federal public service
HEALTH, FOOD CHAIN SAFETY
AND ENVIRONMENT

AMU

PV werkgroep revisie prehospitaalregistratie 28/09/2022

Aanwezigen:

Braija Sami Smals – Breda Antoon HVZ Fluvia – Bressinck Guy FOD VVVL ICT - Claeys Benedikte FOD Volksgezondheid - De Gryse Pascale FOD VVVL ICT - De Hermicourt De Grunne Emmanuel E Health - De Prins Carlo Hulpverleningszone Zuid-West Limburg - Descheemaeker Jeroen Smals – Deschildre Dennis FOD VVVL - DURET Alain ZSLUX - Maarten Cottyn FOD VVL – Hannelore Andries FOD VVL- Jean-Marie FOD VVL - Haouari Yousra FOD VVVL – Henderickx Guido Noodcentrale 112 Antwerpen – Kuipers Lieselotte IBZ – Lambiet Olivier SPF Santé publique – Lhoest Dominique ASTRID – Lukyamuzi Jesse Abiware – Ndizeyé Jean-Marie SPF Santé Publique – Rombouts Lisa Tolk VGT-NL – Schyns Benoit SPF Santé publique – Taveirne Kelly FOD VVVL – Triest Wayne FOD VVVL – Trubbia Cataldo SPF Santé Publique DBI - Van de Voorde Patrick FOD VVVL - Van Kerkvoorde Jordy Endare – Vannieuwenhoven Anthony ZOHE – Vilain Xavier NV ASTRID - Wellens Patricia Jessa ziekenhuis - Zandona Régine SPF Santé publique – Gillard Jean-François SPF Santé publique – Robin Nicolas SIAMU – Bert d'Alleine FOD VVVL – Vansimpsen Christophe FOD VVVL via Teams – Tom Leenhouwers Ambuce via Teams – Sandro Di Turi Ambuce via Teams - Eveline Depuijdt FOD VVVL DBI via Teams – Delfien Verhelst FOD VVVL DBI via Teams - Gijselman Maarten CityGIS via Teams.

Presentatie en korte toelichting van het project tot revisie van de prehospitaal registratie

De werkgroep is tot stand gekomen na een oproep voor vrijwillige kandidaturen tijdens de Kick Off op 08/06/2022. Het doel van de herziening is de uitwisseling van informatie te verbeteren tussen de verschillende actoren in de zorgketen. De herziening is toegespitst op de administratieve vereenvoudiging met inachtneming van een goede continuïteit van de dringende geneeskundige hulp en dienstverlening aan de burgers. Door doelgericht en op maat gegevens te verzamelen, zullen beleidssimulaties bij de programmering van middelen in een specifiek geografisch gebied efficiënter zijn. De herziening zal op supraprovinciaal vlak een "harmonisering" van alle technische hulpmiddelen mogelijk maken, zoals de software die gebruikt wordt in de noodcentrales 112 (1 software nl. Citygis C&D). Met de harmonisatie wordt ook beoogd om de middelen efficiënter te verdelen in verhouding tot de vraag naar gezondheidszorg. De evaluatie zal zeker een belangrijke springplank zijn voor de herziening van de gegevensverzameling van klinische variabelen en van het strategisch gebruik ervan op alle niveaus van de zorgketen.

Doel van de werkgroep:

De leden van de werkgroep vertegenwoordigen verschillende sectoren van de zorgketen.
De groep beoogt deskundigheid en praktische kennis van het veld te verschaffen over de verschillende onderwerpen die tijdens deze bijeenkomsten zullen worden besproken.
Er zullen binnen de werkgroep aanbevelingen worden uitgewerkt en de werkgroep fungeert als klankbord om daarna in het eindverslag van het project te kunnen worden opgenomen. Er is een

werkdocument uitgewerkt en aan elk groepslid toegezonden. Dit werkdocument zal onze leidraad zijn voor alle besprekingen en voorstellen (Zie PPT in bijlage).

De FLUX zoals het zou moeten zijn:

Een schema van de gegevensstroom zoals die zou moeten zijn, wordt voorgesteld voor advies en ter verbetering.

Brainstorming over de FLUX:

Eerste deel van het schema: detail van behandeling van een oproep in NC112:

SIAMU:

- T0: behandeling van de oproep en "nodig om een middel uit te sturen" → niet per definitie de calltaker die dit zelf beslist maar volgens de richtlijnen in het BHMR. Dit rekening houdend met het invoeren van de 1733 in de toekomst.
- Patiënt niet aanwezig → patiënt gevonden : YES → pijl moet terug naar « controle van de toestand van de patiënt" want die wordt geëvalueerd als hij/zij wordt gevonden
- Weigering tot transport naar ziekenhuis: moet bevestigd worden door PIT/SMUR (dus spoedverpleegkundige of spoedarts) na contactname via NC112
- Een ambulancier/hulpverlener mag zelf niet beslissen om patiënt niet naar het ziekenhuis te voeren. Er wordt eerst contact genomen met de NC 112. De NC doet een evaluatie samen met de hulpverlener en indien nodig wordt een PIT of SMUR ter plaatse uitgestuurd.

Cel terrein:

- De oproep, de interventiefiche, het uitsturen van het middel al deze gegevens worden ontvangen en behandeld door de noodcentrales
- Ontvangen van SDS'en: werkwijze kan verschillen volgens cluster maar het finale doel dient overal gelijk te zijn.
- De gegevens van de klinische parameters moeten terug te vinden zijn tijdens de inzameling daarvan.
- **Chronologische acties door de operator NC112:**
  - oproep opnemen
  - gegevens bevragen van de beller/patiënt:
  - adres: gemeente, straat, huis of gebouw
  - type interventieplaats (publiek, privé → huis/apptm/… ?)
  - wat is de gebeurtenis, wat zijn de omstandigheden ?
  - leeftijd en relevante medische voorgeschiedenis patiënt?
  - status van de patiënt:
    - is de patiënt nog bij bewustzijn ?
    - 3 essentiële vragen : praat/beweegt de patiënt nog + heeft patiënt zijn/haar ogen open?
  - via BHMR protocol code en ernstgraad te bepalen van de interventie
  - In functie van BHMR protocol en ernstgraad, en in functie van het aantal slachtoffers kunnen er meerdere uitgestuurd worden.

        - 2 middelen = MUG + ambulance
    - Pre-arrival instructions (PAI) voor de beller/patiënt in functie van protocol en ernstgraad
    - als operator een middel uitstuurt moet de operator contact houden met het middel om zeker te zijn dat het middel vertrekt (er zijn verschillen tussen NC112's)
    - alle belangrijkste zaken worden nogmaals samengevat met de beller/patiënt en er wordt gevraagd om het adres nog eens te bevestigen
    - Na de PAI recall verbreekt de operator van de noodcentrale met de de oproeper om de middelen te alarmeren. In bepaalde gevallen (vb. phoneCPR, stuipen,…) blijft de operator met de oproeper aan de lijn om bijkomende instructies te geven.
- ondertussen wordt interventiefiche opgemaakt
- belangrijkste indicatoren tijdens dit proces:
    - temps de décrochage = wachttijd van de oproep NC112
    - temps de prise d'appel = behandeltijd van de oproep NC112
    - temps de départ (T2 du moyen) = vertrektijd van middel 112 = T2

Abiware :

- Verschillende behandeling van het "document weigering transport": het is momenteel niet duidelijk of er een wettelijke waarde is.

Cel terrein:

- Er is geen wettelijke waarde verbonden aan het document, maar het komt wel in het dossier van de patiënt Het document kan niet gescand worden via de tablet om het zo in Ambureg te krijgen.
- In sommige regio's wordt het document niet gebruikt omdat patiënt sowieso naar ziekenhuis wordt gevoerd.
- Blijkbaar is er een omzendbrief (11/03/2020) die de weigering wel regelt, door het in te vullen en te scannen via Ambureg. Maar dit is niet werkbaar op terrein.

Cel terrein:

- Bij betwisting ligt de beoordeling bij de rechter
- Een ambulancier mag geen patiënt weigeren, dit druist in tegen hun eed- Iemand in nood niet helpen!!!!
- Men merkt op dat er verschillende werkwijzen of beoordelingen van het document "weigering vervoer" in de verschillende clusters zijn. De bedoeling is om in alle clusters eenzelfde werkwijze te hanteren. Maar er dient eerst een proces/werkwijze uitgeschreven te worden (eventueel via automatisatie en implementatie in alle clusters)
- De patiënt mag een vervoer weigeren, maar elke patiënt moet op een juiste en goede manier geïnformeerd worden van zijn rechten en eventuele gevolgen van een weigering.
- Er zijn protocollen die de procedures uitleggen, deze dienen gewoon toegepast te worden.

Cel terrein:

- Goed om te weten: een MUG registreert niet in Ambureg

Cel terrein:

- Wat als een PIT verpleegkundige met ziekenwagen meerijdt? → deze kan in principe zelf beslissen over toestand van de patiënt en er moet dus niet noodzakelijk via NC112 een PIT of SMUR worden gebeld voor hun medische beoordeling

Cel terrein:

- In dit geval is iedereen die met een ambulance rijdt bevoegd om handelingen te stellen van een Hulpverlener-Ambulancier (HVA). Zelfs als ze een scholing hebben van PIT verpleegkundige of spoedarts, mogen ze enkel maar de handelingen van een HVA uitoefenen. PIT en MUG personeel werkt namelijk volgens staande orders van een arts, dit is het verschil tov HVA.
- Een PIT heeft een heel eigen flow. In principe vertrekken ze terug naar de standplaats na het onderzoeken van de patiënt.
- Is het niet beter om de scholing van het personeel te definiëren en niet het middel?

SIAMU:

- Wanneer ambulance gereinigd, gedesinfecteerd of door technische problemen naar standplaats moet:
  - tijdens reinigingswerken status T9
  - eens het voertuig proper contact opnemen met NC112 om zich opnieuw beschikbaar te stellen
  - Deze statussen dienen correct doorgegeven te worden door de ambulancediensten aan de NC112

HVZ Fluvia:

- Men merkt op dat er te veel data van onnodige interventiefiches die in de SDS databank komen
  - bv. buitendienst stellingen,
  - bv. interventiefiches die dubbel worden aangemaakt in NC112 en naar meerdere middelen doorgestuurd (vaak middelen van eenzelfde permanentie) waardoor de SDS databank vervuild wordt en bovendien hun registratiegraad naar beneden trekt omdat natuurlijk maar 1 interventiefiche wordt afgewerkt
  - bevestiging van dit probleem door verschillende diensten en integratoren
  - Suggestie: de interventie pas registreren als deze gevolgd is door een actie/effectieve interventie.
  - In de NC112 worden de beschikbare middelen weergegeven bij verschillende operatoren.

- Wat ook een oorzaak kan zijn is dat de ambulancediensten hun beschikbaarheden niet doorgeven.

IBZ:

- Wanneer de ambulancedienst van middel wijzigt en de NC112 niet verwittigd
- Wanneer de in C&D vastgelegde vertrekorde niet wordt gerespecteerd
- Bij de opstart van Ambureg was het de bedoeling om buitendienststellingen effectief naar NC112 door te sturen, waarna operator NC112 het middel buiten dienst stelt a.d.h.v. een interventiefiche en dat middel krijgt op die manier bevestiging of hun middel inderdaad buiten dienst is gezet.

HVZ Fluvia:

- Men vindt dit een nuttige feedback, maar zou niet via een SDS fiche moeten gebeuren
- Het zou dubbele interventiefiches creëren en zo de registratiegraad beïnvloeden.

Abiware :

- Het systeem Ambureg zou de mogelijkheid moeten bieden aan ambulancediensten om dubbele interventiefiches zelf te verwijderen. (Integrator)
- Kan de registratiegraad berekend worden zonder rekening te houden met de dubbele waarden ? (Integrator)
- Een ambulancier zou dus op Ambureg tablet enkel SDS met interventiefiche ontvangen als hij gaat vertrekken of al vertrokken is de vraag bij IBZ om dit goed te begrijpen en te situeren.

HVZ Fluvia:

- SDS dus maar doorsturen naar gealarmeerd middel op T2 ? Of een bevestiging hiervan van de NC112 CONFIRMED status invoegen.
- Ook een mogelijkheid zou kunnen zijn dat er wanneer alle tijden ontbreken de rit als geen rit wordt beschouwd.
- Pasop AV komt steeds door. Ik zou niet enkel het ontbreken van T2 nemen want dan kan bij het vergeten van een centralist.

IBZ:

- kaart wel aan dat de Ambureg tablet echter door veel ambulanciers ook als alarmeringsmiddel wordt gebruikt en dan is het doorsturen van een SDS op moment T2 te laat.
- stelt voor om de praktijk in de NC te bekijken en hoe het wordt geprogrammeerd om duidelijk te begrijpen hoe dubbele interventiefiches kunnen ontstaan – of kunnen worden vermeden.

SIAMU:

- Permanenties met 1 middel en/of weinig interventies per dag zullen geen fouten ondervinden. Maar het is moeilijk haalbaar voor permanenties met veel middelen en veel interventies om foutloos te werken.
- Status van operator na alarmering middel 112 “confirmed” is geen goede status tegenover status “vertrek middel”= T2 – zie ook voorstel van IBZ hierboven.

Cel terrein:

- Volgens collega’s die reeds gemigreerd zijn naar de nieuwe software NC112, zal de migratie van de andere noodcentrales het probleem van dubbel interventies goed kunnen behelpen (operator moet altijd zijn keuze een 2e keer bevestigen)

HVZ Fluvia:

- Voorstel oplossing KT = nieuwe status “confirmed” om SDS uit te sturen en oplossing LT = mogelijkheid voor schrappen van dubbele interventies in Ambureg door ambulancedienst.

IBZ:

- voegt toe dat een oplossing KT ook veel tijd neemt omdat een “change request” via NV Astrid moeten gevraagd worden aan CityGis, en daarna geïmplementeerd en getest moet worden. “zo snel mogelijk” is dus een rekbaar begrip…

Abiware:

- Vraag aan de FOD VVVL: in tussentijd de registratiegraad op een andere manier berekenen? (Integrator)

DBI:

- stelt voor hoe het verder moet bekeken worden en hoe we dubbele interventies kunnen filteren uit SDS database. Moeten zomaar alle dubbele verwijderd worden of moet de verwijdering meer specifieker?

SIAMU:

- De certificaatbeheerder van de ambulancedienst moet de mogelijkheid hebben om in Ambureg hun dubbele interventies te kunnen verwijderen op een efficiënte manier en gemakkelijke manier. (zie ook vraag van integrator)
- Rekening houdend met de eindverantwoordelijkheid dat de data vanuit de noodcentrales correct doorstroomt naar ambulancediensten via de SDS. Probleem dus best bij de bron aanpakken.

IBZ:

Merkt op als we oproep pas versturen na status T1 confirmed → gevolg is dat ambulancedienst pas na bevestiging oproep hun SDS fiche zal ontvangen op hun tablet, m.a.w. AMBUREG is geen alarmeringsmiddel, alleen een registratiemiddel. Sommige gebruiken het als alarmeringsmiddel.

- Voorstel van IBZ is om demo te geven van softwareregistratie NC112 aan alle leden van de werkgroep. Het correct gebruik van de software en de registratietool door ambulancediensten én operatoren zou quasi geen dubbele interventies toelaten.

Werkpunten om mee te nemen naar volgende vergaderingen:

1. Technische probleem: dubbel interventiefiches
    - Vertrekorde – disponibiliteit – T1 en T2 Confirmed, enz.
    - Adresgegevens patiënt in XML en SDS komen niet altijd overeen
2. Variabelen
3. Harmoniseren van de werkstroom – procedure voor alle NC112's