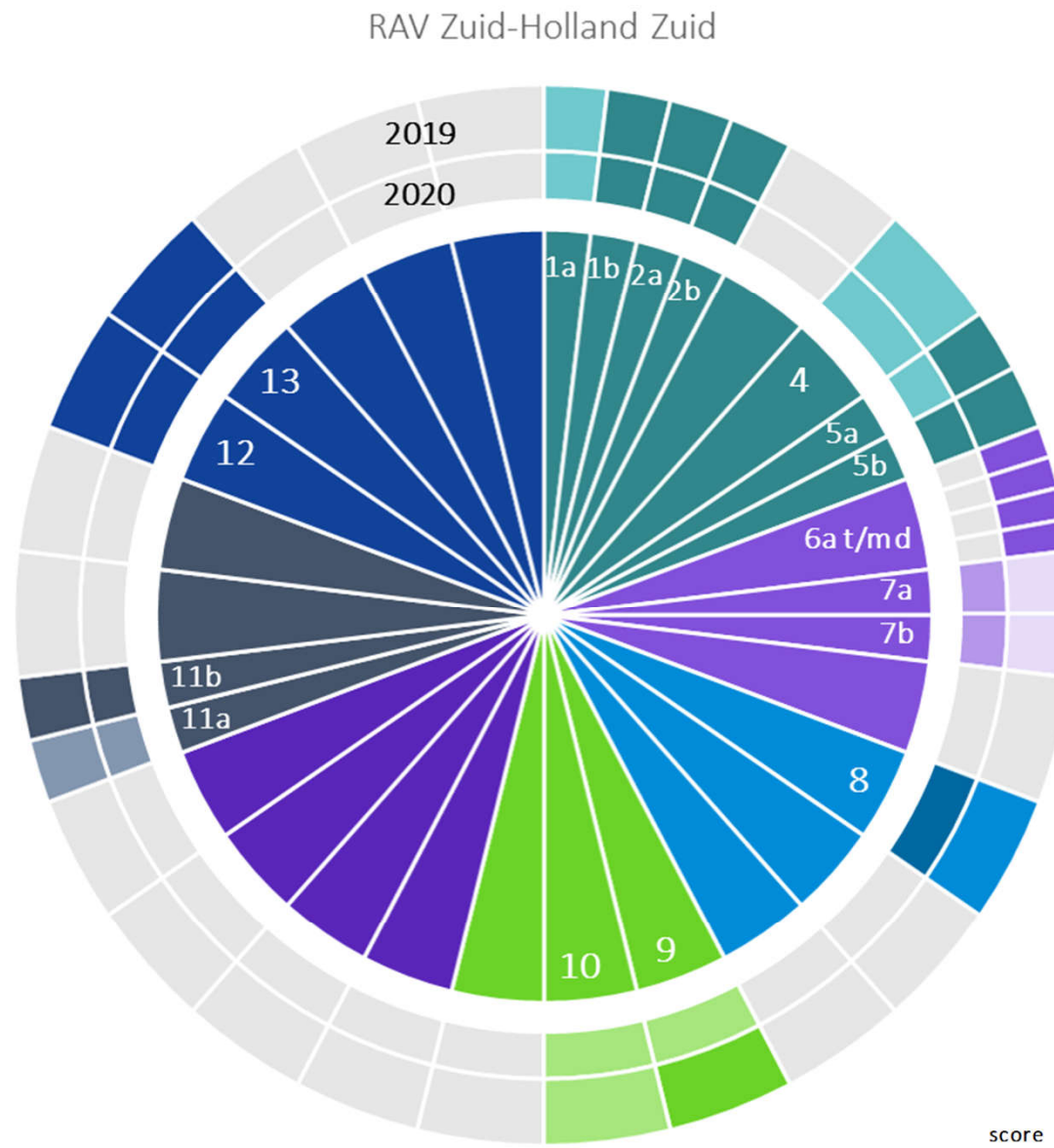
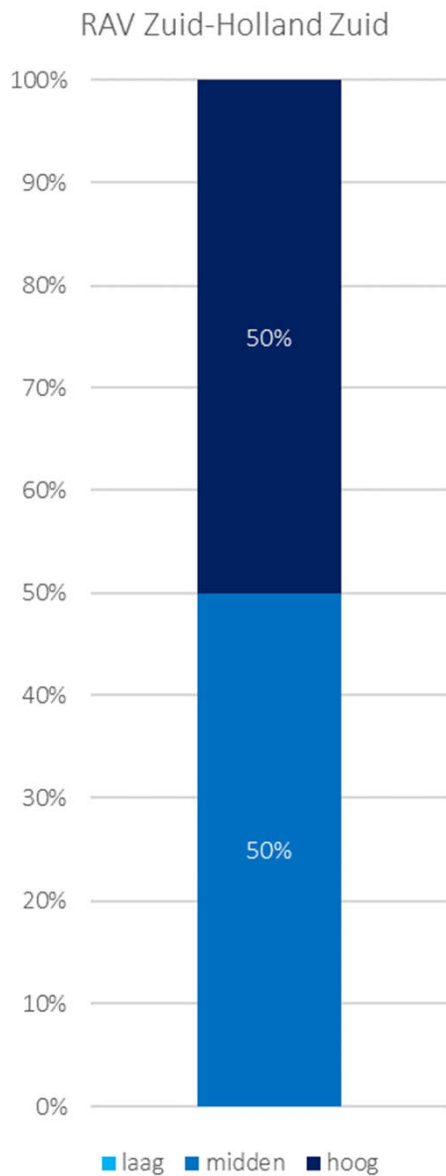
13-4-2022



Kwaliteitskader ambulancezorg: resultaten 2020

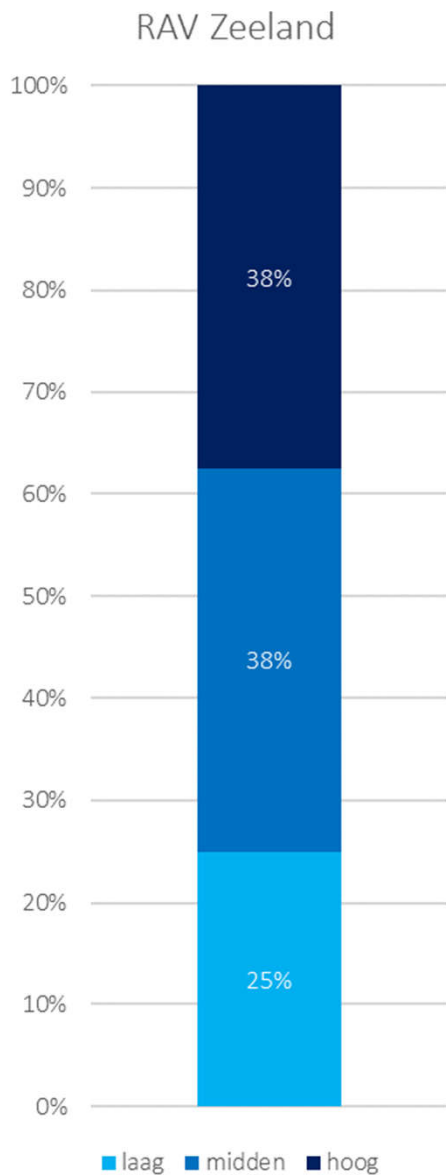
Hoofdstuk 11

Resultaten per RAV: 18 Zuid-Holland Zuid

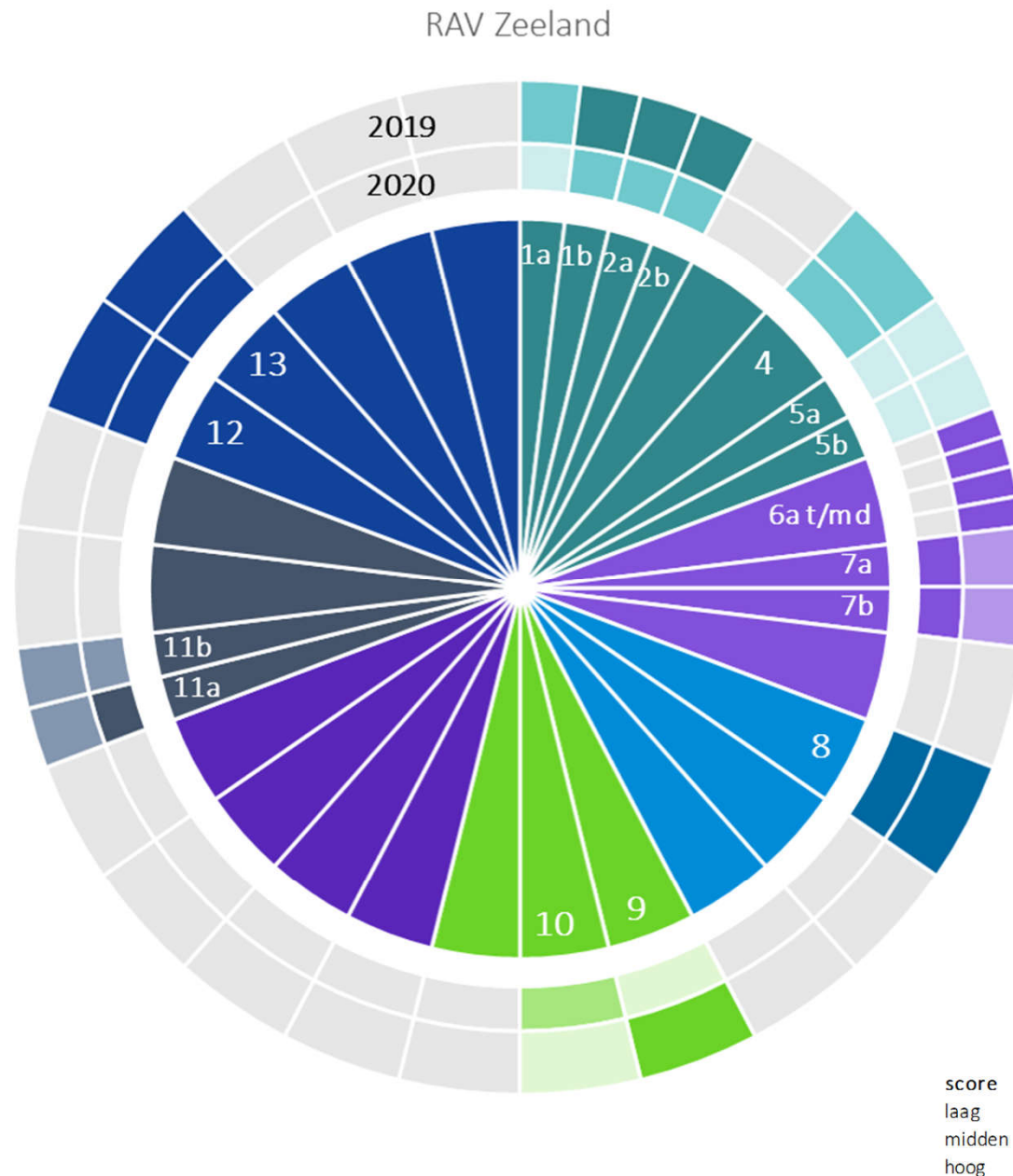


Hoofdstuk 11

Resultaten per RAV: 19 Zeeland



13-4-2022

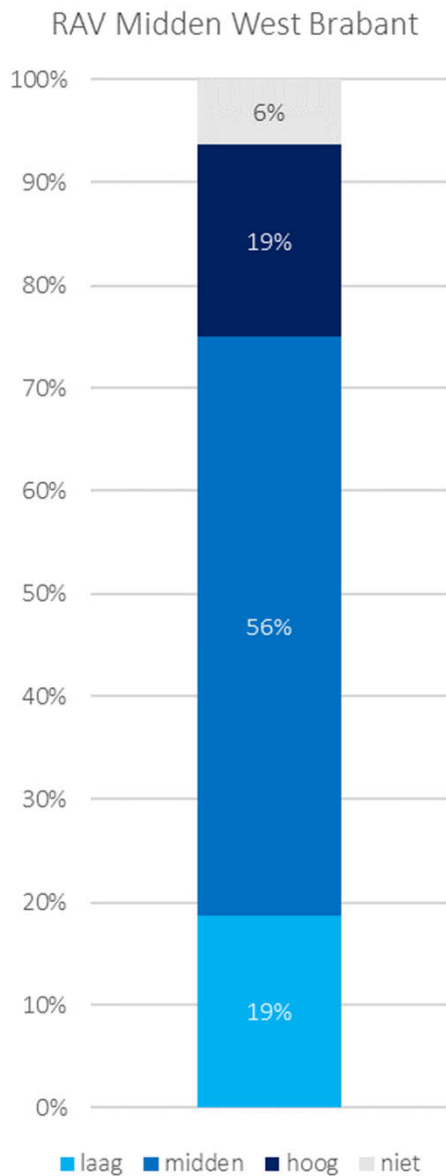


Kwaliteitskader ambulancezorg: resultaten 2020

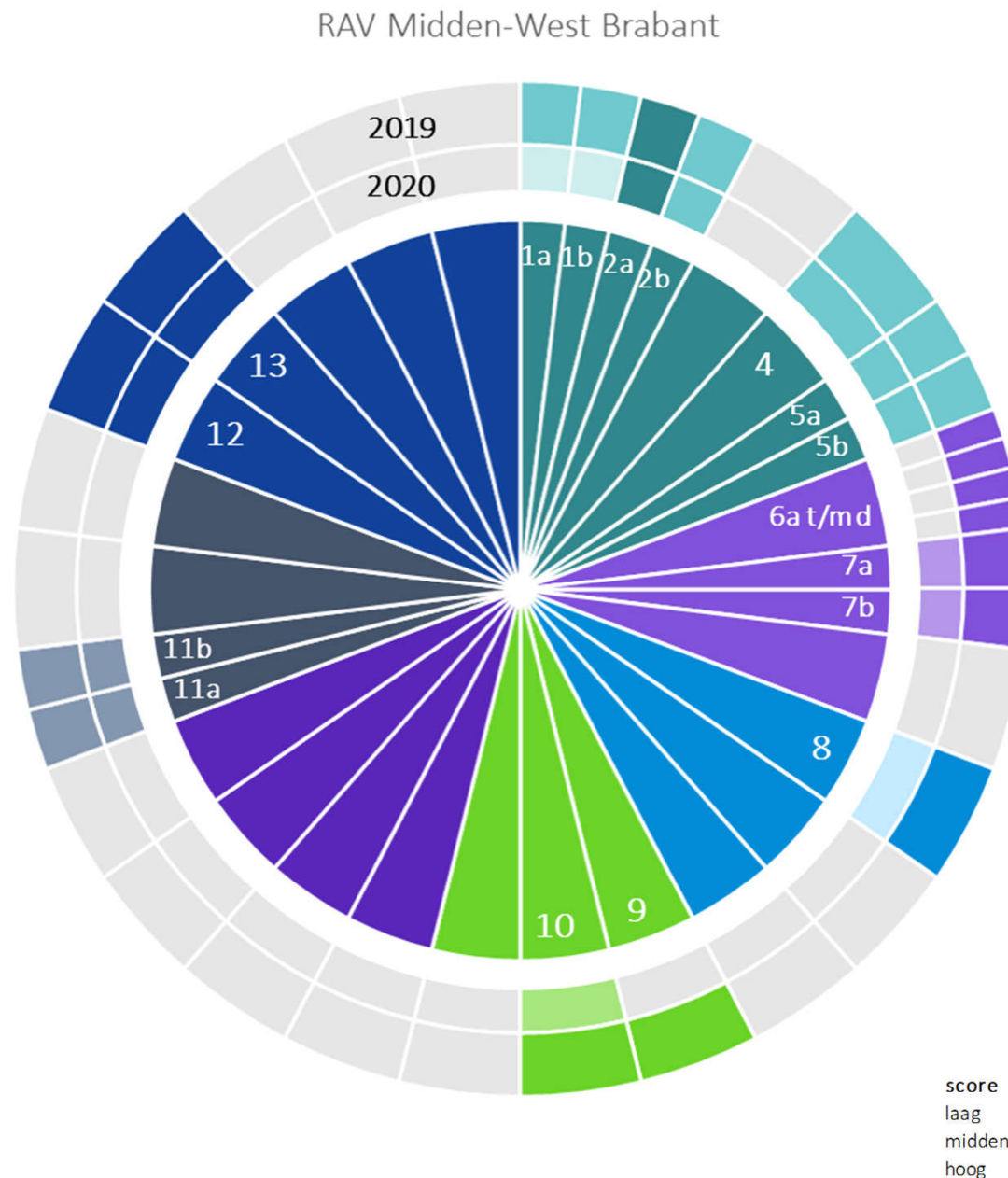
57

Hoofdstuk 11

Resultaten per RAV: 20 Midden West Brabant



13-4-2022

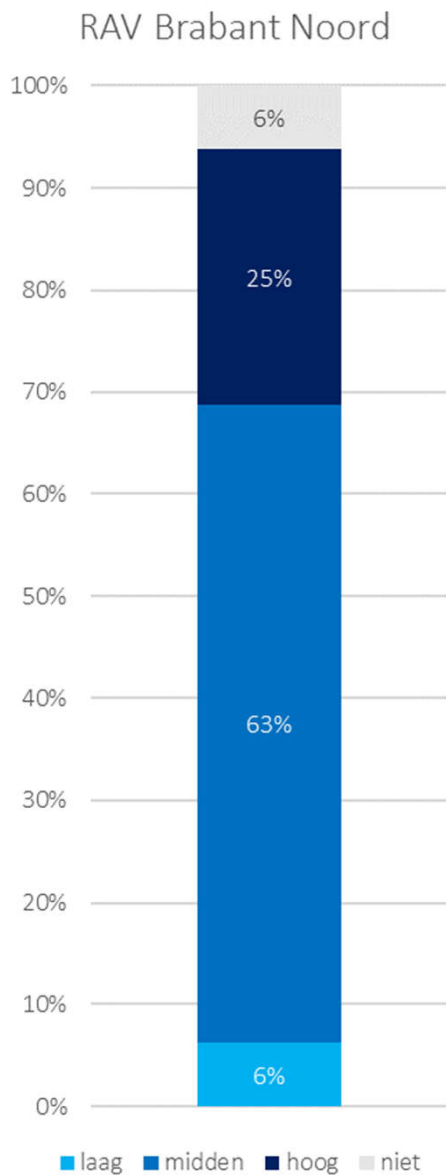


Kwaliteitskader ambulancezorg: resultaten 2020

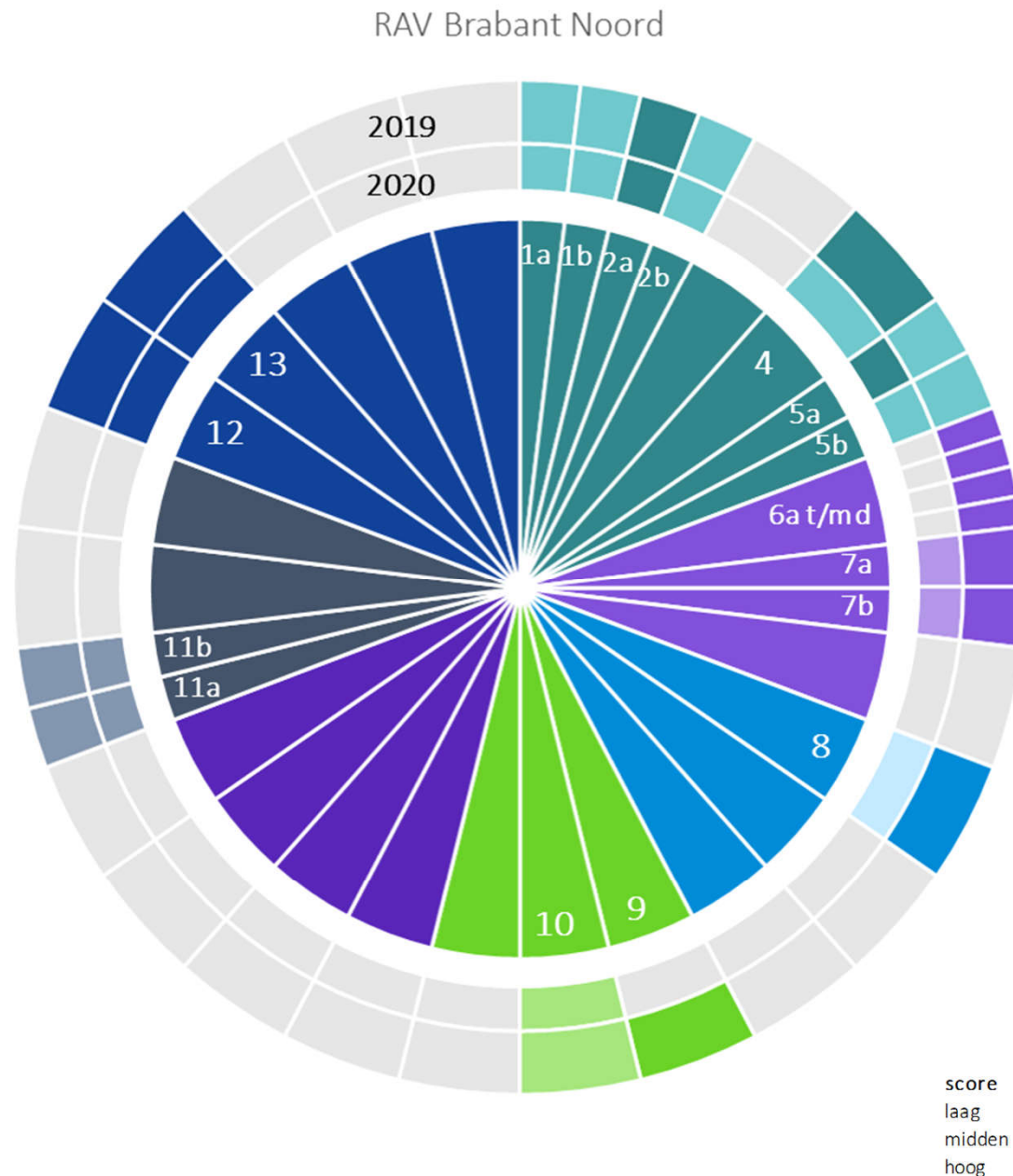
58

Hoofdstuk 11

Resultaten per RAV: 21 Brabant Noord



13-4-2022

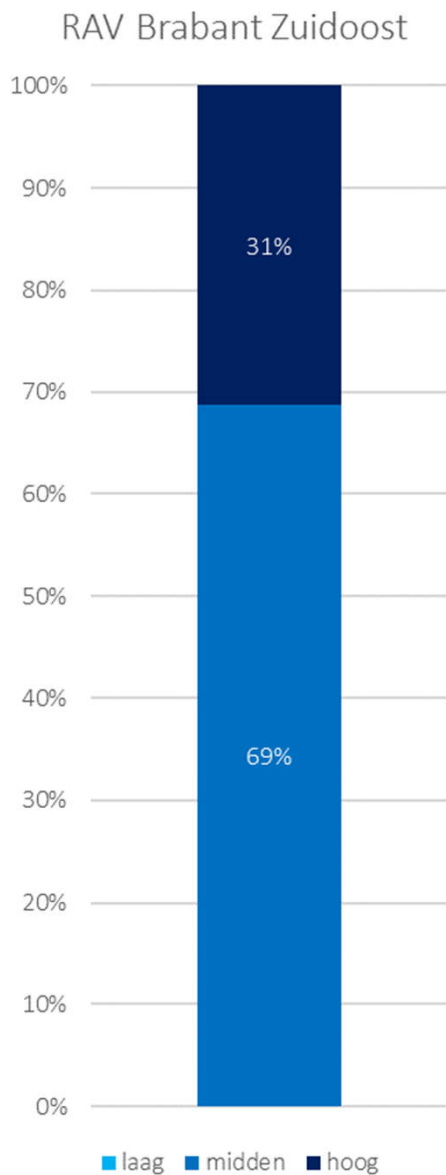


Kwaliteitskader ambulancezorg: resultaten 2020

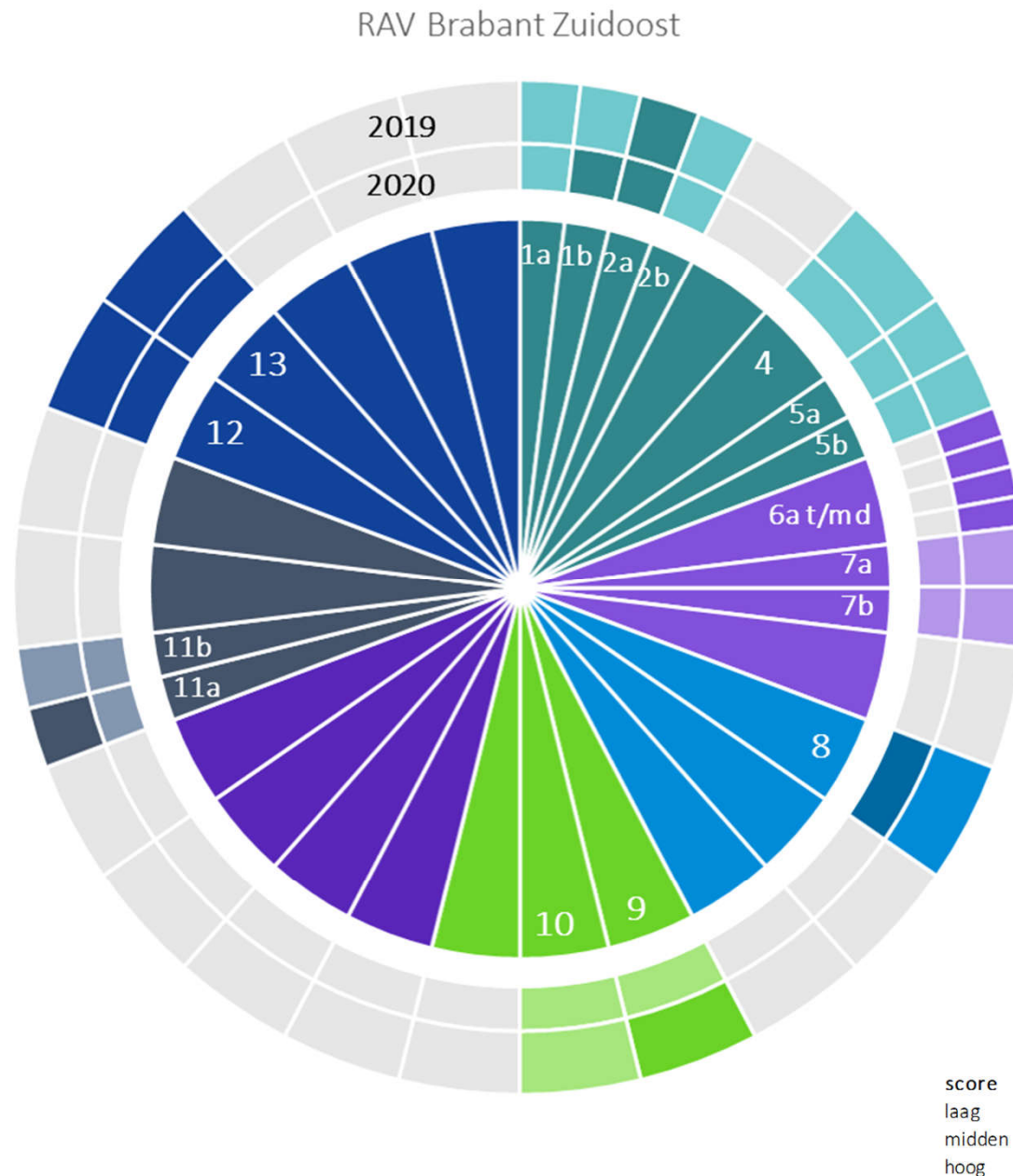
59

Hoofdstuk 11

Resultaten per RAV: 22 Zuidoost Brabant



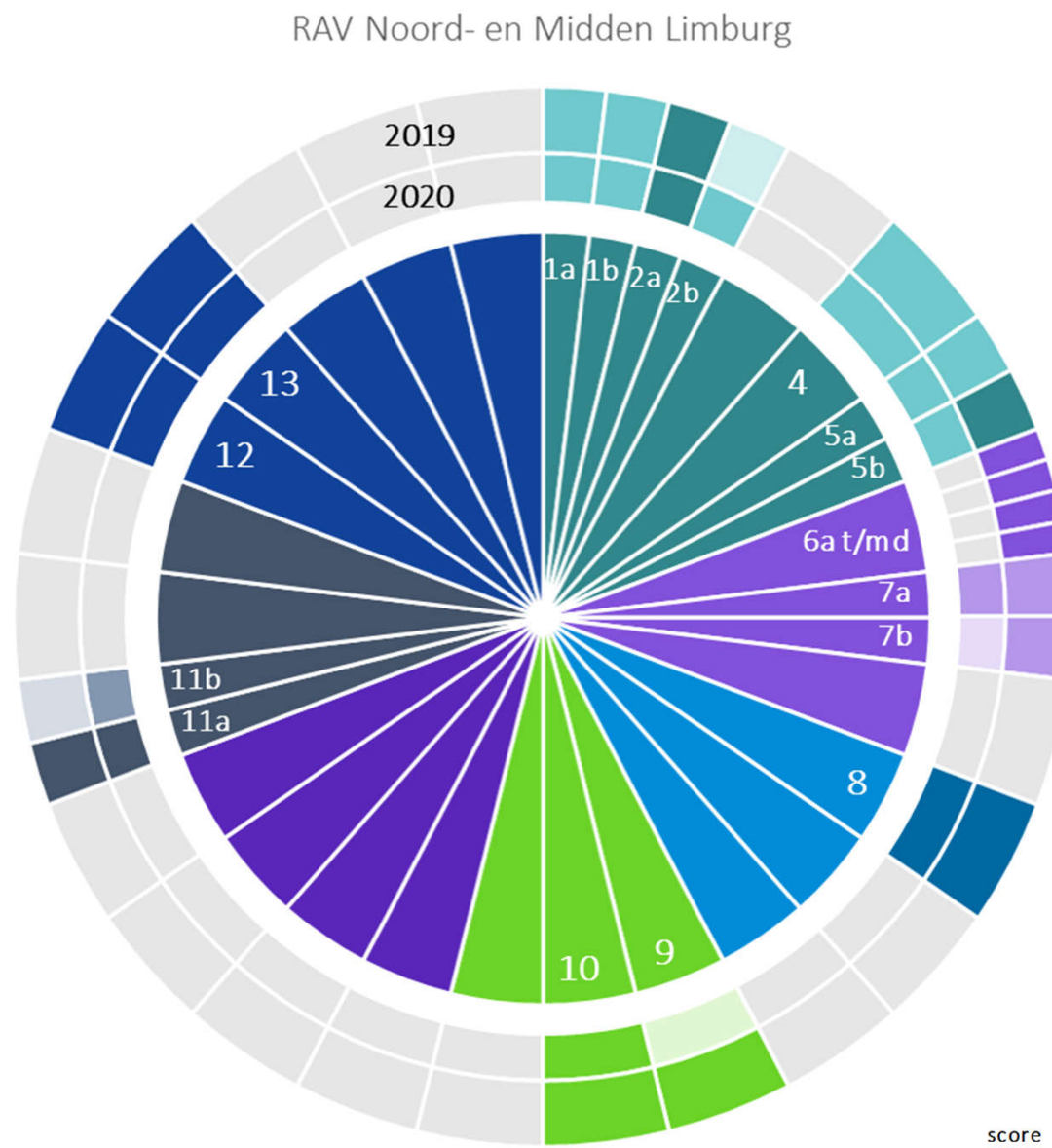
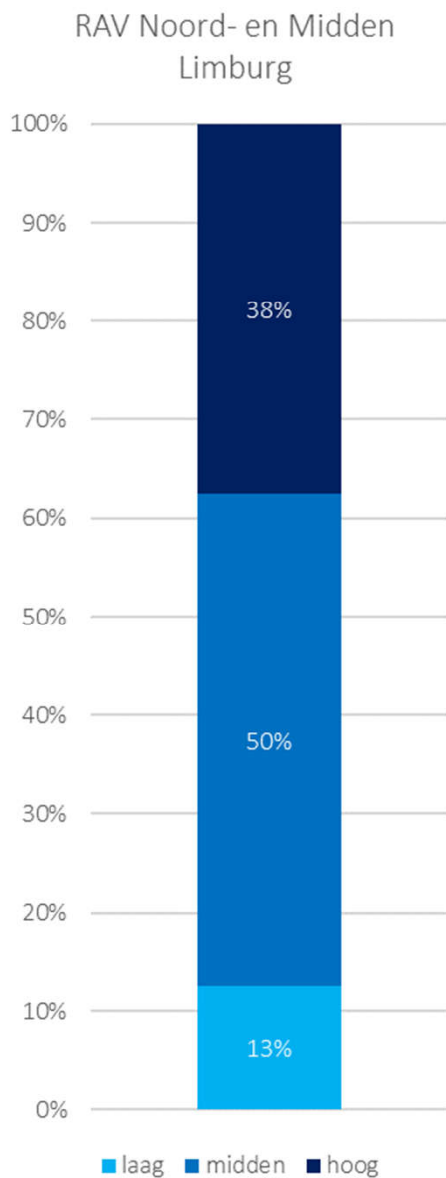
13-4-2022



Kwaliteitskader ambulancezorg: resultaten 2020

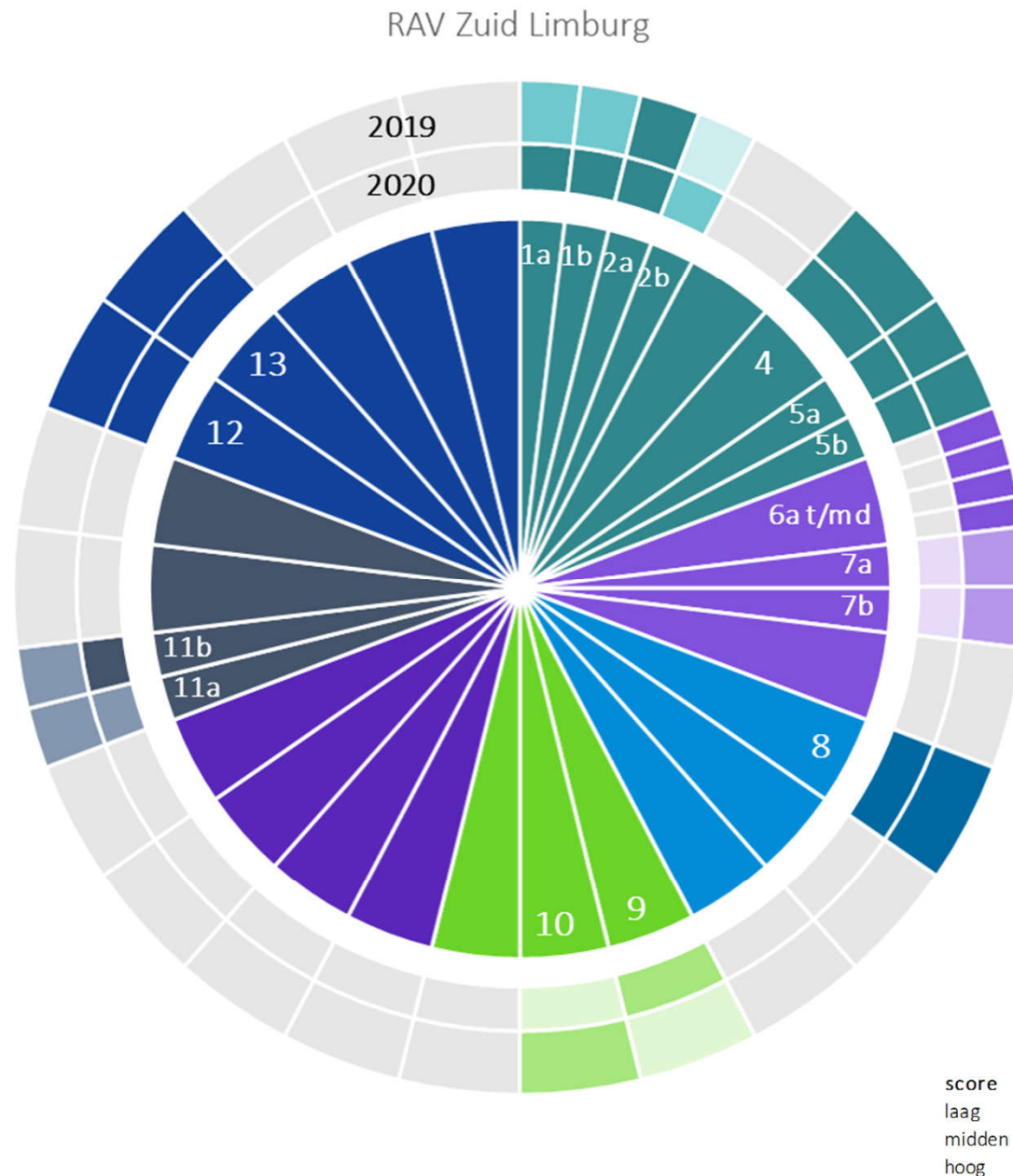
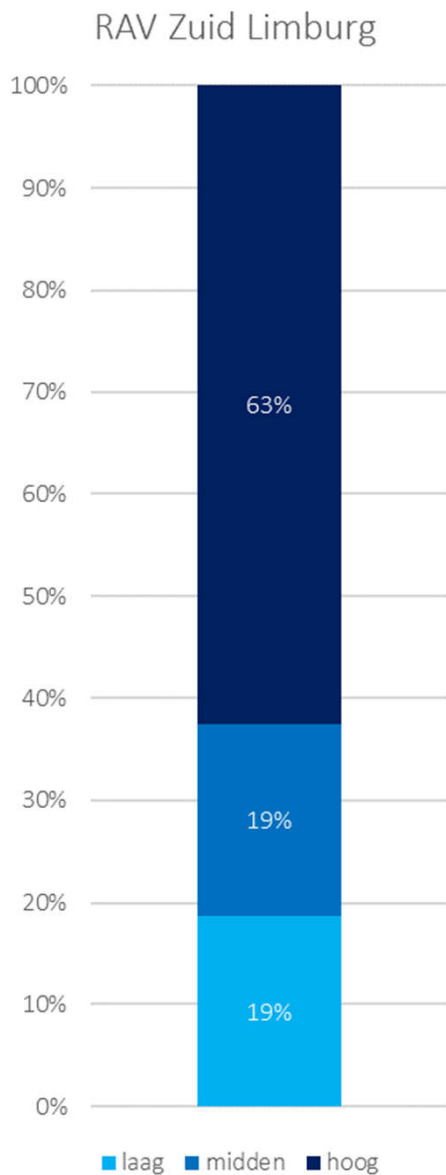
60

Hoofdstuk 11 Resultaten per RAV: 23 Noord- en Midden Limburg



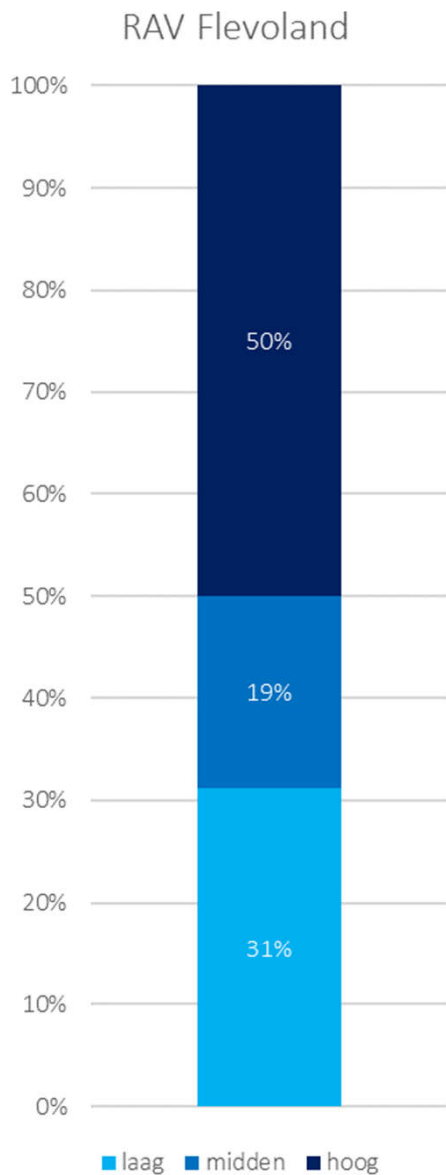
Hoofdstuk 11

Resultaten per RAV: 24 Zuid Limburg

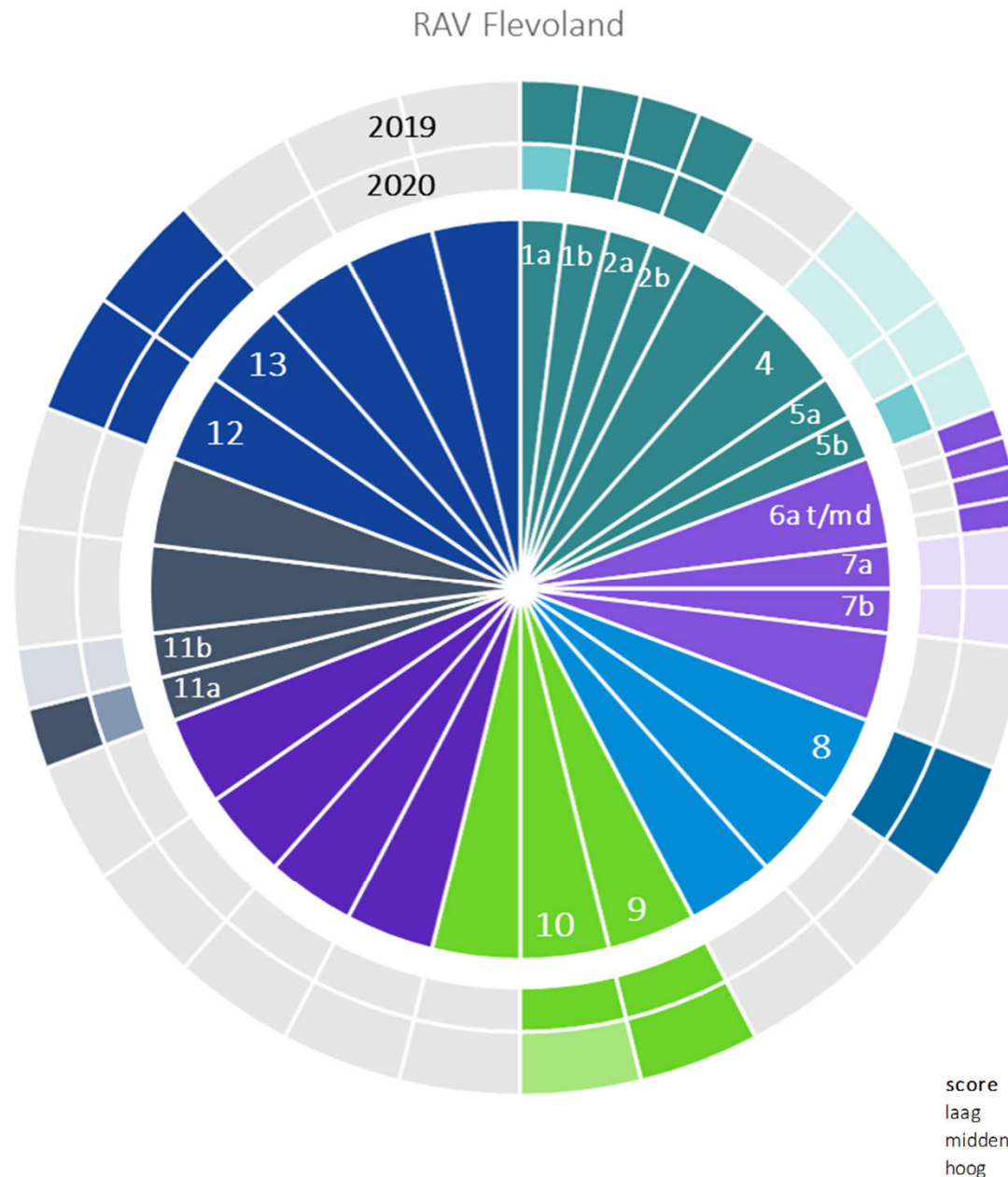


Hoofdstuk 11

Resultaten per RAV: 25 Flevoland



13-4-2022



Kwaliteitskader ambulancezorg: resultaten 2020

63



KWALITEITSKADER AMBULANCEZORG RESULTATEN 2020

Deze rapportage is met uiterste zorg en aandacht tot stand gekomen. Desondanks kunnen er fouten in staan. Indien u fouten ontdekt, kunt u dit melden via m.hoogeveen@ambulancezorg.nl.

Ambulancezorg Nederland
Zwolle, 13 april 2022