



AMBULANCEZORG
NEDERLAND

Verbeterde urgentie-indeling

Plan voor veilige implementatie

Inhoud

Inhoud

1 Implementatieplan	3
1.1 Inleiding	3
1.2 Aanleiding doorontwikkeling urgentie-indeling	3
1.3 Implementatie in drie fases	3
2 Implementatie-organisatie.....	5
2.1 Inleiding	5
2.2 Monitoring board.....	5
2.3 Implementatieteam	6
3 Activiteitenplan	7
3.1 Inleiding	7
3.2 Randvoorwaarden implementatie	7
3.3 Beschrijving activiteiten in processen en tijdslijn.....	8
Bijlage 1 Vergelijking van urgentie-indelingen	

1 Implementatieplan

1.1 Inleiding

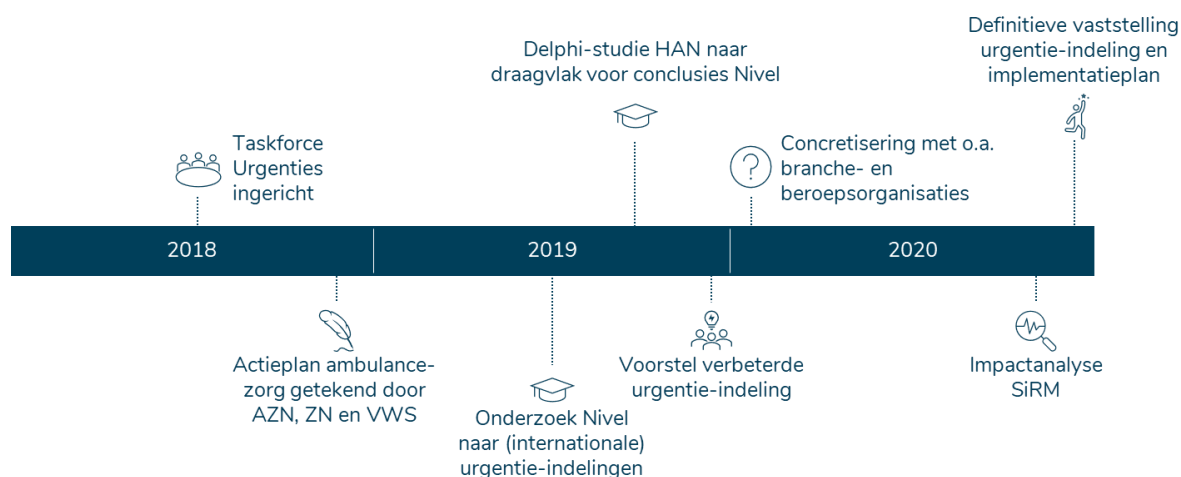
Het voorliggende implementatieplan van Ambulancezorg Nederland (AZN), versie april 2022, geeft richting en inhoud aan de wijze waarop de nieuwe of verbeterde urgentie-indeling voor de ambulancezorg veilig ingevoerd kan worden. De nieuwe urgentie-indeling is in 2019 al omarmd door de leden van Ambulancezorg Nederland, zijnde de bestuurders van de Regionale Ambulancevoorzieningen (RAV's). Met name de COVID-19 pandemie heeft daarna een vlotte procesgang opgehouden.

De nieuwe urgentie-indeling omvat uitbreidingen die passen bij het huidige acute zorglandschap, met de juiste zorg op het juiste moment op de juiste plaats door de juiste zorgverlener. Daarbij staat de behoefte aan kwaliteitsverbeteringen vanuit het medisch-logisch redeneren in de triage hoog in het vaandel.

1.2 Aanleiding doorontwikkeling urgentie-indeling

Op 12 november 2018 hebben de minister voor Medische Zorg en Sport en de voorzitters van AZN en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) het *Actieplan ambulancezorg* ondertekend. Met een toenemende vraag naar ambulancezorg en een dreigend personeelstekort was optimalisatie van de inzet van ambulancezorg een belangrijk doel van dit actieplan. Een cruciaal element voor het beter inzetten van ambulancezorg was dan ook de doorontwikkeling van een urgentie-indeling die meer recht doet aan de zorgbehoefte van patiënten en die de samenwerking in de spoedzorgketen vergemakkelijkt. Het actieplan is afgerond, de optimalisatie van de urgentie-indeling is daarbij als een continu proces aangemerkt.

In Figuur 1 staan de verschillende stappen weergegeven, die AZN gezet heeft in de aanloop naar de verbeterde urgentie-indeling.



Figuur 1. Tijdslijn belangrijkste stappen die in de aanloop naar de verbeterde urgentie-indeling zijn genomen

1.3 Implementatie in drie fases

Bij de implementatie van de nieuwe urgentie-indeling zal in de eerste fase de nadruk liggen op de benodigde interne activiteiten en kwaliteitsverbeteringen, met name binnen de organisatie van de meldkamers ambulancezorg (MKA's). Bijna gelijktijdig zullen de overige organisatie-onderdelen van

de RAV's en de ketenpartners betrokken worden bij de implementatie. Immers de urgentie-indeling is en blijft in de keten van acute zorg een verbindende schakel in de zorguitvoering. Doordat de nieuwe indeling een sterke overeenkomst heeft met onder andere de triage in de huisartsenzorg, zie bijlage 1, zal dit uiteindelijk de ketensamenwerking gaan vereenvoudigen en verbeteren. Zo is de nieuwe A0-categorie, als meest urgente categorie, op de MKA gelijk aan de huidige U0 van de huisartsenposten. Vanwege de technische mogelijkheden bij het beoogde tijdsfad van de implementatie op de MKA's is voor de aanduiding A0 gekozen als uitbreiding op de huidige A1- en A2-inzet op de MKA, en niet voor gebruikmaking van de U-indeling op de MKA. In deze eerste fase zal de betrokkenheid van de meldkamercentralisten in de implementatie geïntensiveerd worden.

De tweede fase richt zich op verdere betrokkenheid van stakeholders. Waar meerdere stakeholders al de afgelopen jaren bij de ontwikkeling van de verbeterde urgentie-indeling landelijk zijn betrokken¹, zal nu in gezamenlijkheid regionaal aan de vervolgstappen worden gewerkt. Uiteindelijk is het doel om te komen tot een voor de gehele acute (eerstelijns) keten toepasbare urgentie-indeling. Niet alles wat in de verbeterde urgentie-indeling is voorgesteld én wat direct impact heeft op de ketenpartners zal bij aanvang van de implementatie landelijk en volle omvang kunnen worden uitgevoerd. De huidige regionale druk die het acute zorglandschap kent, zoals vanuit de capaciteitstekorten, speelt hierbij een grote rol. Waar bijvoorbeeld zorgcoördinatie regionaal al geïntroduceerd is kunnen meldkamerprocessen wellicht binnen een kortere tijd op elkaar afgestemd worden, dan waar dit niet het geval is.

De derde fase richt zich op het invoeren, bijsturen en tussentijds evalueren op inhoud en proces van de implementatie van de nieuwe urgentie-indeling als geheel om daarmee de kwaliteit van ambulancezorg te verbeteren en borgen. De beoogde invoering omvat bij optimale realisatie in de gehele keten het ketenbreed eenduidig hanteren van urgenties. De huidige indeling vanuit het Nederlandse Triage Systeem (NTS) die huisartsenposten hanteren en waarbij de meest urgente U0-urgentie staat voor een huisartsvisite binnen 20 minuten of voor het aanvragen van een spoedeisende ambulance-inzet, staat vooralsnog in een bijzondere verhouding tot de 15-minuten streefnorm voor de meest urgente spoedinzet, de A-1, in de ambulancezorg. Dit is nog nadrukkelijker het geval wanneer de medische zorgvraag van de individuele patiënt in de A1 en U0-urgentie daarbij in beeld wordt gebracht, namelijk (het vermoeden van) uitval van vitale functies. Het eenduidig hanteren van de verbeterde urgentie-indeling zal echter pas dan te verantwoorden zijn, wanneer er voldoende zicht is op onder andere het effect van de implementatie van de verbeterde urgentie-indeling zoals op de kwaliteit van zorg van de A1- (en A0-) inzetten. De, nog in te richten, onafhankelijke monitoring board zal een belangrijke rol vervullen als het gaat om sturen op een veilige implementatie van alle veranderingen die de nieuwe urgentie-indeling met zich meebrengt.

De beschreven fases zijn niet tijdsvolgordelijk bedoeld. Het doorlopen van de afzonderlijke fases kan deels gelijktijdig gebeuren.

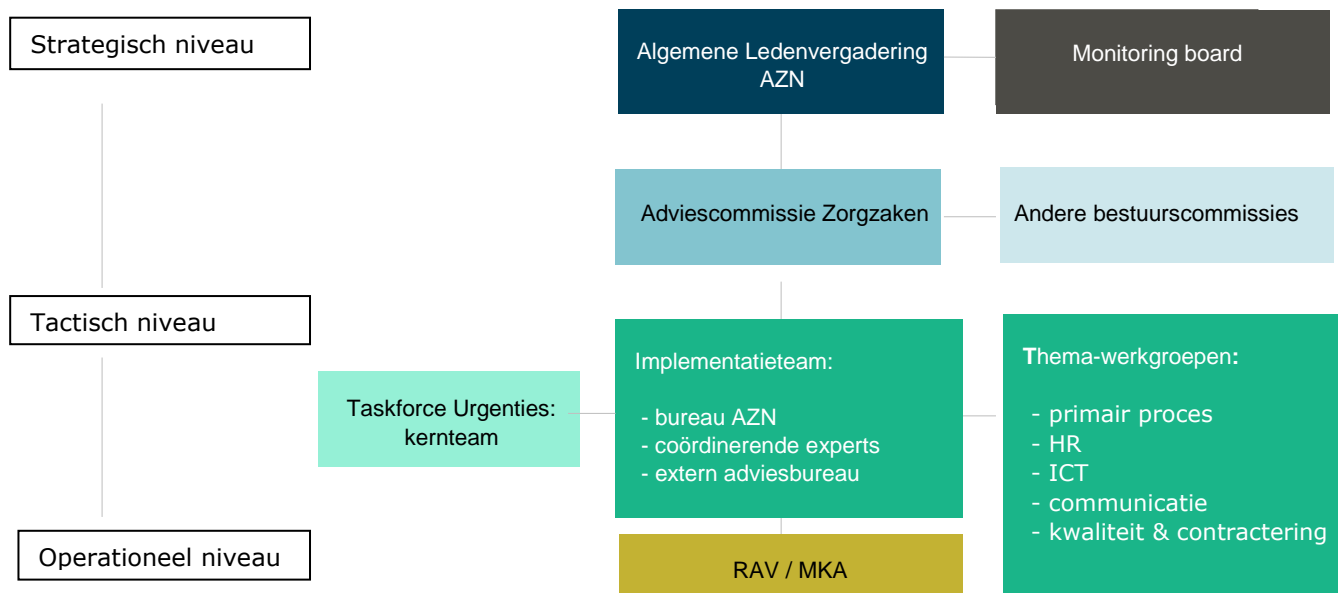
Het implementatieplan omvat in hoofdstuk 2 een voorstel voor de implementatie-organisatie. In hoofdstuk 3 is kort beschreven welke randvoorwaarden er zijn en welke activiteiten gerealiseerd moeten worden voor een veilige implementatie van de verbeterde urgentie-indeling.

¹ Zie <https://www.ambulancezorg.nl/themas/kwaliteit-van-zorg/urgentie-indeling>.

2 Implementatie-organisatie

2.1 Inleiding

De implementatie van de nieuwe of verbeterde urgentie-indeling vindt plaats door een implementatie-organisatie, welke aansluit op de huidige verenigingsstructuur van AZN. Het sectoraal implementatieteam en de thema-werkgroepen vormen samen met de monitoring board de implementatie-organisatie. Het al bestaande kernteam van de Taskforce Urgenties en de sectorale Adviescommissie Zorgzaken (ACZ) worden bij de invulling van de implementatie-organisatie betrokken. In deze twee overleggroepen zijn de Nederlandse Vereniging van Medisch Managers Ambulancezorg (NVMMA) en V&VN Ambulancezorg² vertegenwoordigd. Het kernteam van de Taskforce Urgenties begeleidt als het ware het implementatieteam, ze gaat daarbij na of de initiële wijzigingen van de urgentie-indeling voldoende leidend blijven. De monitoring board en het implementatieteam worden hieronder specifiek toegelicht.



Figuur 2. Implementatie-organisatie verbeterde urgentie-indeling

De implementatie van de veranderingen in het operationele proces vindt plaats binnen de 25 RAV's, onder verantwoordelijkheid van de directeuren. Voor de implementatie-activiteiten die om regionale uitwerking vragen wordt per RAV/MKA tenminste één coördinator benoemd, die de verschillende implementatie-activiteiten coördineert.

2.2 Monitoring board

De monitoring board gaat de impact van de verbeterde urgentie-indeling monitoren langs verschillende lijnen, waarbij de focus ligt op een veilige implementatie. De monitoring board fungeert als onafhankelijke maar intern aangestelde toezichthouder, geeft feedback richting de

² De Nederlandse Associatie Physician Assistants (NAPA) en de Nederlandse Vereniging voor Bachelor Medische Hulpverleners (NVBMH) zijn agendalid bij de Adviescommissie Zorgzaken.

betrokken gremia en kan in het uiterste geval adviseren aan de Algemene Ledenvergadering van AZN om de implementatie van de verbeterde urgentie-indeling (deels) stop te zetten. Het advies vanuit de nadere analyse³ over de invulling van de monitoring board wordt ter harte genomen, zie ook 3.1 Randvoorwaarden implementatie. Dit betekent dat voor deelname aan de monitoring board verschillende stakeholders, met inbegrip van patiëntvertegenwoordigers, worden uitgenodigd. Het kernteam van de Taskforce Urgenties en de ACZ zullen betrokken worden bij de te maken keuzes voor de invulling van de monitoring board. De monitoring board vergadert tenminste drie keer per jaar.

2.3 Implementatieteam

Het implementatieteam schakelt tussen tactisch en operationeel niveau en coördineert de dagelijkse gang van zaken omtrent de implementatie. Enerzijds faciliteert het implementatieteam de RAV's bij de uitvoering van het implementatieplan, anderzijds monitort het team in hoeverre de doelstellingen gerealiseerd worden en levert het team op basis van input vanuit de RAV's voortgangsrapportages aan voor de monitoring board en de ACZ. Het implementatieteam bestaat uit circa acht personen, afhankelijk van de verdere uitwerking in taken, en is in principe als volgt samengesteld:

- **coördinerende experts thema-werkgroepen:** vijf coördinerende, inhoudelijke experts voor ieder hoofdproces/thema-werkgroep: primair proces, HR, ICT, communicatie en kwaliteit & contractering. De leden van de thema-werkgroep zijn afkomstig uit de RAV's. Taken en verantwoordelijkheden van de coördinerende experts worden vooraf vastgelegd;
- **bureau AZN:** programmamanager, beleidsmedewerker en managementassistente;
- **extern adviesbureau:** ter realisatie van het
 - opstellen van een rapportageformat 'voortgang implementatie-activiteiten',
 - periodiek ophalen van input middels het rapportageformat bij iedere RAV/MKA,
 - aanbieden en bespreken periodieke verslagen, op basis van de regionale input, aan en met de afzonderlijke thema-werkgroepen,
 - samenvattend verslag opstellen en aanbieden aan de monitoring board en aan de ACZ, in afstemming met programmamanager/beleidsmedewerker AZN,
 - voorbereiden van kwartaalvergaderingen met het gehele implementatieteam, in afstemming met programmamanager/beleidsmedewerker AZN.

³ Continuïteit van zorg overal geborgd. Nadere analyse impact urgentie-indeling op RAV's (SiRM, 2021).

3 Activiteitenplan

3.1 Inleiding

Om ervoor te zorgen dat de nieuwe urgentie-indeling leidt tot de beoogde kwaliteitsverbetering én tot een effectievere inzet van acute zorgprofessionals, zoals beschreven in de impactanalyses⁴, is een veilige, verantwoorde implementatie van belang. Dit betekent dat in de hiervoor benoemde thema-werkgroepen primair proces, HR, ICT, communicatie en kwaliteit & contractering ook aandacht besteed dient te worden aan kennisoverdracht, opleiding en de benodigde bijscholingsprogramma's voor alle betrokken professionals en ondersteunende RAV-medewerkers in deze. Dit alles draagt bij aan het creëren en bestendigen van het benodigde draagvlak voor de implementatie. Daarnaast is het cruciaal dat de verwachte verbetering in kwaliteit van zorg nauwgezet gemonitord wordt, waarbij de patiënt centraal dient te staan. Wetenschappelijk onderzoek zal hiertoe ingezet worden. Mede op basis van dit onderzoek moet de sector kunnen onderbouwen of de nieuwe urgentie-indeling voldoende veilig is en zal een advies opgesteld worden over het al dan niet aanhouden van streefnormen voor de tijdigheid van A0- en A1-inzetten. Het implementatieplan omvat een maximale periode van circa drie jaar.

3.2 Randvoorwaarden implementatie

Vanuit de nadere analyse zijn op basis van de beantwoording van gestelde vervolgvragen randvoorwaarden voor de implementatie benoemd. De vastgestelde condities voor deze randvoorwaarden dienen geborgd te blijven gedurende de implementatieperiode:

- de uitgangspunten van spreiding en beschikbaarheid worden gedurende de implementatieperiode niet gewijzigd;
- de 95%-tijdsnorm wordt tijdens de implementatie gehanteerd met extra marge voor een verantwoorde implementatie; voor de A0-inzetten streeft de sector naar een zo snel mogelijke responstijd met een streefwaarde van maximaal 15 minuten, voor A1-inzetten is een verlenging van de responstijd met 2 minuten nodig om in de triage de juiste zorgtoewijzing waar te kunnen maken;
- acceptatie van het gegeven dat als gevolg van regionale verschillen de individuele RAV's kwaliteitsverbeteringen zullen behalen passend bij die regionale verschillen;
- aan de monitoring board dienen inhoudelijke experts, zorgprofessionals, landelijke branche- en beroepsverenigingen en patiëntvertegenwoordigers deel te nemen.

Bestuurlijk overleg tussen AZN, VWS, ZN, de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd en de Nederlandse Zorgautoriteit over de randvoorwaarden voor de implementatie is al gaande. Vanuit dat overleg zal dan ook advisering over verdere concretisering op genoemde randvoorwaarden worden gerealiseerd.

⁴ Slimmer, en sneller wanneer écht nodig - Impactanalyse nieuwe urgentie-indeling ambulancezorg (SiRM, 2020) en Continuïteit van zorg overal geborgd. Nadere analyse impact urgentie-indeling op RAV's (SiRM, 2021).

3.3 Beschrijving activiteiten in processen en tijdslijn

In tabel 1 is beschreven welke activiteiten binnen welke tijdslijn wordt uitgevoerd om zo een veilige en verantwoorde implementatie van de verbeterde urgentie-indeling te realiseren.

Bij de planning is uitgegaan van een bestuurlijk akkoord op het implementatieplan met daarbij een latere en nog te bepalen startmoment (maand 0) van de implementatie. Op die wijze kunnen de benodigde voorbereidingen voorafgaand aan de start voldoende gerealiseerd worden, zoals het inrichten van de implementatie-organisatie en het aanvragen van de benodigde subsidies. Het implementatieteam zal met een intern werkdocument met een meer gedetailleerd activiteitenoverzicht gaan werken. In dat interne werkdocument is nader beschreven wie waarvoor verantwoordelijk is. De activiteiten zijn ingedeeld in de eerdergenoemde vijf hoofdprocessen met daaronder subprocessen.

Tabel 1. Activiteiten voor de implementatie van de nieuwe of verbeterde urgentie-indeling

Hoofdproces	Activiteit	Start	Einde
1. Primair proces		Maand 1	Maand 8
	1.1 Intake en indicatiestelling	Maand 1	Maand 8
	1.2 Zorgtoewijzing en coördinatie	Maand 1	Maand 8
	1.3 Zorgverlening ter plaatse	Maand 1	Maand 8
2. HR		Maand 3	Maand 18
	2.1 Veranderkundige aspecten	Maand 3	Maand 12
	2.2 Functieprofielen	Maand 3	Maand 14
	2.3 Opleiding gen bijscholingsprogramma's	Maand 3	Maand 18
3. ICT		Maand 1	Maand 12
	3.1 Landelijke meldkamersystemen	Maand 1	Maand 12
	3.2 RAV-systemen	Maand 1	Maand 8
4. Kwaliteit & contractering		Maand 1	Maand 36
	4.1 Kwaliteit- en veiligheidsborging	Maand 1	Maand 24
	4.2 Wetenschappelijk onderzoek	Maand 1	Maand 24
	4.3 (Landelijke) procedures en ketenafspraken	Maand 1	Maand 36
	4.4 Bekostiging en contractering	Maand 1	Maand 36
	4.5 Kwaliteitskader ambulancezorg & wetgeving	Maand 1	Maand 36
5. Communicatie		Maand 1	Maand 36
	5.1 Interne communicatie	Maand 1	Maand 36
	5.2 Externe communicatie	Maand 1	Maand 36

Bijlage 1

Vergelijking van urgentie-indelingen

De nieuwe of verbeterde urgentie-indeling voor de ambulancezorg bevat zeven categorieën, een toename van vier categorieën ten opzichte van de huidige urgentie-indeling voor de ambulancezorg. De huidige indeling is op onderdelen te vergelijken met de NTS-indeling die gebruikt wordt op de huisartsenpost (HAP).

		nieuwe urgentie-indeling ambulancezorg	vergelijking: huidige urgentie-indeling	vergelijking: HAP-NTS (benadering)
spoedeisende ambulancezorg	A0	directe inzet met grootst mogelijke spoed	A1	U0
	A1	directe inzet met spoed	A1	U1
	A2	zo spoedig mogelijke inzet	A2	U2
niet spoedeisende ambulancezorg	B1	gepland op bepaald tijdstip hoogcomplex	B	n.v.t.
	B2	gepland op bepaald tijdstip laag-/middencomplex	B	n.v.t.
meldkamerzorg	C1	doorverwijzing, eventueel met inzet zorgtaxi	informele meldkamerzorg	U3/U4
	C2	zelfzorgadvies	informele meldkamerzorg	U5

Spoedeisende ambulancezorg

De huidige urgentie categorie A1 valt in de verbeterde urgentie-indeling te splitsen in de categorieën A0 en A1. A0-zorgvragen passen bij patiënten met de meest tijdkritische zorgvragen, met uitval van vitale functies zoals (mogelijke) reanimaties en verstikking. Dit zijn in de huidige indeling vanuit een medisch-logische redenering de meest urgente A1-inzetten. De NVMMA heeft in voorbereiding naar de nieuwe indeling een urgentie-waarderingslijst opgesteld van de A0-doelgroep. Deze lijst is toepasbaar op alle MKA's.

De verpleegkundig centralist kan daarbij altijd een melding als A0 indiceren wanneer de centralist vanuit de triage daar professionele redenen toe ziet: dispatch driven. A1-zorgvragen gaan over zorgvragen met een (mogelijke) instabiele ABCD. De huidige categorie A2 behoudt haar naam en doelgroep.

Niet spoedeisende ambulancezorg

De huidige categorie B valt uiteen in 2 categorieën niet spoedeisende ambulancezorg. Deze categorieën, B1 en B2, passen bij respectievelijk hoogcomplexen en bij midden- of laagcomplexen geplande ambulance-inzetten⁵.

Meldkamerzorg

De verbeterde urgentie-indeling bevat twee urgentie-categorieën meldkamerzorg. In de huidige organisatie kent de meldkamerzorg geen urgentiewaardering voor de meldkamerprocessen die zij zelfstandig afhandelen. Categorie C1 is straks voor patiënten waarbij de verpleegkundig MKA-centralist triage heeft uitgevoerd, waarvan de uitkomst is dat er geen inzet van ambulance-eenheid nodig is doch waar wel aansluitend aan de triage andere zorg nodig is. Voor deze vervolgzorg kan de zorgvrager terecht bij een ketenpartner, zoals de HAP. De MKA kan voor deze patiënten in bijzondere situaties een zorgtaxi⁶ inzetten voor die zorgvragers die direct vervoer naar een andere spoedzorgverlener nodig hebben en dit niet zelf kunnen organiseren.

Tot slot is categorie C2 toegevoegd. Hoewel in de huidige situatie regelmatig al zelfzorgadviezen gegeven worden door verpleegkundig MKA-centralisten zonder dat een ambulance-eenheid wordt ingezet, is dat nu nog geen formele urgentie-categorie. Deze zorghandeling van de centralist valt straks onder de C2-urgentie.

⁵ De NVMMA heeft recent aangegeven de B2 te willen hanteren voor de middencomplexen ambulancezorg en de B3 voor de laagcomplexen ambulancezorg. Dit wordt zo mogelijk meegenomen in de voorliggende implementatie.

⁶ Het Nivel-rapport 'Urgentie in de ambulancezorg en de acute eerstelijns zorgketen. Een verantwoording voor de urgentie-indeling' (2019) benoemt als mogelijke doorontwikkeling ook de inzet van zittend, niet spoedeisend taxivervoer welke wordt geïnitieerd vanuit de meldkamer ambulancezorg; dit naar idee van de werkwijzen in Denemarken en Zweden. Er is binnen Nederland nog geen beleid vastgesteld dat de organisatie en financiering van deze C2-zorgtaxi mogelijk maakt.