

KADERBRIEF 2018

RAV BRABANT MIDDEN-WEST-NOORD



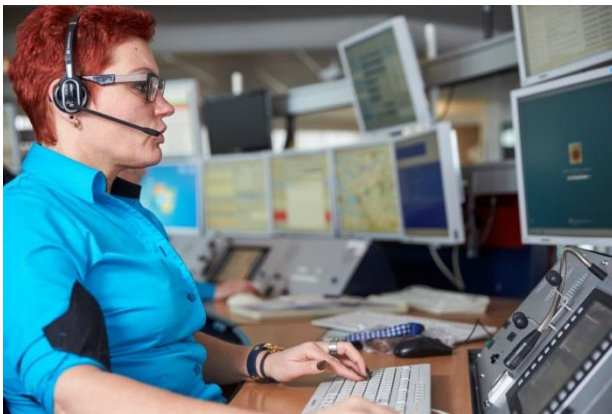
Tijdelijke Wet ambulancezorg

De tijdelijke vergunningen zijn met twee jaar verlengd tot 1 januari 2020. In 2020 wordt de tijdelijke wet vervangen door definitieve wetgeving. VWS laat momenteel onderzoek uitvoeren naar de mogelijke stelsels voor ambulancezorg. De keuzes die hierin gemaakt gaan worden bepalen of er wel of geen aanbesteding moet plaatsvinden.

Wat ook de uitkomst is, de RAV Brabant MWN wil zo goed mogelijk voorbereid zijn op wat er komen gaat. Ten eerste willen we voldoen aan alle eisen (voor zover deze al bekend zijn en vastgelegd in de beleidsregels). Bijvoorbeeld: per 1 januari 2018 willen we NEN7510 gecertificeerd zijn. Daarnaast willen we ons onderscheiden door te excelleren. Een voorbeeld hiervan is het project 'Patiëntveiligheid van binnenuit', een innovatieve manier om de patiëntenzorg te verbeteren door (intercollegiale) zorgevaluatie.

Rechtsvorm

In het verlengde van bovenstaande ontwikkeling rijst de vraag op: heeft onze RAV de juiste rechtsvorm om flexibel te zijn en optimaal te kunnen inspelen op alle komende ontwikkelingen? Parallel aan bovenstaande ontwikkelingen speelt dat de gemeenten die deelnemen in onze GR vragen stellen bij de huidige rechtsvorm. Door gewijzigde wetgeving zijn zij immers momenteel verantwoordelijk voor een organisatie, die geen gemeentelijke taak (meer) uitvoert en waarbij de zeggenschap over beleid en financiering is belegd bij de minister van VWS en de zorgverzekeraars. Uit een, in opdracht van het dagelijks bestuur verricht, onderzoek blijkt dat een stichting zonder winstoogmerk het beste voldoet aan de door het bestuur geformuleerde uitgangspunten en voorwaarden. Het omvormen van de huidige GR naar een stichting heeft echter forse financiële consequenties, o.a. vanwege de verplichte wisseling van pensioenfonds. Daarnaast is er nog geen zekerheid over welk stelsel voor ambulancezorg gekozen gaat worden, en welke rechtsvorm daar het beste bij past. Het advies over een alternatieve rechtsvorm doorloopt momenteel het bestuurlijke traject en de verwachting is dat in het voorjaar van 2017 hierover meer duidelijkheid zal komen. Vooralsnog lijkt het, gezien de grote financiële consequenties, verstandig om de landelijke ontwikkelingen af te wachten.



Landelijke meldkamer organisatie (LMO)

Een andere grote landelijke ontwikkeling is de LMO. Alle meldkamers in Nederland moeten conform de nieuwe regio-indeling worden samengebracht in maximaal 10 meldkamerlocaties. De voorbereidingen zullen ook in 2018 nog in volle gang zijn. Vanwege de verbouwing van de huisvesting van de meldkamer in Den Bosch verhuist het meldkamerpersoneel in het voorjaar van 2017 tijdelijk naar de meldkamer van Zuidoost-Brabant in Eindhoven. Medio 2018 is de verbouwing gereed en neemt het voltallige personeel van de meldkamers Brabant-Noord en Zuidoost-Brabant zijn intrek in Den Bosch. Voor de regio's Midden- en West-Brabant en Zeeland zal in 2017 de nieuwbouw voor de gemeenschappelijke huisvesting in Bergen op Zoom worden gestart, die naar verwachting eind 2019 gereed zal zijn.

Schaalvergroting: Gezien de ontwikkelingen rondom de LMO en het onderzoek van VWS naar het optimale stelsel voor ambulancezorg is het niet ondenkbaar dat op langere termijn ook de RAV-regio's te maken gaan krijgen met een van hogerhand opgelegde schaalvergroting. Deze ontwikkeling zal zeker een belangrijke rol spelen in de besluitvorming over de hierboven genoemde keuze voor een alternatieve rechtsvorm.

Kwaliteit van zorg

De huidige norm van 15 minuten responstijd wordt door VWS en zorgverzekeraars nog steeds als belangrijkste prestatie-indicator gezien, hoewel deze niet gebaseerd is op enige wetenschappelijke onderbouwing van de te behalen gezondheidswinst. Er zijn teveel factoren, gelegen buiten de ambulancezorg, die de te behalen gezondheidswinst gunstig of ongunstig kunnen beïnvloeden. Om die reden is de te behalen gezondheidswinst alleen te onderzoeken in de zorgketen. Een voorbeeld is het aantal patiënten met een acuut coronair syndroom, dat binnen 45 minuten wordt gepresenteerd voor een PCI-behandeling of het aantal patiënten met een CVA dat binnen 45 minuten wordt gepresenteerd voor trombolysie. De RAV gaat in overleg met de zorgpartners om te onderzoeken hoe de kwaliteit van zorg werkelijk kan worden verbeterd in de acute zorgketen.

Het ontwikkelen van inhoudelijke prestatie-indicatoren staat al jaren hoog op onze prioriteitenlijst. Als eerste RAV in Nederland startten wij in 2015 met het project Patiëntveiligheid van binnenuit, waarbij intercollegiale evaluatie van de geboden zorg plaatsvindt door zogenaamde zorgevaluatiebegeleiders (ZEB'ers). Deze manier van werken heeft inmiddels geresulteerd in meetbare verbetering van de geboden zorg. In 2018 zal er ook voor de ambulancechauffeurs een dergelijke evaluatie zijn gerealiseerd.

Prestaties

Vanwege de forse volumegroei van de afgelopen jaren is de 95%-norm voor bijna geen enkele RAV in Nederland haalbaar. Zowel de RAV Midden- en West-Brabant als de RAV Brabant-Noord behaalde in 2016 93,5% dekking, ondanks een stijging van respectievelijk 9,8% en 5,8% van declarabele en 'Eerste hulp, geen vervoer' ritten.

Uitbreiding van paraatheid: In 2016 werd het referentiekader Spreiding en beschikbaarheid herzien. Op basis hiervan zijn de budgetten voor ambulancezorg opnieuw berekend. Zowel de RAV Midden- en West-Brabant als de RAV Brabant-Noord kreeg een verhoging van het budget. Volgens de berekening van RAV en zorgverzekeraars zijn de toegekende middelen niet voldoende om de 95% dekkingsnorm te behalen, in de huidige omstandigheden van forse volumegroei. Er zijn analyses gemaakt om het beschikbare budget in te kunnen zetten met optimaal resultaat.

Na inzet van het totale beschikbare budget verwachten beide RAV's 94,5% dekking te kunnen behalen. In 2018 zal de uitbreiding zijn afgerond, mits er voldoende ambulanceverpleegkundigen geworven kunnen worden.





Personeel

Een van de grootste uitdagingen in de komende jaren is te kunnen blijven beschikken over voldoende vakbekwaam personeel, met name ambulanceverpleegkundigen. Bij handhaving van de huidige criteria voor de werving van deze groep medewerkers moet er “gevist worden uit de bestaande vijver” van IC- en SEH-verpleegkundigen, waarvan landelijk inmiddels wel wordt onderkend dat deze opdroogt. De oplossing voor het tekort aan ambulanceverpleegkundigen wordt gezocht in aanpassing van de instroomcriteria en functiedifferentiatie. In 2017 wordt er een experimenteel artikel verwacht dat het mogelijk maakt om de inzet van Bachelors Medische Hulpverlening (BMH’ers) mogelijk te maken.

De RAV Brabant MWN zet in op deze nieuwe ontwikkeling. In de afgelopen jaren heeft de RAV stagemogelijkheden geboden aan BMH’ers; inmiddels hebben een aantal geschikte kandidaten een

tijdelijk arbeidscontract. Wij hebben er bewust voor gekozen om niet langer af te wachten, enerzijds om deze veelbelovende jonge krachten niet te laten gaan, en anderzijds om optimaal voorbereid te zijn voor de instroom van BMH’ers in onze organisatie zodra er geen wettelijke belemmeringen meer zijn.

Voor wat betreft het zittend personeel (waarvan de meesten minstens tot 67 jaar moeten werken) staan we voor de uitdaging om deze medewerkers fit en gemotiveerd te houden, zodat zij zo lang mogelijk aan het werk kunnen blijven. Er wordt loopbaanbeleid ontwikkeld waarbij de mogelijkheden van functiedifferentiatie worden meegenomen.

De pro-actieve burger

De RAV ziet de komende jaren een uitdaging in het onderzoeken van de mogelijkheden om de burger in te schakelen bij hulpverlening door het bevorderen van zelfredzaamheid en preventie. Hierbij is het van groot belang dat deze burger goed geïnformeerd wordt over hoe ambulancezorg nu eigenlijk werkt en wat er wel en niet van ons verwacht mag worden. Social media kunnen hierin een belangrijke rol spelen.

Informatieveiligheid

Per 1 januari 2018 hopen wij gecertificeerd te zijn voor NEN7510, de norm voor informatiebeveiliging in de zorg. Het type werkzaamheden dat wij bij de patiënt uitvoeren vormt een inherent risico op datalekken, omdat in spoedsituaties niet alles op slot kan zitten en de primaire focus uitgaat naar de patiënt die in nood verkeert. Het is dus erg belangrijk om de risico’s in beeld en afgedekt te hebben.

Financieel

Sinds de oprichting van onze GR in 2006 werken wij met een begroting die volledig is gedekt door het aan ons toegekende budget vanuit de zorgverzekeraars, en hebben wij geen financiële bijdrage van de deelnemende gemeenten nodig gehad. De RAV Brabant Midden-West-Noord is een financieel gezonde organisatie, en ook in 2018 wordt geen gemeentelijke bijdrage gevraagd.