

7. Discussie, conclusie en aanbevelingen

7.1 Inleiding

In dit onderzoek staan vier onderzoeksvragen op het vlak van toegankelijkheid, patiëntveiligheid, kwaliteit en doelmatigheid met betrekking tot de inzet van de VS binnen de RAV Brabant Midden-West-Noord centraal. In deze onderzoeksrapportage zijn de resultaten op onderstaande vier onderzoeksvragen beschreven in de hoofdstukken 3, 4, 5 en 6.

Toegankelijkheid:

1. Wat zijn de kenmerken van de patiënten (ingangsklachten, werkdiagnoses en demografie) en ritten (aanvrager, tijden, urgenties) van patiënten die een ambulancezorgconsult van de VS krijgen?

Kwaliteit:

2. Welke diagnostiek en behandeling zetten de VS in tijdens een ambulancezorgconsult? In welke mate worden geldende richtlijnen en protocollen opgevolgd tijdens het ambulancezorgconsult door de VS?

Patiëntveiligheid:

3. Hoe veilig is het ambulancezorgconsult door de VS in termen van VIM-meldingen en nieuwe zorgcontacten van de patiënten?

Doelmatigheid:

1. Wat is het effect van de extra optie van een ambulancezorgconsult door de VS binnen het ambulancezorgsysteem op het proces en, indien mogelijk, de kosten?

In dit hoofdstuk worden de belangrijkste resultaten besproken en voorzien van verdere context. Verder wordt aangegeven wat de resultaten betekenen voor de praktijk en worden aanbevelingen geformuleerd voor vervolg.

7.2 Kenmerken van patiënten en ritten ambulancezorgconsult VS

Bij de zorgintake komt 71,4% van de ambulanceritten waarbij een VS wordt ingezet via een 112-melding en 4,1% komt via de huisarts. Het percentage via een 112-melding is hoger en het percentage via de huisarts is lager in vergelijking tot de ambulance-inzet in de regio Tilburg en de regio Den Bosch. Deze cijfers over de aanvrager laten zien dat de VS primair nog wordt ingezet door

de meldkamer ambulancezorg op basis van 112-meldingen en dat het aandeel aanvragen door ketenpartners nog relatief klein is. Dit wordt mogelijk verklaard doordat ketenpartners waarschijnlijk vaak bellen voor vervoer naar een plek met meer diagnostische mogelijkheden, omdat zij het consult ter plaatse zelf al hebben uitgevoerd. Toch is hier mogelijk nog winst te behalen, zeker gezien de visie van de RAV Brabant Midden-West-Noord dat de VS een professional is die (beter) in staat is vanuit een netwerksamenwerking met ketenpartners de patiëntenzorg te coördineren. Een aanbeveling die hieruit volgt is de potentiële inzet van de VS nog beter onder de aandacht te brengen bij de ketenpartners, en de inzetcriteria bij de MKA aan te scherpen.

Daarnaast ziet de RAV Brabant Midden-West-Noord een collegiale consultatiefunctie voor de VS binnen de ambulancezorg. Aangezien 2,1% van de inzetten van de VS plaatsvindt na een aanvraag van een ambulance-eenheid ter plaatse, lijkt er ook groei mogelijk in het uitbreiden van deze consultatiefunctie naar directe collega's. De visie van RAV Brabant Midden-West-Noord om de VS in te zetten bij het creëren van waarde voor zowel de patiënt als de spoedzorgketen past hierbij. Een efficiëntere inzet en organisatie om de juiste zorg op de juiste plaats te leveren door de juiste zorgprofessional waarbij de VS aanvullende competenties heeft past hier tevens bij. Hierbij is het belangrijk dat er draagvlak is voor de inzet van de VS in het totaal van aanbod van de ambulancezorg. Dit vraagt om goede communicatie over de mogelijkheden en de samenwerking.

De urgentie waarmee ambulancezorg door VS wordt toegewezen is in de helft van de gevallen het hoogste urgentieniveau (A1-urgentie) en in 45,3% van de gevallen A2-urgentie. In vergelijking tot de ambulance in Tilburg en de regio Den Bosch wordt de VS minder vaak ingezet met een A1-urgentie maar vaker met een A2-urgentie. De verklaring voor deze verhouding zit mogelijk in de vooraf gedefinieerde inzetcriteria voor de VS, waarbij deze in hoog urgente indicaties (echografie tijdens reanimatie) en semi-urgente indicaties (kleine wonden) ingezet kan worden. Een aanbeveling hierbij is om de inzetcriteria opnieuw kritisch te beschouwen op basis van de resultaten, en de MKA-centralisten nog beter te informeren over de aanvullende mogelijkheden van de VS naast de reguliere ambulancezorg.

De top vijf ingangsklachten van ritten waarbij een VS wordt geïndiceerd bestaat uit *Bewusteloosheid/Flauwvallen, Val/Val van Hoogte, Traumatisch Letsel (specifiek), Verkeersongevallen/Vervoersongevallen* en *Ziek Persoon (specifieke diagnose)*. Deze ingangsklachten zijn samen goed voor 41,0% van de VS-ritten. Een eerdere studie naar ingangsklachten onder een populatie waarbij een mobiel zorgconsult heeft plaatsgevonden laat zien dat *Bewusteloosheid/Flauwvallen* en *Val/Val van Hoogte* op nummer een en twee in de top vijf

ingangsklachten staan, maar dat de overige drieingangsklachten verschillen [42]. Deze top vijf ingangsklachten tijdens de pilotperiode komt ook voor buiten de tijden waarop de VS is ingezet tijdens deze pilot. Hierbij lijkt er zowel qua volume als vergelijkbaarheid van urgentieniveau potentie te liggen voor uitbreiding van de inzet. Wel biedt het volume van 41,0% nog ruimte voor groei om te komen tot specifiekere inzet, zeker ook omdat de VS een aanzienlijk deel van deze patiënten veilig thuis laat (een mobiel zorgconsult zonder herconsult). Voor een optimalere inzet en coördinatie is het belangrijk dat de MKA-centralist goed is geïnformeerd over de aanvullende diagnostische en therapeutische handelingen van de VS en bij welke ingangsklachten deze van meerwaarde kan zijn. De top vijf ingangsklachten waar de VS bij ingezet wordt is ook substantieel aanwezig in het tijdsvlak 21:00 uur tot 7:00 uur, variërend van 26% (5:00 uur) tot 49% (3:00 uur). Het verdient de aanbeveling om de tijden waarop de VS wordt ingezet te heroverwegen.

De top vijf groepen werkdiagnoses die een VS ter plaatse stelt bestaat uit Traumatologie-Chirurgie, Interne geneeskunde, Overig, Cardiologie en Neurologie. Deze werkdiagnose zijn samen goed voor 80,8% van de VS-ritten. De top vijf groepen werkdiagnoses in de regio Tilburg is vergelijkbaar tussen de twee groepen qua categorieën, behalve dat de volgorde anders is. Een specifiekere registratie van type werkdiagnoses is aan te bevelen om een dieper inzicht te krijgen in de exacte werkdiagnoses en mogelijke verschillen tussen de VS en de ambulance. Een aanbeveling hierbij is om het ritformulier aan te passen zodat het diagnostische en therapeutische spectrum van de masteropgeleiden wordt geborgd in het elektronische ritformulier, zodat deze vorm van ambulance zorg ook geborgd wordt in het patiëntregistratiesysteem.

Wat betreft consulttijd blijkt dat de VS bij patiënten die ter plaatse worden behandeld een langere consulttijd hebben in vergelijking tot ambulanceritten waarbij patiënten ter plaatse worden behandeld (36,0 minuten \pm 21,1 versus 30,0 minuten \pm 14,8). Het verschil van zes minuten is mogelijk te verklaren door de zorgcoördinatiefunctie van de VS, waarbij deze (beter) in staat is vanuit netwerksamenwerking met ketenpartners de patiëntenzorg te coördineren. Deze zorgcoördinatiefunctie kost mogelijk wat meer tijd, alhoewel deze extra tijd ook leidt tot meer gecoördineerde en beter afgestemde patiëntenzorg. In internationale literatuur wordt een gemiddelde tijd van 22-34 minuten beschreven voor een mobiel zorgconsult (door een VS of Physician Assistant) [43-46]. Vanuit deze vergelijking valt de consulttijd door de VS in deze range en is vergelijkbaar. Kijkend naar de top vijf ingangsklachten van de VS, is het hierbij opvallend dat voor de ingangsklachten 'Val/Val van Hoogte', 'Traumatisch Letsel (specifiek)' en 'Verkeersongevallen/Vervoersongevallen' de VS een aanzienlijk kortere consulttijd heeft in vergelijking tot de ambulance. Voor de ingangsklachten 'Bewusteloosheid/Flauwvallen' en 'Ziek persoon (specifieke diagnose)' zijn consulttijden vergelijkbaar. Hier levert de VS in kortere of gelijke consulttijden zorg waarbij een groot deel van de patiënten veilig thuis kan blijven.

De patiëntpopulatie gezien door een VS bevat een vergelijkbare man-vrouw verhouding in vergelijking tot reguliere ambulancezorg. De populatie verschilt wel wat betreft leeftijd. Opvallend gegeven is dat de helft van de patiënten gezien door een VS 50 jaar of jonger is, zeker in vergelijking tot de totale populatie in deze studie waarbij 68,4% van de patiënten ouder is dan 50 jaar. De verwachting vooraf was dat de VS vaker ingezet zou worden voor zorgcoördinatie bij een oudere patiënt met complexere zorgvragen op basis van kwetsbaarheid, co-morbiditeit en polyfarmacie. In de huidige pilot lijkt een grotere focus te zijn geweest op aanvullende diagnostische en therapeutische handelingen om te komen tot een mobiel zorgconsult. Vanuit de wetenschappelijke literatuur is ook bekend dat patiënten waarbij (veilig) een mobiel zorgconsult plaatsvindt gemiddeld jonger zijn dan patiënten die worden vervoerd, en dat een toename van de leeftijd zorgt voor een lagere kans op een mobiel zorgconsult [47-50].

Wat betreft rituitkomst blijkt dat 99,0% van de inzetten van een VS eindigt in een mobiel zorgconsult. Het landelijke gemiddelde percentage mobiele zorgconsulten op alle ambulance-inzetten was 23% in 2019 [39]. Studies uit Engeland en de Verenigde Staten laten zien dat 34-50,5% van ambulanceritten uitgevoerd door een VS eindigt in een mobiel zorgconsult [45, 51]. De vergelijking met nationale en internationale cijfers laat zien dat de VS bij de RAV Brabant Midden-West-Noord bij meer patiënten een mobiel zorgconsult verleent, en op deze wijze bijdraagt aan de juiste zorg op de juiste plek door de juiste professional.

7.3 Veiligheid (VIM-meldingen en herconsulten)

Een belangrijke indicator om veiligheid van mobiele zorgconsulten van de VS in kaart te brengen is het aantal VIM-meldingen. Tijdens de inclusieperiode van één jaar zijn in totaal zes VIM-meldingen gerelateerd aan de inzet van de VS gemeld. Bij de medicatie gerelateerde meldingen zijn er drie hersteld. De diagnostische meldingen zijn besproken en input voor het continue leer- en verbetertraject. Er is meldbereidheid bij de VS'en en de doorontwikkeling naar een lerende cultuur in een veilige en lerende omgeving lijkt ingezet. Vanwege het actiegericht karakter van de pilot met de constante PDCA-cyclus zijn er regelmatig evaluaties geweest waarbij gedrag werd aangescherpt, zonder een VIM-melding.

In een multidisciplinair overleg (MDO) wordt kritisch naar het eigen handelen gekeken. Er is echter nog ruimte voor verbetering hierin. Dit is onder andere terug te zien bij de resultaten ten aanzien van de aanvullende handelingen. Hierbij is bijvoorbeeld niet in alle gevallen bij het toepassen van Point of care; urinestick het beleid van NHG gevolgd. Ook bij het sluiten van wonden is niet in alle gevallen gekozen voor de juiste methode of het juiste materiaal. Tevens is in 35,7% van de gevallen waarbij

UR-geneesmiddelen werd voorgeschreven niet de NHG-standaard gevolgd, waarbij niet de juiste medicatie bij de diagnose is gekozen of niet het medicament van eerste voorkeur is gekozen. Er waren dus in potentie nog situaties die nog niet meegenomen zijn in de VIM-meldingen.

Een andere belangrijke indicator om veiligheid van mobiele zorgconsulten van de VS in kaart te brengen is het aantal herconsulten binnen 24 uur, 48 uur en 72 uur. Uit de resultaten blijkt dat in de patiëntengroep die ter plaatse is behandeld door een VS in 4,4% een herconsult heeft plaatsgevonden. In de ambulancegroep in de regio Tilburg en voor de regio Den Bosch was dit 4,8%. Een gouden standaard op het percentage herconsulten na een mobiel zorgconsult is niet eenduidig te definiëren zonder een duidelijk onderscheid tussen geplande en ongeplande herconsulten, bijvoorbeeld omdat er op afspraak nog contact is om een gezondheidstoestand of wond opnieuw te beoordelen. Dit onderscheid is in deze studie niet gemaakt. Er zijn een aantal wetenschappelijke studies die kunnen dienen ter vergelijking. Een studie uit de Verenigde Staten laat zien dat 6,5% van de patiënten na een mobiel zorgconsult door een VS een herconsult van de ambulance krijgt binnen 72 uur dagen [45]. Een Nederlandse studie naar inzet van een Physician Assistant op de ambulance laat zien dat 3% van de patiënten na een mobiel zorgconsult opnieuw 112 belt binnen 24 uur, 5% belt opnieuw 112 binnen 72 uur [46]. Een tweede Nederlandse studie vergelijkt solo-ambulance zorg tussen Physician Assistant en niet-masteropgeleiden en laat zien dat 55,6% van de patiënten opnieuw zorg zoekt na een mobiel zorgconsult door de Physician Assistant, echter betreft dit geen ambulancezorg. Voor de niet-masteropgeleiden betreft zoekt 54,5% opnieuw zorg en betreft het in 8,1% ambulancezorg [52]. Een Nederlandse studie laat zien dat 26,5% van de patiënten na een mobiel zorgconsult door een reguliere ambulance en 14,4% van de patiënten na een mobiel zorgconsult door een solo-ambulance voor een tweede keer medische hulp zoeken [53]. Het percentage herconsulten door een ambulance is met ongeveer 1% laag. Tot slot laat een grote database studie uit Engeland zien dat 9% van de patiënten na een mobiel zorgconsult opnieuw een consult krijgt van de ambulance [54]. Het lijkt er dus op dat het aantal herconsulten van de mobiele zorgconsulten in vergelijking met de internationale literatuur minder is.

De veiligheidsindicator herconsulten laat dus minimaal gelijkwaardigheid zien tussen de VS, de ambulance in Tilburg en de regio Den Bosch. In vergelijking tot een standaard verkregen uit internationale literatuur lijkt de zorg geleverd door VS'en op basis van het beperkte aantal herconsulten ook gelijkwaardig.

7.4 Aanvullende diagnostiek en handelingen

Tijdens de inclusieperiode van één jaar is in totaal bij 22,2% van de patiënten minimaal één aanvullende diagnostische of therapeutische handeling uitgevoerd door een VS. Dit betekent dat bij

ongeveer 4 van de 5 patiënten geen aanvullende handelingen zijn verricht. We zien ook terug dat er weinig verschil is te zien bij de ingangsklachten en groepen werkdiagnoses van de VS en ambulance. Mogelijk betekent dit dat de inzet van de VS door de meldkamer gericht zou kunnen, dus dat zij meer op hun specifieke expertise en aanvullende competenties worden ingezet. We zien ook dat wat de VS doen aan aanvullende handelingen dit over het algemeen veilig is. Zij laten veel patiënten thuis en er zijn weinig herconsulten, waarbij onduidelijk blijft welk deel van de herconsulten gepland is. We zien ook dat ondanks dat het opvolgen van afgesproken richtlijnen bij aanvullende handelingen, zoals bijvoorbeeld de NHG-standaard, niet altijd adequaat is, maar dat de mate van protocolopvolging in lijn met wetenschappelijke literatuur is [55]. Een systematische review uit 2013 includeerde tien artikelen uit de prehospital setting waaruit bleek dat het mediane percentage van opvolging van richtlijnen varieerde van 7,8-95,0%. De cijfers van de richtlijnopvolging door VS in deze studie zitten daarmee aan de hoge kant.

Bovendien is het niet altijd aangewezen om alle richtlijnen zomaar op te volgen. Een professionele inschatting blijft onmisbaar, en onderbouwd afwijken van een richtlijn daarmee soms noodzakelijk. Dat zien we ook bij het thuislaten van patiënten met volgens de richtlijnen afwijkende vitale functies. In de tabellen van de aanvullende handelingen die de VS doet bij patiënten die voor het grootste deel thuis gelaten worden, zien we dat er afwijkende vitale functies zijn bij deze patiënten. Afwijkende vitale functies bij patiënten waarbij een mobiel zorgconsult plaatsvindt zijn ook bekend vanuit literatuur [7, 56], echter rapporteerde een Zweedse studie dat 1-14% van de geregistreerde vitale functies van patiënten het volgens de richtlijnen niet toelieten dat patiënten thuis bleven [57].

Het inschatten van de ernst van de situatie, het afnemen van de anamnese en het besluit tot een behandelplan, evenals de beslissing om patiënten wel of niet naar de SEH te vervoeren is een ingewikkeld proces wat veel vraagt aan adequate competenties op het gebied van klinisch redeneren en shared decision making met de patiënt en diens omgeving [58]. De uitslag van de vitale functies is daar een onderdeel van. Het is bekend dat vitale functies slechte indicatoren zijn om in te kunnen schatten bij oudere mensen wat er aan de hand is en niet altijd van waarde zijn voor het maken van een vervoersbesluit [59]. Het is namelijk niet altijd bekend of de afwijkende vitale functies pre-existent waren of samenhangen met de actuele zorgvraag aan de ambulance. Uit deze studie blijkt dat afwijkende vitale functies volgens de geldende richtlijnen bij patiënten die thuis gelaten worden door de VS niet persé onveilig is, gezien het lage aantal herconsulten. Verder is het uiteraard in de praktijk ook wel eens zo dat in overleg met een patiënt, huisarts en/of specialist de patiënt thuis gelaten wordt in verband met palliatief beleid.

Uit de cijfers van de procedurele sedatie en analgesie (PSA) blijkt ook dat de geboden aanvullende handelingen veilig zijn. Het uitvoeren van een PSA is risicovol; het staat duidelijk beschreven wat hierbij allemaal fout kan gaan. Bij de eerste 18 uitgevoerde PSA's van de VS blijkt dat er geen enkele negatieve uitkomst is opgetreden tijdens de PSA-procedure.

De VS laten een iets hogere consulttijd zien dan de ambulance. Aan de ene kant is dit logisch op het moment dat er aanvullende handelingen worden verricht en er meer tijd wordt uitgetrokken voor goede educatie en instructie van de patiënt en bij een mobiel zorgconsult voor de zorgcoördinatie en overdracht aan ketenpartners. Aan de andere kant is er ook de vraag in hoeverre een deel van deze extra consulttijd patiëntgebonden is, of ontwikkelingsgericht. We zien bijvoorbeeld bij de Point of care; echografie (POCUS) dat de indicaties voor het maken van een echo erg gevarieerd zijn. Mogelijk zijn een aantal van deze echo's ook gebruikt om van te leren, dus voor het lerende effect. In de toekomst zou hier nagedacht kunnen worden over scherpere inzetcriteria van de VS.

Patiëntervaring is niet in deze rapportage opgenomen, maar wel door de RAV Brabant Midden-West-Noord gemeten middels de gevalideerde Consumer Quality Index Spoedeisende Ambulancezorg (CQI-index) [60]. De CQI-index vragenlijst bestond uit 42 kwaliteitsaspecten, alsmede een aantal vragen naar respondentkenmerken. De kwaliteitsaspecten hadden betrekking op de meldkamer, de bejegening, het handelen, communicatie, eerste hulp geen vervoer (mobiel zorgconsult), vervoer en samenwerking met de spoedeisende hulp. Vanwege de focus van de pilot op de inzet van de VS en mobiele zorg ter plaatse, zijn alleen de domeinen bejegening, het handelen, communicatie en eerste hulp geen vervoer (mobiel zorgconsult) gemeten. Patiënten konden voor ieder aspect antwoorden op een 4-punt schaal (nee, helemaal niet, een beetje, grotendeels en ja, helemaal).

In deze rapportage zijn de patiënt ervaringen niet meegenomen, omdat zij geen deel uitmaakten van vier geprioriteerde uitgangsvragen. Gedurende de pilot zijn deze gegevens wel verzameld. Daarnaast is er aanvullend onderzoek gedaan door een VS in het kader van de MANP-opleiding. Hieruit werd geconcludeerd dat de ervaring van patiënten na mobiel zorgconsult waarbij de patiënt thuis gelaten wordt verschillende fasen doorloopt, waarin angst, geruststelling, bevestiging (voor familieleden) en schaamte (voor patiënten) elkaar gedurende het hele zorgproces opvolgen [61]. Complexe interpersoonlijke vaardigheden van ambulanceverpleegkundigen die samenhangen met het concept van persoonsgerichte zorg kunnen deze impact moduleren. In deze studie werd geen onderscheid gemaakt tussen de VS en de reguliere ambulancezorg. Het verdient aanbeveling om de patiëntervaringen binnen de pilot VS alsnog te evalueren.

In deze pilot zijn powerapps gebouwd om aanvullende handelingen te registreren. Bij de analyse bleken de registraties gedurende de proefperiode niet uniform en veel missing data te bevatten. Dit

is in de proefperiode aangepast. Het is aan te bevelen voor vervolgonderzoek om vooraf goede afspraken te maken over de te meten indicatoren, eenduidige registratie en compleetheid van de data. Bij de te meten indicatoren is het aan te bevelen een datamanager te betrekken. Regelmatig aandacht voor het belang van eenduidige en complete dataverzameling om onderrapportage te voorkomen is eveneens aan te bevelen. Het verdient de overweging om een extra tabblad toe te voegen aan het reguliere ritformulier in plaats van andere databronnen te creëren.

Deze pilot sluit aan bij het actieplan Ambulancezorg waarin is afgesproken dat de Ambulancezorg beleid ontwikkelt om de masteropgeleide binnen de Ambulancezorg in te zetten zodat hun aanvullende competenties en bevoegdheden optimaal worden ingezet. Daarnaast is afgesproken om de in samenwerking met de ketenpartners zorgdifferentiatie verder vorm te geven. Binnen de huidige pilot zijn de ketenpartners nog niet optimaal betrokken. Het verdient aanbeveling om ketenpartners nog beter te informeren over de mogelijkheden van de inzet van de VS in de ketensamenwerking en de consequenties hiervan voor de patiënt, de continuïteit van zorg/zorgoverdracht en de kosten.

7.5 Patient journeys en kosten

Bij de patient journeys zijn van de aanvullende diagnostiek en handelingen die de VS kan uitvoeren en de invloed die dit kan hebben op de routing die een patiënt doorloopt in de acute zorgketen en de daarmee samenhangende kosten, waar mogelijk, in beeld gebracht. Een belangrijk aandachtspunt is dat bij een mobiel zorgconsult er nog geen optimale vergoedingsystematiek is voor de inzet van de ambulancezorg, terwijl er op deze wijze veel kosten bespaard kunnen blijven in de acute zorgketen. Vanuit het perspectief de juiste zorg op de juiste plaats door de juiste zorgverlener verdient het aanbeveling deze verplaatsing van zorg bespreekbaar te maken met de zorgverzekeraar in een tripartite overleg met ambulancezorg en ketenpartners.

7.6 Vervolgonderzoek en kritische succesfactoren

De adviezen voor vervolgonderzoek luiden als volgt:

- In deze onderzoeksrapportage stonden vier geprioriteerde onderzoeksvragen centraal. De focus op aanvullende analyse moet liggen op de overige zes geformuleerde onderzoeksvragen, om op deze wijze onder andere ook het perspectief van patiënten en ketenpartners mee te nemen.
- Tijdens deze studie is gebruik gemaakt van diverse databronnen. De koppeling van diverse databronnen is ingewikkeld. Bij vervolgstudies is het verstandig om vooraf te bepalen welke indicatoren gebruikt worden, welke gegevens in het ambulanceproces al geregistreerd worden en hoe deze te koppelen zijn. Het verdient aanbeveling om hierbij een datamanager te betrekken

- Binnen deze pilot zijn data verzameld binnen het ambulanceproces. Data van ketenpartners zijn verzameld en derhalve niet meegenomen in de analyse. Voor vervolgonderzoek is het aan te bevelen om ook gegevens van ketenpartners (o.a. huisarts en SEH) mee te nemen. Dit vraagt extra aandacht vanwege privacy van gegevens en het koppelen van gegevens.
- De kwaliteitscheck is niet (volledig) op alle aanvullende diagnostische en therapeutische handelingen uitgevoerd. Deze check is noodzakelijk om stevigere conclusies te kunnen formuleren over de veiligheid van ambulancezorg verleend door VS'en. Het verdient aanbeveling om bij vervolgonderzoek hier meer aandacht aan te besteden.

De volgende kritische succesfactoren zijn geïdentificeerd in dit project:

1. Zoals in elk veranderproject is het belangrijk om te starten vanuit een gemeenschappelijk vertrekpunt. De juiste zorg op de juiste plaats door de juiste professional is dat vertrekpunt. Het is belangrijk om dit ook te communiceren naar alle betrokkenen zowel binnen als buiten de organisatie. Het is belangrijk om daarbij draagvlak te creëren.
2. Het is belangrijk dat er vertrouwen is in de expertise van de betrokken professionals. Bekendheid van de aanvullende mogelijkheden van de VS bij zowel de collega ambulanceprofessionals als bij de ketenpartners kan de inzetmogelijkheden (en acceptatie en draagvlak) vergroten
3. Het is belangrijk om bij de start van een implementatieproject een projectgroep samen te stellen met alle stakeholders in de keten.
4. Het gezamenlijk vaststellen van de indicatoren, de meetwijze en eenduidige registratie is van cruciaal belang om het project goed te evalueren.
5. Focus op een aantal meetbare indicatoren verdient daarbij aanbeveling.
6. Het maken van afspraken over continue monitoring, bijstelling en borging van de meetbare indicatoren in een PDCA-kwaliteitscyclus is van belang
7. Het vaststellen van inzetcriteria, periodiek evalueren en/of aanscherpen hiervan, evenals evalueren van de inzettijden is belangrijk voor een optimale inzet.
8. Heldere afspraken over de te volgen training, protocollen om de expertise en bevoegd- en bekwaamheden van de VS te bewaken zijn van cruciaal belang. Het vastleggen van werkwijze in protocollen is daarbij belangrijk.
9. Het bespreken van casussen in een mini-MDO is behulpzaam voor inzicht in het optimaliseren van processen, het lerend vermogen van de VS, het optimaliseren van het trainingsaanbod en het inzicht van het medisch management in de expertise van de VS
10. Een veilige meldingscultuur is belangrijk om het lerend vermogen te stimuleren, eventueel werkwijzen of opleiding aan te passen

11. Er moeten duidelijke inzetcriteria zijn voor een optimale inzet van de VS in de Ambulancezorg. Een kritische succesfactor is om dit met ketenpartners en MKA en binnen het ambulanceproces te bespreken
12. Investeer in de samenwerking van de VS binnen het team van de Ambulancezorg en met ketenpartners. Het kennen van elkaar en elkaars werkwijze helpt bij het optimaliseren van de doelstelling: de juiste zorg op de juiste plek door de juiste professional