



Ambulancezorg
Gelderland-Midden



Huisartsdienst Arnhem



SAMENWERKINGSOVEREENKOMST

Huisartsenposten en Ambulancezorg Gelderland-Midden

1. Inleiding

Huisartsenposten en ambulancezorg werken veel samen in de eerstelijns- spoedzorg, met name gedurende de avonden, nachten, weekenden en feestdagen. Met de ondertekening van deze samenwerkingsovereenkomst willen de partners de huidige samenwerking beschrijven, vastleggen en het belang ervan benadrukken. Alle eerder overeengekomen afspraken vervallen hiermee. De partners zien deze overeenkomst als basis om de zorg voor patiënten te verbeteren en hierdoor samen te werken aan patiëntveiligheid. Het is de ambitie om 7x24 uur de best passende zorg met de juiste prioriteit in te zetten op basis van goed afgestemde triage en overdracht om daarmee de hulpvraag te laten beantwoorden door de juiste zorgverlener

2. De partners

Deze samenwerkingsovereenkomst tussen Ambulancezorg Gelderland-Midden en de huisartsenposten Regio Arnhem, Gelderse Vallei en Primair regio Amersfoort is van kracht vanaf 1 januari 2016 en is aangegaan voor een bepaalde termijn, te weten tot 31 december 2016 en wordt daarna jaarlijks geëvalueerd.

Partijen:

Onze Huisartsen; Huisartsendienst Arnhem, vertegenwoordigd door de heer E. Scheppink, algemeen directeur. Hierna te noemen **HAP**

en

Huisartsen Gelderse Vallei, vertegenwoordigd door mevrouw B.M. Smulders, algemeen directeur. Hierna te noemen **HAP**

en

Primair Huisartsenpost Amersfoort, vertegenwoordigd door mevrouw H.J. ten Kate, Lid Raad van Bestuur. Hierna te noemen **HAP**

en

Ambulancezorg Gelderland-Midden, vertegenwoordigd door de heer Y. Schat, Directeur Publieke Gezondheid en Ambulancezorg Gelderland-Midden. Hierna te noemen **Ambulancezorg**¹

Overwegende:

- dat partijen elk afzonderlijk maar ook in gezamenlijkheid nastreven kwalitatief goede en doelmatige zorg te bieden aan de acute patiënt
- dat partijen er naar streven dat de acute patiënt met de juiste urgentie de juiste zorg op de juiste plaats ontvangt van de juiste hulpverlener
- dat zowel huisartsen als medewerkers van Ambulancezorg spoedeisende medische hulp verlenen en er een overlap is in de zorg die verleend moet worden
- dat een juiste en goede samenwerking tussen huisarts en ambulancepersoneel dan ook van levensbelang is
- dat partijen bereid zijn tot samenwerking en afstemming betreffende het verrichten van acute zorg binnen elkaars werkgebied
- dat het triagesysteem (NTS) op een juiste en eenduidige wijze gebruikt wordt door zowel triagisten bij de huisartsen als meldkamercentralisten van Ambulancezorg

Wanneer zich bij de uitvoering van het convenant omstandigheden voordoen waarin de overeenkomst niet voorziet, zullen partijen in gezamenlijk overleg trachten een oplossing te vinden welke past in de geest van de overeenkomst en naar redelijkheid en billijkheid aan de belangen van partijen zoveel mogelijk recht doet. In de dagdagelijkse praktijk betekent dit dat de discussie achteraf plaatsvindt.

¹ Ambulancezorg Gelderland-Midden welke zowel de Meldkamer Ambulancezorg (MKA) als de Ambulance Hulpverlening (AHV) bevat

Opzegging

Indien en voor zover één der partijen dusdanige gronden aanwezig acht dat in redelijkheid en billijkheid de onderhavige samenwerkingsovereenkomst niet kan worden voortgezet, kan zij deze opzeggen. Opzegging vindt niet eerder plaats dan nadat overleg tussen partijen heeft plaatsgevonden over de voorgenomen beëindiging. De opzegging geschiedt schriftelijk en heeft geen invloed op de plicht van iedere partij om continuïteit in de patiëntenzorg te garanderen.

Verzorgingsgebied

Deze samenwerkingsovereenkomst is van toepassing op alle personen – inwoners en passanten – die verblijven in het werkgebied van Ambulancezorg.

Overige bepalingen

Op deze samenwerkingsovereenkomst is Nederlands recht van toepassing.

Daarnaast vormen relevante wettelijke regels het kader van de beroepsuitoefening:

- Tijdelijke Wet Ambulancezorg (TWAZ). Artikel 5 van de TWAZ stelt dat op elke aanvraag om ambulancezorg de meldkamer van de regio waarbinnen de aangevraagde zorg aanvangt beslist of ambulancezorg nodig is, alsmede door wie en op welke wijze deze zal worden verleend.
- Binnen de brancherichtlijnen optische- en geluidssignalen spoedeisende medische hulpverlening (versie 2009 AZN/V&VN gebaseerd op artikel 29 Reglement Verkeersregels en Verkeerstekens uit 1990) wordt gesteld dat voor het gebruik van optische- en geluidssignalen toestemming noodzakelijk is van de meldkamer ambulancezorg (MKA)
- De Wet op de Geneeskundige Behandelovereenkomst (WGBO). Deze wet regelt de juridische relatie tussen hulpverlener en patiënt. Tevens is deze wet belangrijk in verband met de daar verankerde verplichting voor de hulpverlener om te voldoen aan en te handelen volgens de normen van de beroepsgroep, de 'professionele standaard'.
- Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (Wet BIG). Deze wet stelt eisen aan de kwaliteit en de bekwaamheid van de in te zetten hulpverlener. Tevens bevat deze wet de bepalingen betreffende de tuchtrechtelijke toetsing van verleende zorg.
- *Kwaliteitswet Zorginstellingen*. Deze wet stelt eisen aan de organisatie. De organisatie heeft namelijk de verplichting om een visie te ontwikkelen wat 'kwalitatief verantwoorde zorg is' en vervolgens heeft de organisatie de verplichting om de voorwaarden te scheppen opdat verantwoorde zorg kan worden geleverd.

3. Doel van de samenwerking

Het doel van onderlinge samenwerking is om, op basis van onderling respect voor elkaars visie en professionele standaarden en met behoud van de eigen bevoegdheden en verantwoordelijkheden bij of krachtens de wet gesteld, afspraken na te komen binnen de keten van acute eerstelijnszorg. Er zijn afspraken gemaakt ten aanzien van onderlinge afstemming op beleidsmatig en operationeel niveau, met als doel het op adequate wijze bieden van de meest passende acute zorg door het efficiënt inzetten van de medisch professionele hulpverlener(s) van huisarts- en ambulancezorg.

4. Uitgangspunten

1. Het uitgangspunt voor onderlinge samenwerking is respect voor elkaars visie en professionele standaarden.
2. Zowel de HAP als Ambulancezorg moeten voldoen aan de vereisten die de Kwaliteitswet Zorginstellingen stelt.
3. Partijen erkennen onderdeel te zijn van de acute zorgketen en partijen ondersteunen elkaar daar waar nodig in het zorgproces.
4. Voor de acute patiënt of diens vertegenwoordiger is te allen tijde duidelijk wie van de betrokken zorgverleners:
 - het aanspreekpunt is voor vragen van de patiënt of diens vertegenwoordiger;
 - de inhoudelijke (eind)verantwoordelijkheid heeft voor de zorgverlening aan de patiënt;
 - belast is met de coördinatie van de zorgverlening aan de patiënt (zorgcoördinator).
5. Bij samenwerking vergewist elke zorgverlener zich ervan dat hij/zij beschikt over relevante gegevens van collega's. Hij informeert collega's over gegevens en bevindingen die zij nodig hebben om verantwoorde zorg te kunnen verlenen.
6. Relevante gegevens worden aangetekend in een dossier betreffende de patiënt. Via Ambulancezorg dan wel van de HAP kunnen de partijen relevante informatie uit een dossier verkrijgen. Belangrijk uitgangspunt hierbij is het borgen van optimale patiëntveiligheid.
7. De overdracht van taken en verantwoordelijkheden vindt expliciet plaats volgens de standaardmethodiek SBAR (bijlage I).
8. Met betrekking tot incidenten (waaronder begrepen fouten) geldt het volgende:
 - naar de patiënt wordt over incidenten openheid betracht;
 - incidenten worden zo snel mogelijk gemeld binnen de eigen organisatie;
 - het incident wordt in gezamenlijkheid geëvalueerd met als doel de zorg te verbeteren
 - een aan de samenwerking deelnemende zorgverlener dient te worden aangesproken indien niet wordt voldaan aan de norm voor verantwoorde zorg.

5. Voorwaarden voor samenwerking

Bij de HAP vormen de NHG-standaarden en NTS de basis voor de zorg die geleverd wordt in de Avond, Nacht en Weekend uren (ANW-uren) en tijdens officiële feestdagen. Het kwaliteitskader dat ten grondslag ligt aan de huisartsenzorg in de ANW-uren is 'de huisartsenzorg in ANW-uren' (*Raamwerk kwaliteitsbeleid VHN, 2013*).

Bij Ambulancezorg is het geldend Landelijk Protocol Ambulancezorg (LPA) en het NTS de standaard voor zorg door ambulanceverpleegkundigen en centralisten. Voor de genoemde samenwerking, zoals in de overeenkomst beschreven is, gelden de criteria zoals deze zijn vastgelegd in de landelijke normen ten aanzien van A1- en A2-vervoer (*Tijdelijke Wet Ambulancezorg, Ministerie VWS 2012; Uniform Begrippenkader Ambulancezorg, 2013*).

Ambulancemedewerkers die zijn opgeleid als physician assistant of verpleegkundig specialist zijn bevoegd werkzaamheden te verrichten conform protocol en NHG-standaarden, binnen hun kunnen en competenties.

6. Uitgangspunten in verschillende scenario's

Als uitgangspunt bij alle situaties van samenwerking en overdracht van de zorgverlening geldt dat de centralist/triagist verantwoordelijk is voor de triage, urgentiebepaling en inzet. Dat wil zeggen dat men zich er van moet vergewissen alle relevante informatie te ontvangen voor het kunnen doen van de juiste triage.

Eind 2015 is er een onderzoek gestart door een verpleegkundig meldkamercentralist in opleiding in samenwerking met de HAP's, naar de ritten die vanuit de HAP doorverwezen worden naar de MKA en de wijze waarop NTS gehanteerd wordt op de meldkamer Ambulancezorg, bij de HAP in Arnhem en bij de HAP in Ede en of hier verschillen zichtbaar zijn. Op basis van dit onderzoek, dat afgerond zal zijn aan het eind van het eerste kwartaal in 2016, zullen gezamenlijke acties volgen.

Ketenpartners volgen elkaars urgentie op, ervan uitgaande dat de triage volledig en uniform is uitgevoerd. De centralist die de melding ontvangt en accepteert, rondt de triage af.

Triage

De uitkomsten van elkaars triage worden overgenomen, ervan uitgaande dat de triage volledig en uniform is uitgevoerd, maar de verantwoordelijkheid van de inzet en het afmaken van de triage ligt bij de meldkamercentralist.

De TWAZ beschrijft in artikel 5 het volgende: *'Op elke aanvraag om ambulancezorg beslist de meldkamer van de regio waarbinnen de aangevraagde zorg aanvangt, of ambulancezorg nodig is, alsmede door wie en op welke wijze deze zal worden verleend.'*

Verantwoordelijkheden

1) Overdracht bij telefonische melding van HAP naar MKA

- a) Na telefonische triage bepaald triagist van de HAP de urgentie;
- b) Doet, met uitzondering van de afgesproken uitsluit criteria (zie bijlage II), telefonisch verzoek aan MKA voor inzet van ambulance;
- c) Informatie wordt door triagist conform SBAR overgedragen. Centralist MKA zorgt ervoor dat alle benodigde informatie gevraagd en geregistreerd wordt;
- d) Op het moment dat MKA uitspreekt dat hulpvraag wordt overgenomen en een ambulance zal worden gestuurd gaat de verantwoordelijkheid voor het verdere deel van de zorg over van HAP naar MKA. Dit is vastgelegd via voice-logging. U1-triage door de HAP is mogelijk als de triage wordt afgerond door een verpleegkundig centralist. Hierbij blijft er de mogelijkheid om verder op of af te schalen. De intentie is dat de melder 'warm' wordt doorgezet² om zo nodig aanvullende vragen te beantwoorden en meldersinstructie te ontvangen en/of zorgafspraken te maken door de centralist op de MKA.
- e) Indien de hulpvraag niet kan worden overgenomen vanwege capaciteitsproblemen bij de Ambulancezorg dan heeft men de inspanningsverplichting om samen te beslissen wie er het eerst bij de patiënt kan zijn, maar de HAP behoudt de eindverantwoordelijkheid. Uitgaande wat het meest haalbare is voor de patiënt, is het goed voor de second best optie te kiezen.

2) Overdracht bij visite van HAP naar MKA

- a) Na visite oordeelt visite-huisarts dat ambulance(vervoer) noodzakelijk is;
- b) Doet zelf telefonisch verzoek aan MKA voor het sturen van een ambulance;
- c) Informatie wordt overgedragen. Centralist MKA zorgt er voor dat alle benodigde informatie gevraagd en geregistreerd wordt;
- d) Visite-huisarts blijft bij patiënt tot het arriveren van ambulance. Indien toestand van de patiënt dit toelaat en zorg aanwezig is kan de visite-arts eerder vertrekken. Hij laat in dat geval een

² 'warm' doorzetten: patiënt/melder blijft onder de 'knop' en wordt door MKA overgenomen

overdracht formulier acute zorg (SBAR formulier, bijlage I) achter. De huisarts blijft verantwoordelijk voor de patiënt tot het arriveren van de ambulance. Indien het een A1-rit betreft dient de huisarts altijd aanwezig te blijven totdat de ambulance arriveert.

- e) De verantwoordelijkheid van het verdere deel van de zorg gaat over van de huisarts naar de ambulanceverpleegkundige op het moment dat de verpleegkundige bij de patiënt arriveert en de overdracht heeft plaatsgevonden.

3) Overdracht bij telefonische melding van MKA naar HAP

- a) Na telefonische triage oordeelt centralist van MKA dat er geen noodzaak is van inzet ambulance maar dat patiënt zorgverlening behoeft van HAP;
- b) Doet telefonisch verzoek aan HAP voor huisartsenzorgverlening;
- c) Informatie wordt door centralist conform SBAR overgedragen. De HAP zorgt er voor dat alle benodigde informatie gevraagd en geregistreerd wordt;
- d) Op moment dat HAP uitspreekt dat de zorgverlening wordt overgenomen, gaat verantwoordelijkheid over van MKA naar HAP en is vastgelegd via voice-logging. De verantwoordelijkheid voor de triage blijft bij de MKA.
- e) De melder wordt 'warm doorgezet' om zo nodig aanvullende vragen te beantwoorden en eventuele meldinstructie te ontvangen en/of zorgafspraken te maken. Op basis van de geldende urgentie bepaalt de ontvangende partij of de melder direct of indirect (wachtrij en/of terugbellen) wordt geholpen.

4) Overdracht bij hulpverlening ter plaatse van Ambulancezorg naar HAP

- a) Na bezoek ter plaatse oordeelt ambulanceverpleegkundige dat ambulancevervoer niet noodzakelijk is en dat patiënt huisartsenzorgverlening behoeft van HAP;
- b) Doet telefonisch verzoek aan HAP voor huisartsenzorgverlening en is vastgelegd via voice-logging HAP;
- c) Informatie wordt, conform SBAR methodiek, overgedragen. De triagist zorgt er voor dat alle voor hem/haar benodigde informatie gevraagd en geregistreerd wordt en verbindt de ambulanceverpleegkundige door met dienstdoende huisarts;
- d) Op moment dat de huisarts ter plaatse is, gaat de verantwoordelijkheid over van Ambulancezorg naar HAP.
- e) De ambulanceverpleegkundige laat te allen tijde een SBAR achter.
- f) De ambulanceverpleegkundige zal de HAP informeren over de gestelde werkdiagnose en het advies op het moment dat een patiënt niet vervoerd wordt. De HAP zal de eigen huisarts informeren.

5) Overdracht van MKA naar HAP vanwege capaciteitstekort bij Ambulancezorg

- a) Na telefonische triage oordeelt de centralist van de MKA dat ambulance inzet met urgentiecode A1 noodzakelijk is maar dat er vanwege een capaciteitsprobleem³ er geen ambulance gestuurd kan worden (uitzonderingen zijn openbare gelegenheden⁴ en verkeersongevallen);
- b) Doet telefonisch verzoek aan HAP voor huisartsenzorgverlening;
- c) Op het moment dat de HAP akkoord geeft om te gaan rijden gaat de verantwoordelijkheid van Ambulancezorg naar de HAP en dit is vastgelegd via voice-logging;
- d) Als de HAP gaat rijden⁵ dan zal de centralist een melding aanmaken en het ritnummer doorgeven aan de chauffeur. De chauffeur geeft de centralist het autonummer door.
- e) De huisarts verleent de noodzakelijke zorg aan de patiënt. Als de huisarts ter plaatse is en beslist dat er ambulance vervoer noodzakelijk is dan, neemt hij/zij (of chauffeur, zie 6.2.b),

³ Capaciteitsprobleem: dichtstbijzijnde ambulance is niet binnen 15 minuten ter plaatse (voor een A1 rit).

⁴ Valt onder huisartsenzorg als er sprake is van een verblijfadres inclusief bed.

⁵ Dichtstbijzijnde huisarts is binnen 20 minuten ter plaatse (streefwaarde voor U1 rit).

contact op met de MKA en blijft ter plaatse tot het moment dat de ambulance arriveert (zie 6.2.b);

- f) Zodra de ambulance is gearriveerd gaat de verantwoordelijkheid van het verdere deel van de zorg over naar de ambulanceverpleegkundige.
- g) Indien de hulpvraag niet kan worden overgenomen vanwege capaciteitsproblemen bij de HAP dan heeft men de inspanningsverplichting om samen te beslissen wie er het eerst bij de patiënt kan zijn. Uitgaande van wat het meest haalbare is voor de patiënt, is het goed voor de second best optie te kiezen. De intentie is dat HAP-voertuigen gealarmeerd kunnen worden vanuit MKA als First Fast Responder.

6. Overdracht van HAP naar MKA vanwege capaciteitstekort bij HAP

- a) Na telefonische triage oordeelt de triagist van de HAP dat huisartseninzet noodzakelijk is met urgentiecode U2 (of code U1 met uitsluitscriteria zoals benoemd in bijlage 8.1 flowchart samenwerking HAP – Ambulancezorg /MKA). Als er sprake is van capaciteitstekort bij de HAP en er geen huisarts gestuurd kan worden, wordt patiënt “warm” doorverbonden naar MKA. Overdracht kan ook plaats vinden als van te voren zeker is dat ambulancevervoer naar een ziekenhuis zal volgen (bijvoorbeeld verdenking van collumfractuur);
- b) In die situatie neemt HAP contact op met de MKA met het verzoek een ambulance naar het opgegeven adres te sturen;
- c) De MKA neemt het verzoek over, indien dit gezien de capaciteit (mede afhankelijk van urgentie) bij de Ambulancezorg mogelijk is;
- d) Op moment dat MKA uitspreekt dat ambulance wordt gestuurd gaat de verantwoordelijkheid over van HAP naar MKA/Ambulancezorg G-M en dit is vastgelegd via voice-logging. De verantwoordelijkheid geldt voor het verdere deel van de zorg en ook over de triage (U2).
- e) Het ambulanceteam stabiliseert de patiënt en neemt contact op met de HAP over het toestandsbeeld van de patiënt. Indien noodzakelijk/mogelijk zal de huisarts direct een dienstdoende specialist consulteren om opname of vervolgbehandeling van de patiënt te regelen;
- f) Op het moment dat duidelijk is dat na behandeling vervoer van patiënt niet noodzakelijk is overlegt het ambulanceteam dit telefonisch met de HAP. De zorgvraag wordt overgedragen aan de HAP (voice-logging op de HAP). De verantwoordelijkheid van de zorgvraag gaat weer naar de HAP.

Hulpverlening in openbare ruimten

Openbare ruimten of publieke ruimte is de ruimte die voor iedereen toegankelijk is. Het is een fysieke plaats waar een groot deel van het publieke leven zich afspeelt. De meeste openbare ruimtes bevinden zich in de open lucht, maar ook vrij toegankelijke overheidsgebouwen en publieke instellingen kunnen tot de openbare ruimte worden gerekend.

Vanaf deze locaties kan er een behoefte zijn om contact op te nemen met een HAP of via 112 met de meldkamer ambulancezorg. Meldingen vanuit openbare ruimtes worden door zowel de meldkamer als de HAP getrieerd conform geldende procedures. Is de uitkomst van de triage U2 of U3 en de vervolgactie is een huisartsenconsult, dan valt de patiënt onder de zorg van de HAP, tenzij de patiënt niet in staat is om zelf of door anderen naar de HAP gebracht te worden. De HAP rijdt in principe geen visites naar openbare ruimtes en dus wordt dan ambulancezorg ingezet tenzij bij de meldkamer ambulancezorg sprake is van een capaciteitsprobleem.

Uitgangspunten bij het gebruik van optische en geluidssignalen (OGS)

- Aanvragen om als HAP-auto met optische en geluidssignalen te mogen rijden dienen vóór aanvang van de rit aangevraagd te worden bij de MKA op basis van de RVV en de brancherichtlijn Optische en Geluidssignalen van Ambulancezorg Nederland en V&VN Ambulancezorg 2009.

- De U0/U1-rit van de HAP-auto wordt aangevraagd bij de meldkamer van de regio waar de HAP zich bevindt.
- De MKA geeft voor elke rit opnieuw toestemming voor het inzetten van deze vorm van hulpverlening en registreert dit in het bedrijfsprocessysteem. Omdat discussie tevoren tot tijdsverlies leidt, zal toetsing achteraf plaatsvinden.
- De registratie van de rit dient tevens als bewijs dat toestemming is verleend om met spoed te rijden.
- Het is de taak van de MKA het spoedvervoer binnen de regio te bewaken en te vervolgen.
- De chauffeur van de HAP houdt zich bij het rijden met spoed aan de geldende brancherichtlijn.

Verantwoordelijkheden ter plaatse

Binnen het document 'Verantwoordelijkheden ter plaatse: Afspraken over verantwoordelijkheidsverdeling in de keten van de acute zorg' (Acute Zorgregio Oost feb. 2014) is een juridische analyse gedaan over de verantwoordelijkheden in de keten van de acute zorgverlening, om vervolgens aan de hand daarvan heldere afspraken over de samenwerking te formuleren en vast te leggen. Als aanvulling binnen genoemd document stellen de ketenpartners binnen de Acute Zorgregio Oost vast dat:

- Het gebruik van een eenzelfde triagesysteem met een gekoppelde overdracht van gegevens tussen de schakels in de keten bevordert de eenduidigheid.
- Voor overdracht de SBAR-methodiek gebruikt wordt.
- Bij storingen in de vitale functies is het geldende LPA leidend in de behandeling.

De huisarts en het ambulanceteam zijn erop gericht om samen de juiste zorg te leveren welke voor de patiënt of omgeving nodig wordt geacht. De beslissing over het al dan niet instellen of beëindigen van een behandeling c.q. reanimatie wordt in nauw overleg tussen de huisarts en het ambulanceteam genomen en er wordt consensus nagestreefd. Als consensus niet bereikt kan worden, wordt de verantwoordelijkheid voor het beleid bij de huisarts gelegd.

7. Juridisch kader

Klachtafhandeling

In die situatie dat er een klacht ingediend is aangaande de hulpverlening, waarbij zowel de HAP als ook Ambulancezorg betrokken is, is het van belang is dat het voor de patiënt duidelijk moet zijn dat het hierbij gaat om afzonderlijke organisaties waar betreffende vragen bij de juiste organisatie ingediend moeten worden. Klachten die betrekking hebben op de zorgverlening en beide organisaties aangaan, zullen in gezamenlijk overleg worden afgehandeld.

Incidenten

Indien de HAP of Ambulancezorg een melding ontvangt over een incident aangaande de verleende zorg die valt binnen de afspraken van deze overeenkomst, zal deze organisatie dit direct bespreken met de andere partijen. Elk van de partijen zal vervolgens het incident op voor haar geldende wijze onderzoeken. De uitkomsten zullen worden gedeeld tussen de partijen.

Calamiteiten

Calamiteiten die zich in de samenwerking hebben voorgedaan, zullen gezamenlijk aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) worden gemeld en gezamenlijk worden onderzocht. Dit zal waar mogelijk leiden tot één rapport naar de IGZ. In de situatie waar een gezamenlijk rapport niet mogelijk is wordt de IGZ ingelicht door de directies van de afzonderlijke organisaties.

Geheimhouding

- Beide partijen zullen vertrouwelijkheid in acht nemen ten aanzien van alle informatie, welke hen bekend is en waarvan zij de vertrouwelijkheid hadden kunnen, dan wel moeten begrijpen.
- De informatie welke hen ter beschikking staat, zal slechts aan ingeschakelde derden ter beschikking worden gesteld en aan het personeel slechts bekend worden gemaakt voor zover dit nodig is voor het verrichten van de overeengekomen prestaties.
- Vertrouwelijke informatie over patiënten wordt niet via een onbeveiligd digitaal of analoog netwerk gecommuniceerd en/of telefonisch verstrekt aan, dan wel besproken met derden.


8. Evaluatie

- Er vindt jaarlijks een bestuurlijke evaluatie van dit convenant plaats.
- Zes maal per jaar vindt er op operationeel niveau overleg plaats tussen de HAP Arnhem, HAP Ede en Ambulancezorg, waarin volgens de voorgeschreven structuur hulpverleningen geëvalueerd kunnen worden.
- Twee maal per jaar vindt er op operationeel niveau overleg plaats tussen de HAP Amersfoort en Ambulancezorg, waarin volgens de voorgeschreven structuur hulpverleningen geëvalueerd kunnen worden.
- Bevindingen en afspraken, die voortkomen uit de evaluatiegesprekken, worden schriftelijk vastgelegd en gedeeld met de partners. In het geval van HAP Arnhem en HAP Ede worden deze bevindingen en afspraken ter bespreking voorgelegd aan een begeleidingsgroep bestaande uit representanten vanuit betrokken partners.

9. Ondertekening

Aldus overeengekomen en getekend op:

De heer Y. Schat – directeur Publieke Gezondheid
namens Ambulancezorg Gelderland-Midden



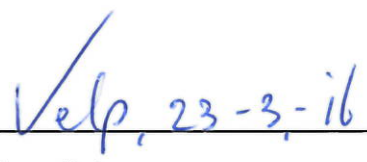
Handtekening

03-03-2016 Auk

Plaats en Datum

Aldus overeengekomen en getekend op:

De heer E. Scheppink – algemeen directeur
namens Onze Huisartsen, Huisartsendienst


Handtekening
Plaats en Datum

Aldus overeengekomen en getekend op:

Mevrouw B.M. Smulders – algemeen directeur
namens Huisartsen Gelderse Vallei

Handtekening

Plaats en Datum

Aldus overeengekomen en getekend op:

Mevrouw H.J. ten Kate, lid Raad van Bestuur
namens Primair Huisartsenpost Amersfoort

Handtekening

Plaats en Datum

Bijlage I

<h1>SBAR</h1>	
<h2>S</h2>	<p>Situation:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificeer jezelf/ de reden van contact - Patiënt/ geslacht/ leeftijd - Event - Trauma: ongevalsmechanisme/ letsel - Non-trauma: toestandbeeld - ABCDE
<h2>B</h2>	<p>Background:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Relevante voorgeschiedenis - Allergie - Infectierisico - Medicatie - Bijzonderheden
<h2>A</h2>	<p>Assessment:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bevindingen/ behandeling - Werkdiagnose
<h2>R</h2>	<p>Recommendation:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Verwachting/ gewenste opvang
Bij SitRap	Minstens S en R
Bij vooraankondiging	Minstens S en R en ingeschatte aankomsttijd
Bij Eerste Hulp Geen Vervoer (EHGV)	Medische informatie blijft achter bij de patiënt

Bij EHGV en overdracht	Overdracht aan verantwoordelijke arts of verloskundige
------------------------	--

Bijlage II

Flowchart samenwerking HAP-Ambulancezorg Gelderland-Midden (AGM)

