



Veiligheidsregio Gelderland-Zuid

Regionaal Ambulance Plan 2015 - 2019

Regionale Ambulancevoorziening
Gelderland-Zuid

Vastgesteld op 12 februari 2015
door het Algemeen Bestuur van de
Veiligheidsregio Gelderland-Zuid

INHOUDSOPGAVE

1. Inleiding	3
2. Profiel RAV Gelderland-Zuid	5
3. Gerealiseerde prestaties	6
3.1 Gerealiseerde tijdnormen	6
3.2 Patiënttevredenheid	7
4. Toekomstige ontwikkelingen	8
4.1. Nieuwe Wet ambulancezorg	8
4.2. Concentratie en spreiding acute zorg	8
4.3. Stijging zorgvragen uit de woonwijken	8
5. Verantwoorde ambulancezorg	9
5.1. Zorgketen	9
5.2. Veiligheidsketen	9
5.3. Wettelijk kader	9
5.4. Verantwoorde ambulancezorg	10
5.4.1 Bereikbare en beschikbare ambulancezorg	10
5.4.2. Transparante ambulancezorg	13
5.4.3 Professionaliteit, kwaliteit en veiligheid	13
5.4.4 Heldere en eenduidige vastlegging, waarborgen privacy	15
5.4.5 Continuïteit van zorg en afstemming met ketenpartners	15
5.4.6. Adequate klachtenbehandeling	16
5.4.7 Medezeggenschap en “good governance”	16
5.4.8 Landelijke Meldkamer Organisatie (LMO)	17
6. Medewerkers	18
7. Paraatheidsplan	21
7.1. Inleiding	21
7.2. Visie op paraatheid	21
7.3. Efficiënte mix van voertuigen: vervoersdifferentiatie	22
7.4. Soorten voertuigen	22
7.5. Nadere uitwerking vervoersdifferentiatie	23
7.6. Spreiding ambulances over de regio	23
7.7. Ondersteunende infrastructuur	24
7.8. Uitgangspunten bereik en normtijden	24
7.9. Paraatheidsplan ambulances	25
8. Middelen	27
8.1. Financiering	27
8.2. ICT en communicatiemiddelen	27
8.3. Kennis en technologie	28
8.4. Materiaal en materieel	28
Bijlage 1: Organogram Veiligheidsregio Gelderland-Zuid	29

1. Inleiding

1.1 Algemeen

Op grond van de Tijdelijke Wet Ambulancezorg (Twaz) zijn Regionale Ambulance Voorzieningen (RAV) verplicht periodiek een meerjarig strategisch beleidsplan op te stellen, het zogenaamde Regionaal Ambulance Plan (RAP). Onderliggend RAP beslaat de planperiode 2015-2019. Deze periode staat in het teken van twee voorgenomen majeure ontwikkelingen, te weten de samenvoeging van vijf meldkamers tot een meldkamer voor de regio Oost-Nederland, en de invoering van een nieuwe Wet ambulancezorg.

Het samenvoegen van de meldkamers van ambulance, brandweer en politie tot één grote meldkamer voor Oost-Nederland vloeit voort uit de nationalisering van de politie. Naar analogie van de gebiedsindeling van de politie wordt een meldkamerregio gevormd die de provincies Overijssel en Gelderland omvat. Qua oppervlakte en inwonertal is dit veruit de grootste regio van het land. Voor de fusie van de meldkamers, die uiteindelijk moet leiden tot maximaal 10 meldkamers in Nederland, is een Landelijke Meldkamer Organisatie (LMO) in het leven geroepen. Onder leiding van de kwartiermaker (KLMO) zal de LMO de fusies van de meldkamers begeleiden. Hoewel het oorspronkelijk de bedoeling was de fusies in 2017 te beklinken, is nu wel duidelijk dat dit vermoedelijk geruime tijd later zal worden.

Voorts zal in de planperiode van het RAP naar verwachting een nieuwe Wet Ambulancezorg het licht zien, als opvolger van de huidige Tijdelijke Wet Ambulancezorg (Twaz). In de nieuwe Wet Ambulancezorg wordt een definitief vergunningstelsel voor de ambulancezorg opgenomen. Van belang daarbij is of wordt gekozen voor een stelsel van periodieke concurrentie door middel van aanbestedingen, of dat wordt gekozen voor het toewijzen van vergunningen voor langere termijn, in combinatie met een periodieke benchmark.

Het onderhavige RAP heeft een looptijd tot 2019. Als sprake is van zich sterk wijzigende omstandigheden of van belangrijke nieuwe inzichten zal dit plan tussentijds worden aangepast. Het RAP 2015-2019 is de basis voor de beleids- en werkplannen die jaarlijks worden opgesteld en een concretisering van het voorgenomen beleid geven.

1.2 Kenmerkende beleidsverschillen

Naar verwachting zal de periode 2015-2019 voor wat betreft de ambulancezorg een merkbaar ander karakter hebben dan de voorafgaande vier jaren. In de periode 2011-2015 heeft een sterk accent gelegen op volumegroei en herschikking van capaciteiten binnen de ambulancezorg, teneinde de doelstellingen op het gebied van spreiding en paraatheid van ambulances te kunnen realiseren. Dit heeft geresulteerd in een situatie waarin de RAV Gelderland-Zuid in 2014 volledig voldeed aan alle (wettelijke) normen die gelden voor het ambulancevervoer (zie hoofdstuk 3). Ruim 95% van de A1-ritten werd binnen 15 minuten afgelegd, en ruim 98% van de A2-ritten binnen 30 minuten. Aangezien ook in de ambulancezorg de wet van de afnemende meeropbrengsten opgeld doet, zal het beleid in de komende jaren een accentverschuiving ondergaan waarbij meer aandacht komt te liggen op de patiëntenzorg zelf (uiteraard met behoud van de huidige aanrijtijden). Belangrijke thema's zijn onder andere patiëntveiligheid en de scholing van ambulancemedewerkers. Ook zal een zwaarder accent komen te liggen op de samenwerking van de diverse betrokkenen in de keten van de Spoedeisende Hulp (SEH). Dit wordt des te noodzakelijker nu het landelijk beleid erop is gericht ouderen steeds langer in hun eigen woonomgeving te laten wonen.

1.3 Totstandkoming RAP

Basis voor het onderliggende RAP is het RAP 2011-2015.

Bij de actualisatie van het RAP 2011-2015 is in eerste aanleg aan alle gemeenten die participeren in de gemeenschappelijke regeling Veiligheidsregio Gelderland-Zuid gevraagd onderwerpen aan te dragen die zij graag in het RAP 2015-2019 opgenomen zouden willen zien. Op basis hiervan is een eerste concept versie opgesteld die is besproken binnen de Veiligheidsregio Gelderland-Zuid. Vervolgens is het RAP om commentaar toegezonden aan de belangrijkste ketenpartners binnen de regio Gelderland-Zuid, te weten de Acute Zorgregio Oost, de ziekenhuizen (RadboudUMC, Canisius Wilhelmina Ziekenhuis, Ziekenhuis Rivierenland Tiel, St. Maartenskliniek), de huisartsenposten van Nijmegen e.o. en Rivierenland, de huisartsenkringen Nijmegen e.o en Gelderse Rivierengebied, Verloskundigenkringen, Pro Persona (GGZ) en GHOR/GGD Gelderland-Zuid.

Tot slot is het RAP 2015-2019 besproken in het lokaal overleg met de marktleiders van de zorgverzekeraars (CZ en Coöperatie VGZ UA).

Alle gemaakte opmerkingen zijn voor zover enigszins mogelijk ruimhartig gehonoreerd.

2. Profiel RAV Gelderland-Zuid

De RAV GZ is een sector van de Veiligheidsregio Gelderland-Zuid. Naast de RAV bestaat de Veiligheidsregio uit de sectoren Brandweer, Veiligheidsbureau, Gemeenschappelijke Meldkamer (GMK) en GHOR (zie bijlage 1 voor het organogram). Het algemeen bestuur van de Veiligheidsregio wordt gevormd door de portefeuillehouders Openbare Orde en Veiligheid van de 18 aan de Gemeenschappelijke Regeling (GR) deelnemende gemeenten.

De RAV GZ bestaat sinds 1 januari 2003 en is de opvolger van de vier ambulancediensten die indertijd werkzaam waren in de regio Gelderland-Zuid. Het werkgebied van de RAV omvat het grondgebied van alle 18 gemeenten in de regio Gelderland-Zuid. De RAV omvat een ambulancedienst en een meldkamer ambulancezorg (MKA). De MKA maakt deel uit van de Gemeenschappelijke Meldkamer (GMK) Gelderland-Zuid. In deze gemeenschappelijke meldkamer wordt samengewerkt met de meldkamers van de politie en brandweer.

De RAV GZ is erkend als een instelling van gezondheidszorg. De RAV voert haar werkzaamheden uit op grond van de door het ministerie van VWS verstrekte "aanwijzing" in het kader van de Tijdelijke Wet ambulancezorg (TWAZ). De bekostiging van de RAV geschiedde tot 1 januari 2014 uit de opbrengsten die vanuit het ambulancevervoer werden gegenereerd. Jaarlijks werden met zorgverzekeraars afspraken gemaakt over het aantal te realiseren ambulanceritten (de "productie"), alsmede de daarbij te hanteren tarieven per rit. De tarieven waren onderworpen aan de goedkeuring van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Per 1 januari 2014 is de wijze van bekostiging van de ambulancezorg gewijzigd: RAV'en krijgen een vast jaarlijks budget, ongeacht het aantal ambulanceritten. Over (onderdelen van) het budget vinden onderhandelingen plaats tussen zorgverzekeraars en RAV'en.

De RAV streeft niet naar winst. Jaarlijks wordt, onder behoud van een weerstandsvermogen om schommelingen in de financiële bedrijfsvoering te kunnen opvangen, getracht een zo groot mogelijk deel van het budget te besteden aan ambulancezorg.

De RAV stelt zich ten doel om burgers ambulancezorg te verlenen die voldoet aan de normen en professionele standaards die gebruikelijk zijn in de ambulancezorg in Nederland. De *missie* van de RAV is het toewijzen, coördineren en leveren van professionele en verantwoorde ambulancezorg: doelmatig, doeltreffend, patiëntgericht, veilig en afgestemd op de reële behoeften van de patiënt en de ketenpartners. Kortweg: zorg op maat.

De *visie* weerspiegelt de positie die de RAV ook op langere termijn wil innemen. Volgens de visie presenteert en positioneert de RAV zich voor alle inwoners en ketenpartners van de regio Gelderland-Zuid binnen de kaders van het toegewezen budget als:

- een professionele zorgorganisatie met volgens de landelijke standaards opgeleide en betrokken medewerkers;
- een actieve partner in de ketens van de spoedeisende hulp en de geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen;
- een innovatieve en resultaatgerichte zorginstelling;
- een betrouwbare en stabiele werkgever voor haar medewerkers;
- een organisatie met een transparante bedrijfsvoering en toetsbare bedrijfsresultaten.

3. Gerealiseerde prestaties

3.1 Gerealiseerde tijdnormen

In de afgelopen jaren zijn er aan de RAV'en in Nederland vooral eisen gesteld aan het tijdig bereiken van zoveel mogelijk patiënten binnen 15 minuten na een melding. In de Tijdelijke Wet Ambulancezorg is deze eis geconcretiseerd in de norm van 95% van de spoedritten binnen 15 minuten voor A1-ritten (met optische en akoestische signalen). Voor A2-ritten (zonder optische en akoestische signalen) geldt een norm van 95% binnen 30 minuten.

Het primaire werkproces van meldkamer en ambulance kan worden onderscheiden in een aantal stappen, te weten:

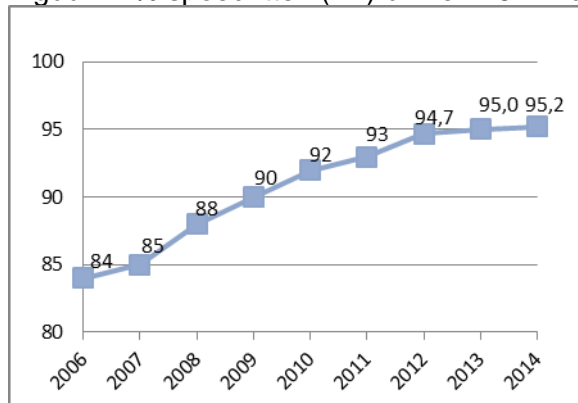
- de meldtijd (van aanname 112-melding tot opdrachtverstrekking aan de ambulance);
- de uitruktijd (van ritopdracht meldkamer tot vertrek van de ambulance);
- de rijtijd (van vertrek ambulance tot aankomst bij de patiënt);
- de responstijd (het gehele proces van aanname 112-melding tot aankomst bij de patiënt).

De bijbehorende tijdnormen zijn:

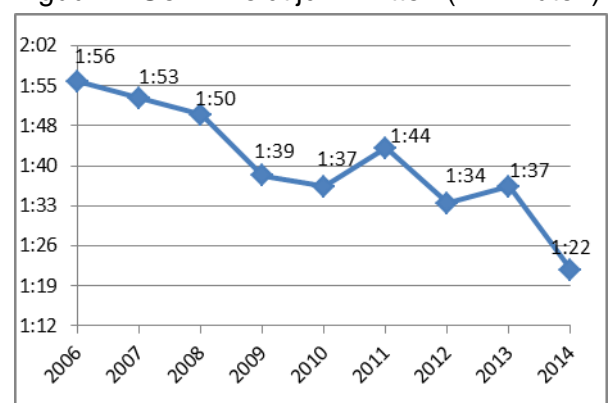
- meldtijd: maximaal 2 minuten;
- uitruktijd: maximaal 1 minuut;
- rijtijd: maximaal 12 minuten;
- responstijd: maximaal 15 minuten.

In de afgelopen jaren hebben de prestatienormen zich als onderstaand ontwikkeld. (Voor een meer gedetailleerde cijfermatige analyse wordt verwezen naar de kwaliteitsjaarverslagen van de RAV Gelderland-Zuid.) De cijfers zijn ontleend aan de jaarlijkse publicatie van de branchegegevens door Ambulancezorg Nederland.¹

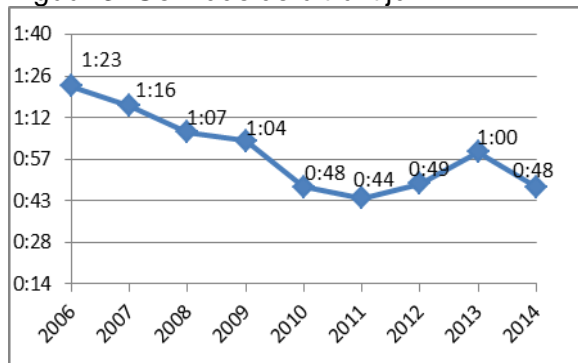
Figuur 1: % spoedritten (A1) binnen 15 minuten



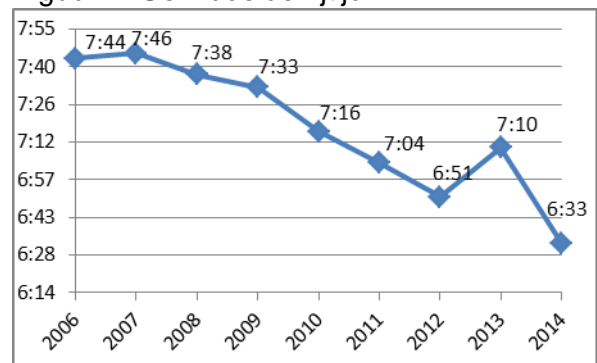
Figuur 2: Gem. meldtijd A1-ritten (in minuten)



Figuur 3: Gemiddelde uitruktijd

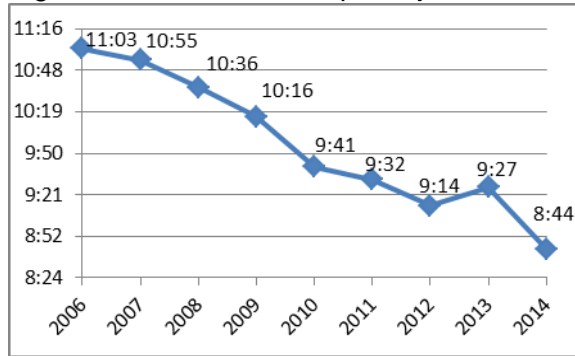


Figuur 4: Gemiddelde rijtijd

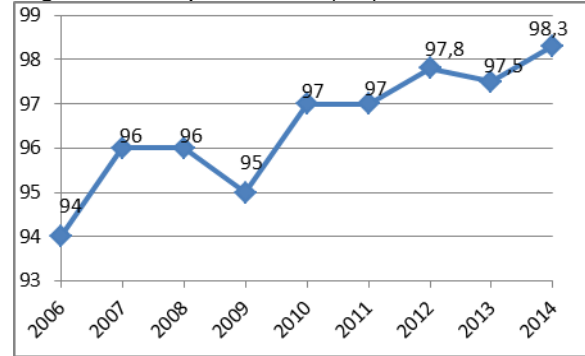


¹Ambulancezorg Nederland, Ambulances in-zicht 2006 tot en met 2013, Zwolle 2006-2013

Figuur 5: Gemiddelde responstijd



Figuur 6: % spoedritten (A2) binnen 30 minuten



Bovenstaande cijfers geven aan dat er sprake is van een sterke verbetering van de prestaties op het gebied van de ambulancezorg. Per saldo steeg het percentage spoedritten dat binnen 15 minuten werd afgelegd sinds 2006 met 11 procentpunten. De gemiddelde responstijd daalde over diezelfde periode met 14 procent. Naar volgorde van het % ritten binnen 15 minuten steeg de RAV Gelderland-Zuid van een 20^e plaats (van 24) in 2006 naar een 6^e plaats in 2013.

Het percentage A2-ritten waarbij de patiënt binnen 30 minuten werd bereikt, steeg van 94% naar 98%. Landelijk gezien nam de RAV Gelderland-Zuid hiermee een 4^e positie (van 24) in.

Per saldo wordt geconcludeerd dat de RAV Gelderland-Zuid in de afgelopen jaren is gaan voldoen aan alle gestelde tijdsnormen.

3.2 Patiënttevredenheid

Naast de aanrijtijden zijn de ervaringen van de patiënten met de ambulancezorg van groot belang. In dit kader heeft de RAV Gelderland-Zuid in de afgelopen planperiode diverse malen een patiënttevredenheidsonderzoek uitgevoerd. Aanvankelijk bestonden deze onderzoeken uit schriftelijke enquêtes onder vervoerde patiënten aan de hand van een zelf ontwikkelde vragenlijst.

In 2013 is een start gemaakt met de uitvoering van een landelijk onderzoek naar patiënttevredenheid. Dit onderzoek is uitgevoerd in de vorm van een CQI (Consumer Quality Index) –onderzoek. CQI-onderzoek is een door een externe organisatie uitgevoerd gevalideerd onderzoek naar patiënttevredenheid. Dergelijk onderzoek is gangbaar binnen veel sectoren van de gezondheidszorg. Uit het onderzoek blijkt dat de ambulancezorg landelijk gezien een rapportcijfer van 9,0 krijgt. De RAV Gelderland-Zuid scoorde in dit onderzoek een overall rapportcijfer van 9,2. De meldkamer scoorde gelijk aan het landelijk gemiddelde, te weten een 8,4.

4. Toekomstige ontwikkelingen

Hoewel de toekomst zich moeilijk laat voorspellen, zijn er diverse ontwikkelingen die hun schaduw reeds vooruit werpen. Deze ontwikkelingen zijn hieronder benoemd, waarbij getracht is om aan te geven wat de relevantie van deze ontwikkelingen waarschijnlijk zal zijn voor de ambulancezorg.

4.1. Nieuwe Wet ambulancezorg

De huidige Tijdelijke Wet ambulancezorg heeft een looptijd tot 1 januari 2018. Vanaf 1 januari 2018 zal er derhalve een nieuwe Wet ambulancezorg van kracht moeten zijn. Wil de wet op 1 januari 2018 van kracht worden, en rekening houdend met de parlementaire behandeling, dan moeten in 2015 de belangrijkste contouren van de wet bekend zijn.

Een belangrijk en in het verleden weerbarstig bestanddeel van de wet betreft de wijze waarop de "markt" kan en moet worden gereguleerd. Hierbij gaat het met name om de vraag hoeveel concurrentie op de markt van de spoedeisende hulp politiek gezien wenselijk wordt geacht, en hoe dit zich verhoudt tot de Europese regelgeving. Voorshands is niet waarschijnlijk dat de huidige RAV'en hun 'aanwijzing' uit de Tijdelijke Wet Ambulancezorg zonder meer kunnen verruilen voor een definitieve vergunning. Naar verwachting zullen de ambulancevergunningen aanbesteed moeten worden. Consequentie hiervan kan zijn dat zowel binnenlandse als buitenlandse ambulancebedrijven en investeerders zullen trachten zo veel mogelijk vergunningen te verwerven. Welke consequenties dit zal hebben voor de zittende, latende partijen moet zich nog uitkristalliseren.

4.2. Concentratie en spreiding acute zorg

In de afgelopen jaren is sprake van een toenemende aandacht voor concentratie en spreiding in de acute zorg. Achterliggend idee is dat concentratie van complexe, spoedeisende zorg in een beperkt aantal ziekenhuizen, leidt tot een verbetering van de kwaliteit van het medisch handelen. Over de concrete uitwerking van dit gedachtengoed zijn zorgverzekeraars en ziekenhuizen reeds geruime tijd in overleg. In 2013 kreeg de discussie een nieuwe impuls als gevolg van de presentatie van de "Kwaliteitsvisie Spoedeisende Zorg" door Zorgverzekeraars Nederland (ZN).

In de planperiode van dit RAP zal concentratie en spreiding van acute zorg naar verwachting een steeds belangrijker thema worden en zal de ambulancezorg te maken krijgen met de consequenties van deze keuzen. Aangezien de RAV Gelderland-Zuid opereert in een regio met een universitair medisch centrum, is de verwachting dat concentratie en spreiding een volumeverhogend effect heeft op het bestelde vervoer en het interklinisch vervoer. Zorgverzekeraars hebben zich eerder op het standpunt gesteld dat wanneer spreiding en concentratie leidt tot grotere vervoersstromen, overleg zal worden gevoerd over de meerkosten hiervan. Er wordt van uitgegaan dat veranderingen in de vervoersstromen niet zullen leiden tot een aanpassing van de bestaande normtijden.

4.3. Stijging zorgvragen uit de woonwijken

In de afgelopen jaren is een beleid gevoerd gericht op het sluiten van verpleeg- en verzorgingshuizen, en het bevorderen van het langer zelfstandig blijven wonen van ouderen in hun eigen woonomgeving. Het is de verwachting dat deze beleidlijn, in combinatie met een verdere vergrijzing van de bevolking, zich in de planperiode van dit RAP zal voortzetten. Het gevolg hiervan is dat er meer mensen met multi-causale, meer complexe zorgvragen in de wijken komen te wonen. Dit leidt naar alle waarschijnlijkheid tot een zeer gevarieerde vraag naar mobiele gezondheidsdiensten. Deze gevarieerde vraag noopt tot goed gecoördineerde mobiele zorg aan deze ouderen. Voor de ambulancezorg betekent dit dat nog meer aandacht moet worden besteed aan een goede afstemming en triage van zorgvragen met ketenpartners. Voorts moet aandacht worden besteed aan goede kennis bij centralisten en verpleegkundigen om de complexe zorgvragen te kunnen onderkennen en behandelen.

5. Verantwoorde ambulancezorg

Krachtens de wet (WTZI) is een RAV een zorginstelling. Volgens de Kwaliteitswet Zorginstellingen moeten zorginstellingen aan een aantal eisen voldoen om zorg van goede kwaliteit te kunnen bieden. Instellingen dienen verantwoorde zorg te leveren. Dat wil zeggen: zorg van een goed niveau en in ieder geval doeltreffend, doelmatig, afgestemd en gericht op de reële behoefte van de patiënt. Een zorginstelling dient dus zelf – of op koepelniveau – een visie te ontwikkelen op het begrip ‘verantwoorde zorg’. De RAV GZ volgt de visie van de branche-organisatie Ambulancezorg Nederland (AZN) op het begrip “verantwoorde zorg”². Daarmee verplicht de RAV zich om voorwaarden te scheppen, zodat deze verantwoorde zorg ook daadwerkelijk kan worden geleverd.

5.1. Zorgketen

De RAV GZ streeft naar uitstekende werkverhoudingen en -afspraken met alle instellingen en personen die zich bekommeren om mensen die (dringende) medische hulp nodig hebben.

Ambulancezorg wordt gerekend tot de acute zorg. De acute zorg kan worden opgevat als een keten van organisaties die zich bekommert om mensen die dringende medische hulp nodig hebben. De belangrijkste schakels in de acute zorg zijn de huisartsen, de huisartsenposten, de regionale ambulancevoorzieningen, de spoedeisende medische hulpafdelingen (SMH's) van ziekenhuizen en de traumacentra met de mobiele medische teams. Ook de verloskundige hulpverlening en de geestelijke gezondheidszorg kennen vormen van acute zorg. Tenslotte spelen, naast de zorgverleners, ook de zorgverzekeraars en de overheid een belangrijke rol bij het functioneren van de keten. De RAV GZ voelt zich verantwoordelijk voor het goed functioneren van de zorgketen en spant zich van oudsher in om deze keten zo sterk mogelijk te maken. Reeds lang voordat landelijk het ROAZ (Regionaal Overleg Acute Zorg) op de schaal van de traumaregio verplicht werd, kende de RAV een vergelijkbaar regionaal overleg, onder de naam TANGO. Het Tango-overleg heeft veel concrete en tastbare resultaten opgeleverd voor de spoedzorg. Om die reden wil de RAV dit operationele ketenpartneroverleg continueren. Vanuit dezelfde gedachtegang van versterking van de acute zorg participeert de RAV actief in het Regionaal Overleg Acute Zorg (ROAZ) en in alle zogenaamde "focusgroepen" van het ROAZ. Tevens wordt met individuele ketenpartners afstemmingsoverleg gevoerd. Voorts tracht de RAV GZ waar mogelijk innovatieve projecten uit te voeren met ketenpartners.

5.2. Veiligheidsketen

De RAV GZ streeft naar uitstekende werkverhoudingen en –afspraken met alle actoren die zich binnen de veiligheidsketen bekommeren om mensen die (dringend) hulp nodig hebben.

De RAV GZ heeft niet uitsluitend een positie in de zorgketen, maar ook nadrukkelijk in de veiligheidsketen. Immers, bij grootschalige incidenten of rampen is de ambulancezorg, naast politie- en brandweertzorg een cruciale schakel in de hulpverleningsketen. Medewerkers van de RAV GZ werken onder dergelijke omstandigheden nauw samen met de gemeenschappelijke meldkamer, GHOR, brandweer, politie, huisartsen, ziekenhuizen, GGD en andere instellingen. Afstemming en coördinatie, training en oefening met deze partners is absoluut noodzakelijk om onder rampomstandigheden de beste resultaten te boeken. De samenvoeging van Regionale Brandweer, Veiligheidsbureau, RAV, meldkamer en GHOR tot één hulpverleningsorganisatie en een eenduidige bestuurlijke aansturing van deze hulpverleningsorganisatie en de regionale politie scheppen goede kaders voor een optimale samenwerking. De RAV wil hierin een actieve rol spelen.

5.3. Wettelijk kader

De RAV GZ verplicht zich te voldoen aan het vigerende wettelijk kader voor de ambulancezorg. De RAV streeft naar het behoud van een vergunning voor het verlenen van ambulancezorg in de regio Gelderland-Zuid. Ambulancezorg wordt uitgevoerd op basis van de branche-omschrijving van “verantwoorde zorg”.

² Ambulancezorg Nederland, Nota Verantwoorde Ambulancezorg, Zwolle, februari 2013

Ambulancezorg wordt geleverd binnen een complex wettelijk kader. De RAV GZ streeft er vanzelfsprekend naar aan alle wettelijke eisen te voldoen. Daarbij is een aantal wetten specifiek van belang en richtinggevend voor de visie van de RAV GZ.

In de eerste plaats is dit uiteraard de Tijdelijke Wet Ambulancezorg (Twaz, 2013). De Twaz richt zich vooral op het proces van verlening van vergunningen voor ambulancezorg en is daarmee bepalend voor de vraag wie wanneer ambulancezorg mag bieden. Uiterlijk 1 januari 2018 dient de tijdelijke wet te zijn omgezet in een nieuwe, definitieve wet.

Hiernaast is de Kwaliteitswet Zorginstellingen (1996) van belang. Deze wet verplicht alle zorginstellingen om verantwoorde zorg te bieden en de kwaliteit van de geleverde zorg systematisch te bewaken en te verbeteren. Wat onder het begrip "verantwoorde zorg" moet worden volstaan is door de ambulancesector nader uitgewerkt in de nota "Verantwoorde Ambulancezorg" (zie 5.4).

Deze nota vormt, samen met de binnen de sector ontwikkelde protocollen (Landelijk Protocol Ambulancezorg en de Landelijke Standaard Meldkamer Ambulancezorg (LSMA)) het toetsingskader voor de organisatie en de uitvoering van de ambulancezorg.

Daarnaast is de Wet BIG (Beroepen Individuele Gezondheidszorg) van belang, omdat deze toeziet op de kwaliteit die individuele beroepsbeoefenaren moeten leveren en de patiënt beschermt tegen ondeskundig en onzorgvuldig handelen van beroepsbeoefenaren. De wet BIG is binnen de ambulancesector van toepassing op ambulanceverpleegkundigen, verpleegkundig centralisten en medisch managers ambulancezorg.

De Wet Geneeskundige Behandeloovereenkomst (WGBO, 1995) legt de rechten en verplichtingen vast van de patiënt en de hulpverlener die voortvloeien uit de overeenkomst tot een geneeskundige behandeling. De wet regelt de informatieplicht, de toestemmingsvereiste, de vertegenwoordiging en positie van minderjarigen en de privacy.

5.4. Verantwoorde ambulancezorg

De RAV GZ wil minimaal voldoen aan alle eisen die nodig zijn om verantwoorde ambulancezorg te kunnen leveren.

De Kwaliteitswet Zorginstellingen verplicht alle zorginstellingen om verantwoorde zorg te bieden en de kwaliteit van de geleverde zorg systematisch te bewaken en te verbeteren. In de nota "Verantwoorde Ambulancezorg" wordt de volgende samenvatting van verantwoorde ambulancezorg gegeven.

Verantwoorde ambulancezorg:

1. is bereikbaar en beschikbaar;
2. is transparant;
3. is professioneel, kwalitatief hoogwaardig en veilig;
4. wordt helder en eenduidig vastgelegd, met waarborgen voor privacy van de cliënt;
5. sluit naadloos aan op de zorg van ketenpartners;
6. voorziet in een adequate klachtenbehandeling;
7. voorziet in participatie door patiënten en wordt geleverd door organisaties die voldoen aan de eisen van goed bestuur.

RAV GZ onderschrijft deze omschrijving van verantwoorde ambulancezorg en wil in ieder opzicht aan de eisen van verantwoorde ambulancezorg voldoen.

5.4.1 Bereikbare en beschikbare ambulancezorg

Ambulancezorg wordt in Gelderland-Zuid geleverd op basis van een regionaal spreidings- en beschikbaarheidsplan. Dit is gebaseerd op het landelijke Referentiekader van het Ministerie van VWS, maar wijkt daar op onderdelen van af.

Afwijkingen zijn toegestaan na instemming van zorgverzekeraars. Het vigerende regionale spreidingsplan, inclusief de afwijkingen van het Landelijk Referentiekader, is geaccordeerd in het lokaal overleg tussen RAV en zorgverzekeraars.

De dynamische infrastructuur van de regio vraagt om voortdurende aanpassingen van de uitrukplaatsen van ambulances. Om hieraan te kunnen voldoen is het nodig om onderscheid te maken tussen volledig geoutilleerde “opkomststandplaatsen” en “voorwaardescheppende standplaatsen” waar wel de noodzakelijke, maar niettemin minder uitgebreide voorzieningen aanwezig zijn.

Door de complexe, maar ook dynamische infrastructuur dient snel te kunnen worden ingespeeld op zich wijzigende omstandigheden in de infrastructuur. Alleen dan kunnen aanrijtijden zo kort mogelijk worden gehouden. Hierop is de visie gebaseerd dat ambulancestandplaatsen in toenemende mate een rol moeten krijgen als verzamelpunt voor start en einde van diensten. Gedurende de dag en avond zullen ambulances vooral die posities binnen Gelderland-Zuid innemen die de MKA noodzakelijk acht, gelet op de op dat moment wenselijke gebiedsdekking. Vanaf 2014 wil de RAV werken met zogenaamde “opkomststandplaatsen”, waar meerdere teams opkomen voor hun dienst en waar alle benodigde voorzieningen beschikbaar zijn. Opkomststandplaatsen zijn gevestigd in Nijmegen, Beuningen (nieuw), Kesteren, Tiel en Rumpst (nieuw). Vanuit deze opkomststandplaatsen verspreiden de ambulances zich vervolgens over de regio, onder regie van de MKA. Het beleid van de RAV is in de planperiode vooral gericht op het vergroten van de flexibiliteit van de ambulancestandplaatsen, onder andere door meer voorwaardescheppende locaties te realiseren. Waar mogelijk zal gebruik worden gemaakt van het fijnmazige netwerk van brandweerposten.

De RAV GZ hanteert “open” gebiedsgrenzen. Bij spoed wordt de dichtstbijzijnde ambulance gealarmeerd, ongeacht van welke RAV of vanuit welke regio deze afkomstig is.

De RAV GZ streeft naar een uitstekende samenwerking met andere RAV'en, waarbij sprake is van open gebiedsgrenzen en waarbij ambulances over en weer worden ingezet uitsluitend vanuit het belang van een adequate patiëntenzorg, ongeacht waar (in welke regio) de patiënt zich op dat moment bevindt. Om dit te verzekeren heeft de RAV GZ schriftelijke afspraken met omringende RAV'en, over zowel permanente ondersteuning in gebieden die vanuit andere regio's sneller kunnen worden bereikt (en vice versa), als over incidentele ondersteuning. Deze afspraken worden periodiek geëvalueerd. Hiernaast gelden er landelijke afspraken over onderlinge assistentie van RAV'en. Met de RAV Gelderland-Midden wordt gezamenlijk een standplaats geëxploiteerd in Oosterhout. Dit beleid van “open grenzen” wordt onverkort voortgezet.

Op de meldkamer ambulancezorg (MKA) zijn gediplomeerde verpleegkundig centralisten werkzaam. De uitvraag van meldingen geschiedt voorshands aan de hand van de Nederlandse Triage Standaard (NTS).

De MKA is verantwoordelijk voor de indicatiestelling, zorgtoewijzing en zorgcoördinatie. Het beleid van de RAV is erop gericht dat de meldkamer steeds 7x24 uur bereikbaar is en minimaal wordt bezet door twee centralisten. Overdag wordt gestreefd naar een bezetting door drie centralisten, waarvan één specifiek voor het plannen van het bestelde vervoer. Afhankelijk van de drukte wordt een derde centralist ingezet. Gedurende de nacht is er voorts één centralist op basis van een piketregeling beschikbaar. Aan alle centralisten wordt de eis gesteld dat zij zijn opgeleid (of in opleiding zijn) tot verpleegkundig centralist. Ten behoeve van een flexibele bedrijfsvoering wordt gebruik gemaakt van zgn. “combi-centralisten”. Dit zijn verpleegkundigen die zowel op de meldkamer als op de ambulance werkzaam zijn en voor beide werkzaamheden zijn opgeleid. Ook op het gebied van de meldkamer is het beleid gericht op nauwe samenwerking en afstemming van werkprocessen met de RAV Gelderland-Midden. Dit moet leiden tot efficiencyverbeteringen, logistieke voordelen en het verminderen van de kwetsbaarheid van de meldkamers.

Binnen de MKA wordt momenteel gebruik gemaakt van NTS (Nederlands Triage Standaard) als uitvraagmethodiek. Er wordt ook in de komende planperiode naar gestreefd qua triagemethodieken zoveel mogelijk aansluiting te zoeken bij landelijke standaards in de ambulancezorgverlening, omdat daarmee een goede samenwerking met andere meldkamers ambulancezorg is gewaarborgd.

In het kader van de fusies van de meldkamers en de vorming van de Landelijke Meldkamer Organisatie (LMO) is het mogelijk dat landelijk voor een andere triagemethodiek wordt gekozen. In dat geval zal de RAV zich hieraan aanpassen.

Ook op het gebied van de meldkamer is het beleid gericht op nauwe samenwerking en afstemming van werkprocessen met de RAV Gelderland-Midden. Dit moet leiden tot efficiencyverbeteringen, logistieke voordelen en het verminderen van de kwetsbaarheid van de meldkamers. In de planperiode zal regelmatig personeel worden uitgewisseld en zullen gezamenlijke scholing en trainingen worden georganiseerd en oefeningen worden gehouden.

De RAV GZ hanteert het principe van zorg- en vervoersdifferentiatie. Voor de hoogcomplexere zorg kunnen ALS-ambulances (Advanced Life Support), rapid responders (auto of motor) of het MMT (Mobiël Medisch Team) worden ingezet. Voor de intensieve hoogcomplexere zorg is een MICU-voertuig beschikbaar (Mobile Intensive Care Unit). Voor laagcomplexere zorg zijn zorgambulances inzetbaar.

De RAV GZ heeft zorgdifferentiatie als beleidsuitgangspunt gekozen. Immers, niet alle patiënten behoeven dezelfde zorg. Hiertegenover staat dat er in Nederland voor is gekozen zowel de spoedeisende zorg (A1- en A2-vervoer) als de niet-spoedeisende zorg (B-vervoer) in samenhang uit te voeren. Gelet op de potentiële noodzaak alle beschikbare vervoersmiddelen en medewerkers in te zetten voor spoedvervoer (bijvoorbeeld bij calamiteiten), zijn op twee na alle voertuigen van de RAV GZ uitgerust voor spoedvervoer. In de dagelijkse praktijk zijn twee ambulances geoormerkt ten behoeve van het B-vervoer. Deze zorgambulances zijn BLS-uitgevoerd (Basic Life Support). De inzet van deze ambulances is protocollair geborgd op de MKA.

Hiernaast worden speciaal uitgeruste ambulancevoertuigen ("rapid responders") juist ingezet ten behoeve van de spoedzorg.

De RAV GZ beschikt voorts over een vergunning tot het vervoeren van patiënten die intensieve hoogcomplexere zorg behoeven. Dit betreft het zogenaamde MICU-vervoer (Mobile Intensive Care Unit). Dit vervoer wordt uitgevoerd in samenwerking met het Radboudumc te Nijmegen. Door zorgdifferentiatie beoogt de RAV GZ het zorgaanbod zo goed mogelijk af te stemmen op de zorgvraag om daarmee optimale zorg te kunnen bieden.

De RAV GZ zet bij reanimaties "first responders" in, omdat deze in principe eerder ter plaatse zijn dan de reguliere ambulance.

De RAV GZ is er zich van bewust dat er grenzen bestaan aan de ambulancehulpverlening. Het is niet mogelijk te garanderen dat altijd en onder alle omstandigheden onmiddellijk ambulancehulp wordt verleend. Daarom is ervoor gekozen assistentie van "first responders" te organiseren. Dit is een hulpverlener die bij een spoedmelding eerder dan de ambulance aanwezig kan zijn en een hulpverlening op BLS-niveau ("basic life support") kan starten, altijd in afwachting van de komst van een ambulance ("advanced life support"). First responders zijn gemiddeld vier minuten na melding aanwezig. De ambulance gemiddeld na acht minuten. De RAV GZ rekent het tot haar taak om in die gebieden van de regio waar ambulances in geval van spoedpatiënten niet of moeilijk tijdig kunnen bereiken first responders beschikbaar te hebben.

First responders kunnen bijvoorbeeld leden van brandweerkorpsen zijn, huisartsen, maar ook vrijwilligers die bijv. zijn gecertificeerd in de bediening van AED's (automatische externe defibrillatoren). Voor de alarmering van de vrijwilligers maakt de meldkamer gebruik van een automatisch meldsysteem (Hartslag.nu).

De RAV streeft naar een regiobrede dekking van first responders, onder andere te realiseren door gerichte informatieverstrekking aan specifieke doelgroepen, door ondersteuning en advies van de medisch manager ambulancezorg en door het onderhouden van public access software op de meldkamer. Onverlet de inzet van first responders blijft de MKA onder alle omstandigheden verantwoordelijk voor de indicatiestelling, zorgtoewijzing en zorgcoördinatie.

5.4.2. Transparante ambulancezorg

In alle contacten met burgers en patiënten wordt ongevraagd maximale duidelijkheid verschaft over de ambulancezorg die kan of wordt geboden.

De RAV GZ streeft ernaar patiënten en burgers maximale duidelijkheid te verschaffen over de ambulancezorg die kan worden geboden. Dit impliceert dat de centralist van de MKA d.m.v. triage (NTS) aan de melder aangeeft welke hulp en wanneer deze kan worden verwacht. Daarnaast zorgt de centralist ervoor dat ingezette ambulancemedewerkers de voor hun werk noodzakelijke informatie ontvangen. Bovendien geeft de centralist waar nodig instructies of aanwijzingen aan de melder over de wijze waarop de hulpverlening vast kan worden gestart in afwachting van de komst van de ambulance.

Indien triage (NTS) geen aanleiding geeft voor het sturen van een ambulance, draagt de centralist zorg voor een adequate doorverwijzing naar andere zorg- of hulpverleners. Centralisten worden continu getraind in het geven van meldersinstructies en in duidelijke communicatie met melders.

De RAV GZ legt schriftelijk verantwoording af over het gevoerde beleid en de geleverde prestaties. Dit wordt gepubliceerd op de website van de VRGZ en in rapportages van de branche-organisatie AZN.

Transparante ambulancezorg refereert ook aan het helder en schriftelijk afleggen van verantwoording over het gevoerde beleid en de behaalde prestaties. De RAV GZ geeft hieraan gestalte door het jaarlijks uitbrengen van een kwaliteitsjaarverslag, alsmede een uitgebreid financieel jaarverslag, waarin tevens een verantwoording van het gevoerde beleid is opgenomen. Het kwaliteitsjaarverslag wordt voor het publiek openbaar gemaakt via de website van de Veiligheidsregio Gelderland-Zuid en de publiekssite van de RAV GZ (www.vrgz.nl). Voorts draagt de RAV GZ jaarlijks, conform de sectoraal gemaakte afspraken, managementinformatie aan ten behoeve van het landelijke sectorrapport "Ambulances in-zicht", zoals gepubliceerd door Ambulancezorg Nederland.

De RAV GZ beschikt over een gecertificeerd kwaliteitssysteem, alsmede een gecertificeerd patiëntveiligheidssysteem.

Tot slot beschikt de RAV GZ sinds 2004, zowel voor wat betreft de ambulancedienst als de MKA over een gecertificeerd kwaliteitssysteem. In 2014 is dit aangevuld met de certificering van het "patiëntveiligheidssysteem". De kwaliteitssystemen zijn gebaseerd op het binnen de ambulancesector gangbare "HKZ-schema". Kern van de kwaliteitssystemen is dat alle beleid, regels, procedures en werkafspraken van de RAV GZ adequaat worden vastgelegd en geborgd en dat aantoonbaar kan worden geverifieerd of beleid, regels etc. worden nageleefd, dan wel moeten worden aangepast. Het kwaliteitssysteem levert daarmee een bijdrage aan het organiserend en lerend vermogen van de RAV GZ, teneinde tot hogere prestaties te komen.

Sinds 2014 beschikt de RAV GZ tevens over een gecertificeerd patiëntveiligheidssysteem. Onder andere door prospectieve risico-inventarisaties wordt getracht potentieel gevaarlijke situaties voor patiënt en zorgverlener te onderkennen en preventieve maatregelen te treffen. Ook kent het patiëntveiligheidssysteem een (geautomatiseerd) meldsysteem voor (bijna) incidenten in de patiëntenzorg. Analyses van meldingen leiden tot gerichte aanpak en verbeteracties.

De werking van beide kwaliteitssystemen wordt jaarlijks gecontroleerd door een externe certificerende instelling. Het beleid van de RAV GZ is erop gericht bij iedere externe toetsing te kunnen voldoen aan de eisen voor (her)certificatie.

5.4.3 Professionaliteit, kwaliteit en veiligheid

Alle medewerkers in kernfuncties dienen over de sectoraal vereiste opleidingen en competenties te beschikken. Registratie van medewerkers in het landelijk Kwaliteitsregister V&V is een vereiste.

De RAV is facilitair ten aanzien van opleidingen. Medewerkers in kernfuncties zijn zelf verantwoordelijk voor het voldoen aan de opleidingseisen en inschrijving in het Kwaliteitsregister V&V.

Kernfuncties binnen de ambulancezorg zijn de functies van verpleegkundig centralist MKA, ambulanceverpleegkundige en ambulancechauffeur. De kwaliteit van de geleverde ambulancezorg is in belangrijke mate afhankelijk van de deskundigheid van de medewerkers die deze functies bekleden. De vereiste deskundigheid in termen van opleiding en benodigde competenties is sectoraal vastgesteld. De RAV is een door het College Zorg Opleidingen gecertificeerd opleidingsinstituut en uit dien hoofde bevoegd opleidingen voor (eigen) medewerkers te verzorgen.

De RAV GZ hanteert als uitgangspunt van beleid dat alle medewerkers in de kernfuncties over de sectoraal vastgestelde deskundigheden dienen te beschikken. Daartoe stelt de RAV GZ alle medewerkers in de kernfuncties in de gelegenheid de voor hun functie vereiste scholing en opleiding te volgen, inclusief vervolgoopleidingen. Hiertoe werkt de RAV GZ nauw samen met de RAV Gelderland-Midden en het Radboudumc. De medewerkers zijn echter zelf verantwoordelijk voor het volgen van (voldoende) opleidingen. Ook zijn medewerkers verantwoordelijk voor hun inschrijving in het Kwaliteitsregister V&V. De RAV GZ komt de landelijke afspraken over het behoud van bekwaamheid na en zal daarnaast regionale bijscholingen aanbieden die aansluiten bij gerechtvaardigde specifieke wensen van de medewerkers en van de organisatie zelf.

Iedere medewerker in een kernfunctie dient te beschikken over een geldige bekwaamheidsverklaring.

De RAV GZ heeft een medisch team, bestaande uit een eindverantwoordelijk medisch manager (arts), een verpleegkundig specialist en een physician assistant. De medisch manager ambulancezorg (MMA) vergewist zich er jaarlijks van dat alle medewerkers in kernfuncties bekwaam zijn in het uitoefenen van hun functie en geeft op grond hiervan bekwaamheidsverklaringen af. Medewerkers in kernfuncties dienen zelf ook te verklaren zich bekwaam te achten. Voorts dienen ze te zijn ingeschreven in het Kwaliteitsregister V&V. Zonder bekwaamheidsverklaring mag (in ieder geval) geen spoedvervoer worden uitgevoerd. Iedere medewerker in een kernfunctie dient te beschikken over een geldige bekwaamheidsverklaring.

Er is 7x24 uur een arts beschikbaar voor beantwoording van vragen van ambulancemedewerkers.

Het medisch management van de RAV dient 7x24 uur geborgd te zijn. Om dit te realiseren werkt de RAV GZ nauw samen met de SEH-afdeling van het Radboudumc. Buiten de reguliere kantoortijden is de dienstdoend stafarts van de SEH beschikbaar voor de ambulancebemanningen voor overleg over spoedeisende medische aangelegenheden. Voorts zijn er afspraken gemaakt dat de medisch managers van de RAV GZ en de RAV Gelderland-Midden elkaar vervangen wanneer dit noodzakelijk is. Hierdoor is het medisch management voldoende geborgd.

Gewenste kwaliteit van materialen, apparatuur, voertuigen etc. is afgestemd op wet- en regelgeving en vigerende protocollen.

Naast de kwaliteit van de medewerkers is de kwaliteit van de beschikbare materialen, apparatuur, voertuigen en ICT-faciliteiten van belang. Voor zover hiervoor landelijke afspraken of kwaliteitseisen gelden, volgt de RAV GZ deze, tenzij er zwaarwegende redenen zijn om hiervan af te wijken. In ieder geval wordt ervoor zorg gedragen dat gebruikte materialen en apparatuur zijn afgestemd op de geldende protocollen en voldoen aan relevante wet- en regelgeving. Evenzo dienen ambulancevoertuigen en -uitrusting, brancards en andere hulpmiddelen te voldoen aan de internationale NEN-normen en Arbo-wetgeving. Onderhoudseisen worden strikt nageleefd.

Voor een adequate ondersteuning van de ambulancezorg en een goede communicatie zijn goed werkende ICT-faciliteiten een absolute noodzaak.

De RAV GZ heeft als beleid dat waar mogelijk wordt aangesloten bij landelijke systemen, of anderszins gebruik wordt gemaakt van beproefde systemen.

De RAV GZ voert een actief Arbo-beleid.

In het kader van de bescherming van de veiligheid van de eigen medewerkers voert de RAV GZ een actief arbeidsomstandighedenbeleid (Arbo-beleid). Dit Arbo-beleid is enerzijds gericht op het voorkomen van ziekteverzuim, en anderzijds op het voorkomen van onveilige situaties binnen de RAV. Hiertoe zijn ergocoaches aangesteld, die het management van de RAV op Arbo-gebied ondersteunen en adviseren. Ook beschikt de RAV over een COOT (Collegiale Ondersteuning en Opvang Team), dat ondersteuning biedt aan medewerkers die hieraan behoefte hebben. Voorts worden voor alle locaties risico-inventarisaties (RI&E) gehouden op grond waarvan jaarlijkse prioriteitschema's worden opgesteld. In 2014 is op alle bestaande standplaatsen de basis RI&E geactualiseerd.

5.4.4 Heldere en eenduidige vastlegging, waarborgen privacy

De RAV GZ waarborgt de privacy van patiënten.

Ten behoeve van een goede dossiervorming registreren de ambulancemedewerkers gegevens aan de hand van een elektronisch ritformulier. Periodiek controleert de MMA of deze verslaglegging correct is. De RAV GZ draagt zorg voor archivering conform de landelijke richtlijnen.

In de beroepscode van ambulancezorgverleners is vastgelegd op welke wijze moet worden omgegaan met privacyaspecten. Ambulancemedewerkers van de RAV GZ volgen deze beroepscode. Indien door derden (bijvoorbeeld politie, justitie) medisch inhoudelijke of (mogelijkerwijs) vertrouwelijke informatie over patiënten wordt gevraagd, volgen medewerkers van de RAV GZ de wettelijke eisen en landelijke richtlijnen, zoals onder andere vastgelegd in de Richtlijn Beroepsgeheim, het Landelijk Protocol Ambulancezorg (LPA) en bijvoorbeeld het protocol "huiselijk geweld". De RAV GZ beschikt over een privacyreglement.

5.4.5 Continuïteit van zorg en afstemming met ketenpartners

De RAV GZ neemt initiatief voor het oplossen van knelpunten in de spoedzorg.

Continuïteit van zorg en afstemming met ketenpartners is van het grootste belang binnen de (acute) zorgketen. Onder voorzitterschap van de MMA van de RAV GZ houdt een platform zich sinds 2002 bezig met het inventariseren en oplossen van knelpunten in de spoedzorg in de regio Nijmegen. Dit platform bestaat uit vertegenwoordigers van spoedeisende hulpafdelingen en eerste harthulpafdelingen van de Nijmeegse ziekenhuizen, huisartsen, verloskundigen, het mobiel medisch team (MMT), de GGZ (crisisdienst), de MKA, de GHOR, Zorgbelang Gelderland, de Acute Zorgregio Oost (AZO) en de RAV GZ. Een vergelijkbaar multidisciplinair platform acute zorg is gestart in de regio Rivierenland. De RAV GZ wil, gelet op de bereikte resultaten, beide platforms continueren. Gelet op de wens tot nauwe samenwerking met huisartsen en huisartsenposten is in 2014 een convenant gesloten met de huisartsenposten in Nijmegen en Tiel.

De RAV GZ valt binnen het werkingsgebied van de Acute Zorgregio Oost (AZO) en participeert in het Regionaal Overleg Acute Zorg (ROAZ). De RAV is vertegenwoordigd in zowel de voorbereidingsgroepen van het ROAZ, als in het bestuurlijke ROAZ. De RAV GZ wil hierin een actieve rol blijven spelen.

Bij grootschalige hulpverleningen in het kader van crises en rampen is niet alleen een optimale samenwerking tussen partners uit de zorgketen essentieel, maar ook tussen partners uit de veiligheidsketen.

In de regio Gelderland-Zuid is deze samenwerking geborgd, doordat de directie van de Veiligheidsregio eindverantwoordelijk is voor zowel de RAV, de GMK, als het Veiligheidsbureau en de Regionale Brandweer. De directie van de Veiligheidsregio vormt bovendien samen met de districtschef van de politie, de directeur Publieke Gezondheid en de coördinerend gemeentesecretaris het Directieteam Veiligheid. In geval van opschaling zijn de leden van het Directieteam Veiligheid tevens lid van het Regionaal Beleidsteam. Hiermee is aan alle voorwaarden voldaan voor een optimale samenwerking in de veiligheidsketen.

RAV GZ en GHOR hebben onderlinge samenwerkingsafspraken schriftelijk vastgelegd.

De RAV heeft met de GHOR op basis van het landelijke convenant een regionaal convenant gesloten. Periodiek wordt dit beoordeeld en zo nodig aangepast. In het kader van opleiden, trainen en oefenen (OTO) hebben de GHOR en RAV onder andere afspraken gemaakt met betrekking tot:

- de inzet van ambulancezorgverleners en andere medewerkers (GNK, OvDG, CGV);
- paraatheid, aanwezigheid en bereikbaarheid;
- ambulancebijstand en gewondenspreiding;
- oefenen en opleiden van opschalingsfunctionarissen;
- bezetting en werkwijzen MKA bij opschaling.

Tussen de RAV en de GHOR bestaat ook op operationeel niveau een zeer nauwe en bestendige samenwerking. Op basis van een schriftelijke overeenkomst voert de RAV voor de GHOR werkzaamheden uit op het gebied van advisering over het werven, selecteren, opleiden, trainen en oefenen van piketfunctionarissen (OvDG), registratie en uitbetaling van vergoedingen, opstellen van roosters, onderhoud van dienstvoertuigen en beheer en onderhoud van verbindingsmiddelen.

5.4.6 Adequate klachtenbehandeling

De RAV GZ heeft een volledig onafhankelijke klachtencommissie.

Op grond van de Wet Klachtrecht Cliënten Zorginstellingen beschikt de RAV over een klachtenregeling. Er is sprake van zowel een interne als een externe klachtenregeling.

De interne klachtenregeling dient ertoe om te bezien of klagers via een korte procedure genoegdoening voor hun klacht kan worden geboden. Iedere behandeling van een klacht volgens de interne procedure eindigt, ongeacht het resultaat, met het expliciet aangeven van de mogelijkheid om een klacht in te dienen conform de externe klachtenregeling. In dat geval buigt een klachtencommissie van drie onafhankelijke juristen zich over de klacht en doet hierover een uitspraak. In de afgelopen jaren heeft de externe klachtencommissie gemiddeld minder dan één klacht per jaar behandeld. De interne en externe klachtenregeling is geborgd in het kwaliteitssysteem van de RAV GZ.

De RAV GZ streeft naar een klanttevredenheid van 8,0 of hoger.

Periodiek, eens per drie jaar, voert de RAV zogenaamde “klanttevredenheidsonderzoeken” uit. Op grond van de resultaten wordt beleid zo nodig aangepast. Klanttevredenheidsonderzoeken zijn eveneens geborgd in het kwaliteitssysteem van de RAV. Naar verwachting komt op korte termijn voor de gehele ambulancesector een gestandaardiseerde vragenlijst voor patiënttevredenheidsonderzoek beschikbaar. De vragenlijst is gebaseerd op de zg. CQ-index (Consumer Quality Index). Hierdoor wordt het mogelijk de gemeten tevredenheid tussen ambulancediensten te vergelijken. Ook kunnen vergelijkingen met andere instellingen binnen de zorg (ziekenhuizen, verpleeghuizen) worden gemaakt. De RAV GZ streeft naar een hoge tevredenheid (cijfer 8,0 of hoger).

5.4.7 Medezeggenschap en “good governance”

De RAV GZ hecht belang aan een goed cliëntenberaad.

De RAV GZ hecht belang aan een goede structuur en procedure van medezeggenschap voor cliënten. Mede door actieve inbreng van “Zorgbelang Gelderland” kent de RAV GZ al enkele jaren een cliëntenberaad. Dit beraad komt ca. 2 keer per jaar bijeen en adviseert de directie van de RAV over algemene ambulance-aangelegenheden vanuit patiëntenoptiek.

De wetgeving rond medezeggenschap voor patiënten is volop in beweging. Indien dit leidt tot een gewijzigde opvattingen zal de medezeggenschap bij de RAV GZ hieraan worden aangepast.

Het bestuur van de Veiligheidsregio hecht veel waarde aan de principes van “good governance”. In dit kader overweegt het bestuur in het begin van de planperiode de beginselen van de “zorgbrede governance code” toe te passen.

5.4.8 Landelijke Meldkamer Organisatie (LMO)

Aan het eind van de vorige planperiode is door de regering besloten tot schaalvergroting van de meldkamers, naar analogie van de indeling van de politiedistricten. Besloten is dat er maximaal 10 meldkamers komen. Voor het politiedistrict Oost, waartoe de RAV GZ geografisch behoort, betekent dit een fusie van 5 meldkamers, met Apeldoorn als vestigingsplaats. Ten behoeve van deze fusie is een zg. transitieakkoord opgesteld, dat door alle betrokkenen is ondertekend. Medio 2014 is een daadwerkelijke start gemaakt met de uitvoerende werkzaamheden onder leiding van de kwartiermaker Landelijke Meldkamer Organisatie (KLMO). In de loop van de planperiode zal de fusie van de vijf meldkamers naar verwachting zijn beslag krijgen.

Ten aanzien van de inhoudelijke keuzen die worden gemaakt bij de fusie is de RAV GZ slechts één van de vele spelers. Daarmee is het onzeker in hoeverre de nieuwe meldkamer zal voldoen aan de wensen van de RAV GZ. De RAV GZ zal zich binnen de kaders van het transitieakkoord inspannen om:

- de inhoudelijke, procesmatige en organisatorische samenhang tussen de ambulancedienst GZ en de nieuwe meldkamer in stand te houden;
- de goede samenwerking met ketenpartners in de dagelijkse ambulancezorg te behouden en waar mogelijk te verbeteren;
- de prestaties van de RAV op het gebied van meldtijden, aanrijtijden en responstijden minimaal op het huidige niveau te verzekeren;
- alle voor de centralisten beschikbare ondersteunende middelen (Citygis, AVLS, schuifregelmodule, etc.) minimaal op het huidige functionele niveau te handhaven;
- zorg te dragen voor adequate huisvesting en dienstverlening door de politie.

6. Medewerkers

Ambulancezorg is mensenwerk. De medewerkers van de RAV GZ leveren daadwerkelijk de verantwoorde ambulancezorg, zoals die is vastgelegd in de Kwaliteitswet Zorginstellingen. Om verantwoorde zorg te kunnen leveren is het noodzakelijk te investeren in het eigen personeel. Niet alleen op het gebied van kennisbevordering, maar in den brede: op het gehele HRM-gebied.

RAV GZ wil voldoen aan landelijke scholingseisen voor ambulancemedewerkers. Bezien moet worden of nieuwe, kortere opleidingen geschikte ambulancemedewerkers voortbrengen.

Deskundigheid

De kwaliteit van de geleverde ambulancezorg is in grote mate afhankelijk van de deskundigheid van de zorgverleners. Dit stelt hoge eisen aan de kwaliteiten van de ambulancezorgverleners. Deze eisen zijn wettelijk ingekaderd. Daarnaast heeft de ambulancesector een aantal landelijke kaders vastgesteld.

Voor elk van de kernfuncties binnen de ambulancezorg is specifieke deskundigheid gewenst. De gewenste minimale deskundigheid, in termen van (basis)opleiding, en vereiste competenties, is voor de kernfuncties sectoraal vastgesteld. Ook de erkenning/toewijzing van de opleidingen voor deze kernfuncties zijn sectoraal bepaald. Uitgangspunt binnen de sector is dat alle zorgprofessionals die werkzaam zijn in het primaire ambulancezorgproces, zo spoedig mogelijk na indiensttreding starten met een sectoraal erkende (vervolg)opleiding.

Het onderhouden van deskundigheid is essentieel voor kwalitatief goede zorgverlening. De ambulancesector heeft landelijke afspraken gemaakt over deskundigheidsbevordering en het behoud van bekwaamheid. Daarnaast biedt de RAV regionaal bijscholing aan die aansluiten bij de individuele en organisatorische leerwensen. Voor de BIG-geregistreerde beroepsbeoefenaren worden de sectoraal gemaakte afspraken ten aanzien van deskundigheidsbevordering en registratie in het kwaliteitsregister toegepast (referentie: Kwaliteitsregister Verpleegkundigen en Verzorgenden, www.kwaliteitsregistervn.nl). Scholing gebeurt met behulp van de modernste inzichten, zoals videofeedback en e-learning.

Bekwaamheid en bevoegdheid

Op ambulancezorgverleners is de Wet BIG van toepassing. De opleidingseisen en vereiste competenties van individuele ambulancezorgverleners zijn afgestemd op de inhoud van hun beroepsuitoefening (deskundigheidsgebied) en de eisen in het kader van de Wet BIG. De functiecompetenties van de ambulancezorgverleners zijn mede door opleiding en ontwikkeling getoetst volgens landelijke en regionale standaarden. De individuele professional, de medisch manager ambulancezorg en de RAV hebben hun eigen verantwoordelijkheid ten aanzien van het verkrijgen en behouden van bekwaamheid van de individuele professional.

De RAV heeft bekwaamheids- en bevoegdheidsbeleid vastgesteld dat voldoet aan de wettelijke eisen en de sectorale afspraken.

Nieuwe opleidingen

Investeren in eigen medewerkers is niet alleen noodzakelijk om verantwoorde ambulancezorg te kunnen leveren, maar ook om een aantrekkelijke werkgever te blijven.

De RAV GZ heeft in de afgelopen jaren altijd voldoende personeel kunnen aantrekken, zonder concessies te doen aan de instroomeisen. Niettemin moet naar de toekomst rekening worden gehouden met de vergrijzing van eigen medewerkers en de verlengde doorwerkijd (67 jaar) voor instromers vanaf 1 januari 2006.

Deze valt samen met een toenemende vraag naar ambulancehulpverlening, omdat diezelfde vergrijzing ook elders in de samenleving plaatsvindt. Daarmee komt de arbeidsmarktpositie van de RAV GZ, net als die van andere RAV'en overigens, onder druk te staan. Tegen deze achtergrond zijn recent bij een aantal HBO-instellingen kortere vormen van opleiding tot ambulancemedewerkers van start gegaan. Door de brancheorganisatie AZN en het College Zorg Opleidingen (CZO) moet worden beoordeeld of afgestudeerden van deze opleidingen van voldoende niveau zijn om in te stromen in de ambulancezorg.

Loopbaanbeleid

RAV GZ heeft loopbaanbeleid ontwikkeld om doorstroming naar functies buiten de RAV mogelijk te maken.

In het landelijke arbeidsvoorwaardenoverleg zijn afspraken gemaakt om medewerkers waar nodig te laten doorstromen naar een minder belastende functie(s). In sommige gevallen is doorstroming binnen de RAV mogelijk. Hierbij valt te denken aan minder belastende werkzaamheden binnen bijvoorbeeld het bestelde vervoer, maar ook aan functies op de meldkamer. Het aantal mogelijkheden voor minder belastende functies binnen de RAV zal echter naar verwachting kleiner zijn dan de vraag ernaar. Derhalve heeft de RAV loopbaanbeleid ontwikkeld om ook doorstroming naar functies buiten de RAV mogelijk te maken.

Arbeidsomstandigheden

Hoge prioriteit aan arbeidsomstandighedenbeleid.

De RAV GZ heeft het arbeidsomstandighedenbeleid hoog in het vaandel staan. Dit betekent dat het beleid ten aanzien van onderwerpen als risico-inventarisaties en –evaluaties, bedrijfsopvangteams en ergocoaches ongewijzigd wordt voortgezet. Arbo-beleid zal ook een vast onderwerp van overleg blijven met de medezeggenschapsorganen en werkoverleg. Nieuwe ontwikkelingen zullen worden gestimuleerd. Teneinde deze voornemens in de praktijk te kunnen realiseren is een Arbo-commissie ten behoeve van de gehele Veiligheidsregio ingesteld. Waar het gaat om de veiligheid van het personeel participeert de RAV actief in het rijksprogramma "Veilige Publieke Taak". In dit kader worden medewerkers o.a. getraind in beheersing van agressie en geweld tegen hulpverleners.

Algemeen verbindende CAO

RAV GZ wil volledig uitvoering geven aan de algemeen verbindende CAO Ambulancezorg.

In 2010 is er één, algemeen verbindende CAO voor de ambulancesector tot stand gebracht. De RAV GZ is hiervan altijd een groot voorstander geweest en heeft aan de totstandkoming van de landelijke CAO voor de ambulancesector diverse bijdragen geleverd. Een algemeen verbindende CAO dient onverkort te worden doorgevoerd, waarbij "meer of minder" niet is toegestaan. Vanuit zijn werkgeversrol wil de RAV GZ zich volledig aan deze CAO conformeren.

Onderdeel van het personeelsbeleid zijn de jaargesprekken met alle medewerkers. Voor de gesprekken met ambulancemedewerkers, meldkamercentralisten en stafleden zijn specifiek op de functies toegesneden bespreekpunten vastgesteld. Medewerkers die niet aan de eisen voldoen, komen in aanmerking voor een beoordelingsgesprek en worden zo nodig in de gelegenheid gesteld door oefening, training of anderszins hun deskundigheden op een voldoende niveau te brengen.

In de afgelopen jaren is ervaring opgedaan met het uitvoeren van een Medewerker Tevredenheids Onderzoek (MTO). De ervaringen zijn van dien aard dat voortaan driejaarlijks een MTO zal worden uitgevoerd. Vanaf 2015 wordt aangesloten bij het door de VRGZ uitgevoerde MTO. Door deze onderzoeken periodiek uit te voeren kunnen mogelijke trends in de tevredenheid over specifieke onderwerpen worden opgespoord. In de jaargesprekken is de medewerkerstevredenheid een vast onderwerp van gesprek. De RAV GZ hecht belang aan medezeggenschap van medewerkers. Derhalve wordt periodiek overleg gevoerd met de Onderdeelscommissie (OC) van de RAV en van de GMK.

7. Paraatheidsplan

7.1. Inleiding

Om tot een goed paraatheidsplan te komen moeten veel afwegingen worden gemaakt. Belangrijk is uiteraard de vraag hoeveel ambulances noodzakelijk zijn om de aanvragen voor het (niet-planbare) spoedvervoer en het (deels wel-planbare) bestelde vervoer te kunnen honoreren. Een ander vraagstuk is hoe de beschikbare ambulancecapaciteit over de regio moet worden verdeeld, opdat zoveel mogelijk burgers in spoedgevallen tijdig, dat wil zeggen binnen 15 minuten, kunnen worden bereikt. Op grond van de verdeling van de ambulances over de regio moet worden bezien waar vaste standplaatsen en waar zg. “voorwaardescheppende” locaties moeten worden gesitueerd. Een derde vraag is wat voor soort ambulances moeten worden ingezet.

De afgelopen jaren heeft de ambulancesector onder behoorlijke druk gestaan om de aanrijtijden te verbeteren. Voor de regio Gelderland-Zuid heeft dit ertoe geleid dat het percentage ritten waarin de patiënt binnen 15 minuten na melding werd bereikt, steeg van 84% in 2006³, naar 95% in 2013. De responstijden daalden in die jaren van 11 minuten en 3 seconden naar 9 minuten en 27 seconden. De ervaring heeft uitgewezen dat meer budget of meer ambulances niet automatisch betekent dat betere aanrijtijden worden gerealiseerd. Er is duidelijk sprake van afnemende meeropbrengsten. De laatste procenten verbetering vragen om relatief veel budget. Het is echter vaak ook mogelijk verbeteringen te boeken door de logistiek rond de aansturing van de ambulances te verbeteren.

De afgelopen jaren heeft het RIVM diverse berekeningen gemaakt ter bepaling van de landelijk en regionaal benodigde ambulancecapaciteit. In latere jaren zijn deze berekeningen geactualiseerd, het laatst in 2013. De uitkomsten van de RIVM-onderzoeken zijn bepalend geweest voor de toekenning van budgetten aan individuele RAV'en. Uiteraard dient het totaal van de budgetten te passen binnen het door de minister van VWS vastgestelde macrobudget voor de ambulancezorg. Individuele RAV'en voeren overleg met zorgverzekeraars over de besteding van het budget in relatie tot het te hanteren paraatheidsplan en de daarmee te bereiken aanrijtijden.

Onderstaand wordt de visie van de RAV GZ op de paraatheid van ambulances nader uitgewerkt, uiteindelijk leidend tot een concreet paraatheidsplan.

7.2. Visie op paraatheid

Een optimale paraatheid kan uitsluitend worden gerealiseerd door enerzijds gebruik te maken van de diverse ter beschikking staande modaliteiten voor ambulancezorg, en anderzijds door een uitgekende aansturing van de op enig moment beschikbare ambulancecapaciteit door de meldkamer. Onverlet het voorgaande is het niet onder alle omstandigheden mogelijk een ambulance tijdig ter plekke te krijgen. Derhalve streeft de RAV naar een adequate ondersteunende structuur van first responders, die zo nodig eerste hulpverlening kunnen bieden in afwachting van de komst van een ambulance. Een professionele samenwerking met omringende RAV'en dient voorts te leiden tot een sluitende bovenregionale ambulancezorgverlening wanneer dat noodzakelijk is.

In het kader van concentratie van spoedeisende hulp en huisartsenposten is overwogen of gezamenlijke huisvesting een aantrekkelijke optie is. In de praktijk liggen ziekenhuizen en huisartsenposten echter vaak niet op voor de ambulancezorg strategisch belangrijke locaties. Dit doet afbreuk aan de aanrijtijden.

Samenvattend zijn de ingrediënten voor het paraatheidsplan als volgt:

- er moet een efficiënte mix van verschillende hulpverleningsvoertuigen worden gekozen;
- deze voertuigen moeten zodanig worden gespreid over de regio dat de kortst mogelijke aanrijtijden ontstaan;

³ Sinds 2006 worden landelijke, uniforme gegevens van alle RAV'en gepubliceerd.

- de meldkamer dient te beschikken over het noodzakelijke instrumentarium om steeds te kunnen beoordelen welke ambulance het dichtst bij een incident is, en hoe de paraatheid op enig moment van de dag steeds het best is gewaarborgd;
- voor die gevallen waarin een ambulance, door welke oorzaak ook, niet tijdig bij een incident kan komen moet een “vangnet” van first responders eerste hulp kunnen bieden.

7.3. Efficiënte mix van voertuigen: vervoersdifferentiatie

Uitgangspunt van beleid is dat de RAV GZ streeft naar vervoersdifferentiatie. Vervoersdifferentiatie is wenselijk, omdat niet alle patiënten dezelfde zorg behoeven. Soms kan met een eenvoudig uitgeruste ambulance worden volstaan, bijvoorbeeld bij het planbare vervoer van een patiënt van het ziekenhuis naar huis. Als "iedere seconde telt" kan een rapid responder belangrijke meerwaarde hebben boven een reguliere ambulance, en in andere gevallen is een intensive care-ambulance geïndiceerd.

7.4. Soorten voertuigen

De RAV GZ streeft naar de inzet van de volgende vervoersmiddelen:

- Reguliere ambulance
Dit is een volledig uitgeruste ALS (Advanced Life Support)-ambulance, die qua uitrusting en opleidingsniveau van de bemanning geschikt is voor alle soorten vervoer, waaronder hoogcomplex en spoedvervoer). Deze ambulance kan worden ingezet voor A1-, A2 en B-vervoer.
- Zorgambulance
Dit is een ambulance die uitsluitend bedoeld is voor laagcomplex vervoer. De uitrusting is beperkter dan bij een reguliere ambulance het geval is en de ambulanceverpleegkundige mag geen risicovolle of voorbehouden verpleegkundige en/of medische handelingen verrichten. De ambulanceverpleegkundige is van niveau 4 en BIG-geregistreerd. De verpleegkundige en chauffeur zijn niet SOSA-gediplomeerd (beroepsopleiding ambulancezorg). De zorgambulance is bedoeld voor patiënten waarvan redelijkerwijs te verwachten valt dat de vitale functies tijdens het vervoer niet bedreigd zullen worden. Een zorgambulance verricht nooit spoedvervoer (A1 of A2). Wel heeft de zorgambulance een AED aan boord en is de bemanning getraind in het gebruik hiervan.
- Motorambulance
De motorambulance is in principe op dezelfde wijze uitgerust als de reguliere ambulance. De motorverpleegkundige kan dezelfde zorg verlenen als zijn/haar collega van de reguliere ambulance, maar heeft uiteraard geen vervoersmogelijkheden. De motorambulance wordt vaak ingezet voor spoedmeldingen wanneer de motor eerder ter plaatse kan komen dan de reguliere ambulance. Ook wordt de motor vaak ingezet bij onduidelijke meldingen waarbij de motorverpleegkundige als een soort “verkenner” optreedt. De motorverpleegkundige heeft een specifieke rijtraining gehad.
- Solo-ambulance
Een solo-ambulance bestaat uit een ambulanceverpleegkundige in een personenauto. Deze ambulanceverpleegkundige kan dezelfde zorg verlenen als de verpleegkundige van de motorambulance. De uitrusting van de personenauto is functioneel gelijk aan die van de motorambulance en de reguliere ambulance. De solo-ambulance wordt voor dezelfde doeleinden ingezet als de motorambulance. De verpleegkundige op de solo-ambulance heeft een specifieke rijopleiding gehad.
- MICU-ambulance
De MICU-ambulance is een vrachtwagen waarmee intensive care-patiënten tussen de ziekenhuizen kunnen worden vervoerd (interklinisch IC-transport). Patiënten worden op een IC-trolley (voorzien van diverse apparatuur en medische gassen) vervoerd. De RAV stelt het voertuig en de chauffeur beschikbaar. Het Radboudumc levert de intensivist en het verpleegkundig personeel. De MICU-coördinator van het Radboudumc bepaalt wanneer het MICU-voertuig wordt ingezet.

7.5. Nadere uitwerking vervoersdifferentiatie

Reguliere ambulances

Het Nederlandse ambulancesysteem kent een gemengd stelsel van spoedvervoer en niet-spoedvervoer (het planbare, bestelde vervoer). Op momenten dat reguliere ambulances niet zijn ingezet voor spoedvervoer, worden ze gebruikt voor besteld vervoer.

Dit is efficiënter dan reguliere ambulances uitsluitend in te zetten voor spoedvervoer en het besteld vervoer volledig te laten uitvoeren door anders uitgeruste ambulances, zoals zorgambulances. Dit zo zijnde, vormt de reguliere ambulance de ruggengraat van de ambulancezorg. De reguliere ambulances, inzetbaar voor alle vormen van ambulancezorg, dienen zodanig over de regio te worden gespreid, dat in 95% van de gevallen patiënten binnen 15 minuten kunnen worden geholpen.

Zorgambulances

De inzet van zorgambulances is alleen efficiënt wanneer de zorgambulance vrijwel continu wordt ingepland. Ontstaan er wachttijden, dan verdampt het (beperkte) kostenvoordeel van de zorgambulance heel snel. De praktijk wijst uit dat met het huidige patiëntenaanbod voor besteld vervoer er empoel is voor twee zorgambulances in de regio. Het overige bestelde vervoer dient door de reguliere ambulances te worden uitgevoerd. De inzet van zorgambulances, en dan met name op lange ritten buiten de regio, heeft als bijkomstig voordeel dat reguliere ambulances meer beschikbaar zijn voor spoedvervoer. Dit komt de aanrijtijden ten goede.

In de komende jaren wordt ernaar gestreefd de inzet van zorgambulances beter te coördineren over de regiogrenzen heen. Wanneer zogenaamde “haal- en brengritten” kunnen worden gecombineerd leidt dit tot minder onbeladen kilometers per zorgambulance.

Motor- en solo-ambulances: rapid responders

Functioneel is er geen onderscheid tussen motor- en solo-ambulances. Alleen het vervoermiddel verschilt. Daarom wordt de verzamelnaam van rapid responder gebruikt.

Er zijn echter wel verschillen in inzetbaarheid en kosten. Voor wat betreft de inzetbaarheid van de motor geldt dat de motor bij slechte weersomstandigheden (sneeuw, storm, regen, gladheid) niet of weinig kan worden ingezet. Om de inzetbaarheid te kunnen garanderen moet er een volledig uitgerust voorrangsvoertuig op de achterhand worden gehouden, hetgeen een dure voorziening is.

Voorts zijn de exploitatiekosten van de motorambulance hoger dan van een ander voertuig. Aangezien de responstijden van de motor niet sterk verschillen van die van de solo-ambulance zal in de komende periode het aantal motorambulances worden afgebouwd, ten gunste van de solo-ambulances.

De praktijk heeft uitgewezen dat er een voldoende aanbod van meldingen is om twee rapid responders gelijktijdig efficiënt in te zetten. Naar de aard van deze modaliteit worden rapid responders niet gekoppeld aan een bepaalde standplaats, maar worden ze door de gehele regio ingezet, afhankelijk van de behoefte op dat moment. Voorts worden ze ingezet als incidentcoördinator ter voorbereiding van de komst van de OvDG (Officier van Dienst Geneeskundig).

7.6. Spreiding ambulances over de regio

In de afgelopen jaren is relatief veel aandacht besteed aan het lokaliseren van geschikte standplaatsen voor ambulances. Hierbij gaat het zowel om zg. “opkomststandplaatsen” als om voorwaardescheppende standplaatsen. Opkomststandplaatsen zijn standplaatsen waar de ambulanceteams hun diensten starten en beëindigen. De opkomststandplaatsen zijn voorzien van alle benodigde voorzieningen. Voorwaardescheppende standplaatsen kennen minder voorzieningen dan de opkomststandplaatsen, en zijn vooral bedoeld als tijdelijke verblijfplaats van de ambulanceteams in afwachting van een nieuwe inzet.

De MKA hanteert het uitgangspunt van dynamisch ambulancemanagement. Dit houdt in dat een ambulance na afronding van een ritopdracht hetzij direct een nieuwe ritopdracht krijgt, hetzij naar een opkomststandplaats of voorwaardescheppende standplaats wordt gedirigeerd, afhankelijk van de mate van dekking van de regio op dat moment.

De RAV Gelderland-Zuid streeft naar een eindbeeld voor wat betreft de spreiding van ambulances over 4 opkomststandplaatsen (Nijmegen, Beuningen, Tiel en Geldermalsen/Rumpt), met voorwaardescheppende locaties in Nijmegen-West, Oosterhout/Lent, Beneden-Leeuwen, Kesteren, Waardenburg, Zaltbommel en Culemborg. In principe kunnen voorts alle brandweerkazernes in de regio Gelderland-Zuid als voorwaardescheppende locatie worden gebruikt.

Bij de voorwaardescheppende locaties is het van belang flexibel te blijven, omdat bijv. veranderingen in de infrastructuur kunnen nopen tot het (tijdelijke) gebruik van andere locaties. Tegen deze achtergrond wordt de strategische ligging van alle locaties continu gemonitord.

7.7. Ondersteunende infrastructuur

First responders

Het is niet realistisch te veronderstellen dat ambulancezorg zo kan worden georganiseerd dat iedere patiënt binnen 15 minuten kan worden bereikt. Daartoe zou de ambulancecapaciteit enorm moeten worden uitgebreid. Maar ook dan zal er sprake blijven van gelijktijdigheid van incidenten. De RAV GZ kiest er voor om een ondersteunende structuur van first responders te realiseren, die verantwoorde en adequate hulp kan bieden in afwachting van de komst van de reguliere ambulances. Deze ondersteunende structuur bestaat enerzijds uit de lokale brandweerkorpsen in de regio. Deze korpsen hebben medewerkers opgeleid op BLS-niveau (Basic Life Support), waaronder begrepen levensreddende handelingen en AED-gebruik. Deze first responders worden gealarmeerd door de MKA. Met de brandweer wordt voorts samenwerking onderzocht t.a.v. het MICU-vervoer en de snelle interventieteams.

Een ander deel van de ondersteunende structuur bestaat uit leken-hulpverleners. Hier gaat het om burgers die zijn gecertificeerd in het gebruik van AED's. Bij een onwelmelding worden deze burgers gealarmeerd via de MKA, op basis van de postcodes van hun huisadres en de plaats/postcode van het ongeval. Hiervoor is op de MKA het programma "Hartslag Nu" beschikbaar. Dit programma is ontwikkeld door en voor de ambulancesector.

In alle gevallen geldt dat Basic Life Support wordt geboden in afwachting van de komst van een ambulance. Onder geen beding kan de first responder-hulp in de plaats komen van de reguliere ambulancehulp.

Bovenregionale samenwerking

De RAV GZ heeft een goede samenwerking met andere regio's. Met alle omringende regio's zijn, ter aanvulling op de landelijke afspraken, convenanten gesloten over wederzijdse hulpverlening in de grensregio's. De RAV GZ wil deze samenwerking in de planperiode onverkort handhaven.

Door het RIVM is onderzoek gedaan naar grensoverschrijdende gebiedsdekking⁴. Per woonkern in Gelderland-Zuid is uitgezocht welke ambulance *ongeacht de regio van herkomst* het snelst ter plaatse kan zijn. Dit is vastgelegd in de inzetprotocollen van de MKA GZ en in die van de buurmeldkamers, waardoor grensoverschrijdende assistentie is geborgd⁵.

7.8. Uitgangspunten bereik en normtijden

Normtijden

Met als uitgangspunt dat 95% van de bevolking bij spoedgevallen tijdig moet kunnen worden bereikt, is het voor de bepaling van de spreiding (standplaatsen) en de noodzakelijke capaciteit van ambulances (aantal ambulances per standplaats) van belang binnen welk tijdsbestek patiënten moeten kunnen worden bereikt. Uitgangspunt van het beleid van de RAV GZ is dat de landelijke normtijden worden gehanteerd.

⁴ Referentiekader Spreiding en Beschikbaarheid Ambulancezorg 2008, briefrapport 270192001/2008, RIVM, Bilthoven, 2008.

⁵ Dit betreft met name de gemeenten: Lingewaal, Maasdriel, Zaltbommel.

A1-vervoer⁶

Voor het A1-vervoer geldt dat een patiënt zo snel mogelijk, doch binnen maximaal 15 minuten na melding moet worden bereikt.

Voor de verwerking van de melding door de meldkamercentralist wordt landelijk een norm van twee minuten gehanteerd. Voorts wordt gerekend met één minuut voor de opstart van de bemanning vanaf het moment van alarmering tot vertrek van de ambulance. In dat geval blijft 12 minuten zuivere rijtijd voor de ambulance bij A1-ritten over.

A2-vervoer⁷

Voor het A2-vervoer geldt als landelijke norm dat een patiënt zo spoedig mogelijk moet worden bereikt, echter uiterlijk 30 minuten na melding bij de meldkamer ambulancezorg. Ook voor het A2-vervoer moet rekening worden gehouden met een meldtijd van twee minuten en een opstarttijd van één minuut, waardoor een zuivere rijtijd van 27 minuten overblijft.

B-vervoer⁸

Voor het niet-spoedeisende, zg. B-vervoer (besteld vervoer) geldt geen landelijke norm. In beginsel wordt dit vervoer aangevangen zodra er voldoende ambulances beschikbaar zijn voor de afhandeling van eventueel spoedvervoer. Belangrijk voor het B-vervoer is de wachttijd, zijnde het verschil tussen de door de meldkamer afgesproken afhaaltijd en de daadwerkelijke afhaaltijd. De RAV GZ streeft ernaar dit verschil zo kort mogelijk te laten zijn, doch gemiddeld maximaal 30 minuten te laten bedragen.

Responstijden

RAV GZ streeft ernaar zo veel mogelijk hulpvragers binnen 15 minuten na melding te bereiken, met een regionale ondergrens van 95% binnen 15 minuten. De performance op gemeenteniveau wijkt daar niet meer dan 5% negatief van af in tenminste 16 van de 18 gemeenten (nu < 90%: Culemborg, Lingewaal, Buren, Millingen).

7.9. Paraatheidsplan ambulances

Op basis van onderzoek, gekoppeld aan experimenten in de praktijk wordt het redelijkerwijs mogelijk geacht met behulp van onderstaand paraatheidsplan minimaal 95% van de spoedritten binnen 15 minuten te realiseren.

Tabel 1: Bezetting opkomststandplaatsen

Opkomst standplaats	Werkdagen			zaterdag/zondag		
	Dag	Avond	Nacht	Dag	Avond	Nacht
Nijmegen	7*	3	2	5**	3	2
Beuningen ***	2	3	2	2	2	2
Tiel/Kesteren	3	2	2	2	2	2
Geldermalsen/Rumpt****	3	3	3	3	3	2
Rapid Responder*****	2	2	0	2	2	0
Totaal	18	14	9	15	13	9

* waarvan 2 zorgambulances

** waarvan 1 zorgambulance

*** combineert oude standplaatsen Wijchen en Druten

**** combineert standplaatsen Geldermalsen, Culemborg en Zaltbommel

***** niet standplaatsgebonden

⁶ Vervoer waarbij sprake is van een acute bedreiging van de vitale functies van een patiënt of waarbij dit pas na beoordeling door de ambulancebemanning ter plaatse kan worden uitgesloten.

⁷ Vervoer naar aanleiding van een zorgvraag waaruit blijkt dat geen sprake is van direct levensgevaar, maar waarbij de ambulance wel zo snel mogelijk ter plaatse dient te zijn.

⁸ Alle vervoer zonder A1- of A2-urgentie.

Bovenstaand paraatheidsplan wordt in de periode van 2015 - 2017 ingevoerd. De exacte invoering is afhankelijk van het tempo waarin bouwkundige aanpassingen kunnen worden gerealiseerd.

Resterende knelpunten

Het is de verwachting dat met het hiervoor geschetste paraatheidsplan de belangrijkste knelpunten in de gebiedsdekking zullen zijn weggenomen. De standplaats Rumpt zal naar verwachting leiden tot een betere gebiedsdekking in het westelijk deel van de regio dan thans het geval is. Naar verwachting zal deze standplaats medio 2015 zijn gerealiseerd. Tot dat moment wordt getracht – in nauwe samenwerking met de RAV Zuid-Holland Zuid – de aanrijtijden te optimaliseren door maximaal gebruik te maken van de mogelijkheden die het dynamisch ambulance management en het gebruik van voorwaardescheppende locaties biedt.

In het oostelijk deel van de regio blijft de gemeente Millingen aan de Rijn een knelpunt door de excentrische ligging in combinatie met de beperkte en smalle toevoerwegen. In dit gebied blijft het vooral van belang zorg te dragen voor een goede ondersteunende infrastructuur (zie paragraaf 7.7). Voor de rest van de regio geldt dat knelpunten in de gebiedsdekking meestal het gevolg zijn van gelijktijdigheid van meldingen in een bepaald gebied. Hierin zit geen vast patroon waarop kan worden geanticipeerd.

Alarmering

Op de MKA wordt gewerkt volgens het principe van DIA (Directe Inzet Ambulances). Dit houdt in dat zodra de aannamecentralist het vermoeden heeft dat een ambulance moet worden ingezet, de uitgiftecentralist reeds een voertuig en bemanning alarmeert. Indien uit het verloop van de uitvraag van de melding blijkt dat de melding de hoogste spoed heeft, krijgt de bemanning opdracht de rit met licht- en geluidssignalen te vervolgen.

8. Middelen

8.1. Financiering

Zorgverzekeraars kopen ambulancezorg in bij de RAV GZ. Daarbij worden niet alleen eisen gesteld aan de kwaliteit, organisatie en prestaties van de ambulancezorg, maar ook aan de financiële transparantie en de wijze waarop (maatschappelijk) verantwoording wordt afgelegd. Hierover vindt periodiek lokaal overleg plaats met de marktleders in de regio Gelderland-Zuid.

Het jaarlijks toegekende budget was tot 2013 in sterke mate afhankelijk van het aantal gereden ritten door ambulances. Sinds 1 januari 2014 is een nieuw financieringsstelsel van kracht, waarbij de productie-omvang geen parameter meer is. Het nieuwe stelsel gaat meer uit van vaste normbedragen en een bekostiging op basis van de gewenste beschikbaarheid (aantallen voertuigen en medewerkers om de gewenste paraatheid te kunnen bieden). In het nieuwe financieringsstelsel zijn in principe alle (deel)budgetten onderhandelbaar met zorgverzekeraars. Voorts kunnen zorgverzekeraars nadere (prestatie)eisen stellen die aan de budgettoekenning zijn verbonden.

De onderhandelingen met zorgverzekeraars over het budget 2014 zijn voor beide partijen naar wens verlopen. Er is een gezamenlijk budgetvoorstel ingediend bij de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). De afgesproken prestatie-eisen zijn naar de mening van de RAV GZ reëel en haalbaar. De RAV GZ streeft er naar om in goed overleg met zorgverzekeraars jaarlijks tot gezamenlijke budgetaanvragen en bijbehorende prestatieafspraken te komen.

De kosten van de door de RAV GZ geboden ambulancezorg worden volledig gefinancierd door de zorgverzekeraars. Naar de mening van de RAV GZ mag reguliere ambulancezorg zoals overeengekomen met zorgverzekeraars niet afhankelijk zijn van financiële bijdragen van derden. Dit ligt anders voor subsidies voor specifieke projecten, bijvoorbeeld op het gebied van onderzoek en ontwikkeling. Deze worden, na toetsing door het bestuur van de Veiligheidsregio en na overleg met zorgverzekeraars, wel nagestreefd.

De RAV GZ hanteert als beleidsuitgangspunt dat kosten voor diensten die door de RAV aan andere (onderdelen van) organisaties worden geleverd, worden doorberekend. In dit kader vindt op basis van vaste, jaarlijkse afspraken doorberekening van kosten plaats aan de GHOR Gelderland-Zuid, bijvoorbeeld voor de inzet en opleiding van OvdG'en, beheer en onderhoud van het wagenpark van de GHOR, etc. Ook worden kosten doorberekend van extra ambulancezorg bij (commerciële) evenementen.

8.2. ICT en communicatiemiddelen

Informatie- en communicatietechnologie is in de afgelopen jaren doorgedrongen tot in de haarvaten van de RAV'en, zowel wat betreft de ambulancediensten als de meldkamers. Daarmee is ICT niet alleen een heel belangrijk hulpmiddel geworden, maar is het functioneren van een RAV ook vrijwel volledig afhankelijk geworden van de betrouwbaarheid en stabiliteit van de gebruikte systemen. Dit stelt hoge eisen aan de systemen zelf, aan het beheer ervan, en aan de kwaliteiten van beheerders en gebruikers. Tegen de achtergrond hiervan hanteert de RAV GZ als uitgangspunt dat in de bedrijfsprocessen zoveel mogelijk bewezen technologieën worden gebruikt. Dit kan blijken uit ervaringen met dezelfde technologieën elders, of uit zelf uitgevoerde, grondige tests. In het verlengde hiervan wordt waar mogelijk gebruik gemaakt van landelijk werkende systemen, infrastructuur, standaarden, etc.

Het ICT-beheer van de gemeenschappelijke meldkamer (GMK) geschiedt momenteel nog in eigen beheer. Daartoe is op de GMK een afdeling ICT aanwezig die werkzaamheden verricht voor de meldkamers van politie, brandweer en ambulancezorg. Deze afdeling beheert de grote meldkamer-systemen, zoals GMS, C2000, P2000, CityGis, alsmede de gehele kantoorautomatisering ten behoeve van de meldkamer. Het is de verwachting dat in de loop van de planperiode de samenvoeging van de 5 oostelijke meldkamers een feit zal zijn.

In dat geval komt het volledige beheer van de genoemde systemen bij de nationale politie te liggen. Het is denkbaar dat wanneer op enig moment grote investeringen in de ICT moeten worden gedaan, het beheer van de grote systemen al eerder naar de oostelijke meldkamer zal worden overgebracht. Hierdoor ontstaat tevens een betere fallback situatie.

Voor het ICT-beheer van de ambulancedienst wordt gebruik gemaakt van ICT-diensten van de Veiligheidsregio. Belangrijke systemen die worden beheerd zijn AmbuForms, (bedrijfsprocessysteem), Roosterweb (dienstroosterprogramma), AmbuWeb (intranet), Qlik View (managementinformatie), het kantoor netwerk, alsmede vele andere kleinere toepassingen. Het ICT-beheer op de meldkamer en in de kantoren van de ambulancedienst is 7x24 uur gegarandeerd door piketdiensten in de avond en nacht.

Communicatiemiddelen zijn cruciaal in de ambulancehulpverlening. De RAV GZ maakt hiervoor gebruik van het landelijke C2000 en P2000-systeem. Het beheer van het communicatienetwerk is opgedragen aan de afdeling ICT van de GMK. Hier wordt ook de randapparatuur (portofoons, mobilofoons, pagers) beheerd. In de onderhavige planperiode zal ook dit beheer worden overgedragen aan de nationale politie.

In de toekomst zal in toenemende mate gebruik worden gemaakt van allerlei vormen van communicatie vanuit de ambulances naar instellingen van gezondheidszorg en omgekeerd. Hierbij gaat het om het verzenden en ontvangen van persoonsgegevens, gegevens over de medische toestand van patiënten, elektronische vooraankondigingen aan ziekenhuizen, hartfilms en foto's. In het belang van verbetering van ambulancezorg wil de RAV GZ, met inachtneming van de regelgeving rondom de privacy van patiënten, optimaal gebruik maken van deze nieuwe mogelijkheden.

8.3. Kennis en technologie

Binnen de RAV GZ is de afgelopen jaren grote voortgang geboekt met het genereren van betrouwbare managementinformatie. Met behulp van deze managementinformatie is het goed mogelijk geworden het effect van verbetertrajecten binnen de RAV GZ goed te volgen en op juiste waarde te schatten. In de komende jaren kunnen medewerkers dagelijks zowel hun eigen als de collectieve prestaties volgen (meldtijden, uitruktijden, overschrijdingspercentages, etc.). Tevens wordt het mogelijk trendanalyses en bedrijfsvergelijkingen met andere RAV'en te maken. Hiermee neemt de kennis over de werking van de primaire bedrijfsprocessen toe en worden de sturingsmogelijkheden groter.

Voor de ambulancezorg is het van essentieel belang dat er voldoende onderzoek en ontwikkeling plaatsvindt. De RAV GZ kent op dit gebied een vruchtbare samenwerking met het Radboudumc te Nijmegen en de Hogeschool Arnhem-Nijmegen (HAN). De RAV GZ is nauw betrokken bij het opzetten en uitvoeren van een landelijk onderzoeksprogramma voor de ambulancezorg.

De afgelopen jaren is veel onderzoek uitgevoerd op basis van patiëntgegevens van de RAV. Daarnaast participeert de RAV in een aantal internationale onderzoeksprojecten. De RAV GZ beschouwt deelname aan wetenschappelijk onderzoek als een speerpunt van beleid.

8.4. Materiaal en materieel

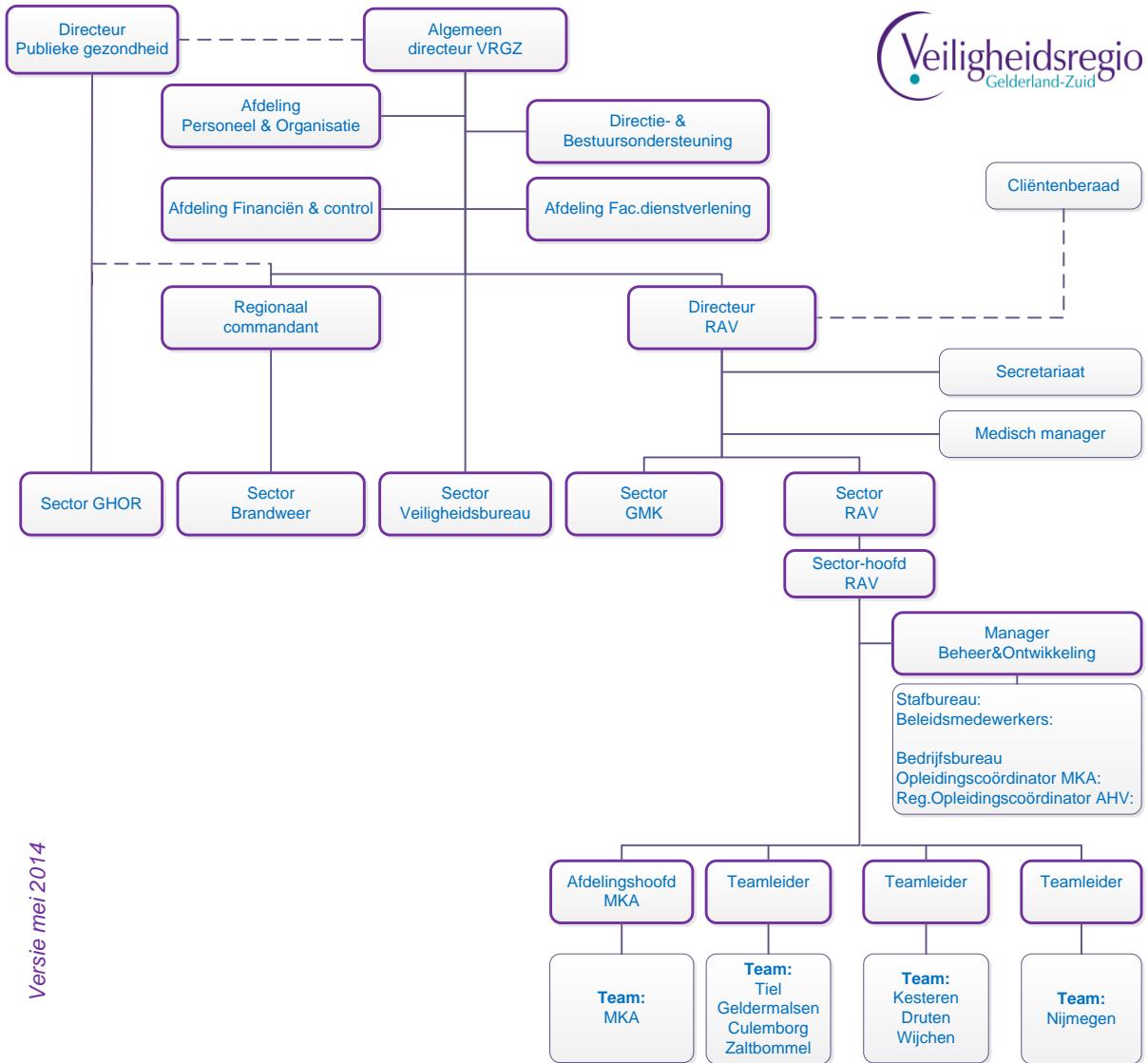
De RAV GZ streeft naar uniform ingerichte ambulancevoertuigen op alle standplaatsen. Voor alle medische apparatuur op de ambulances zijn onderhoudscontracten afgesloten. Binnen het kwaliteitsbeleid van de RAV GZ neemt het contractbeheer een belangrijke rol in: dat garandeert dat apparatuur op de juiste momenten wordt onderhouden en gekalibreerd.

Ook ten aanzien van medische apparatuur op de ambulances geldt dat de technologische ontwikkelingen snel gaan.

De RAV GZ streeft ernaar steeds "state of the art" apparatuur op de ambulances te hebben. Daarbij vindt een voortdurende afweging tussen bewezen kwaliteiten en innovatie plaats.

Bijlage 1: Organogram Veiligheidsregio Gelderland-Zuid

Organogram Veiligheidsregio Gelderland-Zuid



Versie mei 2014