



# Nota Verantwoorde Ambulancezorg



**NVMMA**  
Nederlandse Vereniging van  
Medisch Managers Ambulancezorg

**v&vn**  
Beroepsvereniging van zorgprofessionals  
Ambulancezorg

**Ambulancezorg**  
Nederland

# Colofon

## **Ambulancezorg Nederland**

Veerallee 68

Postbus 489, 8000 AL Zwolle

telefoon: 038 422 57 72

fax: 038 422 26 47

secretariaatbt@ambulancezorg.nl

www.ambulancezorg.nl

## **Tekst**

Ambulancezorg Nederland

## **Vormgeving**

Vormix, Maarssen

## **Fotografie omslag**

A3chem, Hilversum

## **Drukwerk**

Stimio Consultants Drukwerk & Design, Tiel

*Versie 3.0, augustus 2009, vastgesteld door:*

- *de algemene ledenvergadering van de Nederlandse Vereniging van Medisch Managers op 14 mei 2009*
- *het bestuur van V&VN Ambulancezorg op 29 mei 2009*
- *het algemeen bestuur van de vereniging Ambulancezorg Nederland op 17 juni 2009*
- *het bestuur van de stichting Ambulancezorg Nederland op 17 juni 2009*

# Voorwoord

Voor u ligt de derde herziene versie van nota Verantwoorde Ambulancezorg. Al sinds 1996 wordt deze nota door de landelijke organisaties voor beroepsbeoefenaren en ambulanceorganisaties opgesteld. De nota vormt de basis voor landelijke richtlijnen, protocollen en het certificatieschema voor de ambulancezorg. Het is dan ook van groot belang dat de nota breed gedragen wordt.

Ook deze nota is tot stand gekomen in samenwerking met en vastgesteld door de relevante partijen binnen de ambulancesector: sectororganisatie Ambulancezorg Nederland, beroepsvereniging V&VN Ambulancezorg en de Nederlandse Vereniging van Medisch Managers Ambulancezorg.

De nota Verantwoorde Ambulancezorg vindt haar basis in de Kwaliteitswet Zorginstellingen. De overheid legt met de kwaliteitswet de verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van zorg bij de instellingen zelf. Al sinds de inwerkingtreding van de Kwaliteitswet Zorginstellingen nemen alle betrokkenen binnen de ambulancezorg, regionaal en landelijk, deze verantwoordelijkheid in gezamenlijkheid op zich. Door het opstellen van een nota, waarin wordt beschreven wat de ambulancesector verstaat onder verantwoorde ambulancezorg. In termen van cliëntgerichtheid, doelmatigheid, efficiëntie en duurzaamheid.

Op 4 december 2008 gaf de Eerste Kamer groen licht voor de Wet Ambulancezorg. Daarmee wordt bij wet bevestigd dat ambulancezorg behoort tot het domein van de zorg. Het betekent ook dat de RAV alle verantwoordelijkheden op zich neemt die bij deze status horen. De belangrijkste verantwoordelijkheid is de zorg voor de cliënt die zich met een vraag om ambulancezorg meldt of aan de ambulancezorg wordt overgedragen. Acuut of minder acuut, cliënten bevinden zich te allen tijde in een kwetsbare positie. Van keuzevrijheid is bij ambulancezorg in de regel geen sprake. Dat maakt de verantwoordelijkheid om ongevraagd en transparant de juiste en kwalitatief goede zorg te verlenen alleen maar groter.

De cliënt staat voor de RAV en de ambulancezorgverlener centraal. Dit komt ook tot uitdrukking in deze nota. Als kapstok voor de nieuwe nota is gebruik gemaakt van toekomstig (kwaliteits)beleid van de overheid en patiënten/consumentenorganisaties. Zowel het feit dat dit beleid is gericht op het centraal stellen van het patiëntenperspectief en het feit dat dit aansluit op toekomstig beleid, is reden om deze indeling voor de nota Verantwoorde Ambulancezorg te hanteren.

Aan de hand van actuele en voor de sector relevante thema's wordt kernachtig beschreven wat de ambulancesector verstaat onder verantwoorde ambulancezorg. Getracht is om dit tijdloos te beschrijven. Want de kern van verantwoorde ambulancezorg is tijdloos. De wijze waarop de sector en RAV-en hier invulling aan geven is daarentegen zeer dynamisch. De landelijke richtlijnen en afspraken die aan deze nota verbonden zijn illustreren dat RAV-en continu bezig zijn hun aanbod te verbeteren en vernieuwen, al dan niet in samenwerking met ketenpartners. Dat de sector in beweging is en blijft, moge blijken uit ontwikkelingen die beschreven zijn in de bijlage.

Tot slot past hier een woord van dank en waardering voor de inspanning en inbreng van allen die hebben bijgedragen aan het totstandkomen van deze nota.

Ed Worm,  
*voorzitter vereniging Ambulancezorg Nederland*

Jaap Vedder,  
*voorzitter stichting Ambulancezorg Nederland*

# Inhoudsopgave

Voorwoord	3
Leeswijzer	7
<b>1 Ambulancezorg; mobiele schakel in de (acute) zorgketen</b>	<b>9</b>
<b>2 Verantwoorde ambulancezorg; wettelijk kader</b>	<b>13</b>
2.1 Inleiding	14
2.2 Kwaliteitswet Zorginstellingen	14
2.2.1 Verantwoorde zorg	14
2.2.2 Bewust beleid	14
2.2.3 Kwaliteitssysteem	15
2.2.4 Kwaliteitsjaerverslag	15
2.3 Toezicht en handhaving	15
<b>3 Verantwoorde ambulancezorg; de pijlers</b>	<b>17</b>
3.1 Inleiding	18
3.2 Beschikbare en bereikbare zorg	18
3.3 Transparantie	19
3.4 Professioneel, kwalitatief hoogwaardig en veilig	19
3.5 Informatie, toestemming, dossiervorming en privacy	20
3.6 Continuïteit van zorg en afstemming met ketenpartners	20
3.7 Klachtenbehandeling en klantervaring	20
3.8 Medezeggenschap en goed bestuur	20
<b>4 Beschikbare en bereikbare zorg</b>	<b>21</b>
4.1 De MKA: toegangspoort tot ambulancezorg	22
4.2 Spreiding en beschikbaarheid	22
4.2.1 Referentiekader Spreiding en Beschikbaarheid	22
4.2.2 Dynamisch ambulancemanagement	22
4.2.3 Grensoverschrijdende ambulancezorg	23
4.3 De juiste zorg op het juiste moment: triage	23
4.4 Zorgdifferentiatie	23
4.4.1 Spoedeisend en planbaar	23
4.4.2 Hoogcomplex en laagcomplex zorg	24
4.4.3 First en Rapid responders	24

<b>5</b>	<b>Transparantie</b>	<b>25</b>
5.1	Duidelijkheid voor cliënt en verwijzer	26
5.2	Zorgproces inzichtelijk	26
5.3	Meerjarenbeleidsplan	27
5.4	Managementinformatie	27
5.5	Jaarverslag	27
5.6	Sectorrapport	27
5.7	Externe beoordeling en certificatie	28
<b>6</b>	<b>Professionaliteit, kwaliteit en veiligheid</b>	<b>29</b>
6.1	Deskundige en bekwame professionals	30
6.1.1	Kernfuncties	30
6.1.2	Functiedifferentiatie	31
6.1.3	Deskundigheid	31
6.1.4	Bekwaamheid	31
6.2	Geprotocolleerde zorg	32
6.3	Kwalitatief hoogwaardig en functioneel materieel	32
6.4	Medisch management	32
6.5	Zorginnovatie	33
6.6	Veiligheid	33
6.6.1	Cliëntveiligheid	33
6.6.2	Veilige werkomgeving	33
6.7	Voorkomen van incidenten	34
<b>7</b>	<b>Informatie, toestemming, dossiervorming en privacy</b>	<b>35</b>
7.1	Algemene informatieverstrekking en voorlichting	36
7.2	Informatieverstrekking individuele cliënten	36
7.3	Toestemming	36
7.4	Dossiervorming	36
7.5	Privacybescherming	36
<b>8</b>	<b>Continuïteit van zorg en afstemming met ketenpartners</b>	<b>37</b>
8.1	Samenwerking ketenpartners	38
8.1.1	Ketenafspraken	38
8.1.2	Regionaal overleg acute zorgketen	38
8.1.3	Geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen	38
8.2	Verantwoorde overdracht van zorg	38

<b>9 Klachtenbehandeling en klantervaring</b>	<b>39</b>
9.1 Klachtenbehandeling	40
9.2 Klantervaring	40
<b>10 Medezeggenschap en goed bestuur</b>	<b>41</b>
10.1 Cliëntenparticipatie	42
10.2 Goed bestuur	42
<b>Bijlagen</b>	<b>43</b>
Bijlage 1 Wettelijk kader ambulancezorg	44
1.1 Wet Ambulancevervoer (WAV)	44
1.2 Wet Ambulancezorg (WAZ)	44
1.3 Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi)	45
1.4 Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (Wet BIG)	45
1.5 Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO)	46
1.6 Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector (WKCZ)	47
1.7 Wet Medezeggenschap Cliënten Zorginstellingen (WMCZ)	47
1.8 Wet op de Medische Hulpmiddelen	47
1.9 Wet Bijzondere Opneming in Psychiatrische Ziekenhuizen (BOPZ)	47
1.10 Wet Bescherming Persoonsgegevens (WBP)	47
1.11 Wegenverkeerswet (WvW) en Reglement Verkeersregels en Verkeerstekens (RVV)	48
1.12 Wet Geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen (WGHOR)	48
Bijlage 2 Beroepscode ambulancezorg	49
Bijlage 3 Een sector in beweging	51
Leden werkgroep nota Verantwoorde Ambulancezorg	55
Lijst met afkortingen	56

*Referentielijst (losse bijlage achterin)*

# Leeswijzer

De nota Verantwoorde Ambulancezorg is als volgt opgebouwd. In hoofdstuk 1 wordt een beeld gegeven van de ambulancezorgverlening. Wat houdt het in? Door wie wordt ambulancezorg geleverd? Met welke partners hebben ambulanceorganisaties te maken?

In hoofdstuk 2 wordt het kader voor de nota beschreven: de Kwaliteitswet Zorginstellingen. Vanzelfsprekend bepaalt een veel groter scala aan wetten de invulling van hetgeen de ambulancesector onder 'verantwoorde ambulancezorg' verstaat. Een samenvatting van deze wetten is opgenomen in bijlage 1. Waar nodig wordt in de omschrijving van verschillende aspecten van verantwoorde ambulancezorg verwezen naar dit wettelijk kader.

In hoofdstuk 3 wordt kernachtig beschreven wat de ambulancesector verstaat onder verantwoorde ambulancezorg. De onderverdeling in zeven thema's is gebaseerd op het huidige en toekomstige beleid van de overheid en van cliënten- en consumentenorganisaties. De beschrijving per thema is tijdloos en vormt als het ware de grondwet voor de sector waar het gaat om verantwoorde zorg.

In de daaropvolgende hoofdstukken worden de verschillende thema's nader uitgewerkt. Deze uitwerkingen kunnen al naar gelang de actualiteit of voortschrijdende inzichten per thema worden aangepast.





# Ambulancezorg; mobiele schakel in de (acute) zorgketen

In Nederland zijn 24 uur per dag, 7 dagen per week, ongeveer 680 ambulances beschikbaar om ambulancezorg te verlenen. Meer dan 4000 bekwame ambulancezorgverleners bieden spoedeisende en geplande ambulancezorg. De Meldkamer voor de Ambulancezorg (MKA) geeft jaarlijks ruim 1 miljoen ritten uit. Daarvan zijn er ongeveer 650.000 voor spoedeisende medische hulpverlening en ongeveer 350.000 voor geplande ambulancezorg. Ongeveer 5% van de hulpverlening vindt plaats binnen een opgeschaalde situatie; er is dan sprake van Geneeskundige Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen (GHOR). De hulpverlening bij grote ongevallen en rampen bouwt voort op de hulpverlening in reguliere omstandigheden.

De ambulancezorg heeft zich in een relatief korte tijd ontwikkeld van een vervoersvoorziening tot een zorgvoorziening en tot een volwaardig onderdeel van de keten van spoedeisende medische hulpverlening. Ambulancezorg wordt geleverd door de Regionale Ambulancevoorziening, de RAV. De RAV is, op grond van de Wet Ambulancezorg, de rechtspersoon waaraan de vergunning tot het verrichten van ambulancezorg is verleend. De RAV is integraal verantwoordelijk voor het verrichten van verantwoorde ambulancezorg, zowel van de dagelijkse routinematige situatie als bij rampen en ongevallen. De RAV is een zorginstelling krachtens de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi). Onder het verrichten van ambulancezorg vallen zowel het functioneren van de meldkamer ambulancezorg als het verlenen van zorg door het ambulancepersoneel. De RAV bestaat uit een meldkamer ambulancezorg en een (of meer) ambulancedienst(en).

Wat is ambulancezorg? Ambulancezorg wordt omschreven als zorg die beroepsmatig wordt verleend om een cliënt binnen het kader van zijn aandoening of letsel hulp te verlenen en waar nodig adequaat te vervoeren, met inachtneming van datgene wat op grond van algemeen beschikbare medische en verpleegkundige kennis vereist is, dan wel de cliënt te verwijzen naar een andere zorgverlener. Hoofddoel van ambulancezorg is het behalen van individuele gezondheidswinst op basis van de zorgbehoefte van de cliënt. De MKA is verantwoordelijk voor onder meer de toewijzing en uitgifte van ambulancezorg. Het proces ambulancezorg loopt van melding tot en met overdracht.

Deze omschrijving is een meer uitgewerkte variant van de definitie zoals deze is vastgelegd in artikel 1c van de Wet Ambulancezorg: *“zorg er op gericht een zieke of gewonde ter zake van zijn aandoening of letsel hulp te verlenen en per ambulance te vervoeren”*.

De kaders voor ambulancezorg laten zich, op basis van bovenstaande omschrijving, als volgt samenvatten:

- Er is sprake van een medische indicatie;
- Er is sprake van behandeling, verpleging en/of verzorging ter plaatse en/of tijdens het vervoer van de cliënt;
- De inzet van zorg vindt plaats via de meldkamer ambulancezorg;
- De uitvoering vindt plaats door een vergunninghouder volgens de Wet Ambulancezorg.

Waar begint ambulancezorg? Ambulancezorg begint bij een melding aan de MKA. De MKA is verantwoordelijk voor het proces van intake, indicatiestelling, zorgtoewijzing en -coördinatie en zorginstructie, 7 dagen in de week, 24 uur per dag. De MKA zorgt ervoor dat de juiste (ambulance)zorg op het juiste moment en op de juiste plaats wordt ingezet en/of dat de overdracht van de cliënt aan andere hulpverleners zo soepel mogelijk verloopt. De MKA is toegangspoort voor de ambulancezorg en vervult tevens een poortwachtersfunctie voor andere hulpverleners.

Ambulancezorg is mensenwerk. De kwaliteit van de geleverde zorg hangt in grote mate af van de deskundigheid van de betrokken zorgverleners. Dit stelt hoge eisen aan de kwaliteiten van de ambulancezorgverleners. Om aan deze eisen te kunnen voldoen is er binnen de ambulancezorg sprake van een hoogwaardig landelijk uniform opleidingsstelsel. Dit opleidingsstelsel is gebaseerd op landelijke protocollen en geborgd door middel van een inbedding van de medische verantwoordelijkheid, die in het kader van zorgwetgeving wordt verlangd.

Vanuit de ambulancezorg wordt nauw samengewerkt met partners binnen de (acute) zorgketen. Het gaat hier om de samenwerking met andere zorgverleners ter plaatse, zoals huisartsen en het mobiel medisch team (MMT). Het gaat ook om een goede doorgeleiding van de cliënt binnen de keten, bijvoorbeeld bij de overdracht aan een andere zorginstelling, zoals het ziekenhuis. De ambulancezorg beweegt zich hierbij als mobiele zorgverlener, letterlijk en figuurlijk, tussen de schakels van de (acute) zorgketen. Daarnaast werken ambulancezorgverleners nauw samen met partners binnen de keten van openbare orde en veiligheid (OOV), in het bijzonder met politie en brandweer.



# Verantwoorde ambulancezorg; wettelijk kader

## 2.1 Inleiding

Het kader van de nota Verantwoorde Ambulancezorg wordt primair gevormd door de Kwaliteitswet Zorginstellingen. De kwaliteitswet is van toepassing op alle instellingen in de zorgsector en dus ook op de Regionale Ambulance Voorzieningen (RAV). De kwaliteitswet is een kaderwet. Dat betekent dat de wet slechts op hoofdlijnen beschrijft waaraan voldaan moet worden. Het is de verantwoordelijkheid van de individuele zorginstelling, of de koepelorganisatie, om aan te geven op welke wijze invulling wordt gegeven aan de eisen uit de wet. De ambulanceorganisaties en ambulancezorgverleners hebben, via de landelijke koepel en beroepsvereniging, het initiatief genomen om hieraan gezamenlijk invulling te geven. De Kwaliteitswet Zorginstellingen vormt de basis voor de nota Verantwoorde Ambulancezorg. Daarom worden in dit hoofdstuk de kernpunten van deze wet beschreven. Hierbij is gebruik gemaakt van uitleg van de wet door VWS. De overige wetten die van toepassing zijn op de ambulancezorg zijn op hoofdlijnen beschreven in bijlage 1.

## 2.2 Kwaliteitswet Zorginstellingen

Conform de Kwaliteitswet Zorginstellingen moeten instellingen aan een aantal eisen voldoen om zorg van goede kwaliteit te kunnen bieden. Deze eisen uit de kwaliteitswet zijn hieronder beschreven. De wijze waarop binnen de ambulancezorg uitwerking wordt gegeven aan deze eisen komt verder in deze nota aan bod.

### 2.2.1 Verantwoorde zorg

Instellingen dienen verantwoorde zorg te leveren. Dat wil zeggen: zorg van een goed niveau en in ieder geval doeltreffend, doelmatig, afgestemd en gericht op de reële behoefte van de cliënt. Een zorginstelling dient dus zelf –of op koepelniveau– een visie te ontwikkelen op het begrip verantwoorde zorg. Vervolgens heeft de instelling de verplichting om voorwaarden te scheppen, zodat deze verantwoorde zorg ook daadwerkelijk kan worden geleverd.

### 2.2.2 Bewust beleid

De kwaliteitswet benadrukt dat verantwoorde zorg tot stand komt op basis van bewust beleid. Dat betekent: er doelbewust aan werken. De wet benoemt welke aspecten de zorginstelling in ieder geval bij haar kwaliteitsbeleid dient te betrekken:

- Duidelijke verdeling van taken en verantwoordelijkheden. Duidelijk moet zijn welke medewerkers welke taken uitvoeren en wie daarvoor verantwoordelijk is. Uiteraard is een goede communicatie daarbij van groot belang;
- Kwaliteit van personeel en materieel. Een instelling dient te beschikken over voldoende en capabel personeel en het juiste materieel. Dat betekent ondermeer dat de zorgverleners over de juiste competenties beschikken en deze onderhouden door middel van bij- en nascholing.

Voor instellingen waar mensen langer dan 24 uur verblijven, geldt de eis dat geestelijke verzorging beschikbaar dient te zijn die aansluit bij de levensovertuiging van de cliënt. Deze eis uit de kwaliteitswet is niet van toepassing op RAV-en. Dit laat onverlet dat in de ambulancezorgverlening respectvol met de levensovertuiging van cliënten en medewerkers wordt omgegaan. Dit komt onder andere terug in de Beroepscode ambulancezorg.

### 2.2.3 Kwaliteitssysteem

Een zorginstelling dient volgens de Kwaliteitswet Zorginstellingen de kwaliteit van de zorgverlening systematisch te bewaken, te beheersen en zo mogelijk te verbeteren. Hiervoor dient de zorginstelling over een kwaliteitssysteem te beschikken. In dit systeem zijn alle kwaliteitsactiviteiten op elkaar afgestemd. Centraal in een kwaliteitssysteem staan altijd de expliciet geformuleerde normen waaraan een instelling zelf vindt dat ze zou moeten voldoen. Door systematisch gegevens over deze activiteiten en de kwaliteit van de zorgverlening te registreren, krijgt de instelling inzicht in de resultaten van het gevoerde kwaliteitsbeleid. Een zorginstelling kan er voor kiezen om het kwaliteitssysteem door een onafhankelijke instantie te laten beoordelen en certificeren. Dit geeft enerzijds de organisatie een extra kwaliteitsimpuls; anderzijds laat een dergelijk onafhankelijk keurmerk naar buiten zien dat de organisatie het werken aan kwaliteit serieus neemt.

### 2.2.4 Kwaliteitsjaarverslag

De kwaliteitswet stelt instellingen verplicht om jaarlijks een kwaliteitsjaarverslag te publiceren. In een kwaliteitsjaarverslag legt de zorginstelling verantwoording af over haar kwaliteitsbeleid. In het kwaliteitsjaarverslag dient de zorginstelling in ieder geval aandacht te besteden aan de kwaliteit van de verleende zorg en het gevoerde kwaliteitsbeleid. Voor de wijze van betrokkenheid van cliënten en hun belangenorganisaties dient hierbij specifiek aandacht te zijn. De wet stelt geen vormeisen aan het kwaliteitsjaarverslag; het kwaliteitsjaarverslag mag onderdeel uitmaken van het algemene jaarverslag. De wet stelt wel eisen aan de termijn waarop het verslag gereed dient te zijn en de organisaties aan wie het kwaliteitsjaarverslag toegestuurd dient te worden.

## 2.3 Toezicht en handhaving

Hoewel de instellingen zelf verantwoordelijk zijn voor de kwaliteit van de zorg, blijft onafhankelijk toezicht op de naleving van de kwaliteitswet noodzakelijk. Dit is de taak van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ). Het toezicht richt zich met name op het kwaliteitsbeleid van de zorginstelling en de aanwezigheid van een kwaliteitssysteem. Om de kwaliteit van zorg te handhaven, heeft de kwaliteitswet de IGZ meer bevoegdheden gegeven. Zo kan de IGZ bevel geven tot het nemen van maatregelen, indien er sprake is van situaties die ernstig gevaar opleveren voor de gezondheid van cliënten. De minister zelf heeft de bevoegdheid om een zorginstelling een aanwijzing te geven, wanneer de zorg tekortschiet.





# 3

## Verantwoorde ambulancezorg; de pijlers

## 3.1 Inleiding

Verantwoorde zorg wordt in de Kwaliteitswet Zorginstellingen omschreven als: zorg van een goed niveau en in ieder geval doeltreffend, doelmatig, afgestemd en gericht op de reële behoefte van de cliënt. De nadere uitwerking van deze begrippen door de ambulancesector steunt op een aantal pijlers. De ambulancesector heeft voor de nadere uitwerking van het begrip verantwoorde ambulancezorg het toekomstig beleid van de overheid en cliënten-/consumentenorganisaties als uitgangspunt genomen. Het cliëntenperspectief staat in dit beleid centraal. Maar ook de –duurzame– aantrekkingskracht van excellente zorgorganisaties op professionals. En de kenmerken van goed bestuur, als voorwaarde voor een stabiele, betrouwbare en transparante zorgorganisatie.

Vanuit dit kader laat verantwoorde ambulancezorg zich als volgt samenvatten:

### **Verantwoorde ambulancezorg:**

1. Is beschikbaar en bereikbaar;
2. Is transparant;
3. Is professioneel, kwalitatief hoogwaardig en veilig;
4. Wordt helder en eenduidig vastgelegd, met waarborg van de privacy van de cliënt;
5. Sluit naadloos aan op de zorg van ketenpartners;
6. Voorziet in een adequate klachtenbehandeling;
7. Voorziet in medezeggenschap door cliënten en wordt geleverd door organisaties die voldoen aan de eisen van goed bestuur.

## 3.2 Beschikbare en bereikbare zorg

- *Bereikbaarheid*  
Ambulancezorg is 24 uur per dag, 7 dagen in de week telefonisch bereikbaar via de MKA.
- *Spreiding en Beschikbaarheid*  
Er is een goede spreiding van ambulancezorg, zodanig dat bij acute, levensbedreigende situaties ambulancezorg conform het landelijk geldende referentiekader ambulancezorg beschikbaar is.
- *Juiste zorg op het juiste moment: triage*  
De MKA draagt er, door middel van triage, zorg voor dat een cliënt de juiste zorg op het juiste moment ontvangt, in reguliere en opgeschaalde situaties.
- *Zorgdifferentiatie*  
De RAV voorziet in een gedifferentieerd zorgaanbod, zodat de zorg optimaal is afgestemd op de behoefte van de cliënt.

### 3.3 Transparantie

- *Duidelijkheid voor de cliënt en de verwijzer*  
Het is duidelijk voor de cliënt en de verwijzer voor welke zorg hij zich kan wenden tot de RAV en welke zorg hij ontvangt.
- *Zorgproces inzichtelijk*  
Het ambulancezorgproces is voor alle betrokkenen (cliënten, ketenpartners) inzichtelijk.
- *Meerjarenbeleidsplan*  
De RAV beschikt over een meerjarenbeleidsplan, waarin de (meerjaren)visie op verantwoorde ambulancezorg en de wijze waarop de RAV hieraan concreet invulling geeft, is verwoord.
- *Managementinformatie*  
De RAV beschikt over managementinformatie, die inzicht geeft in (de resultaten van) het ambulancezorgproces en sturing van het proces, waar nodig, mogelijk maakt.
- *Jaarverslag*  
De RAV legt jaarlijks verantwoording af over haar activiteiten en de behaalde resultaten, door middel van een jaarverslag.
- *Sectorrapport*  
De RAV levert jaarlijks de afgesproken gegevens aan voor het sectorrapport.
- *Externe beoordeling en certificatie*  
De RAV beschikt over een gecertificeerd kwaliteitssysteem, waarmee de kwaliteit van de zorgverlening wordt geborgd en inzichtelijk is.

### 3.4 Professioneel, kwalitatief hoogwaardig en veilig

- *Bevoegd, bekwaam en betrokken*  
Ambulancezorg wordt geleverd door bevoegde, bekwame en betrokken medewerkers.
- *Geprotocolleerde zorg*  
Landelijke protocollen waarborgen de uniformiteit en professionaliteit binnen de ambulancezorg en maken de zorg transparant en toetsbaar.
- *Kwalitatief hoogwaardig en functioneel materieel*  
Voor het leveren van ambulancezorg wordt kwalitatief hoogwaardig en functioneel materieel ingezet.
- *Medische eindverantwoordelijkheid*  
De RAV draagt er zorg voor dat de medisch inhoudelijke kwaliteit van de zorgverlening optimaal is geborgd.
- *Zorginnovatie*  
De RAV werkt continu aan de innovatie van het zorgaanbod, zodat de ambulancezorg optimaal is afgestemd op de behoeften van cliënt en maatschappij.
- *Veiligheid*  
De veiligheid van de cliënt tijdens de zorgverlening en het vervoer wordt optimaal gewaarborgd.
- *Voorkomen incidenten*  
De RAV hanteert een systeem dat er op gericht is incidenten tijdens de ambulancezorgverlening te voorkomen en reageert adequaat als een incident zich voordoet.

## 3.5 Informatie, toestemming, dossiervorming en privacy

- *Algemene informatieverstrekking en voorlichting*  
De RAV informeert (potentiële) cliënten en belanghebbenden optimaal over de zorg die de RAV biedt.
- *Informatieverstrekking individuele cliënten*  
Cliënten en/of hun naasten worden door ambulancezorgverleners zo goed mogelijk geïnformeerd over de zorg die zij (gaan) ontvangen.
- *Toestemming*  
Ambulancezorgverleners handelen volgens de wettelijke eisen met betrekking tot de toestemmingsvereiste. In acute situaties waarin het niet mogelijk is om aan de toestemmingsvereiste te voldoen, handelt de ambulancezorgverlener volgens professionele standaarden en zijn verantwoordelijkheid als goed hulpverlener.
- *Dossiervorming*  
Informatie van de cliënt en de aan hem verleende zorg wordt door de meldkamercentralist en ambulancezorgverlener vastgelegd en opgenomen in een cliëntendossier.
- *Privacybescherming*  
Ambulancezorgverleners waarborgen de privacy van de cliënt uit respect voor de cliënt en conform het beroepsgeheim waaraan zij zijn gehouden.

## 3.6 Continuïteit van zorg en afstemming met ketenpartners

- *Samenwerking ketenpartners*  
De RAV werkt binnen de regio nauw samen met andere zorgverleners, om continuïteit in de zorgverlening te waarborgen.
- *Verantwoorde overdracht van zorg*  
De RAV draagt er zorg voor dat, indien nodig, cliënten verantwoord worden overgedragen aan andere zorgverleners of dat andere zorgverleners worden ingeschakeld.

## 3.7 Klachtenbehandeling en klantervaring

- *Klachtenbehandeling*  
Klachten van cliënten worden professioneel behandeld. Door opmerkingen van cliënten zorgvuldig te behandelen kunnen klachten worden voorkomen.
- *Klantervaringen*  
De RAV houdt periodiek een klantervaringsonderzoek. De resultaten leiden, waar nodig, tot verbetering.

## 3.8 Medezeggenschap en goed bestuur

- *Cliëntenparticipatie*  
De RAV beschikt over een structuur en procedure van medezeggenschap en cliëntenparticipatie, die is afgestemd op het karakter van de spoedeisende zorgverlening.
- *Goed bestuur*  
De RAV voldoet aan de eisen van goed bestuur.

# 4

## Beschikbare en bereikbare zorg

## 4.1 De MKA: toegangspoort tot ambulancezorg

De MKA is toegangspoort voor de ambulancezorg en draagt verantwoordelijkheid voor het proces van intake, indicatiestelling, zorgtoewijzing en -coördinatie en zorginstructie, 7 dagen in de week, 24 uur per dag. De MKA speelt een cruciale rol in het indiceren van de zorgbehoefte en de inzet van de juiste zorg, op het juiste moment. Ook is de MKA verantwoordelijk voor het coördineren van ondersteuning door andere zorgverleners of doorverwijzing van de cliënt aan andere zorg-/hulpverleners. De MKA is toegangspoort voor de ambulancezorg en vervult tevens een poortwachtersfunctie voor andere hulpverleners.

## 4.2 Spreiding en beschikbaarheid

### 4.2.1 Referentiekader Spreiding en Beschikbaarheid

De RAV geeft adequaat invulling aan het actuele Referentiekader Spreiding en Beschikbaarheid. Het referentiekader is een modelmatige beschrijving van de spreiding en beschikbaarheid van ambulancezorg op landelijk niveau. Het referentiekader vormt tevens de grondslag voor de regionale verdeling van budgetten en het landelijke macrobudget. Het referentiekader is gebaseerd op een aantal theoretische uitgangspunten, waaronder het percentage inwoners van iedere RAV-regio in Nederland dat, wanneer er sprake is van een rit met A1-urgentie, binnen 15 minuten bereikt moet kunnen worden. Het referentiekader is een theoretisch en landelijk model. De RAV geeft op regionaal niveau invulling aan het referentiekader, door middel van een regionaal spreidings- en beschikbaarheidsplan. De zogenaamde 15-minuten-norm is daarin een planningsnorm, geen gezondheidsnorm. Dit betekent niet dat voor de ambulancezorg de factor tijd geen rol speelt. Integendeel, alles binnen de ambulancezorg en de RAV is er op gericht om in acute, levensbedreigende situaties zo snel mogelijk ter plaatse zorg te kunnen verlenen. Tijdsnormen zijn daarbij van belang om richting te geven aan processen. Deze dienen echter, meer dan tot nu toe, medisch inhoudelijk onderbouwd te zijn. De ambulancesector zet zich hiervoor in, onder andere via het uitbouwen van de set managementinformatie met medisch inhoudelijke aspecten.

Het referentiekader gaat uit van zogenaamde open RAV-regiogrenzen. RAV-regio's staan elkaar bij: wanneer ergens spoedeisende hulp noodzakelijk is, wordt deze door de dichtstbijzijnde ambulance verleend ook al heeft deze een standplaats in een andere regio. Dit betekent dat uit het referentiekader voor de RAV inspanningsverplichtingen kunnen voortvloeien tot het leveren van burenhulp aan een RAV uit een naburige regio, of dat zij assistentie ontvangen van een aangrenzende regio.

### 4.2.2 Dynamisch ambulancemanagement

De RAV is, op basis van de Wet Ambulancezorg, verantwoordelijk voor het leveren van verantwoorde ambulancezorg binnen haar verzorgingsgebied. Dit betekent onder andere dat de RAV zich inspant om de beschikbare zorgcapaciteit zo efficiënt en doelmatig mogelijk in te zetten. Eén van de instrumenten hiervoor is dynamisch ambulancemanagement. Op regionaal niveau betekent dynamisch ambulancemanagement dat ambulancevoertuigen zodanig door de MKA worden gepositioneerd binnen de regio of zich binnen de regio zodanig bewegen, dat zij maximaal inzetbaar zijn. Het is de verantwoordelijkheid van de MKA en de centralisten om dit proces te coördineren, daarbij ondersteund door ICT-faciliteiten op de meldkamer. Op landelijk niveau betekent dynamisch ambulancemanagement dat de MKA de beschikbare ambulances uit andere regio's binnen de eigen regio kan inzetten als deze sneller ter plaatse kunnen zijn. De beschikbare zorgcapaciteit neemt daarmee toe en komt ten goede aan de zorg aan cliënten. Daarnaast gaat het landelijk referentiekader Spreiding en Beschikbaarheid er voor een aantal regio's vanuit dat zij voor inzetten in bepaalde gebieden een beroep kunnen doen op de ambulancecapaciteit van de buurregio(s). Om dynamisch ambulancemanagement bovenregionaal waar te maken heeft iedere MKA inzicht in de realtime

ambulancecapaciteit en de posities van alle –op dat moment beschikbare– ambulances. Op basis van het landelijk convenant maken RAV-en afspraken over de wijze waarop met open grenzen wordt omgegaan en over de voorwaarden waaronder ambulances van andere RAV-en kunnen worden ingezet. De MKA speelt een centrale rol in het proces van dynamisch ambulancemanagement.

### 4.2.3 Grensoverschrijdende ambulancezorg

In regio's die grenzen aan Duitsland en België maakt de RAV afspraken met meldkamers en ambulanceorganisaties uit het buurland. Het gaat om afspraken over wederzijdse hulp, structureel of incidenteel. Landelijke afspraken met betrekking tot grensoverschrijdende samenwerking maken onderdeel uit van de regionale afspraken.

## 4.3 De juiste zorg op het juiste moment: triage

Wanneer iemand zich tot de MKA heeft gewend, dient er deskundige triage plaats te vinden. Triage kan worden omschreven als het dynamische proces van urgentie bepalen en het vervoltraject indiceren. Melders moeten er op kunnen rekenen dat degene die aan de telefoon zit, ook daadwerkelijk deskundig is. De triage dient eenduidig te zijn en afgestemd op de behoefte van de cliënt. Ter ondersteuning van het triageproces wordt door de MKA gebruik gemaakt van een door de sector vastgestelde triagemethodiek. Bij de triage wordt gewerkt volgens de ABCDE-methodiek, aangepast aan het werk op de meldkamer. Deze is erop gericht zo snel mogelijk vast te stellen of er een bedreiging is van de vitale functies. De centralisten op de MKA zijn competent deze methodiek toe te passen.

## 4.4 Zorgdifferentiatie

Zorgdifferentiatie is er op gericht de zorg zo optimaal mogelijk af te stemmen op de zorgvraag van cliënten en de zorgcapaciteit zo optimaal mogelijk in te kunnen zetten. De diversiteit van zorgvragen betekent dat de zorg middels diverse voorzieningen verspreid over de RAV kan worden aangeboden. De omslag van aanbod naar vraaggerichte zorgverlening, waarbij de wensen en behoeften van de cliënten centraal staan, is al lange tijd gaande in de zorgsector. Dit is ook het geval binnen de ambulancezorg. Ambulanceorganisaties streven naar een samenhangend, geïntegreerd zorgaanbod rondom de (zorg)behoefte van cliënten. Het bieden van doelmatige state-of-the art cliëntenzorg vraagt van de professionals en de RAV-en een actuele deskundigheid op het vakgebied en het vermogen te innoveren en in samenspraak met de ketenpartners te komen tot doelmatige zorgafspraken. RAV-en onderzoeken en initiëren nieuwe zorgproducten. Daarbij wordt taakherschikking zoveel mogelijk op het niveau van de werkvloer georganiseerd. Kwaliteit en doelmatigheid zijn bij zorgdifferentiatie belangrijke criteria.

### 4.4.1 Spoedeisend en planbaar

Het integrale zorgaanbod van de RAV bestaat uit spoedeisende en planbare (niet spoedeisende) zorg. De urgentiebepaling wordt door de triërend MKA-centralist bepaald. De situatie ter plaatse is bepalend voor wat er vervolgens gebeurt: zorg verlenen en vervoeren, alleen zorg verlenen of verwijzen naar een andere zorgverlener. Achteraf vindt evaluatie plaats van de inzet van beschikbare middelen. De onderstaande urgentie-indeling wordt binnen de sector gehanteerd:

- **A1-urgentie (A1-rit)**

Een spoedeisende rit in opdracht van de centralist in geval van acute bedreiging van de vitale functies van de cliënt of in het geval dat dit gevaar pas na beoordeling door het ambulanceteam ter plaatse kan worden

uitgesloten. De rit wordt zo snel mogelijk uitgegeven en het ambulanceteam dient zo snel mogelijk ter plaatse te zijn. De ambulance maakt altijd gebruik van optische en geluidssignalen.

- **A2-urgentie (A2-rit)**

Een rit in opdracht van de centralist naar aanleiding van een zorgvraag waaruit blijkt dat er geen sprake is van direct levensgevaar, maar waarbij er wel sprake kan zijn van (ernstige) gezondheidsschade en de ambulance wel zo snel mogelijk ter plaatse dient te zijn. De ambulance kan gebruik maken van optische en geluidssignalen.

- **B-urgentie (B-rit)**

Een rit in opdracht van de centralist naar aanleiding van een zorgvraag zonder A1- of A2-urgentie, waarbij een tijdstip of tijdsinterval is afgesproken voor het halen of brengen.

#### 4.4.2 Hoogcomplexe en laagcomplexe zorg

Ambulancezorg varieert van hoog- tot laagcomplexe zorg. Spoedeisende ambulancezorg is niet per definitie hoogcomplex. En zo ook is planbare zorg niet altijd laagcomplex. Ambulancezorg varieert van laagcomplex zorgbegeleiding, zoals de hulpambulance, tot intensieve hoogcomplex zorg, zoals de Mobiele Intensive Care Unit (MICU). De RAV dient hierop in te spelen, onder andere door middel van zorg- en opleidings-differentiatie.

#### 4.4.3 First en Rapid Responders

Om in spoedeisende situaties de voor de cliënt noodzakelijke zorg zo snel mogelijk te kunnen verlenen, kan de RAV besluiten first en/of rapid responders in te zetten. Een first responder is een hulpverlener, die als eerste ter plaatse komt en die competent is eerste hulp te verlenen in een situatie waarin dit noodzakelijk is, in afwachting van een ambulance. De first responder is opgeleid en geoefend in levensreddende handelingen en heeft de beschikking over en kennis van het gebruik van een Automatische Externe Defibrillator (AED). De inzet van een first responder wordt bepaald door de RAV aan de hand van voorafgestelde criteria, vastgelegd in een protocol en bestuurlijk vastgesteld. De inzet van first responders vindt plaats nadat de MKA een ambulance-eenheid heeft ingezet. De ambulance-eenheid neemt ter plaatse de hulpverlening van de first responder over. De inzet van de first responder dient als aanvulling op de reguliere ambulancezorg. Uitgangspunt voor de inzet van de first responder is dat dit nooit mag leiden tot vertraging in de ambulancezorg.

In tegenstelling tot de first responder, die dient als aanvulling op de reguliere ambulancezorg, maakt de rapid responder onderdeel uit van de ambulancezorg. Een rapid responder is een ambulanceverpleegkundige die ter plaatse geheel zelfstandig handelt, al dan niet in afwachting van een ambulance of andere zorgverlener. Een rapid responder levert reguliere ambulancezorg op ALS-niveau. Het belangrijkste verschil met de reguliere ambulance is dat de rapid responder als solo-eenheid optreedt en niet kan vervoeren. Afhankelijk van de regionale situatie kan de rapid responder zich met verschillende voertuigen verplaatsen, zoals een motor, auto of fiets. De aansturing van de first en rapid responder vindt plaats via de MKA. De RAV gebruikt bij het maken van afspraken rondom de inzet van first en rapid responders gebruik van de landelijke richtlijn.



# 5 Transparantie

## 5.1 Duidelijkheid voor de cliënt en verwijzer

Het dient voor cliënten helder te zijn met welke vragen zij zich –via de MKA– tot de ambulancezorg kunnen wenden. Ook dient helder te zijn wat zij vervolgens kunnen verwachten. Dit betekent allereerst dat de RAV heldere informatie beschikbaar dient te hebben voor (potentiële) cliënten. Wanneer een cliënt zich met een acute zorgvraag tot de MKA wendt, laat de centralist de melder weten óf er hulp komt en wat de aard van deze hulp is. Ambulancezorgverleners ter plaatse informeren de cliënt welke zorg hij ontvangt.

Ook voor verwijzers dient helder te zijn wat zij van de RAV en ambulancezorgverleners kunnen verwachten. De RAV maakt haar visie, doelstellingen en activiteiten onder andere inzichtelijk via het meerjaren beleidsplan. Ook via regionale samenwerkingsverbanden communiceert de RAV hierover. Tenslotte maakt de RAV afspraken met haar ketenpartners, waarin duidelijk wordt wat partners mogen/kunnen verwachten van de ambulancezorg.

## 5.2 Zorgproces inzichtelijk

Ongeacht de vorm waarin ambulancezorg wordt aangeboden, zijn de volgende stappen in het ambulancezorgproces te onderscheiden:

- *Zorgintake en -indicatie*: ambulancezorg begint op het moment dat de centralist van de MKA de telefoon aanneemt. De centralist beoordeelt de hulpvraag en indiceert of, en zo ja, welke vorm van ambulancezorg nodig is en met welke urgentie;
- *Zorgtoewijzing en -coördinatie*: de centralist zorgt ervoor dat de juiste zorg op het juiste moment en op de juiste plaats wordt ingezet en dat de ingezette zorgverleners de noodzakelijke informatie ontvangen;
- *(Zorg)advisering*: in afwachting van de komst van zorgverlening ter plaatse geeft de centralist aanwijzingen c.q. instructies aan de melder of zorgvrager om de zorgverlening zo optimaal mogelijk te laten verlopen. Soms volstaat de hulpverlening met een (zorg)advies van de centralist of wordt de cliënt doorverwezen naar een andere zorg-/hulpverlener;
- *Ambulancezorgverlening*: de ambulancezorgverlener onderzoekt cliënt ter plaatse, stelt een werkdiagnose en behandelt de cliënt. Indien vervoer noodzakelijk is, wordt de cliënt hierop voorbereid. Tijdens het vervoer wordt de behandeling gecontinueerd. De chauffeur zorgt ervoor dat het vervoer op verantwoorde wijze plaatsvindt;
- *Overdracht*: indien noodzakelijk wordt de cliënt door de ambulancezorgverlener overgedragen aan andere zorgverleners. Een goede informatieoverdracht is daarbij essentieel;
- *Nazorg*: indien de cliënt, zijn naasten of een melder hier behoefte aan heeft, verlenen de centralist en/of de ambulancezorgverlener –of anderen namens hen– nazorg. Deze nazorg kan onder andere bestaan uit het verstrekken van informatie.

De bovenstaande stappen in het ambulancezorgverleningsproces sluiten naadloos op elkaar aan. Een cliënt hoeft niet perse noodzakelijk het hele proces te doorlopen. Soms bestaat de zorg uit een zorgadvies door de centralist MKA of wordt hulp ter plaatse geboden zonder dat vervoer met ambulance noodzakelijk is.

## 5.3 Meerjarenbeleidsplan

De RAV stelt periodiek een meerjarenbeleidsplan op. Hierin beschrijft de RAV haar visie op verantwoorde ambulancezorg en de wijze waarop zij hier concreet invulling aan wil geven. De ambities van de RAV zijn geformuleerd in doelstellingen die de organisatie ondersteunen bij het systematisch werken aan de realisatie ervan. De rol van ketenpartners en de wijze waarop samenwerking in de regio vorm krijgt, is eveneens in het meerjarenplan verwoord. Tenslotte wordt in het meerjarenplan aandacht besteed aan de geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen.

## 5.4 Managementinformatie

In het kader van optimale transparantie is het van belang dat een RAV beschikt over informatie over het functioneren van het proces van ambulancezorgverlening. Hiervoor registreert de RAV gegevens in de verschillende fasen van het ambulancezorgproces. Deze managementinformatie maakt het tevens mogelijk het proces te sturen. De RAV verzamelt managementinformatie volgens sectorale afspraken. Landelijke, eenduidige registratie van gegevens maakt het mogelijk om op landelijk niveau inzicht te geven in het functioneren van de ambulancezorgverlening. Het landelijk traject Management Informatie (MI) kent de volgende bouwstenen:

- Het Uniform Begrippenkader Ambulancezorg (UBK). In het UBK staan alle begrippen met betrekking tot de logistieke aspecten van de ambulancezorgverlening eenduidig gedefinieerd en omschreven;
- De Minimale Data Set (MDS). In de MDS is vastgelegd welke informatie gedurende de ambulancezorgverlening op de ritformulieren vastgelegd dient te worden;
- De kernset Management Informatie (MI). De kernset MI is de set met data die door alle RAV-en wordt geregistreerd en als basis dient voor het jaarlijkse sectorrapport.

De RAV volgt de sectorale afspraken rond het MI-traject voor wat betreft de begripsdefiniëring en de registratie van de kernset.

## 5.5 Jaarverslag

De RAV legt, conform wettelijke eisen, jaarlijks schriftelijk verantwoording af over de kwaliteit van het zorgbeleid, zorgmanagement en zorguitvoering. De RAV is vrij om te bepalen op welke wijze verslaglegging over het gevoerde kwaliteitsbeleid plaatsvindt; in een afzonderlijk verslag of als integraal onderdeel van het jaarverslag van de organisatie.

## 5.6 Sectorrapport

Sinds 2007 legt de sector op landelijk niveau verantwoording af over –aspecten van– de ambulancezorgverlening. Deze verantwoording vindt plaats door middel van een sectorrapport, waarin landelijke en regionale gegevens over het voorgaande jaar worden gepresenteerd. Deze gegevens komen tot stand door registratie van een door de sector vastgestelde (kern)set van gegevens, door alle RAV-en. In overeenstemming met de sectorale afspraken levert de RAV op het afgesproken moment de juiste gegevens aan.

## 5.7 Externe beoordeling en certificatie

De RAV beschikt over een kwaliteitssysteem, waarmee de kwaliteit van de zorgverlening wordt geborgd en continu kan worden verbeterd. Met externe toetsing en certificatie van het kwaliteitssysteem wordt als het ware een keurmerk afgegeven. Daarmee wordt voor afnemers van ambulancezorg (cliënten en ketenpartners) helder dat de zorgorganisatie haar zaken op orde heeft. Sectoraal is afgesproken dat de RAV voor externe toetsing en certificatie gebruik maakt van een branchespecifiek certificatieschema. De RAV laat zich, op basis van dit schema en conform de eisen voor (her)certificering van de certificerende organisatie, periodiek toetsen.

# 6

## Professionaliteit, kwaliteit en veiligheid

## 6.1 Deskundige en bekwame professionals

### 6.1.1 Kernfuncties

Ambulancezorg wordt geleverd door deskundige en bekwame zorgprofessionals. Binnen de ambulancezorg is een aantal kernfuncties te onderscheiden:

#### Verpleegkundig centralist MKA

De MKA is de eerste schakel in de zorgketen van de ambulancezorg. De verpleegkundig centralist op de MKA draagt zorg voor een verantwoorde uitvoering van het proces van intake, indicatiestelling, zorgtoewijzing en -coördinatie en zorginstructie. De centralist MKA geeft inhoud aan dit meldkamerproces. De centralist dient continu een balans te vinden tussen de individuele belangen van de cliënt en het bewaken en behouden van de paraatheid. Hiervoor dient de centralist te anticiperen op omstandigheden die de paraatheid (kunnen) beïnvloeden. De centralist dient met uiteenlopende mensen en instanties te kunnen communiceren. Met burgers, die zorg nodig hebben, met ambulancezorgverleners, maar bijvoorbeeld ook met (huis)artsen, SEH-verpleegkundigen, politie en brandweer. De variëteit en complexiteit van zorgvragen die de centralist ontvangt, vereist een specifieke deskundigheid. In principe heeft de centralist een verpleegkundige opleiding en achtergrond. Intake, indicatiestelling en zorgtoewijzing mogen alleen door verpleegkundig centralisten worden uitgevoerd. De verpleegkundig centralist heeft een door de sector erkende opleiding gevolgd. Er zijn ook niet-verpleegkundig centralisten werkzaam binnen de sector. Deze worden ingezet op het logistieke proces van uitgifte van ambulanceritten.

#### Ambulanceverpleegkundige

De ambulanceverpleegkundige is deskundig en bekwaam voor het functioneel zelfstandig uitvoeren van bepaalde voorbehouden handelingen. De meeste handelingen die door de ambulanceverpleegkundige worden verricht zijn verpleegkundige handelingen, care. Daarnaast worden geneeskundige handelingen, cure, verricht, waarvan een beperkt aantal tot de voorbehouden handelingen behoort. De volgende verrichtingen worden tot het gebied van deskundigheid van de ambulanceverpleegkundige gerekend:

- a. Toepassen van electieve cardioversie;
- b. Toepassen van defibrillatie;
- c. In- of extubereren van de luchtpijp met een orale of nasale tube;
- d. Het toepassen van drainagepunctie bij een spanningspneumothorax;
- e. Verrichten van een coniotomie;
- f. Het inbrengen van een infuus (intraveneus en intra-ossaal).

De ambulanceverpleegkundige verricht werkzaamheden op een zodanig niveau dat aan de kwaliteitseisen van (spoedeisend) medisch en verpleegkundig handelen wordt voldaan. Deze eisen staan omschreven in landelijke en regionale protocollen en richtlijnen. De ambulanceverpleegkundige heeft een door de sector erkende opleiding gevolgd.

#### Ambulancechauffeur

De ambulancechauffeur bestuurt de ambulance en assisteert de ambulanceverpleegkundige. Hiervoor beschikt de chauffeur over specifieke medisch –assisterende– vaardigheden. De ambulancechauffeur speelt een belangrijke rol bij de communicatie met de meldkamer en de ketenpartners. Ter plaatse draagt de chauffeur zorg voor een veilige werkplek. Als bestuurder van de ambulance is de chauffeur verantwoordelijk voor het veilig vervoer van de cliënt. De chauffeur heeft hiervoor een rijopleiding gevolgd, die onder andere voorziet in specifieke rijvaardigheden om met een voorrangsvoertuig te kunnen en mogen rijden. Bijzonder is dat de ambulancechauffeur een voorrangsvoertuig moet besturen, met iemand achterin die zo nodig behandeld moet worden. Dat vereist specifieke kwaliteiten. De ambulancechauffeur heeft een door de sector erkende opleiding gevolgd.

### 6.1.2 Functiedifferentiatie

Het aanbod van deskundige zorgprofessionals en materieel wordt afgestemd op de vraag van de cliënt, nu en in de toekomst. De behandeling van cliënten in de ambulancezorg krijgt meer en meer een doelgroepgericht profiel. Dit leidt tot een differentiatie in het zorgaanbod, met als mogelijk uitvloeisel een differentiatie in zorgfuncties binnen de RAV. Onder functiedifferentiatie wordt in dit verband verstaan het zodanig (her)ordenen van taken in de uitvoering van cliëntenzorg binnen de ambulancezorg dat verschillende functies ontstaan.

Een RAV kan op verschillende manieren vorm geven aan functiedifferentiatie:

- Horizontale differentiatie: binnen één functieniveau worden verschillende inhoudelijke taakaccenten gelegd in aansluiting op productdifferentiatie en -ontwikkeling in de ambulancezorg of acute zorg;
- Verticale differentiatie: er ontstaan meerdere functieniveaus met een ander verantwoordelijkheidsniveau (nurse practitioners, physician assistants, specialisatie en bundeling van overstijgende rollen en taken).

Dit gebeurt op basis van strategisch opleidingsbeleid, in samenhang met analyses vanuit de verleende zorg en met sociale, economische en maatschappelijke gegevens. Om te kunnen komen tot functiedifferentiatie dient afstemming plaats te vinden met ketenpartners.

### 6.1.3 Deskundigheid

De kwaliteit van de geleverde ambulancezorg is in grote mate afhankelijk van de deskundigheid van de zorgverleners. De kwaliteit van de ambulancezorg wordt op de eerste plaats bepaald door een juiste diagnosestelling en de daarop gebaseerde behandeling en de snelheid waarmee dit plaatsvindt. Dit stelt hoge eisen aan de kwaliteiten van het ambulancepersoneel. Voor elk van de kernfuncties binnen de ambulancezorg is specifieke deskundigheid gewenst. De gewenste minimale deskundigheid, in termen van (basis)opleiding en noodzakelijke kennis en vaardigheden, is sectoraal vastgesteld. Alle zorgprofessionals die werkzaam zijn in het primaire ambulancezorgproces, starten zo spoedig mogelijk na indiensttreding met een sectoraal erkende (vervolg)opleiding. Deze opleiding dient men binnen de omschreven termijnen succesvol te voltooien door te voldoen aan de sectoraal vastgestelde eindtermen. Het onderhouden van deskundigheid is essentieel voor kwalitatief goede zorgverlening. De ambulancesector heeft landelijke afspraken gemaakt over deskundigheidsbevordering en het behoud van bekwaamheid. Daarnaast biedt de RAV regionaal bijscholingen aan die aansluiten bij de individuele en organisatorische leerwensen. Onderdeel van het deskundigheidsbevorderingsbeleid is registratie in het door de sector erkende kwaliteitsregister.

### 6.1.4 Bekwaamheid

Op de uitoefening van ambulancezorg is de Wet BIG van toepassing. De opleidingseisen en competenties van individuele ambulancezorgverleners zijn afgestemd op de inhoud van hun functie, de eisen in het kader van de Wet BIG en op in de toekomst gewenste ontwikkelingen. De functiecompetenties van de ambulancezorgverleners zijn mede door opleiding en ontwikkeling getoetst volgens landelijke en regionale standaarden. Zowel de RAV, de medisch manager ambulancezorg als de individuele professional hebben hun verantwoordelijkheid in het verkrijgen en behouden van de bekwaamheid. De RAV heeft bekwaamheidsbeleid vastgesteld dat voldoet aan de wettelijke eisen en de sectorale afspraken. Voor BIG-geregistreerde ambulancezorgverleners, ambulanceverpleegkundigen en verpleegkundig centralisten MKA, zijn de wettelijke eisen met betrekking tot registratie in het BIG-register en het door de sector erkende kwaliteitsregister van toepassing.

## 6.2 Geprotocolleerde zorg

Binnen de ambulancezorg wordt zowel op de MKA als in de ambulancezorgverlening gewerkt met landelijke protocollen. Landelijke protocollen vormen de basis voor uniformiteit in de ambulancezorgverlening en waarborgen dat een cliënt, onafhankelijk van de locatie, dezelfde (ambulance)zorg ontvangt. Het doel van de standaarden en protocollen is de ambulancezorgverleners te ondersteunen bij het nemen van de juiste beslissingen en behandeling –achteraf– te kunnen evalueren. De toestand van de cliënt en de omstandigheden kunnen ertoe leiden dat de ambulancezorgverlener ertoe besluit van het protocol af te wijken. Dit is een verantwoordelijkheid van de individuele beroepsbeoefenaar. Het is dan wel van belang om de afwijkende handelwijze en de argumenten goed vast te leggen. In het kader van regionale (samenwerkings)afspraken kunnen regionale protocollen door de RAV worden gehanteerd, bijvoorbeeld in het kader van pilots of op basis van nieuwe medische inzichten. Belangrijk is dat dit niet ten koste gaat van de kwaliteit van de zorgverlening en dat hierover gecommuniceerd wordt, volgens de landelijk afgesproken route.

## 6.3 Kwalitatief hoogwaardig en functioneel materieel

Ambulancezorg wordt geleverd met kwalitatief hoogwaardig en functioneel materieel. Het gaat hierbij om de volgende materiële voorzieningen:

- a. Materialen en apparatuur ten behoeve van de hulpverlening;
- b. Ambulances;
- c. ICT-faciliteiten.

### Materialen en apparatuur

De materialen en apparatuur die binnen de ambulancezorg worden gebruikt, zijn doelmatig en doeltreffend en voldoen aan de kwaliteitseisen die hieraan worden gesteld. De materialen en de apparatuur zijn afgestemd op de behoeften van de cliënt, geldende protocollen en voldoen aan relevante wet- en regelgeving.

### Ambulances

Het is van groot belang dat de voertuigen waarmee cliënten worden vervoerd, voldoen aan de (kwaliteits)eisen die aan deze voertuigen worden gesteld. Op de ambulances en de uitrusting zijn Europese normen van toepassing.

### ICT-faciliteiten

Hoogwaardige en goed werkende ICT-faciliteiten zijn essentieel om het ambulancezorgproces adequaat te ondersteunen. Voor ambulancezorg is goede communicatie en data-uitwisseling tussen de MKA en de ambulancezorgverleners cruciaal. ICT speelt ook een belangrijke faciliterende rol bij het verder verbeteren van de uitwisseling van cliëntinformatie tussen de verschillende schakels van de (acute) zorgketen. De RAV beschikt over adequate communicatiesystemen, die voldoen aan relevante landelijke eisen. Daarnaast beschikt de RAV over adequate systemen voor bedrijfsprocessen en managementinformatie.

## 6.4 Medisch management

De RAV is eindverantwoordelijk voor het leveren van verantwoorde ambulancezorg. De RAV dient derhalve de medische verantwoordelijkheid voor de te leveren en de geleverde zorg integraal binnen de organisatie in te bedden.



Het medisch management wordt zodanig vormgegeven dat:

- De kwaliteit van de medisch inhoudelijke aspecten van de ambulancezorgverlening geborgd is;
- Er toezicht is op de bekwaamheid van ambulancezorgverleners;
- De eindverantwoordelijkheid voor het medisch management in handen is van een arts;
- Er een beschikbaarheid wordt gegarandeerd van 7 x 24 uur.

Het functiegebied medisch management ambulancezorg laat zich onderverdelen in hoofdgebieden cliëntenzorg, onderwijs en onderzoek. Binnen deze hoofdgebieden worden taken onderscheiden die horen bij de resultaatgebieden beleid, uitvoering en toezicht. Bij de wijze waarop de RAV invulling geeft aan het functiegebied medisch management dienen alle onderdelen uit het functiegebied binnen de gehele organisatie van de RAV geborgd te zijn.

De medisch manager ambulancezorg (MMA) is binnen de RAV verantwoordelijk voor de medisch-inhoudelijke aspecten van de ambulancezorg. De MMA is arts. Taken van de MMA zijn onder andere:

- Toezien op de bevoegdheid en bekwaamheid van ambulancezorgverleners in het kader van de Wet BIG;
- Betrokkenheid bij het formuleren van het medische beleid en toezien op de uitvoering van het medische beleid en de toepassing van protocollen binnen de ambulancezorg;
- Medisch-inhoudelijke afstemming met ketenpartners;
- Toezien op de uitvoering van de in de WGBO vastgelegde rechten en plichten van cliënt en hulpverlener.

## 6.5 Zorginnovatie

In het streven naar optimale, verantwoorde ambulancezorg is de RAV voortdurend bezig haar zorgaanbod te verbeteren. Het kwaliteitssysteem van de RAV voorziet in de continue en systematische aandacht voor kwaliteitsbehoud en -verbetering van het bestaande aanbod. De RAV dient echter ook te streven naar zorginnovatie, ofwel vernieuwing van het zorgaanbod. Zorginnovatie kan gericht zijn op de zorgverlening aan cliënten of op het materiaal en de apparatuur die hierbij wordt ingezet. Belangrijk uitgangspunt is, dat de vernieuwing op een verantwoorde wijze tot stand komt en bijdraagt aan de kwaliteit van ambulancezorg. De RAV volgt bij het opzetten van zorginnovatietrajecten de eisen die het kwaliteitssysteem hieraan stelt.

## 6.6 Veiligheid

### 6.6.1 Cliëntveiligheid

Tijdens de ambulancezorgverlening is het van belang dat de veiligheid voor de cliënt optimaal is gewaarborgd. Het gaat hierbij om het voorkomen van onveilige situaties en onnodige gezondheidsrisico's tijdens de zorgverlening ter plaatse en tijdens het vervoer van de cliënt. Ambulancezorgverleners handelen bij de zorgverlening volgens landelijke richtlijnen en afspraken om risico's tot een minimum te beperken. De RAV zorgt dat de randvoorwaarden voor cliënt aanwezig zijn door het beschikbaar stellen van materiaal en apparatuur die voldoen aan alle veiligheidseisen en door er op toe te zien dat de medewerkers volgens de geldende richtlijnen werken.

### 6.6.2 Veilige werkomgeving

Niet alleen de veiligheid van cliënten is van belang; ook de veiligheid voor medewerkers dient optimaal gewaarborgd te zijn. Ambulancezorgverleners bevinden zich in de regel in werksituaties waarin zij zelf ook (gezondheids)risico's lopen. Zowel de organisatie als de professionals zelf, hebben de verantwoordelijkheid deze risico's tot een minimum te beperken.

Voor de RAV ligt hier een verantwoordelijkheid in het beschikbaar stellen van veilig materiaal, maar ook in de opvang van zorgverleners na traumatische situaties. De zorgverlener zelf heeft een verantwoordelijkheid in het toepassen van landelijke richtlijnen en protocollen die gericht zijn op hun eigen veiligheid en het juiste gebruik van de ter beschikking gestelde middelen.

## 6.7 Voorkomen van incidenten

Het kwaliteitssysteem van de RAV is er onder andere op gericht incidenten tijdens de ambulancezorgverlening te voorkomen en adequaat te reageren als een incident zich voordoet. Onderdeel van het kwaliteitssysteem is het registreren van incidenten en bijna-incidenten (Melding Incidenten Patiëntenzorg - MIP) en adequaat beleid hoe hier mee om te gaan.



# Informatie, toestemming, dossiervorming en privacy

## 7.1 Algemene informatieverstrekking en voorlichting

De RAV beschikt over, op cliënten afgestemde, informatie over de ambulancezorgverlening. Deze informatie is inzichtelijk en helder. De informatie is ook bedoeld voor potentiële cliënten.

## 7.2 Informatieverstrekking individuele cliënten

Ambulancezorgverleners verstrekken aan hun cliënten en/of hun naasten informatie over de zorg die zij verlenen. Zij handelen hierbij volgens de wettelijke eisen en de beroepscode.

## 7.3 Toestemming

Op basis van wettelijke eisen dient de cliënt toestemming te verlenen voor het verrichten van ambulancezorg. Ambulancezorgverleners verstrekken de noodzakelijke informatie, op basis waarvan cliënten en/of hun wettelijk vertegenwoordigers toestemming kunnen geven. Binnen de ambulancezorg is vaak sprake van situaties waarin de cliënt niet in staat is om toestemming te verlenen. Ambulancezorgverleners handelen in deze situaties volgens professionele standaarden en vanuit hun verantwoordelijkheid als goed hulpverlener.

## 7.4 Dossiervorming

De gegevens die tijdens het ambulancezorgproces door de MKA en de ambulancezorgverleners worden geregistreerd, worden volgens de wettelijke eisen opgeslagen en bewaard. De RAV volgt hiervoor de landelijke richtlijnen.

## 7.5 Privacybescherming

Cliënten die ambulancezorg ontvangen, bevinden zich in een kwetsbare positie. Ambulancezorgverleners zijn zich hiervan bewust en handelen hiernaar. Dit is onder andere vastgelegd in de beroepscode voor ambulancezorgverleners en maakt onderdeel uit van het beroepsgeheim, waaraan ambulancezorgverleners gehouden zijn. Bij het verstrekken van informatie over cliënten aan derden, worden de wettelijke bepalingen in acht genomen. Naast zorginstellingen binnen de keten, werken ambulancezorgverleners met regelmaat samen met partners uit de veiligheidsketen. Ook aan deze partners (bijvoorbeeld politie) kunnen ambulancezorgverleners informatie ter beschikking stellen. Daar waar het gaat om het verstrekken van medisch inhoudelijke en overige vertrouwelijke informatie over cliënten worden de wettelijke eisen en de landelijke richtlijnen gevolgd.

A large, light-colored number '8' is centered on the page. The top loop of the '8' contains a dark red location pin icon, and the bottom loop contains a dark red teardrop icon. The text 'Continuïteit van zorg en afstemming met ketenpartners' is overlaid on the upper part of the '8' in white.

# Continuïteit van zorg en afstemming met ketenpartners

## 8.1 Samenwerking ketenpartners

### 8.1.1 Ketenafspraken

Als schakel binnen de (acute) zorgketen werkt de RAV nauw samen met andere aanbieders van zorg binnen haar verzorgingsgebied. De ambulancezorg beweegt zich tussen de schakels van de (acute) zorgketen en speelt daarin een cruciale rol in de optimale doorgeleiding van de cliënten. Samenwerking is enerzijds gericht op het waarborgen en optimaliseren van de continuïteit van de zorgverlening binnen de keten. Anderzijds is de samenwerking gericht op het bewerkstelligen van doelmatige en vraaggestuurde zorg: de juiste zorg op het juiste moment, afgestemd op de behoefte van de zorgvrager. De RAV maakt afspraken met haar ketenpartners over afstemming van de zorgprocessen, taken en verantwoordelijkheden en uitwisseling van gegevens. Daarnaast ontwikkelt de RAV met haar ketenpartners concrete samenwerkingsactiviteiten. Ook een goede samenwerking met de verschillende disciplines (brandweer en politie) binnen de veiligheidsketen is van levensbelang. De RAV stelt convenanten op en maakt afspraken met ketenpartners om de continuïteit van zorg voor de cliënt te waarborgen.

### 8.1.2 Regionaal overleg acute zorgketen

Het regionaal overleg acute zorgketen (ROAZ) is een overleg, georganiseerd op het niveau van de traumaregio's. Het doel van dit overleg is optimale afstemming binnen de keten. Het traumacentrum coördineert het ROAZ. Conform de eisen uit de WTZi neemt de RAV deel aan het ROAZ.

### 8.1.3 Geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen

Bij grootschalige hulpverlening bij ongevallen en rampen (GHOR) is optimale samenwerking tussen partners binnen de zorg- en veiligheidsketen van cruciaal belang. Deze samenwerking is gebaseerd op goede communicatie, een heldere verantwoordelijkheidsverdeling en inzicht in de beschikbare capaciteiten. Hierover maakt de RAV met haar partners goede afspraken, op basis van het landelijk convenant. Ook voor wat betreft het trainen en oefenen van personeel volgt de RAV de landelijke afspraken met betrekking tot opleiden, trainen en oefenen (OTO).

## 8.2 Verantwoorde overdracht van zorg

De behandeling van cliënten dient een continu proces te zijn vanaf de melding tot aan de definitieve intramurale behandeling. De MKA vervult een cruciale rol in de verantwoorde overdracht van zorg. De MKA zelf is zodanig toegerust met communicatiemiddelen dat een optimale afstemming met alle betrokken partners gewaarborgd is en inzicht wordt verkregen in de bij de ketenpartners beschikbare capaciteit. De MKA is het centrale punt in het communicatienetwerk van melder/zorgvrager, huisarts, verloskundige, ambulance, ziekenhuis, MMT, OvDG, politie, brandweer en indien nodig andere MKA's.

De overdracht van informatie is essentieel voor de schakels in de zorg die de behandeling overnemen. De informatie moet op een eenduidige wijze worden overgebracht en er mag geen informatieverlies optreden. In het kader van de ontwikkelingen op het gebied van digitale en elektronische registratie en uitwisseling van gegevens, moet de RAV ervoor zorg dragen dat haar systemen hiervoor op het vereiste moment zijn ingericht en voldoen aan de eisen die aan de elektronische uitwisseling van gegevens worden gesteld.

# Klachtenbehandeling en klantervaring

## 9.1 Klachtenbehandeling

De RAV als zorgorganisatie en de individuele ambulancezorgverleners streven er naar om verantwoorde en optimale zorg te verlenen. Er kunnen zich echter altijd situaties voordoen, waarin deze zorg niet voldoet aan de verwachtingen van cliënten en/of hun naasten. Voor deze situaties voorziet de RAV in een klachtenregeling, in overeenstemming met het wettelijk kader.

## 9.2 Klantervaring

De RAV onderzoekt periodiek wat de ervaringen zijn van cliënten met de verleende zorg. Dit is een eis vanuit de Kwaliteitswet Zorginstellingen. De wijze waarop de cliëntervaringen worden onderzocht, is afgestemd op de verschillende doelgroepen van de RAV. De resultaten van deze onderzoeken worden door de RAV gebruikt om de zorgverlening te verbeteren.



# 10

## Medezeggenschap en goed bestuur

## 10.1 Cliëntenparticipatie

Om het zorgaanbod zo goed mogelijk te kunnen afstemmen op de behoefte en vragen van cliënten, is het van belang om cliënten zelf te vragen wat zij van de zorgverlening verwachten en waar zij mogelijkheden tot verbetering zien. Het voorzien in een vorm van medezeggenschap en cliëntenparticipatie is een wettelijke eis. Ook de RAV vindt het belangrijk om medezeggenschap en participatie door cliënten invulling te geven. Voor de RAV is het een uitdaging om een vorm te vinden die is afgestemd op het spoedeisende karakter van de zorgverlening.

## 10.2 Goed bestuur

De RAV is verplicht zich te houden aan de in de WTZi genoemde transparantie-eisen inzake goed bestuur, adequaat intern toezicht en ordentelijke bedrijfsvoering.

# bijlagen

**Bijlage 1** Wettelijk kader ambulancezorg

**Bijlage 2** Beroepscode ambulancezorg

**Bijlage 3** Een sector in beweging

Leden van de werkgroep nota Verantwoorde Ambulancezorg

Lijst met afkortingen

# Bijlage 1 Wettelijk kader ambulancezorg

In deze bijlage wordt een overzicht gegeven van de wetgeving die van toepassing is op de ambulancezorg. Er wordt een korte beschrijving gegeven van de wet en de eisen die van toepassing zijn op de ambulancezorg/het ambulancezorgproces. De volledige wetteksten zijn te vinden op [www.overheid.nl](http://www.overheid.nl).

## 1.1 Wet Ambulancevervoer (WAV)

De organisatie van de ambulancezorg in Nederland wordt op dit moment nog gereguleerd door de Wet Ambulancevervoer (WAV) uit 1971. In deze wet is onder meer opgenomen dat Gedeputeerde Staten van de provincie bepalen met hoeveel ambulances tenminste aan het ambulancevervoer deelgenomen moet en ten hoogste mag worden deelgenomen. Gedeputeerde Staten beslissen tevens over de spreiding van de ambulances. De WAV bevat in artikel 2 twee verbodsbepalingen: het verbod om zonder vergunning ambulancevervoer te verrichten en het verbod om dit vervoer zonder een vervoersopdracht van de centrale post ambulancevervoer (CPA) te verrichten. Artikel 7 bepaalt vervolgens gedetailleerd dat ten aanzien van elke aanvraag om ambulancevervoer de CPA beslist of ambulancevervoer nodig is, evenals door wie en op welke wijze dat zal worden verricht. Heeft een ambulancedienst een provinciale vergunning tot het verlenen van ambulancezorg, dan is de ambulancedienst formeel een gezondheidszorginstelling en daardoor is de instelling gehouden de verplichtingen na te komen die de wet aan een zorginstelling oplegt. Op basis van artikel 19 van de WAV zijn vergunninghouders verplicht gegevens te verstrekken aan de Minister van VWS over de wijze waarop de WAV is uitgevoerd. Dit artikel betreft o.a. gegevens met betrekking tot personeel van centrale posten ambulancevervoer en ambulancediensten, ritten ambulancevervoer en medisch-statistische informatie over de ambulancehulpverlening.

## 1.2 Wet Ambulancezorg (WAZ)

De Wet Ambulancezorg (WAZ) wijzigt de vergunningssystematiek van de huidige WAV. De WAZ is in december 2008 door de Eerste Kamer aangenomen en zal naar verwachting per 1 januari 2011 in werking treden. De WAZ bepaalt dat de minister per veiligheidsregio, 25 in totaal, aan één organisatie een vergunning verstrekt om ambulancezorg te verlenen: de RAV. Een RAV is samengesteld uit de MKA en ambulancediensten. De taken van de oude CPA blijven van kracht en worden uitgevoerd door de MKA. Voorts bepaalt artikel 9: "Op elke aanvraag om ambulancezorg beslist de meldkamer van de regio waarbinnen de aangevraagde zorg aanvangt of ambulancezorg nodig is, evenals door wie en op welke wijze deze zal worden verleend. Heeft een RAV een vergunning van de minister tot het verlenen van ambulancezorg, dan is de meldkamer tezamen met de ambulancedienst(en) formeel een gezondheidszorginstelling en daardoor is de instelling gehouden de verplichtingen die voortvloeien uit de wet na te komen".

In de WAZ wordt de RAV geïntegreerd als enig aanspreekpunt en budgethouder binnen de regio voor ambulancezorg. De RAV is integraal verantwoordelijk voor de kwaliteit van ambulancezorg, van aanname tot aan de daadwerkelijke levering van zorg, dan wel doorverwijzing naar andere partners binnen de zorgketen. De RAV dient conform de WAZ te voldoen aan het Programma van Eisen (PvE) om een vergunning van de minister te verkrijgen. In dit PvE is tenminste opgenomen:

- De personele, materiële en organisatorische voorzieningen;
- Standplaatsen van ambulances;
- Afstemming op ambulancezorg in naburige regio's;
- Samenwerking met andere zorginstellingen in de regio;
- Taken in het kader van geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen;
- Instandhouding meldkamer;
- Kosten van de ambulancezorg.

### 1.3 Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi)

De Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi) is op 1 januari 2006 in werking getreden. Het doel van de WTZi is om geleidelijk meer vrijheid en verantwoordelijkheid voor de zorginstellingen te creëren door minder overheidsbemoeienis met de capaciteit en de bouw van zorginstellingen. Om zorg te mogen leveren die ten laste komt van de Zorgverzekeringswet (Zvw) of de AWBZ, moeten zorginstellingen een toelating hebben. Daarmee kan worden nagegaan of de instelling aan bepaalde eisen voldoet. De belangrijkste eisen betreffen de bereikbaarheid van acute zorg en de transparantie van de bestuursstructuur en bedrijfsvoering (Good Governance). Kerntyperingen zijn: transparantie, onafhankelijkheid, breed verantwoording afleggen en nauwe betrokkenheid van stakeholders. De WTZi is van toepassing op de RAV. De RAV behoort tot de categorie van instellingen die op grond van het uitvoeringsbesluit aangemerkt is als in het bezit van een toelating. Dit als gevolg van de vergunningverlening, thans door provincie en met de inwerkingtreding van de WAZ door de Minister. In de beleidsregels die horen bij de WTZi is voor alle aanbieders van acute zorg de verplichting opgenomen om deel te nemen aan een regionaal overleg acute zorgketen (ROAZ). De RAV is partner in dit verplichte acute zorgketenoverleg. Het regionaal overleg brengt, op initiatief van het ziekenhuis met erkenning voor een regionaal traumacentrum uit de betreffende regio, het acute zorgaanbod in de regio in kaart en draagt oplossingen aan bij lacunes. De in dat overleg gemaakte afspraken dienen te worden nagekomen. De instelling legt in het jaarverslag verantwoording af over de wijze waarop de instelling invulling heeft gegeven aan de in het overleg gemaakte afspraken.

### 1.4 Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (Wet BIG)

De Wet BIG is op 1 december 1997 in werking getreden. De wet heeft als doelstelling de kwaliteit van de beroepsuitoefening te bevorderen en te bewaken en de cliënt te beschermen tegen ondeskundig en onzorgvuldig handelen van beroepsbeoefenaren. De Wet BIG is voor wat betreft de titelbescherming binnen de ambulancezorg van toepassing op ambulanceverpleegkundigen, verpleegkundig centralisten en artsen. Het uitgangspunt van de Wet BIG is dat het handelen op het gebied van de individuele gezondheidszorg vrij is. Deze vrijheid geldt echter niet voor alle handelingen. Er zijn handelingen die de wetgever zodanig risicovol acht, dat hij de uitvoering daarvan voorbehoudt aan artsen: de voorbehouden handelingen (art. 36 Wet BIG). De wet maakt een onderscheid tussen beroepsbeoefenaren die zelfstandig bevoegd zijn om voorbehouden handelingen uit te voeren, zoals artsen, en beroepsbeoefenaren die niet zelfstandig bevoegd zijn om voorbehouden handelingen uit te voeren, zoals verpleegkundigen. Wie niet zelfstandig bevoegd is, mag in opdracht van een zelfstandig bevoegde -lees een arts- en onder bepaalde voorwaarden voorbehouden handelingen uitvoeren.

Op de ambulances en in de meldkamer zijn geen artsen aanwezig die een opdracht kunnen verstrekken aan de ambulancezorgverleners met het oog op het geven van aanwijzingen en instructies. In de praktijk is het de MKA-centralist die de indicatie stelt voor de te verlenen ambulancezorg, evenals de urgentiebepaling of een directe verwijzing van de cliënt naar ketenpartners. De ambulanceverpleegkundige bepaalt vervolgens welke zorg, respectievelijk welke (voorbehouden) behandeling, de cliënt nodig heeft. De wettelijke vereiste opdracht van de arts aan de centralist MKA en ambulanceverpleegkundige om te handelen en op welke wijze, ligt binnen de ambulancezorg verankerd in richtlijnen en protocollen. Dit is bepalend voor de verantwoordelijkheden van de RAV-directie en de Medisch Manager Ambulancezorg (MMA) ten opzichte van de totstandkoming, naleving en het houden van toezicht op een verantwoorde uitvoering van deze protocollen en standaarden, landelijk en regionaal.

Wat betreft het verrichten van voorbehouden handelingen nemen de ambulanceverpleegkundigen een bijzondere positie in op grond van artikel 39 van deze wet. Eén en ander is nader uitgewerkt in het Besluit Functionele Zelfstandigheid. Dit impliceert dat de wet de beroepsgroep verpleegkundigen zodanig deskundig acht, dat zij zonder toezicht of tussenkomst van de arts bepaalde handelingen mogen uitvoeren. Met het oog op het

functioneel zelfstandig uitvoeren van voorbehouden (en andere risicovolle) handelingen blijft de opdracht van een arts vereist, evenals de eis van bekwaamheid van de verpleegkundige. Functionele zelfstandigheid van een beroepsgroep betekent niet dat toezicht en tussenkomst van de arts niet meer mogen. De opdrachtgever en opdrachtnemer houden ieder hun eigen verantwoordelijkheid voor een zorgvuldige hulpverlening. Het blijft mogelijk dat de opdrachtnemer om toezicht of tussenkomst verzoekt, of dat de opdrachtgever daar zelf toe besluit.

Het Koninklijk Besluit 524 van 29 oktober 1997 regelt de deskundigheid van verpleegkundigen, ambulanceverpleegkundigen en mondhygiënisten op het gebied van voorbehouden handelingen in het kader van artikel 39 Wet BIG. Een ambulanceverpleegkundige is door dit besluit functioneel zelfstandig en kan zonder toezicht of tussenkomst van de opdrachtgever bepaalde voorbehouden handelingen uitvoeren. Een ambulanceverpleegkundige is volgens dit besluit een verpleegkundige die in het bezit is van het getuigschrift ambulanceverpleegkundige dat is afgegeven door de Stichting Opleidingen Scholing Ambulancehulpverlening (SOSA). De opleiding tot ambulanceverpleegkundige van de SOSA is zodanig ingericht dat de cursist aan het einde van de opleiding in staat is het beroep ambulanceverpleegkundige zelfstandig uit te voeren en is daarmee ook deskundig en bekwaam voor het functioneel en zelfstandig uitvoeren van bepaalde voorbehouden handelingen. Het handelen wordt bepaald door het Landelijk Protocol Ambulancezorg (LPA).

## 1.5 Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO)

De WGBO is op 1 april 1995 van kracht geworden. De wet legt de rechten en plichten vast van cliënt en hulpverlener die voortvloeien uit de overeenkomst tot een geneeskundige behandeling. De wet regelt onder andere de informatieplicht, de toestemmingsvereiste, de vertegenwoordiging en positie van minderjarigen en de privacy. De WGBO regelt de juridische relatie tussen hulpverlener en cliënt. Eén aspect daarvan is de in de wet verankerde verplichting voor de hulpverlener om te voldoen aan en te handelen volgens de professionele standaard, de normen die zijn ontwikkeld in de beroepsgroep. Daarnaast verdient de dossierplicht van de hulpverlener nadere aandacht.

In de WGBO is de professionele standaard als norm voor het handelen van hulpverleners verankerd en wel op de volgende wijze in art. 7: 453 BW: “De hulpverlener dient bij zijn werkzaamheden de zorg van een goed hulpverlener in acht te nemen en handelt daarbij in overeenstemming met de op hem rustende verantwoordelijkheid, voortvloeiende uit de voor hulpverleners geldende professionele standaard”. De WGBO gaat ervan uit dat er een behandelingsovereenkomst ontstaat tussen hulpverlener (centralist, ambulanceverpleegkundige) en de cliënt. De cliënt ten behoeve van wie een hulpvraag wordt gesteld, gaat een behandelingsovereenkomst aan met de RAV. Deze organisatie dient ervoor te zorgen dat deze overeenkomst doorwerkt in de relatie centralist-client en ambulanceverpleegkundige-client.

Uit de wettelijke verankering van de professionele standaard volgt dat de ten behoeve van de centralisten MKA en ambulanceverpleegkundigen geformuleerde standaarden en protocollen een belangrijke rol vervullen bij de vraag of door de centralist MKA dan wel de ambulanceverpleegkundige de zorg van een goed hulpverlener is betracht, dan wel of deze toerekenbaar tekort is geschoten.

Op grond van de bijzondere aard van zijn beroep heeft de hulpverlener een beroepsgeheim. Uit dat beroepsgeheim vloeit een geheimhoudingsplicht van de beroepsbeoefenaar voort. Handhaving van het beroepsgeheim is op twee manieren mogelijk gemaakt. Enerzijds heeft de hulpverlener een zwijgplicht tegenover ieder ander dan de cliënt. Anderzijds beschikt de hulpverlener over het verschoningsrecht dat hij voor de rechter kan inroepen in geval van een gerechtelijke procedure. De zwijgplicht is o.a. verankerd in de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst in artikel 7:457 BW.

## 1.6 Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector (WKCZ)

Met betrekking tot het behandelen van klachten van cliënten in de gezondheidszorg bevat de Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector (WKCZ) uit 1995 een aantal bepalingen, dat verplichtingen voor de zorgaanbieder met zich meebrengt. De directie RAV is in de zin van de WKCZ de zorgaanbieder. De zorgaanbieder is verantwoordelijk voor een correcte behandeling en afhandeling van klachten van cliënten over de verleende zorg. Dit houdt samengevat het volgende in: zorgdragen dat de klachten van cliënten worden behandeld door een klachtenfunctionaris en het instellen van een klachtencommissie die voldoet aan alle wettelijke vereisten, nader vastgesteld in artikel 2 WKCZ. Op grond van de WKCZ dient elke RAV tenminste zelf te beschikken over een klachtencommissie, dan wel te zijn aangesloten bij een klachtencommissie, opdat klachten van cliënten over de verleende ambulancezorg -dan wel over het uitblijven daarvan- op laagdrempelige wijze kan worden beoordeeld.

## 1.7 Wet Medezeggenschap Cliënten Zorginstellingen (WMCZ)

Op 1 juni 1996 is de WMCZ in werking getreden. De wet regelt de medezeggenschap van cliënten van een instelling via het bestuur en via een cliëntenraad. De wet regelt hiertoe onder meer de oprichting van een cliëntenraad in instellingen en de openbaarheid voor de cliënten van relevante stukken zoals jaarverslag en klachtenreglement.

## 1.8 De Wet op de Medische Hulpmiddelen

De Wet op de Medische hulpmiddelen (1995) stelt eisen aan de veiligheid van de te gebruiken medische apparatuur in de gezondheidszorg; dit om schade voor de cliënt zoveel mogelijk te voorkomen. Los van de verantwoordelijkheid en aansprakelijkheid van de fabrikant van medische hulpmiddelen, dient ook binnen de RAV een functionaris verantwoordelijk te zijn voor de aanwezigheid van kwalitatief verantwoorde apparatuur en ander materiaal (zoals de injectiespuiten). Ook het sterilisatiebesluit valt onder deze wet. Dit houdt in dat de organisatie een deskundige dient aan te wijzen die toezicht houdt op de omgang, opslag, hersterilisatie e.d. van steriele producten.

## 1.9 Wet bijzondere opnemings in psychiatrische ziekenhuizen (BOPZ)

De wet BOPZ is op 17 januari 1994 in werking getreden. De Wet BOPZ bestaat enerzijds uit regelingen die van toepassing zijn in geval van een onvrijwillige (gedwongen) opname en anderzijds uit regelingen die van toepassing zijn op het verblijf in de instelling. Binnen de ambulancezorg zijn vooral de bepalingen ter zake van gedwongen opname van belang. Het betreft hier de opname via voorlopige machtiging, via inbewaringstelling, via de indicatiecommissie of via rechterlijke machtiging op eigen verzoek. De RAV maakt in dit kader afspraken met GGZ-instellingen, huisartsen, politie en justitie over de te volgen procedure(s) en de verantwoordelijkheden op het gebied van de begeleiding van deze cliënten.

## 1.10 Wet Bescherming Persoonsgegevens (WBP)

De WBP is op 1 september 2001 in werking getreden. De WBP geeft aan wat de rechten zijn van iemand van wie gegevens worden gebruikt en wat de plichten zijn van de instanties of bedrijven die gegevens gebruiken.

De WBP stelt eisen aan de verwerking van persoonsgegevens. Een RAV als organisatie:

- Mag persoonsgegevens alleen verzamelen en verwerken als daar een goede reden voor is, of als de betrokken burger toestemming heeft gegeven voor het gebruik van zijn gegevens;
- Mag niet meer gegevens verwerken dan strikt noodzakelijk is voor het doel waarvoor ze zijn verzameld;
- Mag de gegevens niet langer bewaren dan noodzakelijk;
- Moet passende technische en organisatorische maatregelen treffen om de gegevens te beschermen;
- Moet de betrokken burger in principe altijd informeren over de gegevensverwerking.

De registratie van persoonsgegevens door beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg vallen onder het Vrijstellingsbesluit van de WBP. Dit betekent dat, mits voldaan wordt aan de in het besluit beschreven voorwaarden, de verwerking van deze gegevens niet gemeld hoeft te worden bij de toezichthouder.

### **1.11   Wegenverkeerswet (WvW) en Reglement Verkeersregels en Verkeerstekens (RVV)**

In de Wegenverkeerswet (WvW) en het Reglement Verkeersregels en Verkeerstekens (RVV) worden de algemene regels voor het verkeer beschreven en specifieke regels voor voorrangsvoertuigen, evenals het gebruik van signalen. Het gebruik van optische en geluidssignalen (OGS) is gebaseerd op artikel 29 van het Reglement Verkeersregels en Verkeerstekens (RVV) uit 1990. Dit artikel bepaalt dat bestuurders van motorvoertuigen ten dienste van politie en brandweer, ambulances en motorvoertuigen van andere door de Minister van Verkeer en Waterstaat aangewezen hulpverleningsdiensten, optische en geluidssignalen mogen voeren om kenbaar te maken dat zij een dringende taak vervullen. Als gevolg van artikel 91 van het RVV 1990 mogen deze voertuigen als voorrangsvoertuigen afwijken van de voorschriften van dit RVV, voor zover de uitoefening van hun taak dit vereist. Om RAV-directies en bestuurders van voorrangsvoertuigen een handreiking te bieden bij het op een verantwoorde wijze toepassen van deze regelgeving, heeft de ambulancesector de Brancherichtlijn Optische en Geluidssignalen Spoedeisende Medische Hulpverlening opgesteld. De brancherichtlijn beschrijft in welke situaties op welke wijze optische en geluidssignalen kunnen worden gevoerd. Tevens bevat de brancherichtlijn een gedragscode voor bestuurders van voorrangsvoertuigen, om de veiligheid van zowel de cliënt, de bestuurder als overige inzittenden van het voertuig en de medeweggebruikers, zoveel als mogelijk te waarborgen.

### **1.12   Wet Geneeskundige Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen (WGHOR)**

De Wet Geneeskundige Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen (WGHOR) regelt de organisatie en uitvoering van geneeskundige hulpverlening bij rampen en grootschalige ongevallen en de voorbereiding hierop. De WGHOR omvat artikelen over de organisatie van de geneeskundige hulpverlening bij rampen, over de erkenning van een instelling, over bijstand van een geneeskundige eenheid en over de vergoeding van de kosten van geneeskundige hulpverlening.



## Bijlage 2 Beroepscode ambulancezorg

Het professioneel handelen van ambulancezorgverleners is gebaseerd op de beroepscode van de V&VN Ambulancezorg. Deze is afgeleid van de nationale beroepscode voor verpleegkundigen van de V&VN. In de beroepscode worden professionele waarden en normen vastgelegd voor de uitoefening van het beroep. De beroepscode geeft richtlijnen en ondersteuning aan ambulancezorgverleners voor de dagelijkse beroepspraktijk. Aan de samenleving in zijn geheel en individuele cliënten specifiek maakt de code duidelijk wat men van ambulancezorgverleners mag verwachten.

### Uitgangspunten met betrekking tot de beroepsuitoefening

- De ambulancezorgverlener verleent zorg aan de zorgvrager ongeacht diens levensbeschouwing, waarden, normen en gewoonten. Hij/zij benadert de zorgvrager zonder aanzien des persoon;
- De ambulancezorgverlener is verplicht geheim te houden al hetgeen hem/haar als geheim is toevertrouwd of hetgeen te zijner/harer kennis is gekomen of waarvan hij/zij het vertrouwelijke karakter moet begrijpen. De plicht tot geheimhouding wordt niet opgegeven door de uitsluitende toestemming van de zorgvrager. De plicht tot geheimhouding dient niet alleen het belang van de zorgvrager. Het is de beroepsverantwoordelijkheid van de ambulancezorgverlener om in de gegeven situatie af te wegen welk belang dient te prevaleren;
- De ambulancezorgverlener informeert de zorgvrager (indien onbekwaam zijn naaste) over zijn rechten en de in dit verband te volgen procedures. Daarbij wordt relevante wetgeving betrokken evenals maatschappelijke, culturele en beroepsmatige inzichten.
- De ambulancezorgverlener dient te beschikken over deskundigheid die nodig is voor een verantwoorde en adequate beroepsuitoefening. De ambulancezorgverlener heeft hierin verantwoordelijkheid naar collega's. De landelijke vastgestelde en geaccepteerde protocollen ambulancezorg en meldkamerprotocollen zijn het professionele kader waarbinnen de ambulancezorgverleners op verantwoorde wijze zorg verlenen;
- De wet BIG geeft de grens aan voor individueel handelen van de ambulancezorgverleners;
- De ambulancezorgverlener neemt initiatieven en ondersteunt activiteiten ter bevordering van het beroep, met inachtneming van de grenzen welke aan de beroepsuitoefening zijn gesteld;
- De ambulancezorgverlener is verantwoordelijk voor zijn/haar eigen handelen.

### De ambulancezorgverlener in relatie tot de zorgvrager

- De ambulancezorgverlener stelt samen met de zorgvrager de zorgbehoefte en zorgvraag vast. In samenspraak met de zorgvrager zorgt de ambulancezorgverlener voor het plannen, uitvoeren en vastleggen/evalueren van de geboden zorg, met inachtneming van de grenzen en mogelijkheden van de ambulancezorgverlening en van de zorgvrager. In hoogcomplexere zorgsituaties die buiten het gangbare werk van de ambulancezorgverlener vallen, neemt een specialist in overleg (een specifiek deel van) de medische verantwoordelijkheid over;
- De ambulanceverpleegkundige vermijdt datgene waardoor zijn/haar vertrouwen in het beroep wordt geschaad. De ambulancezorgverlener laat na misbruik te maken van zijn/haar professionele relatie tot de zorgvrager;
- De ambulancezorgverlener gaat geen persoonlijke afhankelijkheidsrelatie aan met de zorgvrager;
- De ambulancezorgverlener die op basis van zijn/haar levensovertuiging en/of beroepsopvattingen bezwaar heeft mee te werken aan bepaalde handelingen ten aanzien van de zorgvrager, draagt de zorg over aan collega's of derden.

## De ambulancezorgverlener in relatie tot andere zorgverleners

- De ambulancezorgverlener kijkt kritisch naar zichzelf, naar collega's en andere beroepsbeoefenaren. Als hij/zij gedrag bemerkt waarmee de zorgvrager schade kan worden toegebracht, dan neemt hij/zij maatregelen ter bescherming van de zorgvrager;
- Na overdracht van de zorg door andere beroepsbeoefenaren is de ambulancezorgverlener verantwoordelijk en aansprakelijk voor een professionele zorgverlening conform de opdracht van de medisch eindverantwoordelijke van de ambulancezorg. Hierbij dienen de protocollen ambulancezorg en meldkamerprotocollen als kader;
- De ambulancezorgverlener legt over de professionele handelwijze verantwoording af aan zijn/haar leidinggevende en/of medisch eindverantwoordelijke (MMA);
- De ambulancezorgverlener is bereid tegenover beroepsgenoten eigen deskundigheid ten dienste te stellen en zijn/haar opvattingen t.a.v. beroepsmatig handelen te toetsen;
- De ambulancezorgverlener werkt samen met andere hulpverleners wanneer een goede beroepsuitoefening dit vraagt. Indien de ambulancezorgverlener samenwerkt met andere hulpverleners verstrekt hij/zij slechts die gegevens omtrent de omstandigheden van de zorgvrager die relevant zijn voor de realisering van de doelstelling van de samenwerking;
- De ambulancezorgverlener draagt er zorg voor dat de vastgelegde gegevens niet toegankelijk zijn voor personen die niet functioneel betrokken zijn bij de professionele relatie met de zorgvrager;
- Voor het verstrekken van gegevens over de persoon en omstandigheden van de zorgvrager t.b.v. doelstellingen die buiten die van de professionele relatie vallen, is toestemming van de zorgvrager vereist. De plicht tot geheimhouding wordt niet opgegeven door de uitsluitende toestemming van de zorgvrager. De plicht tot geheimhouding dient niet alleen het belang van de zorgvrager, doch ook het algemene belang van het beroep en de functie waarin dit wordt uitgeoefend;
- Het is de eigen verantwoordelijkheid van de ambulancezorgverlener om in de gegeven situatie af te wegen welk belang dient te prevaleren.

## De ambulancezorgverlener in relatie tot de samenleving

- De ambulancezorgverlener ondersteunt de activiteiten van de beroepsgroep om voorwaarden te scheppen voor een goede beroepsuitoefening;
- De ambulancezorgverlener neemt -bij voorkeur als lid van een vak- en of beroepsorganisatie- deel aan het tot stand brengen en het handhaven van rechtvaardige sociaaleconomische arbeidsvoorwaarden;
- De ambulancezorgverlener houdt in zijn/haar beroepsuitoefening rekening met het recht op zorg voor iedereen, met rechtvaardige verdeling van middelen en bescherming van het leefmilieu;
- De ambulancezorgverlener stelt zich actief op in het signaleren van gezondheidsbedreigende factoren, bevordert de opheffing daarvan en draagt bij aan de ontwikkeling van nieuwe inzichten ter verbetering van de volksgezondheid;
- De ambulancezorgverlener spreekt de werkgever en de samenleving aan wanneer er geen adequate zorg meer geboden kan worden;
- De ambulancezorgverlener onthoudt zich van commerciële activiteiten die relatie hebben met de beroepsuitoefening.

## Bijlage 3 Een sector in beweging

In de nota Verantwoorde Ambulancezorg is beschreven wat de ambulancesector zelf verstaat onder verantwoorde ambulancezorg. De nota bevat een aantal algemene uitgangspunten en beschrijft hoe deze uitgangspunten vorm krijgen, onder andere in landelijke en sectorale afspraken. De uitgangspunten zoals verwoord in deze nota zijn ook van toepassing op nieuwe, toekomstige ontwikkelingen. En die zijn er genoeg. De gehele zorgsector is in beweging, dus ook de ambulancesector. Dit betekent kansen en nieuwe uitdagingen. In deze bijlage wordt een aantal belangrijke ontwikkelingen beschreven, waarmee de ambulancezorg te maken heeft. De sector is, samen met andere ketenpartners, al druk bezig om op deze ontwikkelingen in te spelen. Door het ontwikkelen van visiedocumenten bijvoorbeeld, of het inrichten van pilots. In de referentielijst zijn deze visiedocumenten terug te vinden, onder bijlage 3. Op het moment dat deze visiedocumenten of beleidsnotities van de overheid worden omgezet in sectorale standpunten, richtlijnen of modelovereenkomsten, worden ze onderdeel van de nota.

### Wet ambulancezorg (WAZ)

De ambulancezorg heeft zich in de afgelopen jaren ontwikkeld van vervoersvoorziening tot gezondheidszorgvoorziening. De WAZ markeert deze stap in de ontwikkeling van de ambulancezorg. Het doel van de WAZ is het vergroten van de doelmatigheid en de kwaliteit van de ambulancezorg. Eén van de middelen daarvoor is schaalvergroting door het vormen van regionale ambulancevoorzieningen (RAV-en). Per RAV-regio, 25 in totaal, wordt één vergunning verleend voor het verlenen van ambulancezorg. De RAV-en moeten in het kader van de nieuwe wet meer concurreren op de markt en onderscheiden zich daar waar mogelijk door middel van productdifferentiatie en deskundigheidsbevorderende activiteiten. Naar verwachting treedt de WAZ op 1 januari 2011 in werking.

### Ontwikkelingen binnen de zorg

#### Zorg op maat

Demografische ontwikkelingen zoals ontgroening, vergrijzing, interculturalisatie, een toenemend aantal alleenstaanden en de medisch-technische behandelingsmogelijkheden (cure) in diverse zorgsettings, leiden tot een toenemende behoefte aan zorg op maat. Daarnaast zal door de toenemende vergrijzing het aantal mensen met chronische aandoeningen toenemen. Dit zal een toename in zorgvragen met zich meebrengen. Binnen de zorgmarkt zelf vinden ook betekenisvolle veranderingen plaats, zoals de tendens van aanbod- naar vraaggerichte zorg. In de tweedelijns zorg is een tendens gaande om meer te behandelen en minder te verplegen: er is een duidelijke afname van ziekenhuisbedden ten gunste van poliklinische- en dagbehandelingen. Ook deze tendens geeft verschuivingen in de zorgvraag en in de samenstelling en taakstelling van het zorgpersoneel. Zo zal het aandeel Cure binnen de taakstelling van niet-medici in de tweedelijns zorg verder groeien.

Al deze ontwikkelingen hebben ook hun weerslag op de ambulancezorg: in de vraag naar ambulancezorg, maar ook in de aard van deze vraag. De ambulancesector wil op deze ontwikkelingen inspelen en is daar ook al volop mee bezig. Door het vergroten van de zorgcapaciteit en het verder ontwikkelen van een gedifferentieerd zorgaanbod, van hoogcomplex tot laagcomplex zorg. Voorbeelden hiervan zijn de Mobiele Intensive Care Unit (MICU), de rapid responder en de hulpambulance. Door de ontwikkeling richting een vraaggestuurd zorgaanbod, ontstaat ook binnen de ambulancezorg ruimte voor de inzet van zorgprofessionals met specifieke kennis en competenties voor het verlenen van deze zorg. Ook hier geldt een afstemming van functies en competenties op hoog- en laagcomplex zorg.

## Samenwerking binnen de keten

Het werken en denken in zorgketens leidt tot een grotere keuze in behandeling voor zorgvragers, een meer functiegerichte benadering en een verdergaande samenwerking tussen ketenpartners. Samenwerking binnen de keten krijgt onder andere vorm in de ontwikkeling van een triagemethodiek voor de acute zorgketen. Aan de gezamenlijke verantwoordelijkheid voor continuïteit in de acute zorgverlening wordt op traumaregio-niveau onder andere invulling gegeven binnen het ROAZ. Dit zal uiteindelijk leiden tot ketenafspraken over de concrete invulling van het ketenbrede zorgaanbod en de verantwoordelijkheden van verschillende partijen. Transparantie en optimale communicatie en informatie-uitwisseling, met waarborg van de privacy van cliënten, zijn eveneens belangrijke thema's waar ketenpartners op regionaal en landelijk niveau elkaar (dienen te) vinden. Tenslotte is een belangrijke ontwikkeling op het gebied van samenwerking binnen de keten, het gezamenlijk initiëren en uitvoeren van wetenschappelijk onderzoek. Middels onderzoeksprogramma's wordt dit de komende jaren ook vanuit de overheid gestimuleerd.

## Ontwikkelingen op het gebied van kwaliteit

### Kwaliteitsbeleid

Ook binnen het kwaliteitsbeleid van zorginstellingen is een aantal ontwikkelingen waarneembaar, onder andere gestuurd door keuzes die de overheid hierin heeft gemaakt. Deze ontwikkelingen richten zich op de volgende speerpunten:

- Het zichtbaar en meetbaar maken van kwaliteit;
- Het vergroten van de invloed van cliënten;
- Het veiliger maken van de zorg.

### Zichtbaar en meetbaar maken van kwaliteit

Prestaties van instellingen en ervaringen van cliënten moeten vergeleken kunnen worden om de kwaliteit van zorg goed te kunnen beoordelen. Dat kan als alle zorgsectoren meetpunten (indicatoren) aangeven. Indicatoren worden ontwikkeld en via allerlei wegen openbaar gemaakt. Zorginstellingen publiceren hun gegevens op websites als KiesBeter.nl. Dit proces wordt door het Ministerie van VWS en de Inspectie voor de Gezondheidszorg begeleid, maar ook gestuurd. Steeds meer zullen zorginstellingen verplicht worden de kwaliteit van zorg met kwaliteitsindicatoren te meten en de resultaten hiervan openbaar te maken.

### Vergroten van de invloed van cliënten

Cliënten moeten meer invloed uit kunnen oefenen op het zorgaanbod. Dit wil de overheid realiseren door het aanbieden van toegankelijke informatie, het verbeteren van de rechtspositie van cliënten en het beschikbaar stellen van extra geld voor belangenorganisaties. Ook worden de rechten van cliënten vastgelegd in nieuwe wetgeving. In deze nieuwe wet worden zeven rechten van de cliënt vastgelegd. De huidige wetten die rechten van cliënten regelen, zoals de WMCZ en de WKCZ, komen dan te vervallen.

### Veiliger maken van de zorg

Voor de overheid is het van cruciaal belang dat vermijdbare onbedoelde schade aan cliënten tot een minimum beperkt is. Hiervoor richt de overheid veiligheidsprogramma's in. De programma's gaan uit van de eigen verantwoordelijkheid van zorginstellingen voor het implementeren van cliëntveiligheid. De Inspectie voor de Gezondheidszorg ziet toe op het behalen van de doelstellingen. Het waarborgen van een veilige omgeving voor cliënten is van zeer groot belang. Een goede basis om dit te garanderen vormt een veiligheidsmanagement-systeem (VMS) voor de zorg. Dit systeem bundelt op unieke wijze veilige bouwstenen en interventies. Een VMS onderscheidt zes basiselementen: beleid en strategie, cultuur, veilig incidenten melden, prospectieve risico-inventarisatie, continu verbeteren en cliëntenparticipatie.

## Wetenschappelijk onderzoek

In het streven om de kwaliteit van zorgverlening continu te verbeteren, is het van belang dat zorgstandaarden en zorginhoudelijke richtlijnen op methodische wijze worden geëvalueerd en op basis van de nieuwste inzichten worden ontwikkeld en aangepast. Dit gebeurt op basis van wetenschappelijk onderzoek. Dit geldt zeker ook voor de ambulancezorg, waarin zorgverleners werken met professionele standaarden en landelijke standaarden en richtlijnen. De sector realiseert zich dat wetenschappelijk onderzoek van belang is voor de verdere - inhoudelijke - ontwikkeling van de ambulancezorg en onderneemt hiertoe steeds meer initiatief. Zowel op landelijk als regionaal niveau wordt de samenwerking met onderzoeksinstituten en zorgketenpartners gezocht. Onder andere om te komen tot evidence based richtlijnen en protocollen.

## Ontwikkelingen binnen de verpleegkundige beroepsuitoefening en het onderwijs

### Herziening beroepenstructuur

De noodzaak om steeds sneller en flexibeler in te kunnen spelen op de veranderende zorgvragen uit de samenleving, heeft geleid tot de inrichting van een nieuwe verpleegkundige beroepenstructuur. In deze structuur is alleen nog sprake van de beroepsniveaus verpleegkundige en verpleegkundig specialist. Naast deze verticale tweedeling is er sprake van een horizontale functiegerichte indeling in de deelgebieden: preventieve zorg, acute zorg, intensieve zorg en chronische zorg. Per deelgebied wordt onderscheid gemaakt naar de aard van de aanpak: somatisch, psychisch en/of gedragsmatig. Op deze manier ontstaan er clusters van verpleegkundige zorg. Per cluster is verdere differentiatie (ambulancezorg) mogelijk. Met de horizontale indeling wordt er een duidelijk onderscheid gemaakt tussen generieke competenties binnen een deelgebied (acute zorg) en specifieke competenties voor een differentiatie (ambulancezorg). De nieuwe structuur vergroot de inzetbaarheid en flexibiliteit van verpleegkundigen binnen een deelgebied en stimuleert ketendenken.

### Taakherschikking

Een andere ontwikkeling is het herschikken van taken en het inzetten van een nieuw type professional -een niet arts- die beperkt medische taken uit mag voeren. Dit heeft onder andere geleid tot een aantal nieuwe functies binnen de gezondheidszorg, zoals de nurse practitioner en de physician assistant. De nurse practitioner vervult taken op het gebied van cure en care; medische en verpleegkundige taken worden gecombineerd. In de nieuwe indeling van de verpleegkundige beroepen is de nurse practitioner tot de verpleegkundig specialist (art. 14 Wet BIG) gaan behoren. De physician assistant ondersteunt een arts bij het klinische werk en is daarmee actief in de medische patiëntenzorg (de cure). De ambulancesector zal zich moeten gaan richten op de vraag op welke wijze deze nieuwe functies kunnen worden ingezet binnen de RAV. Op RAV-niveau worden op dit thema al initiatieven ontwikkeld, zoals bijvoorbeeld de inzet van de verpleegkundig specialist als rapid responder.

### Bacheloropleiding Medische Hulpverlening

Aansluitend op bovengenoemde ontwikkeling is de ontwikkeling van de Bacheloropleiding Medische Hulpverlening (BMH). Kern van het opleidingsprofiel is een stevige medische basis, gekoppeld aan praktijkgerichte specialisaties. De opleiding is bedoeld als aanvulling op het huidige in-service-opleidingsstelsel voor de betrokken functies en beroepen. De opleiding onderscheidt vooralsnog de volgende specialisaties: ambulancezorgverlener, spoedeisende hulpverlener, triagist en anesthesiemedewerker. De BMH is de eerste opleiding in zijn soort binnen Europa. Daar kent men, met name in het Angelsaksische gebied, wel de verwante (advanced) clinical paramedic en de emergency medical technician. De verwachting is dat in 2010 de eerste studenten starten.

## **Kwaliteit van de beroepsuitoefening, deskundigheidsbevordering en registratie**

In de Wet BIG worden minimale eisen gesteld aan de kwaliteit van de beroepsuitoefening. De professional moet beschikken over de vereiste opleiding om ingeschreven te worden. In de toekomst moet de professional vervolgens om de vijf jaar aantonen dat hij een minimum aantal uren heeft gewerkt (kwantitatieve eis). Registratie en herregistratie vindt plaats in het BIG-register en is verplicht. Maar werkervaring alleen is niet genoeg om cliënten deskundig te kunnen helpen en kwaliteit te kunnen garanderen. Verpleegkundigen en verzorgenden moeten actief werken aan deskundigheidsbevordering om op de hoogte zijn van de laatste ontwikkelingen binnen hun eigen vak. Op landelijk niveau wordt dit ondersteund vanuit de beroepsverenigingen, verenigd binnen V&VN, door middel van het kwaliteitsregister V&V. Het Kwaliteitsregister V&V maakt het mogelijk dat (gespecialiseerde) verpleegkundigen op aantoonbare en transparante wijze hun deskundigheid op peil houden. Door het volgen en laten registreren van geaccrediteerde scholingen. Medio 2009 wordt het Kwaliteitsregister V&V uitgebreid met deskundigheidsgebieden. De invoering van de deskundigheidsgebieden gebeurt gefaseerd. De ambulancezorg is een van deze deskundigheidsgebieden.

## **Arbeidsmarktontwikkelingen**

De zorgsector wordt niet alleen geconfronteerd met een toenemende behoefte aan zorg, maar tevens met tekorten aan personeel. Door uitstroom, vergrijzing, concurrentie op de arbeidsmarkt en krimpende beroepsbevolking dreigt krapte. Zelfs de ambulancesector, tot op heden een zeer aantrekkelijke sector binnen de zorg, zal de effecten gaan ondervinden van de veranderende arbeidsmarkt. Tegelijkertijd stijgt de zorgvraag en daarmee de vraag naar ambulancezorg vanwege deze vergrijzing. De specifieke kenmerken van het personeelsbestand binnen de sector spelen daarin een belangrijke rol. Door de hoge gemiddelde leeftijd kan de sector de komende decennia veel uitstroom van personeel verwachten. Dit zal al een aanvang nemen in 2010 en doorlopen tot medio 2030. De ontwikkelingen op de arbeidsmarkt, in combinatie met de eigenschappen van het personeelsbestand binnen de ambulancezorg, maken de ontwikkeling van een goed in-, door- en uitstroombeleid noodzakelijk. Op sectoraal niveau wordt arbeidsmarktbeleid ontwikkeld om te zorgen voor voldoende arbeidsaanbod van verpleegkundigen nu en in de toekomst. Dit is aanvullend op wat al gebeurt binnen de verschillende bedrijven op dit vlak. Het strategisch arbeidsmarktbeleid laat zich als volgt samenvatten:

- Nader onderzoek naar en ontwikkelen van functiedifferentiatie in relatie tot productdifferentiatie en in relatie met de ontwikkeling binnen HBO- en zorgopleidingen;
- Ontwikkelen van nieuwe instroomtrajecten voor specialistische verpleegkundigen, in samenwerking met andere ketenpartners;
- Onderzoek naar mogelijkheden tot het (her)kwalificeren van beroepsbeoefenaren binnen de zorg door middel van Erkenning Verworven Competentie (EVC)-procedures.

Een ontwikkeling die in het kader van arbeidsmarktbeleid noemenswaardig is, is die van de zogenaamde magneetinstellingen. Deze instellingen beschikken over een aantal (organisatie)kenmerken, die leiden tot een grotere aantrekkingskracht op medewerkers, hogere arbeidstevredenheid, maar ook tot betere kwaliteit van zorg. De NPCF en V&VN zijn bezig om het Amerikaanse concept van magneetziekenhuizen te vertalen naar de Nederlandse situatie.

## Leden van de werkgroep nota Verantwoorde Ambulancezorg

- De heer G. Berendschot, RAV IJsselland, lid programmaraad Zorg & Veiligheid
- De heer W. Gruijters, Ambulancezorg Nederland
- De heer H. Gubbels, RAV GGD Zuid-Limburg, namens V&VN Ambulancezorg
- De heer J. Hatenboer, UMCG Ambulancezorg, lid programmaraad Zorg & Veiligheid
- Mevrouw M. Hoogeveen, Ambulancezorg Nederland, voorzitter
- De heer G. Leerkes, Ambulance Oost, lid programmaraad Zorg & Veiligheid
- Mevrouw J. Nijdam, UMCG Ambulancezorg, namens de Nederlandse Vereniging van Medisch Managers Ambulancezorg
- De heer J. de Nooij, Hollands Midden, lid programmaraad Zorg & Veiligheid
- Mevrouw L. Prins, Ambulancezorg Nederland, secretariële ondersteuning
- Mevrouw I. Bolt-Riepma, UMCG Ambulancezorg, namens V&VN Ambulancezorg
- De heer G. de Vries, RAVU, namens de Nederlandse Vereniging van Medisch Managers Ambulancezorg

## Lijst met afkortingen

AED	Automatische Externe Defibrillator
ALS	Advanced Life Support
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
BLS	Basic Life Support
BOPZ	Wet Bijzondere Opneming in Psychiatrische Ziekenhuizen
BSN	Burger Service Nummer
BMH	Bacheloropleiding Medische Hulpverlening
DAM	Dynamisch Ambulance management
EVC	Erkenning van Verworven Competenties
GHOR	Geneeskundige Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen
HKZ	Harmonisatie Kwaliteit Zorginstellingen
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
LPA	Landelijk Protocol Ambulancezorg
LSMA	Landelijke Standaard Meldkamer Ambulancezorg
MDS	Minimale dataset
MI	Managementinformatie
MICU	Mobiele Intensive Care Unit
MIP	Melding Incidenten Patiëntenzorg
MKA	Meldkamer Ambulancezorg
MMA	Medisch Manager Ambulancezorg
MMT	Mobiel Medisch Team
NTS	Nederlands Triage Systeem
OGS	Optische en geluidssignalen
OOV	Openbare Orde en Veiligheid
OTO	Opleiden, Trainen en Oefenen
OvDG	Officier van Dienst Geneeskundig
PvE	Programma van Eisen
RAV	Regionale Ambulancevoorziening
RVV	Reglement Verkeersregels en Verkeerstekens
ROAZ	Regionaal Overleg Acute Zorgketen
SEH	Spoedeisende Hulpverlening
SOSA	Stichting Opleidingen Scholing Ambulancehulpverlening
UBK	Uniform Begrippenkader Ambulancezorg
VMS	Veiligheidsmanagementsysteem
VWS	Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport
WAV	Wet Ambulancevervoer
WAZ	Wet Ambulancezorg
WBP	Wet Bescherming Persoonsgegevens
WMCZ	Wet Medezeggenschap Cliënten Zorginstellingen
WGBO	Wet Geneeskundige Behandelingsovereenkomst
WKZC	Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector
WTZi	Wet Toelating Zorginstellingen
WvW	Wegenverkeerswet
ZvW	Zorgverzekeringswet