

Increased understanding and support for ProQA through national magazine



Xander Kluts

head of 112 communication center Hollands Midden (The Hague)

Frank van den Elsen

editor and communications adviser



Frank

Xander

In short



- Every 3 months all EMDs who operate AMPDS / ProQA in The Netherlands receive a digital magazine containing updates, backgrounds and opinions about the AMPDS triage methodology and its application through ProQA
- **‘ProQA & AMPDS magazine’** helps EMDs to better understand the concept, intention and methodology that constitutes AMPDS / ProQA
- This results in increasing support and loyalty towards the system; presumably better use of it; and therefore possibly better patient care in the end

In short (2)



- We have established the national magazine ourselves, in Dutch, not controlled or supervised by the IAED or PDC, although they gladly support it
- The magazine is open to read for everyone, in or outside the field of EMD / EMS and emergency response
- This practice can be applied in any of your countries or regions!

AMPDS in our country

17 million inhabitants
2 million emergency calls per year
600,000 of those are medical = 1,650 per day



- AMPDS / ProQA was first introduced in The Netherlands in 2011, in one center
- In the 5 following years 10 more centers followed
- Currently 50 percent of all medical emergency calls are handled through ProQA, by over 300 calltakers
- The other half is handled through NTS, the alternative Dutch emergency triage system

What we solved



Starting position:

Since 2011, the integration and acceptance of AMPDS / ProQA among EMDs in our country went relatively slow, due to the following three factors

1.

It is mandatory in The Netherlands that all EMDs are registered nurses.

They are used to, and they feel comfortable, relying on their own field experience and their professional judgment and expertise.

At first, many had a hard time 'surrendering' to strict protocols, which oftentimes resulted in explicit or implicit resistance

What we solved (2)



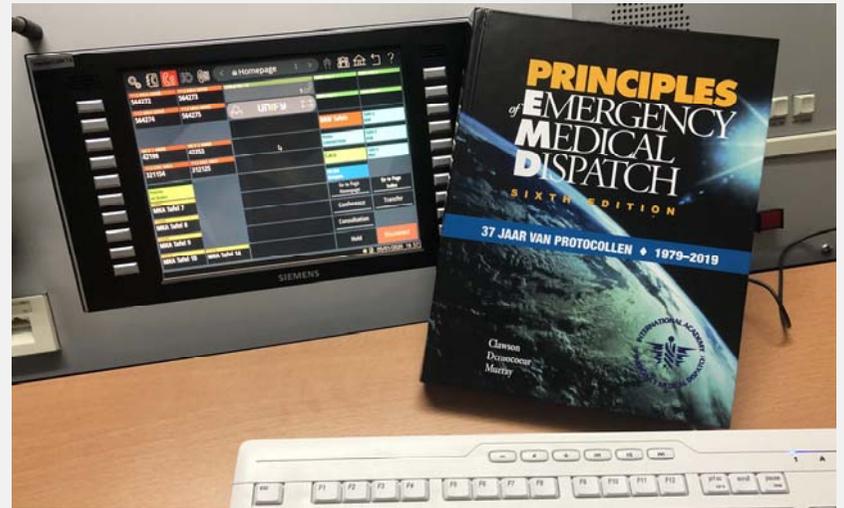
2.

In the early years, there was a lack of nationwide coordination between the Dutch ProQA centers.

Also little energy was invested in explaining the 'why' of working with AMPDS, all emphasis was on the 'how'.

This fueled misunderstandings regarding the position and autonomy of EMDs

What we solved (3)



3.

The alternative system, NTS, offers their EMDs more personal freedom in handling 112 calls.

This was often highlighted as a positive characteristic of NTS, whilst ProQA was framed by many professionals, and by media, as rigid and unyielding

1 + 2 + 3 = overall negative image for ProQA

Centers working together

Management of the AMPDS communication centers (and the ambulance services they fall under) regarded this situation as unwanted

- As of 2016, cooperation between AMPDS centers was intensified in order to better coordinate training, ICT, quality assurance, purchase and communications. A covenant was formed, with Xander as managing director.



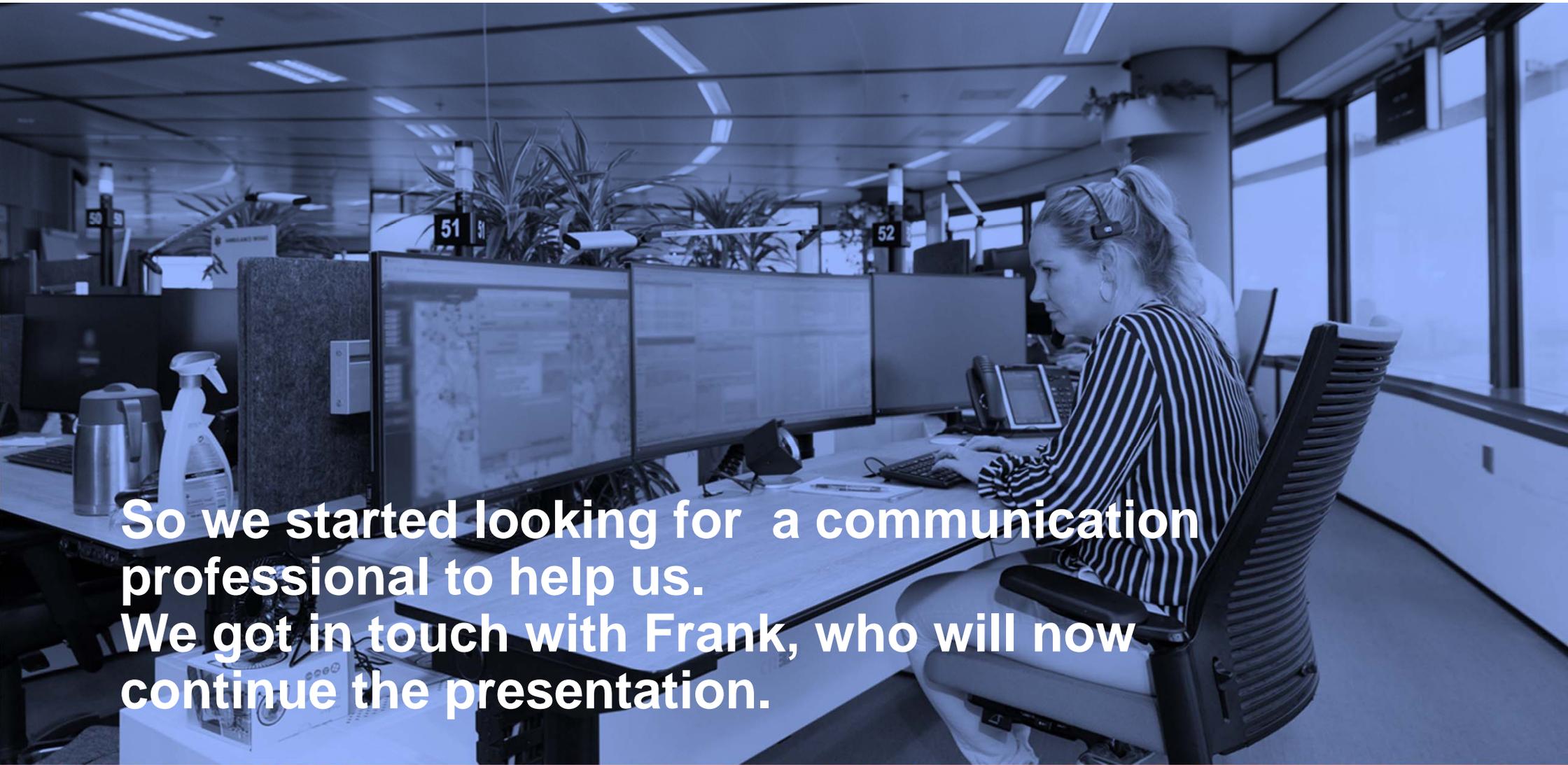
Communication as a solution

Among other interventions, we decided that we needed a new, binding means of communication, bridging the instinctive gap between our EMDs and ProQA, thereby aiming at

- providing information
- increasing knowledge
- presenting context
- generating involvement and professional pride

... or, in marketing terms, *internal branding*.





So we started looking for a communication professional to help us. We got in touch with Frank, who will now continue the presentation.

What was needed

A means of communication that is

- easy to share
- inviting and accessible
- person & people oriented
- informative & educating
- neutral in its approach, without a hint of propaganda
- welcoming criticism (offering us an opportunity to contradict it in a substantiated, friendly manner)
- sector-wide (also addressing EMS, since they tended to copy, and thus maintain, a negative attitude towards ProQA)



We started hands-on by

- making a very long list of possible subjects
- interviewing and writing
- making ourselves known in all centers, mostly through EDQs
- choosing a manner of distribution, which was at first a PDF being forwarded by email. As of the second year, we switched to an online magazine with an archive functionality



<http://proqa.ampds.nl>

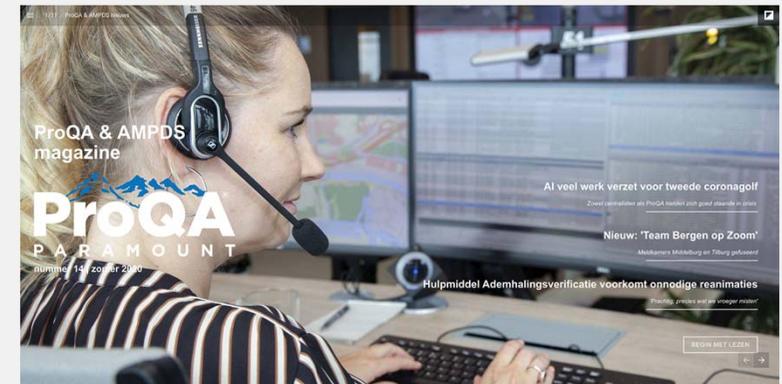
Edition no. 15 (!)

is now on the verge of being launched

Every quarter of a year, the magazine consists of seven substantial articles, divided into several headings such as

- news / backgrounds
- interviews / opinion
- education / ProQA updates
- every day practice / case descriptions
- tips / tricks

As soon as a new edition is online, an e-mail notification is sent to a database of EDQs, EMDs and other relations, asking them to share it



Involvement and appreciation

By the end of the fourth year, all AMPDS centers have become equally involved in the magazine and are delivering their part of the content, or sometimes just ideas

During a small scale survey among EMDs in 2020:

- more than half of them stated that their attitude towards ProQA had become more positive as a result of being better informed
- 100 percent (!) of respondents said they wanted to keep receiving the magazine

We are definitely continuing the concept!



Cost efficient 😊



The cost of the entire practice is limited to the fee for the editor and the designer and the cost of subscription to the digital magazine (i.e. around 12.000 euros a year in total).
Photography is mostly provided by those involved (*flashy* is not always necessary)

Bonus 😊 😊

In a few cases, external media have generated news stories directly from our magazine, thereby influencing the public and / or professionals with *our* stories!

We will now show some examples of articles

ProQA & AMPDS
magazine

ProQA[®]
PARAMOUNT

nummer 14 | zomer 2020

Al veel werk verzet voor tweede coronagolf

Zowel centralisten als ProQA hielden zich goed staande in crisis

Nieuw: 'Team Bergen op Zoom'

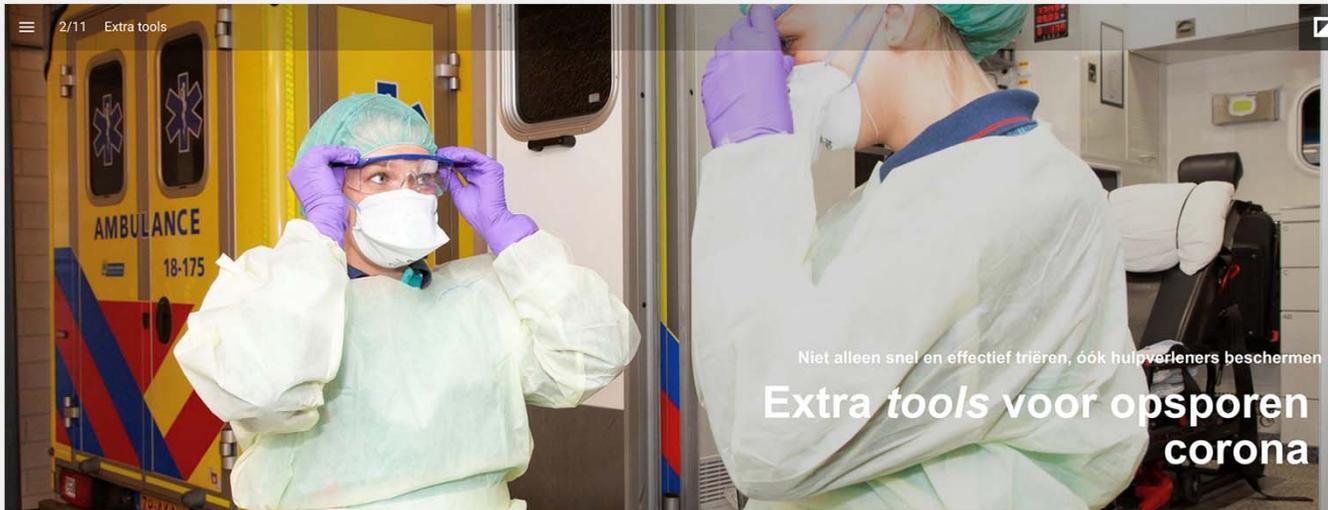
Meldkamers Middelburg en Tilburg gefuseerd

Hulpmiddel Ademhalingsverificatie voorkomt onnodige reanimaties

'Prachtig, precies wat we vroeger misten'

BEGIN MET LEZEN





This was an informative news story describing our tools and means to identify corona virus symptoms

It acknowledged the extra effort our EMDs were putting in at that time

Also it informed them about the specific experiences and needs of EMS during the outbreak

De wereldwijde uitbraak van COVID-19 ofwel corona vergt overal het uiterste van de acute zorg, de 112-meldkamer niet uitgezonderd. Binnen ProQA zijn twee 'slapende' onderdelen tot leven gewekt om de grote stroom meldingen in goede banen te leiden: eerst EIDS, later ook protocol 36.

Toen corona eenmaal over ons land raasde, werd het belangrijker dan ooit om niet alleen de patiënt snel en effectief te triëren, maar óók om ambulance- en andere hulpverleners die ter plaatse gaan te beschermen tegen blootstelling aan corona. Begin februari besloten de Medisch Managers Ambulancezorg (MMA) van de AMPDS-meldkamers eerst tot het activeren van het hulpmiddel 'EIDS'.

De afkorting staat voor Emerging Infectious Disease Surveillance Tool. In het Nederlands heet het 'BUI', van Bewaking Uitbraak Infectie. EIDS leidt normaal gesproken een sluimerend bestaan in ProQA, totdat sprake is van een grootschalige uitbraak van een infectieziekte waar nog geen massa-immuniteit tegen bestaat. Het werd gebruikt bij de ebola-uitbraak van 2014 en sindsdien niet meer.

Beschermingsmiddelen

De ProQA-centralist stelt EIDS handmatig in werking in de bovenbalk van het scherm na ingangsvraag drie. "In het begin gebruikten we EIDS bij elke 112-melding die binnen de hoofdklachtkaart 6 (Ademproblemen) of 26 (Ziek persoon) wordt uitgevraagd, of in elk ander protocol waarbij de centralist gaandeweg het gesprek een respiratoire aandoening vermoedde", legt Harm van de Pas uit. Hij is MMA in het zwaarst door corona getroffen Noord-Brabant en voorzitter van het landelijk MMA-overleg. "EIDS bevat een aantal algemene vragen over de ademhaling en toestand van de patiënt, de

Infectiehaard

Toen Noord-Brabant eenmaal zélf als infectiehaard was bestempeld, werd EIDS bij álle meldingen doorlopen. De vragen over reisgeschiedenis en contacten met anderen werden overgeslagen. Alleen koorts, hoesten en benauwdheid werden nog gecheckt. Harm: "We bleken nog veel extra coronaverdenkingen tegen te komen bij andere hoofdklachten. Wie een gebroken enkel heeft, kan óók best koorts en luchtwegklachten hebben, maar vermeldt dat dan niet als eerste." Bovendien wordt sindsdien bij élke melding gevraagd of er anderen in huis zijn met klachten, zodat hulpdiensten goed voorbereid ter plaatse kunnen gaan.





Monique van Herwijnen en Heine Oosterhout

Nederlandse ambulancemeldkammers triëren met AMPDS/ProQA of met NTS. Het is geen geheim dat de twee gebruikersgroepen 'een mening hebben' over elkaars systemen. Dat maakt het interessant om overstappers naar hun ervaring te vragen. Monique van Herwijnen en Heine Oosterhout maakten begin dit jaar bijna gelijktijdig de switch van de meldkamer van Nijmegen naar die van Den Bosch.

'Zorg dat je jezelf niet verliest', drukte een ervaren collega Heine op het hart, toen hij afscheid nam in Gelderland-Zuid. "Dat kwam best bij me binnen", moet Heine bekennen. "Natuurlijk kende ik de vooroordelen over het werken met ProQA: rigide, scoringsgericht, werken als een robot, de melder die altijd gelijk heeft - waardoor er twee ambulances voor niks naar een bloedende vinger rijden. Dat zijn de verhalen. Maar ik had me bij het solliciteren voorgenomen dat als ik zelf deze keus maakte, ik me daarbij neer zou leggen." Monique had een zelfde beeld over ProQA: "Zo veel voorgeprogrammeerde tekst, dat je aan het eind van de dag je stem kwijt bent, als een voorleesmoeder", zegt ze lachend.

Eyeopener

Allebei maakten ze de overstap omdat dit vanuit hun (toevallig gezamenlijke) woonplaats gunstiger is dan na de fusie van Gelderland-Zuid en -Midden meeverhuizen naar de meldkamer van Arnhem en uiteindelijk wellicht Apeldoorn. Heine houdt daarbij net een beetje meer van Brabant dan van Gelderland. Op de tweede dag van hun basistraining in ProQA carpoolden ze terug en Monique vroeg aan Heine: "Als jij zelf als burger een 112-noodgeval hebt, zou je dan liever worden getrieerd door een NTS- of een ProQA-meldkamer?" Ze waren het op dat moment al met elkaar eens: liever ProQA. Monique: "Alleen al die trainingsdagen en het examen waren een eyeopener voor mij."

"De meldersinstructies van ProQA zijn zo gruwelijk goed", vervolgt ze. "Die geven houvast. Je pakt als centralist de leiding en je behoudt de leiding, ook bij de zeldzamere meldingen. Een elektrische auto te water, een kindreanimatie, een geboorte waarbij het armpje eerst komt; heb het als verpleegkundige maar eens allemaal paraat wat je dan precies moet zeggen. Ik weet nu zeker dat ik de melder alles geef wat ik te bieden heb. Ik durf echt te zeggen dat je daar rustiger door naar huis gaat."

An interview with two EMDs who recently switched from an NTS center to a ProQA center

They sincerely explain why, as a patient / caller, they would now rather be helped with ProQA than with NTS

The article ends with some neutral information about the differences between both systems



A 'trilogy' of EMDs sharing that one time they had to use one of the top-3 least used protocols in The Netherlands (15, 20 & 22)



Esmeralda Izeboud (meldkamer Zeeland)

Protocol 15: Elektrocutie/bliksem slechts 71 (!) van de 230.000 meldingen

Esmeralda: "De melding was letterlijk: Er is hier op het werk een elektricien geëlektrocutieerd door een steekvlam in de meterkast. Ik was een beetje overdonderd en vroeg me af of ik verbranding of elektrocutie moest kiezen. Ik koos voor elektrocutie, in de veronderstelling dat daar ook iets over verbranding in zou zitten. Dat bleek ook zo te zijn. Maar eerst kwamen er veiligheidsvragen. De eerste is of het slachtoffer los is van de stroombron. Dat was inderdaad het geval. Daarna of de stroom uitgeschakeld is. De melder zei dat hij dacht van wel. Ik vroeg hem om het toch nog maar eens te controleren."

Hij kwam met het antwoord dat het nog brandde. Uiteindelijk is dat uitgegroeid tot de grootste brand van Zeeland. De patiënt is er met aangezichtsverbrandingen vanaf gekomen. In de nachtdienst verdiep ik me regelmatig in onbekende protocollen, om te voorkomen dat ik in de praktijk verrast word door de vraagstellingen. Ik heb een keer meegemaakt dat er tijdens mijn vakantie een update in ProQA was geweest. Een voor mij bekende vraag was ineens zo anders geformuleerd, dat ik hem meer uitsprak als een vraag aan mezelf dan aan de melder. Dat klonk zo stom dat ik die situaties liever vóór wil zijn."

Protocol 20: Blootstelling aan hitte/kou 158 van de 230.000 meldingen

Esther: "Ik heb twee keer dit protocol gekozen. Eén keer bij een melding van een meisje dat op een hete zomerdag buiten onwel was geworden. En een keer bij een melding die werd gedaan door het Rode Kruis, over een zwemer die tijdens een zwembadtocht was overleden. Misschien dat ik"

Protocol 20 geeft concrete instructies over het opwarmen van iemand die onderkoeld is of het afkoelen van iemand die oververhit is. De vragen over de ademhaling en de kleur van de huid zijn wat specifiekere. Echt afwijkende vragen zitten er niet in. Ik heb het protocollenlijstje altijd binnen handbereik liggen om er snel een blik op te kunnen werpen. Ook pak ik nu en dan de oefenlaptop erbij



Urging colleagues to always be open and ready for the call you weren't expecting

At the same time, presenting faces and names of coworkers in other centers



An interview with a Dutch MD and professor in the field of safety studies

He explains, in an accessible way, how and why protocols are helpful to avoid human errors

He calls on EMDs to embrace their mistakes, as we learn from them and then get better at our jobs

"We zijn allemaal feilbaar, want we zijn mens. Fouten zullen altijd gemaakt worden. Het blijft me echter verbazen hoe moeilijk de medische wereld het vindt om dit gegeven te accepteren. Terwijl we pas van onze fouten kunnen leren als we ze erkennen."

Dit is de rode draad in 'Voorkomen is beter': een boek dat in klare taal vijftien calamiteiten in de zorg beschrijft, de oorzaken analyseert en de leerpunten benoemt. Boeiende vakliteratuur voor iedereen in de medische hulpverlening. Auteur prof. dr. Ian Leistikow is arts, inspecteur bij de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd en bijzonder hoogleraar op het gebied van patiëntveiligheid aan de Erasmus Universiteit.

Staat er in uw boek een concrete casus over meldkamer of triage?

"Het hoofdstuk 'Foto of film?' raakt sterk aan jullie werk. Het beschrijft hoe de echte toestand van de patiënt en het

Kan een verpleegkundig centralist die sterk geprotocolleerd werkt, het verschil wel maken?

"Iedereen in de keten kan het verschil maken. Ook in het werken met een protocol kunnen fouten optreden. Soms wordt het protocol niet gevolgd. Als centralist moet je erop durven vertrouwen dat het een goed protocol is. Als ik in een auto rijd, wil ik dat die me van de ene plek naar de andere brengt. Hoe de auto werkt weet ik niet precies, maar ik vertrouw op de techniek. Zo moeten jullie erop kunnen vertrouwen dat de algoritmen achter AMPDS en ProQA kloppen op basis van heel veel data, ook al doorzie je dit misschien minder dan vroeger. Iemand die van een paard overstapt op een auto, zal wellicht zeggen 'Dat paard begreep mij, die auto vind ik maar kil en gesloten' – om nog maar te zwijgen over de afkeer van een zelfrijdende auto. Het is aan de leiding van meldkamers en aan de bedenkers van het systeem om te tonen dat het systeem beter en veiliger is en waarom. Op individueel niveau zie je dat namelijk niet. Dan kun je jezelf wijsmaken dat jij het tóch

Moet je je eigen inbreng dan uitschakelen?

"Dat is een interessant spanningsveld. Er is veel onderzoek gedaan naar wat we in de literatuur 'tacit knowledge' noemen. Dat is verborgen kennis die heel essentieel kan zijn, maar die je niet zomaar kunt overbrengen op een ander. De straat oversteken en inschatten of je nog voor naderende auto's langs kunt, is er een voorbeeld van. Je kan die vaardigheid zelf ontwikkelen maar amper uitleggen aan iemand die nog nooit een auto heeft gezien. Niet-pluisgevoel is een vorm van tacit knowledge. Dit kun je nooit protocolleren, althans niet zonder het systeem tot in het onwerkbaar dicht te timmeren. In een beproefd systeem moet altijd enige ruimte zitten om beslissingen op intuïtie te nemen. Ik stel me voor dat een centralist moet kunnen overtriëren. Maar je kunt zelf nog veel meer doen aan je optimale functioneren. In het boek beschrijf ik negen 'red flags', waarschuwingssignalen dat er iets mis zou kunnen gaan. En de HALT-procedure die ik beschrijf kun je ook op de meldkamer gebruiken. Ben je Hungry, Angry, Late of Tired (HALT), erken dan dat de kans op fouten stijgt. Zet dan zelf hulpmiddelen in zoals een rustmoment, overleg, koffie of iets dergelijks."

"Als je er niet voor openstaat dat je

2/11 Verbetervoorstellen



'Roep niet alleen vanaf de bank dat iets beter kan'

Verbetervoorstellen wel degelijk effectief

Op elk systeem valt wel wat aan te merken, zo ook op ProQA. "We realiseren ons te weinig dat we als gebruikers wel degelijk invloed hebben op protocollen, vraagstellingen, instructies, vertalingen en de software", zegt EDQ Piet-Hein Verhagen (regio Brabant Midden-West-Noord).

'Proposals for Change' (PFC) is de term die door de IAED in Amerika is gegeven aan verbetervoorstellen afkomstig van ProQA-gebruikers wereldwijd. "Vanuit Nederland worden dergelijke voorstellen relatief vaak gedaan", aldus Piet-Hein. "Wij zijn nu eenmaal best kritisch en we werken op een hoog niveau."

Maar we zijn als Nederlanders ook geneigd tot klagen zónder daar iets mee te doen. Piet-Hein: "Roep niet alleen maar vanaf de bank dat iets beter kan, maar onderneem actie! Op de website van de IAED [vind je een toelichting](#) op het indienen van verbetervoorstellen. Je ziet daar ook hoe ingewikkeld de routing is die zo'n voorstel aflegt, maar laat je daar niet door weerhouden. We hebben als Nederlandse gebruikers namelijk met elkaar afgesproken dat een PFC kan worden ingediend bij de EDQ's. Dus je kan je suggestie op je eigen meldkamer kwijt."

Zo blijven de lijnen kort, aldus Piet-Hein. "De EDQ brengt het voorstel in bij het landelijke EDQ-overleg. Van daaruit gaat het naar het overleg van de Medisch Managers Ambulancezorg. En daarna gaat het via een speciale commissie naar de IAED, maar daar heb je als centralist geen omkijken naar." Uiteraard vindt in Amerika een grondige toetsing plaats, waarna het voorstel wel of niet gehonoreerd wordt. Piet Hein: "Het enige wat je dan soms nog moet hebben is geduld. De IAED kent aan een goedgekeurde verbetering namelijk een 'rating' toe. Als die hoog is, wordt het voorstel bij de eerstvolgende update doorgevoerd. Maar bij een minder zwaarwegende verbetering kan het langer duren."

Laat je ook dáár niet door ontmoedigen! Piet-Hein zet hieronder enkele voorbeelden op een rij waaruit blijkt dat goede suggesties uit Nederland uiteindelijk op alle ProQA-meldkamers in de wereld worden doorgevoerd.

Deel van een verbrand lichaamsdeel

Met het geavanceerde hulpmiddel is er wel een deel van een verbrand lichaamsdeel te klieven

An article describing IAED's system of 'proposals for change'

Making EMDs aware of our collective responsibility for always improving ProQA

Giving multiple examples of how proposals for change have actually led to improvement

Casus

Twee werkelijkheden

13.30 uur

De ambulance arriveert gelijktijdig met de politie bij een melding reanimatie op straat. Ze worden ontvangen door een man die de telefoon nog aan zijn oor heeft. Hij heeft de meldkamer nog aan de lijn. De bemanning van de ambulance ziet iemand op straat liggen. Maar ze zien ook dat niemand daar ook maar iets doet. Er wordt niet gereanimeerd en er staat niemand in de buurt van de patiënt. De bemanning start met de politie direct de reanimatie op. Later wordt besloten de reanimatie te stoppen. De man is overleden.

De bemanning belt later met de meldkamer. Want hoe is het nou mogelijk dat er bij aankomst niemand was gestart met de reanimatie? Had de centralist de melder niet gewoon instructies moeten geven?

13.18 uur

Er komt een 112 melding binnen op de meldkamer. De melder geeft aan dat er een man op straat ligt van ongeveer 55 jaar. Hij is niet wakker en ademt niet. Hij voelt nog warm aan. De centralist start direct met reanimatie-instructies. De melder volgt deze ogenschijnlijk goed op. Tijdens de instructies telt de man bijvoorbeeld ook hardop mee met het hartmassage ritme.

Uit alles blijkt dat de drie personen ter plaatse druk aan het reanimeren zijn, terwijl de ambulance en politie aanrijdend zijn. De instructies worden gegeven totdat de centralist hoort dat de ambulance arriveert. De centralist hoort ook dat de bemanning aan de melder vraagt waarom er niemand met reanimeren is gestart. Daarna wordt de verbinding verbroken.



A case description of a remarkable emergency call that actually occurred in one of our centers

Centers / EMDs take turns at writing a story like this for every edition

They are asked to choose a surprising situation and to tell what they learned from it, as a lesson for all

And there is much, much more!

Conclusion



- A positive attitude towards AMPDS / ProQA can be promoted on a national level, using your own figureheads, situations and language
- This stimulates knowledge, understanding, pride and loyalty to the principles of the triage method we use
- This might very well enhance proper use of the systems and encourage submitting proposals for change, thus improving ProQA for everybody
- Further survey is needed to draw harsher conclusion, but our magazine is likely to contribute to maximizing quality and safety of triage and eventually patient outcome

Thanks and goodbye

AMPDS / ProQA has overcome its slow start!
Problems are fading, partly thanks to our
branding and communication effort.

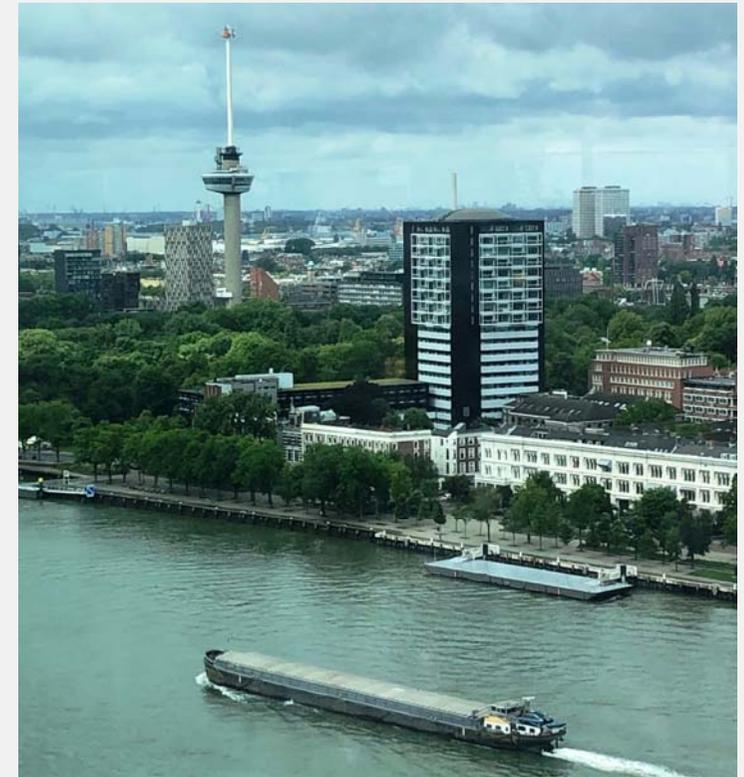
We are more than willing to help you set up
a magazine like this for your country.

Thank you for your attention!

Xander

Frank

& all those involved in the Dutch AMPDS centers



View from 112 communication center Rotterdam