



Nota Verantwoorde
Ambulancezorg

Colofon

Ambulancezorg Nederland

Postbus 489
8000 AL Zwolle
telefoon: 038 422 57 72
info@ambulancezorg.nl
www.ambulancezorg.nl

Tekst

Ambulancezorg Nederland

Redactie

Tekstbureau Taallent

Vormgeving

Vormix, Maarssen

Illustratie

Studio Lakmoes

Drukwerk

HSGB

Versie 4.0, februari 2013, vastgesteld door:

- Ambulancezorg Nederland
- Nederlandse Vereniging van Medisch Managers Ambulancezorg
- V&VN Ambulancezorg

Voorwoord

Met genoeg presenteren wij u de nieuwe versie van de *Nota Verantwoorde Ambulancezorg*. De nota geeft een boeiend caleidoscopisch beeld van de stand van zaken binnen de ambulancezorg; een bijzondere branche in de gezondheidszorg.

De ambulancezorg is bijzonder om een aantal redenen. Allereerst is het bijzonder dat er binnen onze branche de afgelopen vijftien à twintig jaar een enorme verandering heeft plaatsgevonden die groter is dan in enige andere sector. Wij hebben ons ontwikkeld van eenvoudige en kwetsbare vervoersvoorziening tot een hoogwaardige, mobiele zorgvoorziening. Wij zijn er inmiddels zelf al aan gewend, maar wie over de grens kijkt weet dat de Nederlandse ambulancezorg op een kwalitatief zeer hoog niveau staat.

Onze branche is ook bijzonder, omdat ons werk zich in twee werelden afspeelt. In de eerste plaats is dat uiteraard de zorgwereld, waarbinnen wij de mobiele partner zijn van in beginsel alle zorgvoorzieningen. Daarnaast zijn wij ook partner van de partijen binnen het domein van openbare orde en veiligheid. Wij houden ons dus in twee werelden op. Dat vraagt veelzijdigheid van onze werknemers. Zij moeten beschikken over een groot talent voor samenwerking en goed kunnen omgaan met cultuurverschillen.

Bijzonder is de ambulancezorg tot slot ook omdat uit onderzoek blijkt dat het publiek een groot vertrouwen heeft in onze zorg. Juist in een tijd van afnemend vertrouwen in instituties is dat een kostbaar goed. Het is van groot belang om dit vertrouwen niet alleen te koesteren, maar ook te onderhouden. Door iedere dag kritisch naar onze eigen “business” te kijken: wat kan er beter en hoe krijgen we de ambulancezorg op een nog hoger niveau?

Hiermee raken we de kern van de *Nota Verantwoorde Ambulancezorg*: het bieden van een overzicht van de stand van onze zorgverlening. Waar staan we, welke kwesties spelen er, wat zijn nieuwe uitdagingen? Het is tegelijk een levend document: nieuwe ontwikkelingen en initiatieven vragen om aanpassing en verandering.

Met een zekere regelmaat actualiseren we daarom deze nota. Ik hoop dat we niet alleen, maar samen met al onze ketenpartners permanent nagaan welke aanpassingen - ook in onze samenwerking - nodig zijn om de patiënt op een zo goed mogelijk niveau te bedienen. Dit is een cruciaal thema voor de toekomst. De ontwikkelingen binnen de zorg en het veiligheidsdomein vragen telkens weer om noodzakelijke aanpassingen. Maar in deze tijden van economische crisis is er weinig financiële ruimte om de ambulancezorg op peil te houden. Wie met dezelfde financiële middelen een hoger niveau wil bereiken, moet daarom concluderen dat samenwerking meer dan ooit noodzakelijk is. Voorbij ieders persoonlijke belang zal het vooral om krachtenbundeling, samenwerking en nieuwe verhoudingen moeten gaan.

Wij staan daar open voor: open voor verdere intensivering van de samenwerking met onze partners in beide werelden van zorg en veiligheid. Vanuit de nieuwe maatschappelijke opgaven willen we samen nagaan welke betere antwoorden er te vinden zijn op de hulpvraag van burgers. Dat is de echte uitdaging de komende tijd. De *Nota Verantwoorde Ambulancezorg* biedt daarbij houvast, geeft richting en wil uitnodigen tot dialoog.

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

Hans Simons,
voorzitter Ambulancezorg Nederland

Inhoudsopgave

Voorwoord	3
Leeswijzer	8
1 Ambulancezorg: mobiele schakel in de (acute) zorgketen	9
1.1 Inleiding	10
1.2 Wat is ambulancezorg?	10
1.3 Waar begint ambulancezorg?	11
1.4 Ambulancezorg als verbindende factor	11
2 Verantwoorde ambulancezorg: wettelijk kader	13
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 Kwaliteitsjaarverslag	15
2.3 Toezicht en handhaving	15
3 Verantwoorde ambulancezorg: de pijlers	17
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 klantbeleving/-ervaring	20
3.8 Participatie en goed bestuur	20
4 Beschikbare en bereikbare zorg	21
4.1 De meldkamer ambulancezorg: 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 Integraal zorgaanbod RAV	23
4.4.1 Spoedeisend en planbaar	23
4.4.2 Hoogcomplex en laagcomplex zorg	24
4.5 Zorgdifferentiatie	24
4.5.1 Zorgambulance	24
4.5.2 Rapid responder	25
4.5.3 Specialistisch vervoer	25

Leeswijzer

De *Nota Verantwoorde Ambulancezorg* is als volgt opgebouwd. Hoofdstuk 1 geeft een beeld van de ambulancezorgverlening. Wat houdt ambulancezorg in? Wie levert de ambulancezorg? Met welke ketenpartners werken regionale ambulancevoorzieningen samen?

Hoofdstuk 2 geeft een kort overzicht van de basis voor deze nota: de Kwaliteitswet Zorginstellingen. Vanzelfsprekend bepaalt een veel groter scala aan wetten de invulling van verantwoorde ambulancezorg. Een samenvatting van deze wetten is opgenomen in bijlage 1. Waar nodig wordt in de nota naar dit wettelijk kader verwezen.

Hoofdstuk 3 beschrijft de kern van wat de ambulancesector verstaat onder 'verantwoorde ambulancezorg'. De beschrijving per thema is tijdloos en vormt als het ware de 'grondwet' voor de sector als het gaat om verantwoorde zorg.

In de daaropvolgende hoofdstukken worden de verschillende thema's nader uitgewerkt. In de tekst wordt regelmatig verwezen naar landelijke kaders en richtlijnen. Deze zijn per hoofdstuk terug te vinden in de referentielijst. De referentielijst is als aparte bijlage aan de nota toegevoegd.

De bijlagen bestaan achtereenvolgens uit een beschrijving van het wettelijk kader, de beroepscode voor ambulancezorgverleners en toekomstige ontwikkelingen binnen de sector. De bijlagen maken een onlosmakelijk onderdeel uit van de nota en bevatten essentiële informatie die nodig is om de nota goed te kunnen interpreteren.

Ambulancezorg: mobiele schakel in de (acute) zorgketen



1.1 Inleiding

In Nederland zijn 24 uur per dag, 7 dagen per week, ruim 700 ambulances beschikbaar om ambulancezorg te verlenen. Ruim 5000 ambulancezorgprofessionals bieden spoedeisende en geplande ambulancezorg. De meldkamer ambulancezorg (MKA) geeft jaarlijks ruim 1 miljoen ritten uit. Daarvan zijn er ongeveer 740.000 voor spoedeisende medische hulpverlening en ongeveer 350.000 voor geplande ambulancezorg. Een beperkt deel van de hulpverleningssituaties valt onder de geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen. Deze hulpverlening bouwt voort op de hulpverlening in reguliere omstandigheden.

De ambulancezorg heeft zich in een relatief korte tijd ontwikkeld van een vervoersvoorziening tot een zorgvoorziening die opereert als volwaardig onderdeel binnen de keten van spoedeisende medische hulpverlening. Ambulancezorg wordt geleverd door de Regionale Ambulancevoorziening, de RAV. De RAV is, op grond van de Tijdelijke wet ambulancezorg (Twaz), de rechtspersoon die is aangewezen voor het instandhouden van de meldkamer en het (doen) verlenen van verantwoorde ambulancezorg. Daarbij gaat het om ambulancezorg zowel in reguliere situaties als bij rampen en ongevallen. De RAV is een zorginstelling krachtens de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi).

1.2 Wat is ambulancezorg?

Ambulancezorg is de (mobiele) zorg die beroepsmatig wordt verleend aan een patiënt met een aandoening of letsel met inachtneming van datgene wat op grond van algemeen beschikbare medische en verpleegkundige kennis vereist is en, indien nodig, het adequaat vervoeren van een patiënt of het verwijzen van een patiënt naar een andere zorgverlener. Hoofddoel van ambulancezorg is het voorkomen of beperken van gezondheidsschade op basis van de zorgbehoefte van de patiënt. De meldkamer ambulancezorg is verantwoordelijk voor onder meer de indicatie, de toewijzing en de uitgifte van ambulancezorg. Het proces ambulancezorg loopt van een melding tot en met de overdracht.

Bovenstaande omschrijving is een meer uitgewerkte variant van de definitie van ambulancezorg, zoals deze is vastgelegd in artikel 1d van de Twaz: ambulance zorg is zorg, die erop gericht is een zieke of gewonde ter zake van zijn aandoening of letsel:

- hulp te verlenen en per ambulance te vervoeren.
- hulp te verlenen via een ambulanceverpleegkundige met een speciaal daartoe uitgerust en als zodanig herkenbaar motorvoertuig.

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

- er is sprake van een medische indicatie¹;
- er is sprake van behandeling, observatie, verpleging en/of verzorging ter plaatse en/of tijdens het vervoer van de patiënt;
- de indicatiestelling en inzet van zorg vindt plaats via de meldkamer ambulancezorg;
- de uitvoering vindt plaats door een organisatie met een aanwijzing volgens de Twaz.

¹ medische indicatie: synoniem voor medische noodzaak. Er is een medische reden waardoor iemand in aanmerking komt voor (een bepaalde vorm van) zorg, behandeling of geneesmiddel.

1.3 Waar begint ambulancezorg?

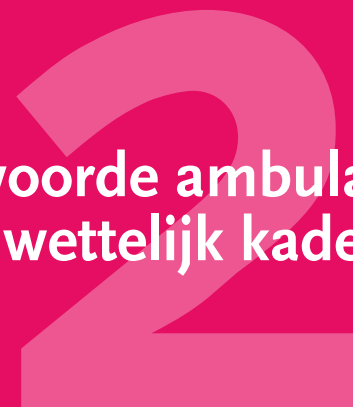
Ambulancezorg begint bij een melding aan de meldkamer ambulancezorg (MKA). De MKA is verantwoordelijk voor het proces van intake, indicatiestelling, zorgtoewijzing, zorgcoördinatie en zorginstructie, 7 dagen in de week, 24 uur per dag. De MKA is er verantwoordelijk voor dat de juiste (ambulance)zorg op het juiste moment en op de juiste plaats wordt ingezet en/of dat de overdracht van de patiënt aan andere zorg- of hulpverleners zo soepel mogelijk verloopt. De MKA is de toegangspoort voor de ambulancezorg en vervult tevens een poortwachtersfunctie voor andere hulpverleners. Ook is de MKA verantwoordelijk voor het coördineren van de inzet van andere zorgverleners. De MKA is hiermee de regisseur van de ambulancezorg.

1.4 Ambulancezorg als verbindende factor

De RAV streeft naar optimale zorg. De kwaliteit van de geleverde zorg hangt in grote mate af van de deskundigheid van de betrokken zorgverleners. Om aan de noodzakelijke kwaliteitseisen te kunnen voldoen, is er binnen de ambulancezorg sprake van een hoogwaardig, landelijk, eenduidig opleidingskader. Dit opleidingskader is gebaseerd op geldende juridische kaders en sectoraal vastgestelde deskundigheidsgebieden voor de diverse beroepsbeoefenaren en daaraan gekoppelde eindtermen. De kwaliteit van het opleidingskader wordt onafhankelijk getoetst.

De ambulancezorg is de verbindende factor in het netwerk van acute zorg, waarbij wordt samengewerkt met andere zorgverleners ter plaatse, zoals huisartsen, verloskundigen, de acute dienst van de GGZ en het mobiel medisch team (MMT). Het gaat daarbij ook om een goede doorgeleiding van de patiënt binnen de keten. Dat kan bijvoorbeeld een doorverwijzing door de meldkamer zijn, of de overdracht van een patiënt door een ambulanceteam 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 werkt de RAV nauw samen met partners in de keten van openbare orde en veiligheid, zoals politie, brandweer en de Geneeskundige Hulpverleningsorganisatie in de Regio (GHOR). De samenwerking vindt zowel onder normale omstandigheden plaats, als bij grootschalige ongevallen en rampen. Deze samenwerking vindt overigens niet alleen binnen de landsgrenzen plaats, maar ook daarbuiten met Belgische en Duitse zorg- en hulpverleningspartners.

Verantwoorde ambulancezorg: wettelijk kader



2.1 Inleiding

De Kwaliteitswet Zorginstellingen (KZ) vormt de basis van de *Nota Verantwoorde Ambulancezorg*. In dit hoofdstuk worden de kernpunten van deze wet beschreven. De kwaliteitswet is van toepassing op alle instellingen in de zorgsector en dus ook op de RAV. De kwaliteitswet is een kaderwet. Dat betekent dat de wet slechts op hoofdlijnen beschrijft waaraan een zorginstelling dient te voldoen. Het is de verantwoordelijkheid van de individuele zorginstelling om aan te geven op welke wijze invulling wordt gegeven aan de eisen uit de wet. In steeds meer sectoren komt die invulling via koepelorganisaties tot stand. De ambulancesector geeft hier al sinds 1999 branchebreed invulling aan via de landelijke koepels voor ambulanceorganisaties en professionals.

Met de inwerkingtreding van de Tijdelijke Wet Ambulancezorg (Twaz) per 1 januari 2013, is een nieuw wettelijk kader van kracht geworden. Daarom is in bijlage 1 een aparte paragraaf aan deze wet gewijd. Ook de overige wetten die van toepassing zijn op de ambulancezorg zijn op hoofdlijnen in bijlage 1 beschreven.

2.2 Kwaliteitswet Zorginstellingen

Krachtens de wet is de RAV een zorginstelling. Volgens de KZ moeten zorginstellingen aan een aantal eisen voldoen om zorg van goede kwaliteit te kunnen bieden. Deze eisen worden hier eerst beschreven en toegelicht. De wijze waarop binnen de ambulancezorg uitwerking wordt gegeven aan deze eisen, komen in de hoofdstukken daarna 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 patiënt. 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:

- een *duidelijke verdeling van taken en verantwoordelijkheden*: duidelijk moet zijn welke medewerkers welke taken uitvoeren en wie daarvoor verantwoordelijk is;
- een *goede kwaliteit van personeel en materieel*: een instelling dient te beschikken over voldoende en bekwaam personeel en het juiste materieel. Dat betekent onder meer dat de zorgverleners over de juiste competenties beschikken en deze onderhouden door middel van bij- en nascholing.

Voor instellingen waar mensen langer dan een etmaal (kunnen) verblijven, geldt de eis dat geestelijke verzorging beschikbaar dient te zijn die aansluit bij de levensovertuiging van de patiënt. Deze eis uit de kwaliteitswet is niet van toepassing op RAV's. Dit laat onverlet dat ambulancezorgverleners respectvol met de levensovertuiging van patiënten omgaan.

2.2.3 Kwaliteitssysteem

Een zorginstelling dient de kwaliteit van de zorgverlening systematisch te bewaken, te beheersen en zo mogelijk te verbeteren. De zorginstelling dient hiervoor een kwaliteitssysteem te hebben. In dit systeem zijn alle kwaliteitsactiviteiten op elkaar afgestemd. In een kwaliteitssysteem worden de normen beschreven, waarvan een instelling zelf vindt dat ze eraan zou moeten voldoen. Door systematisch gegevens over deze activiteiten en de kwaliteit van de zorgverlening te registreren, ontstaat 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. Dit is zeker van toepassing op de ambulancesector. Het is sinds de inwerkingtreding van de kwaliteitswet algemeen gedragen dat RAV's zich onafhankelijk door een externe certificeerder laten toetsen. En met resultaat: 100% van de ambulanceorganisaties is gecertificeerd.

2.2.4 Kwaliteitsjaarverslag

De kwaliteitswet verplicht instellingen om een kwaliteitsjaarverslag te publiceren. In een kwaliteitsjaarverslag moet de zorginstelling volgens de wet in ieder geval aandacht besteden aan de kwaliteit van de verleende zorg en het gevoerde kwaliteitsbeleid, met daarbij speciaal aandacht voor de manier waarop patiënten en hun belangenorganisaties hierbij zijn betrokken. De wet stelt geen vormeisen aan het kwaliteitsjaarverslag, het 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 patiënten. De minister zelf heeft de bevoegdheid om een zorginstelling een aanwijzing te geven, wanneer de zorg tekortschiet. Om het toezicht uit te kunnen oefenen, is het nodig dat de inspectie kan beschikken over voldoende informatie. Belangrijke voorwaarde daarbij is dat de inspectie op de hoogte wordt gebracht van calamiteiten die zich hebben voorgedaan in een instelling. De kwaliteitswet verplicht de zorgaanbieder om iedere calamiteit die in de instelling heeft plaatsgevonden te melden aan de inspectie.

Verantwoorde ambulancezorg: de pijlers



3.1 Inleiding

Verantwoorde zorg wordt in de KZ 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 patiënt staat daarbij centraal. Dit sluit ook aan bij de visie en het beleid van de overheid, vastgelegd in wetgeving en bij de visie van patiënten- en consumentenorganisaties. Het gaat om de bereikbaarheid en beschikbaarheid van de zorg, het kunnen kiezen en kunnen vergelijken van zorg, de kwaliteit en veiligheid van zorg, een sterke rechtspositie binnen de zorgrelatie, een goede afstemming tussen zorgverleners, een laagdrempelige en effectieve klachten- en geschilprocedure en medezeggenschap en goed bestuur bij zorgaanbieders.

De sector staat daarnaast ook voor duurzaamheid, betrouwbaarheid en transparantie. Ook deze kernwaarden komen terug in de uitwerking van de pijlers. 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 patiënt;
5. sluit naadloos aan op de zorg van ketenpartners;
6. voorziet in een adequate, laagdrempelige klachtenbehandeling;
7. voorziet in participatie door patiënten en wordt geleverd door organisaties die voldoen aan de eisen van goed bestuur.

In de volgende paragrafen worden de zeven pijlers van verantwoorde ambulancezorg nader uitgewerkt.

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 patiënt de juiste zorg op het juiste moment ontvangt, in reguliere en opgeschaalde situaties.
- *Zorgdifferentiatie*
De RAV stemt de zorg optimaal af op de behoefte/zorgvraag van de patiënt.

3.3 Transparantie

- *Duidelijkheid voor de cliënt en de verwijzer*
De RAV informeert (potentiële) patiënten en (potentiële) verwijzers optimaal over de zorg die wordt geboden.
- *Inzichtelijk zorgproces*
Het ambulancezorgproces is voor alle betrokkenen (patiënten, 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 die sturing van het proces, waar nodig, mogelijk maakt.
- *Jaarverslag*
De RAV legt jaarlijks verantwoording af over haar activiteiten en de behaalde resultaten in 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 en bekwaam*
Ambulancezorg wordt geleverd door bevoegde en bekwame medewerkers.
- *Professionaliteit en betrokkenheid*
Patiënten worden door ambulancezorgverleners op een professionele en respectvolle wijze benaderd en behandeld.
- *Geprotocolleerde zorg*
Landelijke protocollen waarborgen de eenduidigheid 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.
- *Continu verbeteren*
De RAV stemt het zorgaanbod zo goed mogelijk af op de zorgvraag van de patiënt en op de behoefte van maatschappij.
- *Veiligheid*
De veiligheid van de patiënt tijdens de zorgverlening en het vervoer wordt optimaal gewaarborgd.
- *Voorkomen van incidenten*
De RAV hanteert een systeem dat erop gericht is om incidenten tijdens de ambulancezorgverlening te voorkomen en reageert adequaat, wanneer een incident zich voordoet.

3.5 Informatie, toestemming, dossiervorming en privacy

- *Informatieverstrekking aan individuele patiënten*
Patiënten 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 volgens zijn verantwoordelijkheid als goed hulpverlener.
- *Dossiervorming*
Informatie van de patiënt en de aan hem verleende zorg wordt door de centralist MKA en de ambulancezorgverlener vastgelegd en opgenomen in een patiëntendossier.
- *Privacybescherming*
Ambulancezorgverleners waarborgen de privacy van de patiënt uit respect voor de patiënt en conform het beroepsgeheim waaraan zij zijn gehouden.

3.6 Continuïteit van zorg en afstemming met ketenpartners

- *Samenwerking met 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, patiënten verantwoord worden overgedragen aan andere zorgverleners, of dat andere zorgverleners worden ingeschakeld.

3.7 Klachtenbehandeling en klantbeleving/-ervaring

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

3.8 Participatie en goed bestuur

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

Beschikbare en bereikbare zorg



4.1 De meldkamer ambulancezorg: toegangspoort tot ambulancezorg

De MKA is een integraal onderdeel van de RAV en heeft een centrale rol in het proces van ambulancezorg. De MKA is toegangspoort tot de ambulancezorg: de zorg start op het moment dat de centralist een melding aanneemt. 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 stelt vast of de inzet van een ambulance noodzakelijk of gewenst is en met welke urgentie. Ook is de MKA verantwoordelijk voor het coördineren van de inzet van andere zorgverleners en voor doorverwijzing van de patiënt aan andere zorg- of hulpverleners. De MKA is hiermee de regisseur van de ambulancezorg en heeft een poortwachtersfunctie bij de toegang tot de acute zorg. De verantwoordelijkheden en functies van de MKA zijn onafhankelijk van de schaal waarop de MKA is georganiseerd.

4.2 Spreiding en beschikbaarheid

4.2.1 Referentiekader spreiding en beschikbaarheid

De basis voor de in Nederland beschikbare capaciteit voor ambulancezorg en de wijze waarop de ambulances zijn verspreid over de verschillende standplaatsen, wordt gevormd door het landelijk *Referentiekader Spreiding & Beschikbaarheid*. Dit referentiekader is een modelmatige beschrijving van de spreiding van ambulancestandplaatsen en de beschikbaarheid van ambulances op landelijk en regionaal niveau. Het vormt tevens de grondslag voor de regionale verdeling van het landelijke macrobudget. In het referentiekader worden landelijk eenduidige uitgangspunten en randvoorwaarden gehanteerd voor de reguliere regionale ambulancezorg.

De RAV's geven op regionaal niveau invulling aan het referentiekader door het opstellen van een regionaal spreidings- en beschikbaarheidsplan. De zogenaamde 15-minutennorm is daarin een planningsnorm, geen gezondheidsnorm. Dit betekent niet dat voor de ambulancezorg de factor tijd geen rol speelt. Integendeel, alles binnen de ambulancezorg 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 werkt hier aan, onder andere via het uitbouwen van de managementinformatie met medisch-inhoudelijke aspecten.

Het referentiekader gaat uit van zogeheten 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 een RAV een inspanningsverplichting heeft tot het leveren van burenhulp aan een RAV uit een naburige regio, of dat een RAV assistentie ontvangt van een aangrenzende regio.

4.2.2 Dynamisch ambulancemanagement

De RAV is wettelijk gezien, 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 dit 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 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 patiënten. Daarnaast gaat het referentiekader ervan uit dat RAV's voor het inzetten van ambulances 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 real-time ambulancecapaciteit en in de posities waar alle, op dat moment beschikbare, ambulances zich bevinden. Op basis van het landelijk convenant maken RAV's afspraken over de wijze waarop met open grenzen wordt omgegaan en over de voorwaarden waaronder ambulances van andere RAV's 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 wendt, dient er deskundige triage plaats te vinden. Triage wordt omschreven als 'het dynamische proces van urgentie bepalen en het vervolgtraject indiceren'. Triage dient eenduidig te zijn en afgestemd op de behoefte van de patiënt. Op dit moment vindt binnen de sector een doorontwikkeling plaats van de triagemethodiek, om verdere kwaliteitsverbetering te realiseren. In het kader van deze kwaliteitsverbetering wordt binnen de sector aan verschillende systemen nader vorm en inhoud gegeven. De gehanteerde systemen dienen te voldoen aan de landelijk vastgestelde criteria. De verpleegkundig centralisten van de MKA zijn bekwaam in het toepassen van deze methodiek. De sector streeft ernaar op termijn te komen tot een eenduidig triagesysteem.

4.4 Integraal zorgaanbod RAV

4.4.1 Spoedeisend en planbaar

Het integrale zorgaanbod van de RAV bestaat uit spoedeisende en planbare (niet-spoedeisende) zorg. Bij spoedeisende zorgvragen moet de ambulancezorg zo spoedig mogelijk ter plaatse kunnen zijn. De verpleegkundig centralist MKA bepaalt de riturgentie. De intentie is zorg verlenen en, indien noodzakelijk, de patiënt vervoeren. 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. Planbare ambulancezorg, in de dagelijkse praktijk ook wel besteld vervoer genoemd, betreft zorg en vervoer van patiënten tussen het woon- of verblijfadres en zorginstellingen voor diagnostiek, therapie of opname. Er worden afspraken gemaakt met de patiënt, c.q. de aanvrager, over de tijdstippen van halen en brengen en de plaats van bestemming. Binnen de ambulancezorg geeft urgentie de mate van spoedeisendheid van een ambulance-inzet aan. De onderstaande urgentie-indeling wordt binnen de sector gehanteerd.

A1-urgentie (A1-inzet)

Een spoedeisende inzet in opdracht van de centralist bij acute bedreiging van de vitale functies van de patiënt, of in het geval dat dit gevaar pas na beoordeling door de ambulance-eenheid ter plaatse kan worden uitgeslo-

ten. De inzet wordt zo snel mogelijk uitgegeven en de ambulance-eenheid dient zo snel mogelijk ter plaatse te zijn. De ambulance maakt altijd gebruik van optische en geluidssignalen conform de brancherichtlijn.

A2-urgentie (A2-inzet)

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-inzet)

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 Hoogcomplex en laagcomplex zorg

Voor zowel spoedeisende als planbare ambulancezorg geldt dat de zorg zowel hoogcomplex als laagcomplex van aard kan zijn. Laagcomplex zorgsituaties laten zich omschrijven als voorspelbare, niet-levensbedreigende situaties. Bij patiënten die laagcomplex ambulancezorg behoeven, is sprake van stabiele vitale functies en is redelijkerwijs te verwachten dat de vitale functies tijdens of door het vervoer niet bedreigd zullen raken. Hoogcomplex zorgsituaties zijn niet redelijkerwijs te verwachten voorspelbare en in voorkomende gevallen levensbedreigende situaties. Bij patiënten die hoogcomplex ambulancezorg behoeven, kan sprake zijn van niet-stabiele vitale functies en/of moet er rekening mee gehouden worden dat deze functies tijdens of door het vervoer bedreigd kunnen raken.

4.5 Zorgdifferentiatie

RAV's streven ernaar het zorgaanbod zo goed mogelijk af te stemmen op de zorgvraag van de patiënt. Dit streven naar zorg op maat heeft geleid tot diverse vormen van differentiatie binnen de ambulancezorg. Het betreft zowel differentiatie in functie als in vervoer. Naast 'zorg op maat' zijn kwaliteit, veiligheid en doelmatigheid essentiële aspecten bij zorgdifferentiatie. Daarnaast levert zorgdifferentiatie een belangrijke bijdrage aan de verbetering van de dienstverlening. Een ander aspect is dat differentiatie binnen de organisatie een geheel nieuwe dynamiek op personeelsgebied geeft. Er ontstaat niet alleen een gezonde diversiteit in het personeelsbestand, maar ook een uitbreiding van mogelijke (interne) loopbaanpaden. Voorop staat echter, dat zorgdifferentiatie te allen tijde dient te voldoen aan de uitgangspunten van verantwoorde zorg.

Vanuit het wettelijk kader dient zorgdifferentiatie aan een aantal voorwaarden te voldoen:

- a. er zijn inzetcriteria vastgesteld die bepalen welk niveau van zorg onder welke omstandigheden gelden als verantwoorde ambulancezorg, en
- b. zorgdifferentiatie gaat niet ten koste van de inzetbaarheid van materieel en personeel die nodig zijn om verantwoorde ambulancezorg te leveren in normale en opgeschaalde omstandigheden.

Indien beschikbaar, voldoet een gedifferentieerde vorm van ambulancezorg aan landelijk vastgestelde kwaliteitskaders of richtlijnen. In de volgende paragrafen worden de binnen de sector meest voorkomende vormen van zorgdifferentiatie beschreven.

4.5.1 Zorgambulance

Op de zorgambulance wordt zorg verleend aan patiënten met een laagcomplex zorgvraag. Bij laagcomplex ambulancezorg volstaat het werken volgens routines, standaardprocedures en/of combinaties van (standaard) procedures. Medisch of verpleegkundig (Advanced Life Support) toezicht en/of behandeling is niet noodzakelijk. Het gaat bij de zorgambulance om het aanbieden van enkele verzorgende handelingen en het handhaven,

stimuleren en ondersteunen van de zelfredzaamheid van de zorgvrager en de daarbij behorende psychosociale ondersteuning. De indicatiestelling voor en inzet van de zorgambulance vindt plaats vanuit de MKA aan de hand van door de RAV vast te stellen criteria, die zijn gebaseerd op het landelijk kwaliteitskader. Het team op de zorgambulance bestaat uit een zorgambulancebegeleider en een zorgambulancechauffeur. De competenties van deze ambulancezorgverleners zijn afgestemd op de complexiteit van de zorgvragen en voldoen aan de landelijk vastgestelde competentieprofielen. De inrichting en uitrusting van de zorgambulance voldoet aan het landelijke kwaliteitskader.

4.5.2 Rapid responder

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 rapid responder vindt plaats via de MKA, op basis van vooraf bepaalde inzetcriteria.

4.5.3 Specialistisch vervoer

Het is essentieel dat ernstig zieke patiënten op het juiste moment de juiste zorg wordt geboden. Dit kan er soms toe leiden dat deze patiënten (na stabilisatie) moeten worden vervoerd, omdat er geen plaats is in het ziekenhuis, of omdat zij een hoger niveau Intensive Care (IC)-zorg nodig hebben dan beschikbaar is in het ziekenhuis waar zij op dat moment zijn opgenomen. De indicatie voor transport van een IC-patiënt is het ontbreken van (continue) adequate zorg op de locatie waar de patiënt verblijft. Bij specialistisch vervoer gaat het om vervoer van de patiënt tussen twee ziekenhuizen (locaties), waarbij de begeleiding door een specialistisch team wordt uitgevoerd in een daarvoor speciaal ingericht voertuig. Er worden verschillende vormen van specialistisch vervoer onderscheiden.

Mobiele Intensive Care Unit

In de meeste gevallen zal er sprake zijn van electief IC-transport, dat planbaar is en uitgevoerd wordt met een Mobile Intensive Care Unit (MICU). Het is voor de kwaliteit van dit transport wenselijk dat dit gecoördineerd wordt uitgevoerd door speciaal daarvoor toegeruste coördinatiecentra en –vervoerders. Daartoe zijn in Nederland zeven MICU-coördinatiecentra aangewezen, die samenwerken met een daartoe aangewezen RAV. Er is in deze samenwerking sprake van een duidelijke verantwoordelijkheidsverdeling. Het MICU-coördinatiecentrum draagt zorg voor de organisatie van interklinisch transport van een IC-patiënt, begeleid door een MICU-team. Dit team bestaat uit een IC-arts of intensivist en een MICU-verpleegkundige, beiden bekwaam in het uitvoeren van MICU-transport. De RAV is verantwoordelijk voor de aanschaf en het onderhoud van een IC-ambulance, conform de daarvoor ontwikkelde technische richtlijnen. Ook is de RAV verantwoordelijk voor de inzet van bekwame chauffeurs die aanvullend zijn opgeleid voor het vervoeren van IC-patiënten in een MICU en voor de beschikbaarheid van de MICU. Een MICU-transport wordt door een coördinatiecentrum aangevraagd via de MKA.

Spoed-IC-transport

Spoed-IC-transport wordt uitgevoerd met een reguliere ambulance. Het betreft in het algemeen instabiele patiënten voor wie snelle behandeling elders cruciaal is. Uitstel van transport, in afwachting van de komst van de MICU, is onverantwoord. De patiënt heeft zorg nodig op IC-niveau en het ambulanceteam wordt daarom aangevuld met een deskundig arts van het insturend of ontvangend ziekenhuis. Spoed-IC-transport mag niet worden vertraagd door discussies over verantwoordelijkheden en inzetbaarheid. Conform aanwijzingen door het ministerie, dient elk ziekenhuis zich op dit type transport voor te bereiden door intern afspraken te maken over beschikbaarheid van mankracht en IC-materieel.

NICU en PICU

Er zijn nog twee vormen van vervoer en zorg, waarbij de te verlenen ambulancezorg de protocollen van de ambulanceverpleegkundige overstijgt en waarbij de ambulance-eenheid wordt aangevuld met een gespecialiseerd verpleegkundige en/of een gespecialiseerd arts. Bij de Pediatrische Intensive Care Unit (PICU) is sprake van interklinisch intensive-care-transport van een patiënt in de leeftijd jonger dan 18 jaar. Bij de Neonatale Intensive Care Unit (NICU) is sprake van interklinisch transport van een (pasgeboren) baby. De begeleidende arts is over het algemeen een neonatoloog.

4.5.4 Mobiel Medisch Team

Het ambulanceteam kan voor aanvullende medische hulp in bijzondere situaties, zoals voor zeer ernstig gewonde patiënten en/of bij grootschalige ongevallen, een beroep doen op het Mobiel Medisch Team (MMT). Een MMT bestaat uit een gespecialiseerde arts, een gespecialiseerd verpleegkundige en een chauffeur of piloot. Het MMT levert ter plekke specialistische, acute medische zorg aan slachtoffers van ernstige ongevallen en rampen. Het MMT is gekoppeld aan een traumacentrum. Vier van de elf traumacentra beschikken over een traumahelikopter. De zorg door het MMT vormt een aanvulling op de reguliere ambulancehulpverlening.

4.5.5 First responder

Om in spoedeisende situaties de voor de patiënt noodzakelijke zorg zo snel mogelijk te kunnen verlenen, kan de RAV besluiten first 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. Dit kan de politie, de brandweer of een huisarts zijn. De inzet van een first responder wordt bepaald aan de hand van vooraf vastgestelde criteria. De inzet van first responders vindt plaats, nadat de MKA een ambulance-eenheid heeft ingezet. Uitgangspunt voor de inzet van de first responder is dat dit nooit mag leiden tot vertraging van de ambulancezorg. De RAV maakt bij de inzet van een first responder gebruik van de landelijke afspraken. Naast professionele hulpverleners worden ook getrainde vrijwilligers ingezet als first responder. De vrijwilligers worden via een alarmeringssysteem door de MKA gealarmeerd. Voor de inzet van vrijwilligers als first responder maakt de RAV heldere afspraken met betrokken organisaties over onder andere de registratie van vrijwilligers en apparaten, de opleiding van vrijwilligers en de nazorg.

4.5.6 Differentiatie op de meldkamer

Bij het uitbrengen van deze herziene *Nota Verantwoorde Ambulancezorg* zijn er veel ontwikkelingen op de meldkamer gaande. Enerzijds wordt de schaalgrootte anders, wat kan leiden tot taak- en functie-differentiatie. Voorbeelden hiervan zijn: het onderscheid tussen intake en uitgifte of het inzetten van centralisten met specifieke logistieke vaardigheden voor de coördinatie van het planbare, laagcomplex vervoer. Anderzijds is ook een ontwikkeling zichtbaar waarin niet-verpleegkundig centralisten worden ingezet op de intakefunctie, ondersteund door een volledig vraaggestuurd uitvraagprotocol. De sector heeft zich niet uitgesproken over deze ontwikkelingen.

De RAV is verantwoordelijk voor de meldkamerfunctie en het ambulancevervoer en is een zorginstelling in het kader van de Kwaliteitswet Zorginstellingen. De kwaliteitswet en andere relevante zorgwetgeving (WGBO, Wet BIG) zijn daarom onverkort van toepassing op de RAV, inclusief de meldkamerzorg. Dat betekent ook dat het aannemen van de melding, het geven van eerste medische adviezen, het stellen van de indicatie en het wel of niet inzetten van een ambulance, of een andere voorziening van de RAV of van een ketenzorginstelling onlosmakelijk onderdeel uitmaken van het (ambulance)zorgproces. Daarmee vallen deze activiteiten onder het wettelijk kader van de gezondheidszorg, zowel in de dagelijkse als in de opgeschaalde situatie. De sector ziet triage als een risicovolle handeling waardoor er voldaan dient te worden aan dit wettelijk kader. De duiding hiervan is door de sector vastgelegd.

5 Transparantie



5.1 Duidelijkheid voor de patiënt en verwijzer

Het dient voor patiënten helder te zijn met welke vragen zij zich – via de MKA – tot de ambulancezorg kunnen wenden en wat zij vervolgens kunnen verwachten. Dit betekent allereerst dat de RAV duidelijke informatie beschikbaar dient te hebben voor (potentiële) patiënten. Wanneer een patiënt 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 patiënt welke zorg hij ontvangt. Ook voor verwijzers moet het duidelijk zijn wat zij van de RAV en de ambulancezorgverleners kunnen verwachten. De RAV maakt haar visie, doelstellingen en activiteiten onder andere inzichtelijk via het meerjarenbeleidsplan. Ook via regionale samenwerkingsverbanden communiceert de RAV hierover. Ten slotte maakt de RAV afspraken met haar ketenpartners, waarin duidelijk wordt wat partners mogen/kunnen verwachten van de ambulancezorg.

5.2 Inzichtelijk zorgproces

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*: de centralist MKA geeft aanwijzingen of instructies aan de melder of zorgvrager in afwachting van de komst van de zorgverlening ter plaatse om deze zo optimaal mogelijk te laten verlopen. Soms volstaat de hulpverlening met een (zorg)advies van de centralist, of wordt de patiënt doorverwezen naar een andere zorg-/hulpverlener.
- *Ambulancezorgverlening*: de ambulancezorgverlener onderzoekt de patiënt ter plaatse, stelt een werkdiagnose en behandelt de patiënt. Indien vervoer noodzakelijk is wordt de patiënt hierop voorbereid. Tijdens het vervoer wordt de behandeling gecontinueerd. De chauffeur zorgt ervoor dat het vervoer op verantwoorde wijze plaatsvindt;
- *Overdracht*: ter afronding van de zorgverlening vindt een overdracht plaats. Het kan gaan om een overdracht aan andere zorgverleners, of aan mantelzorgers. In alle situaties is een juiste en volledige overdracht van informatie, mondeling en/of schriftelijk, essentieel.
- *Nazorg*: indien de patiënt, zijn naasten of een melder hier behoefte aan hebben, verleent de centralist en/of de ambulancezorgverlener – of anderen namens hen – nazorg. Deze nazorg kan onder andere bestaan uit het verstrekken van informatie.

De verschillende stappen in het ambulancezorgverleningsproces zijn van elkaar te onderscheiden, maar sluiten wel naadloos op elkaar aan. Voor het verlenen van goede zorg is het niet per se nodig dat een patiënt het hele proces doorloopt. Soms bestaat de zorg uit een zorgadvies door de centralist MKA, of wordt ter plaatse hulp geboden zonder dat vervoer met een 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. Ten slotte wordt in het meerjarenplan aandacht besteed aan de geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen.

5.4 Managementinformatie

Voor een optimale transparantie is het van belang dat een RAV beschikt over informatie over het functioneren van het ambulancezorgproces. Hiervoor registreert de RAV gegevens in de verschillende fasen van het proces. 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 Basisset Ambulancezorg (BSA). In de BSA is vastgelegd welke informatie gedurende de ambulancezorgverlening op de ritformulieren vastgelegd dient te worden;
- de MI-kernset. De MI-kernset is de set met data die door alle RAV's wordt geregistreerd en die 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 MI-kernset. De gegevens worden opgevraagd en verwerkt door een onafhankelijk instituut.

5.5 Jaarverslag

De RAV legt conform wettelijke eisen jaarlijks schriftelijk verantwoording af over de kwaliteit van het zorgbeleid, het zorgmanagement en de zorguitvoering. De RAV is vrij om te bepalen op welke wijze de 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. Dit gebeurt met 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's. In overeenstemming met de sectorale afspraken levert de RAV de gevraagde 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 (patiënten en ketenpartners) helder dat de zorgorganisatie haar zaken op orde heeft. Sectoraal is afgesproken dat de RAV voor externe toetsing en certificatie gebruikmaakt van een branchespecifiek certificatieschema. De RAV laat zich periodiek toetsen op basis van dit schema en conform de eisen voor (her)certificering van de certificerende organisatie.

6

Professionaliteit, kwaliteit en veiligheid

6.1 Professionaliteit

De ambulancesector en de daarin werkzame ambulancezorgverleners staan voor professionaliteit. Enerzijds heeft dit begrip betrekking op het professioneel handelen van de individuele zorgverleners. Anderzijds op de beroepsgroep en de organisaties die verantwoordelijk zijn voor het creëren van randvoorwaarden om professioneel te kunnen handelen en professionaliteit te stimuleren. De kern van het professionele handelen ligt echter bij de individuele professional en de invulling van de diverse beroepsrollen die hij of zij moet kunnen vervullen. De essentie van het professioneel handelen zit in de bereidheid en het vermogen van de individuele professional om:

- zich steeds af te vragen wat voor deze zorgvrager in deze situatie goede zorg is;
- daarover een weloverwogen afweging te maken;
- dit samen te doen met de zorgvrager of met anderen (afhankelijk van de situatie);
- naar die afweging te handelen;
- dit op een zodanige manier te doen dat de zorgvrager zich als persoon erkend voelt;
- over zijn handelen verantwoording af te leggen;
- van ervaringen te leren.

6.2 Kernfuncties

Professionaliteit is één van de taak- en competentiegebieden van ambulancezorgverleners. Specifieke aandachtspunten daarbij zijn:

- een reflectieve beroepshouding. Dat wil zeggen dat de professional de keuzen die hij maakt en de beslissingen die hij neemt zorgvuldig overdenkt: inhoudelijk, procesmatig en moreel;
- de eigen beroepsontwikkeling in kaart brengen en het definiëren van eigen leervragen (deskundigheidsborging);
- een bijdrage leveren aan de ontwikkeling van de professionele standaarden;
- feedback geven aan collega's binnen de eigen beroepsorganisatie.

Binnen de ambulancezorg is een aantal kernfuncties te onderscheiden. Deze worden hieronder beschreven.

6.2.1 Verpleegkundig centralist MKA

De MKA is de eerste schakel in de zorgketen van de ambulancezorg. De verpleegkundig centralist MKA geeft inhoud aan het meldkamerproces. De verpleegkundig centralist MKA draagt zorg voor een verantwoorde uitvoering van het proces van intake, indicatiestelling, zorgtoewijzing en -coördinatie, en zorginstructie. De verpleegkundig centralist MKA dient continu een balans te vinden tussen de individuele belangen van de patiënt en het bewaken en behouden van de paraatheid. Hiervoor dient de verpleegkundig centralist MKA te anticiperen op omstandigheden die de paraatheid (kunnen) beïnvloeden. De verpleegkundig centralist MKA communiceert met uiteenlopende mensen en instanties. Met burgers, die zorg nodig hebben, met de ambulanceteams, maar bijvoorbeeld ook met (huis)artsen, SEH-verpleegkundigen, politie en brandweer. De variëteit en mogelijke complexiteit van zorgvragen die de verpleegkundig centralist MKA ontvangt en moet kunnen beoordelen op urgentie en passend zorgaanbod, vereist een specifieke deskundigheid. De verpleegkundig centralist MKA is bekwaam om te bepalen of en op welke wijze ambulancezorg ingezet wordt. De verpleegkundig centralist MKA biedt geprotocolleerde zorg conform een triagesystematiek die voldoet aan de landelijke eisen. De verpleegkundig centralist MKA heeft een door de sector erkende opleiding gevolgd. Momenteel wordt een traject voor accreditatie van de vervolgoopleidingen binnen de ambulancezorg geïmplementeerd, uitgaande van door de sector erkende eindtermen.

Er kunnen ook niet-verpleegkundig centralisten werkzaam zijn op de MKA. Zij worden ingezet op het logistieke proces van uitgifte van ambulanceritten².

6.2.2 Ambulanceverpleegkundige

Het werk in de ambulancezorg is gebaseerd op een specifieke manier van medisch-verpleegkundig handelen. De ambulanceverpleegkundige is deskundig en bekwaam voor het uitvoeren van de ambulancezorg in zijn volle breedte. De ambulanceverpleegkundige maakt gebruik van wetenschappelijke kennis, vaardigheden en een professionele houding om binnen het deskundigheidsgebied patiëntgerichte zorg te verlenen. De kerntaken van de ambulanceverpleegkundige liggen zowel binnen het gebied van diagnostiek en behandelen, als binnen het gebied van optimaliseren, verbeteren en in stand houden van de kwaliteit van leven van patiënten. De meeste handelingen die door de ambulanceverpleegkundige worden verricht, zijn verpleegkundige handelingen. Daarnaast verricht de ambulanceverpleegkundige geneeskundige handelingen, waarvan een beperkt aantal tot de voorbehouden medische handelingen behoren. Ambulanceverpleegkundigen beschikken over specifieke deskundigheid om zonder toezicht of tussenkomst van een opdrachtgever bepaalde voorbehouden handelingen uit te voeren. Deze functionele zelfstandigheid is van toepassing, mits wordt voldaan aan de wettelijke voorwaarden van opdrachtverstrekking en bekwaamheid.

De volgende voorbehouden handelingen worden tot het deskundigheidsgebied van de ambulanceverpleegkundige gerekend:

- a. het toepassen van electieve cardioversie;
- b. het toepassen van defibrillatie;
- c. het in- of extuberen van de luchtpijp met een orale of nasale tube;
- d. het toepassen van drainagepunctie bij een spanningspneumothorax;
- e. het verrichten van een coniotomie.

Als algemeen verpleegkundige heeft de ambulanceverpleegkundige al functioneel-zelfstandige bevoegdheid tot:

- a. het geven van een subcutane, intramusculaire of intraveneuze injectie;
- b. het verrichten van een catheterisatie van de blaas bij volwassenen alsmede het inbrengen van een maagsonde of een infuus (intraveneus en intra-ossaal);
- c. het verrichten van een venapunctie en van een hielprik bij neonaten.

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 het competentieprofiel van de ambulanceverpleegkundige en vormen de basis voor het opleidingsbeleid van de sector.

De ambulanceverpleegkundige kan in een ambulance-eenheid werkzaam zijn maar kan ook als rapid responder worden ingezet. De ambulanceverpleegkundige heeft een door de sector erkende opleiding gevolgd. Momenteel wordt een traject voor accreditatie van de (vervolg)opleidingen binnen de ambulancezorg geïmplementeerd, uitgaande van door de sector erkende eindtermen.

² De ontwikkelingen rond de inzet van niet-verpleegkundig centralisten op de MKA zijn beschreven in paragraaf 4.5.

6.2.3 Ambulancechauffeur

De ambulancechauffeur bestuurt de ambulance en assisteert de ambulanceverpleegkundige. Hiervoor beschikt de chauffeur over specifieke rijvaardigheden en medisch-assisterende vaardigheden. De ambulancechauffeur speelt een belangrijke rol bij de communicatie met de patiënt en de ketenpartners. Ter plaatse draagt de chauffeur zorg voor een veilige werkplek. De ambulancechauffeur is verantwoordelijk voor het veilig besturen van de ambulance naar een patiënt of incident en voor het veilig vervoer van de patiënt in de ambulance. De chauffeur heeft hiervoor een rijopleiding gevolgd, die onder andere voorziet in specifieke rijvaardigheden om met een voorrangvoertuig te kunnen en mogen rijden. De ambulancechauffeur heeft een door de sector erkende opleiding gevolgd.

6.2.4 Ambulance-eenheid

Het werk in de ambulancezorg is gebaseerd op een specifieke manier van medisch-verpleegkundig handelen. Patiënten, soms wel en soms niet in levensgevaar, ontvangen van de ambulance-eenheid de zorg die zij nodig hebben. Een ambulance-eenheid bestaat uit een ambulanceverpleegkundige, al dan niet aangevuld met een ambulancechauffeur. Vanuit hun eigen deskundigheid en achtergrond en met hun eigen verantwoordelijkheden, leveren beide professionals gezamenlijk de noodzakelijke zorg. Er zijn ook steeds meer zelfstandig opererende ambulanceverpleegkundigen (rapid responder). In dat geval is de zelfstandig opererende ambulanceverpleegkundige de ambulance-eenheid.

6.2.5 Functiedifferentiatie

Het aanbod van deskundige zorgprofessionals en materieel wordt afgestemd op de vraag van de patiënt, nu en in de toekomst. De behandeling van patiënten 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. Dit is ook van toepassing op de meldkamer ambulancezorg. Maatschappelijke, professionele en technische ontwikkelingen maken dat de MKA een steeds complexer takenpakket heeft gekregen. Dit maakt het noodzakelijk om te gaan differentiëren in meer niveaus. Hierbij worden intake en uitgifte als twee aparte processen beschouwd die ieder specifieke eisen stelt aan de competenties van de centralist.

Een RAV kan op verschillende manieren functiedifferentiatie vormgeven:

- *verticale differentiatie*: er ontstaan meerdere functieniveaus met een ander verantwoordelijkheidsniveau (zorgambulancebegeleider, verpleegkundig specialist acute zorg; uitgiftecentralist MKA);
- *horizontale differentiatie*: binnen één functieniveau worden verschillende inhoudelijke taakaccenten gelegd in aansluiting op productdifferentiatie en ontwikkeling in de ambulancezorg of acute zorg (rapid responder).

Naast effecten op kwaliteit van zorg en doelmatigheid brengt differentiatie binnen de organisatie een geheel nieuwe dynamiek op personeelsgebied met zich mee. Er ontstaat niet alleen een gezonde diversiteit in het personeelsbestand, maar ook een uitbreiding van mogelijke (interne) loopbaanpaden.

Bij functiedifferentiatie dient het deskundigheidsniveau van de ambulancezorgverlener afgestemd te zijn op (de complexiteit van) de zorgvraag van de patiënt en op het uitvoeren van (een deel van) het zorgproces. Om dit te waarborgen, dient de RAV minimaal de volgende zaken geregeld te hebben:

- een heldere functie- en competentiebeschrijving;
- het vastleggen van de minimale deskundigheid;
- het toezicht op bekwaamheid;
- een heldere verantwoordelijkheidstoedeling binnen de geldende wettelijke kaders

Indien beschikbaar, voldoen de functies aan landelijke (kwaliteits)kaders.

6.3 Deskundig en bekwaam

6.3.1 Deskundigheid

De kwaliteit van de geleverde ambulancezorg is in grote mate afhankelijk van de deskundigheid van de zorgverleners. Dit stelt hoge eisen aan de kwaliteiten van de ambulancezorgverleners. Deze eisen zijn wettelijk ingekaderd. Daarnaast heeft de ambulancesector een aantal landelijke kaders vastgesteld.

Voor elk van de kernfuncties binnen de ambulancezorg is specifieke deskundigheid gewenst. De gewenste minimale deskundigheid, in termen van (basis)opleiding en vereiste competenties, is voor de kernfuncties sectoraal vastgesteld. Ook de erkenning en toewijzing van de opleidingen voor deze kernfuncties is sectoraal bepaald. Het uitgangspunt binnen de sector is dat alle zorgprofessionals die werkzaam zijn in het primaire ambulancezorgproces, zo spoedig mogelijk na indiensttreding starten met een sectoraal erkende (vervolg)opleiding. 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 bijscholing aan die aansluiten bij de individuele en organisatorische leerwensen. Voor de BIG-geregistreerde beroepsbeoefenaren gelden de sectorale afspraken over deskundigheidsbevordering en registratie in het kwaliteitsregister.

6.3.2 Bekwaamheid

Op ambulancezorgverleners is de Wet BIG van toepassing. De opleidingseisen en vereiste competenties van individuele ambulancezorgverleners zijn afgestemd op de inhoud van hun beroepsuitoefening (deskundigheidsgebied) en de eisen van de Wet BIG. De functiecompetenties van de ambulancezorgverleners zijn mede door opleiding en ontwikkeling getoetst volgens landelijke en regionale standaarden. De individuele professional, de medisch manager ambulancezorg en de RAV hebben hun eigen verantwoordelijkheid voor het verkrijgen en behouden van bekwaamheid van de individuele professional. Het bekwaamheidsbeleid van de RAV voldoet aan de wettelijke eisen en de sectorale afspraken.

6.4 Geprotocolleerde zorg

Binnen de ambulancezorg wordt gewerkt met landelijke protocollen. Landelijke protocollen vormen de basis voor eenduidigheid in de ambulancezorgverlening en waarborgen dat een patiënt onafhankelijk van de locatie, dezelfde (ambulance)zorg ontvangt. Daarnaast is een protocol volgens de Wet BIG te beschouwen als opdracht van de arts aan de functioneel zelfstandig opererende ambulanceverpleegkundige. Ten slotte dienen de protocollen te worden beschouwd als de professionele standaard die ambulancezorgverleners hanteren bij hun werkzaamheden, in het kader van de WGBO. 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 patiënt en de omstandigheden kunnen ertoe leiden dat de ambulancezorgverlener 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. Tevens is van belang dat de individuele beroepsbeoefenaar geschoold is in het maken van een dergelijke (morele) afweging.

De RAV kan ook regionale protocollen hanteren in het kader van regionale (samenwerkings)afspraken, bijvoorbeeld bij de uitvoering van pilots of op basis van nieuwe medische inzichten. Deze werkwijze gaat niet ten koste van de kwaliteit van de zorgverlening en het is belangrijk dat hierover gecommuniceerd wordt volgens de landelijk afgesproken route.

6.5 Kwalitatief hoogwaardig en functioneel materieel

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

- materialen en apparatuur ten behoeve van de zorgverlening;
- ambulances;
- 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 patiënt, op de geldende protocollen en voldoen aan relevante wet- en regelgeving.

Ambulances

Het is van groot belang dat de voertuigen waarmee patiënten worden vervoerd, voldoen aan de (kwaliteits) eisen die aan deze voertuigen worden gesteld. Op de ambulances en de uitrusting zijn wettelijke kaders en (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 patiëntinformatie 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.

6.6 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 wordt geborgd;
- er toezicht is op de bekwaamheid van ambulancezorgverleners;
- de eindverantwoordelijkheid voor het medisch management in handen is van een arts;
- er een bereikbaarheid wordt gegarandeerd van 7 x 24 uur.

Het functiegebied medisch management ambulancezorg laat zich onderverdelen in de hoofdgebieden patiëntenzorg, 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 een aan de RAV verbonden arts. Taken van de MMA zijn o.a.:

- toezien op de bevoegdheid en bekwaamheid van ambulancezorgverleners volgens de eisen van de Wet BIG;
- verantwoordelijkheid dragen voor het formuleren van het medische beleid en toezien op de uitvoering ervan en de toepassing van protocollen binnen de ambulancezorg;
- zorgen voor de medisch-inhoudelijke afstemming met ketenpartners;
- toezien op de uitvoering van de in de WGBO vastgelegde rechten en plichten van patiënt en hulpverlener.

6.7 Continu verbeteren

In het streven naar optimale, verantwoorde ambulancezorg is de RAV voortdurend bezig haar zorgaanbod zo goed mogelijk af te stemmen op de zorgvragen van de patiënten. Het kwaliteitssysteem van de RAV voorziet in de continue en systematische aandacht voor kwaliteitsbehoud en -verbetering van het bestaande aanbod. Bij zorginnovatie streeft de RAV naar vernieuwing van het zorgaanbod. Zorginnovatie kan gericht zijn op de zorgverlening aan patiënten, of op het materiaal en de medische hulpmiddelen die hierbij wordt ingezet. Belangrijk uitgangspunt is, dat de vernieuwing op een verantwoorde en professionele 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. Als er, in het belang van kwaliteitsverbetering en innovatie, onderzoek wordt verricht, volgt de RAV waar nodig de eisen die gelden voor de toetsing van onderzoeksvoorstellen.

6.8 Veiligheid

6.8.1 Patiëntveiligheid

Het leveren van veilige zorg is binnen de ambulancezorg een heel belangrijk thema: verantwoorde zorg is veilige zorg. Tijdens de ambulancezorgverlening dient de veiligheid van patiënten optimaal gewaarborgd te zijn. Het gaat daarbij om het voorkomen van onveilige situaties en het tot een minimum beperken van onbedoelde schade aan patiënten gedurende het gehele ambulancezorgproces: vanaf de melding bij de MKA tot aan de overdracht van de patiënt aan andere zorgverleners. De ambulancezorg kenmerkt zich, ongeacht de patiëntencategorie, door risicovolle momenten. Daarnaast heeft de ambulancezorg te maken met patiëntencategorieën die extra risico's met zich meebrengen als het gaat om veiligheid. Met andere woorden: waarbij ambulancezorgprofessionals extra alert dienen te zijn als, het gaat om patiëntveiligheid. Dit heeft te maken met de fysieke kenmerken van deze categorieën, de aard of de complexiteit van het letsel of de wijze waarop zij hun klachten presenteren. De ambulancesector doet er alles aan om vermijdbare, onbedoelde schade tot een minimum te beperken. Maar het kan altijd beter. Daarom hebben de verenigingen binnen de ambulancezorg een patiëntveiligheidsprogramma ontwikkeld. Vanzelfsprekend is het de verantwoordelijkheid van de RAV zelf invulling te geven aan patiëntveiligheid. Hiertoe voldoet de RAV aan de wettelijke eisen en sectorale afspraken. Individuele zorgverleners hebben ook hun eigen verantwoordelijkheid in het leveren van veilige patiëntenzorg, onder andere door landelijke richtlijnen toe te passen.

6.8.2 Veilige werkomgeving

Niet alleen de veiligheid van patiënten 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 professional zelf heeft de verantwoordelijkheid deze risico's tot een minimum te beperken. De RAV is verantwoordelijk voor het beschikbaar stellen van veilig materiaal en medische hulpmiddelen, het opstellen van beheers- en calamiteitenplannen, maar ook voor de opvang van zorgverleners na traumatische situaties. Ook dient de RAV periodiek de risico's in kaart te brengen op de werkplek met betrekking tot gezondheid, veiligheid en welzijn (RI&E) en indien nodig maatregelen te treffen. De zorgverlener zelf heeft een verantwoordelijkheid in het toepassen van landelijke richtlijnen en protocollen die gericht zijn op zijn eigen veiligheid en het juiste gebruik van de ter beschikking gestelde middelen.

6.8.3 Voorkomen van incidenten; veilig incidenten melden

Het kwaliteitssysteem van de RAV is er onder andere op gericht incidenten tijdens de ambulancezorgverlening te voorkomen en adequaat te reageren, zodra zich een incident voordoet. Onderdeel van het veiligheidsmanagementsysteem is het melden en registreren van incidenten en bijna-incidenten (Veilig Incidenten Melden - VIM) en het ontwikkelen van adequaat beleid hiervoor. Indien er sprake is van een calamiteit, handelt de RAV volgens wettelijke voorschriften.

7

Informatie, toestemming, dossiervorming en privacy



7.1 Algemene informatieverstrekking en voorlichting

De RAV verstrekt informatie over de ambulancezorgverlening die op patiënten is afgestemd. Deze informatie is inzichtelijk en helder. De informatie is ook bedoeld voor potentiële patiënten.

7.2 Informatieverstrekking individuele patiënten

Ambulancezorgverleners verstrekken aan hun patiënten 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 patiënt toestemming te verlenen voor het verrichten van ambulancezorg. Ambulancezorgverleners verstrekken de noodzakelijke informatie, op basis waarvan patiënten en/of hun wettelijk vertegenwoordigers toestemming kunnen geven. Binnen de ambulancezorg is vaak sprake van situaties waarin de patiënt 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

Tijdens het ambulancezorgproces worden gegevens vastgelegd door de centralist MKA en de ambulancezorgverleners. Dit is van belang om de ambulancezorgverlening zo goed mogelijk aan te laten sluiten op de zorgvraag van de patiënt. Het registreren van gegevens dient tevens ter evaluatie van de verleende zorg. Ten slotte is het registreren van belang voor een veilige overdracht van de zorg. De gegevens die tijdens het ambulancezorgproces worden geregistreerd, worden volgens de wettelijke eisen opgeslagen en bewaard.

7.5 Privacybescherming

Patiënten 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. RAV's en ambulancezorgverleners moeten zich ook bewust zijn van de privacy-aspecten rond het gebruik van internet en social media en het digitaal en mobiel delen van informatie en beelden. Zij moeten hier zorgvuldig mee omgaan en hierover afspraken maken op basis van de handreiking die door de sector wordt onderschreven.

7.6 Beroepsgeheim

Ambulancezorgverleners zijn gehouden aan het beroepsgeheim. Bij het verstrekken van informatie over patiënten 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 de politie) kunnen ambulancezorgverleners informatie ter beschikking stellen. Als het gaat om het verstrekken van medisch-inhoudelijke en overige vertrouwelijke informatie over patiënten, worden de wettelijke eisen en de landelijke richtlijnen gevolgd.

Continuïteit van zorg en afstemming met ketenpartners

8.1 Samenwerking met 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 een cruciale rol in de optimale doorgeleiding van de patiënten. De 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 en 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 patiënt te waarborgen.

8.1.2 Regionaal Overleg Acute Zorg

Het Regionaal Overleg Acute Zorg (ROAZ) is een overleg, georganiseerd op het niveau van de traumaregio's. Het doel van dit overleg is het bereiken van een 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 Opgeschaalde zorg

De RAV is ook verantwoordelijk voor het leveren van verantwoorde ambulancezorg in het kader van rampenbestrijding en crisisbeheersing. De RAV dient te voldoen aan eisen ten aanzien van de meldkamer ambulancezorg. Ook worden aan de RAV eisen gesteld met betrekking tot het trainen en oefenen, de inzet bij evenementen en de voorbereiding op de inzet bij een ramp of crisis. Ook dient de RAV aan eisen te voldoen ten aanzien van ambulancebijstand, gewondenspreiding en het slachtoffervolgsysteem. Bij rampen en crises 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 opleiden, trainen en oefenen (OTO) van personeel volgt de RAV de landelijke afspraken.

8.2 Verantwoorde overdracht van zorg

De behandeling van patiënten dient een continu proces te zijn, vanaf de melding tot aan de definitieve intramurale behandeling. De overdracht van informatie, mondeling en/of schriftelijk, 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. Bij de toepassing van digitale en elektronische registratie en bij de elektronische uitwisseling van gegevens moet de RAV ervoor zorgen dat haar systemen hiervoor op het vereiste moment zijn ingericht en voldoen aan de eisen die hieraan worden gesteld.

Klachtenbehandeling en klantbeleving/klantervaring



9.1 Klachtenbehandeling

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

9.2 Klantbeleving/klantervaring

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

10 Participatie en goed bestuur

10.1 Patiëntenparticipatie

Om het zorgaanbod zo goed mogelijk te kunnen afstemmen op de zorgvraag en -behoefte van de patiënt, is het van belang om de patiënt zelf te vragen wat hij van de zorgverlening verwacht en waar hij mogelijkheden tot verbetering ziet. Het voorzien in een vorm van medezeggenschap en patiëntenparticipatie is een wettelijke eis. Ook de RAV vindt het belangrijk om patiëntenparticipatie vorm en inhoud te geven. Voor de RAV is het een uitdaging om een vorm te vinden die is afgestemd op het specifieke karakter van de ambulancezorgverlening.

10.2 Goed bestuur

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

Bijlagen

Bijlage 1 Wettelijk kader ambulancezorg

Bijlage 2 Nationale Beroepscode van Verpleegkundigen en Verzorgenden

Bijlage 3 Een sector in ontwikkeling

Samenstelling 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. Deze wetgeving vormt een belangrijke basis voor de *Nota Verantwoorde Ambulancezorg*. Dit wordt zichtbaar in de frequente verwijzingen naar wettelijke eisen in de tekst van de nota. In de referentielijst worden per hoofdstuk alle wetten genoemd die van toepassing zijn. Op de website van de overheid (www.overheid.nl) zijn de volledige wetteksten te vinden.

1.1 Tijdelijke Wet Ambulancezorg

De Tijdelijke wet ambulancezorg (Twaz) is per 1 januari 2013 in werking getreden. De Twaz vervangt de Wet ambulancevervoer (WAV). De Twaz geldt voor een periode van vijf jaar. In deze periode wordt gewerkt aan een definitieve wettelijke regeling. De Twaz omschrijft in artikel 1 lid 1 onder d het begrip ‘ambulancezorg’ en breidt dit uit ten opzichte van de WAV. Ambulancezorg omvat nu:

- het hulp verlenen en per ambulance vervoeren, of
- het hulp verlenen via een ambulanceverpleegkundige met een speciaal daartoe uitgerust en als zodanig herkenbaar motorvoertuig.

De definitie van een ambulance omvat meer dan alleen een ambulanceauto: zowel een voor zieken ingericht motorvoertuig als een vaartuig of helikopter valt nu onder de term ‘ambulance’. Onder de WAV was er sprake van een Centrale Post Ambulancevervoer (CPA). Onder de Twaz is deze CPA omgedoopt tot meldkamer. De nieuwe meldkamer maakt nog steeds onderdeel uit van de algemene meldkamer als bedoeld in artikel 35 lid 1 van de Wet Veiligheidsregio’s. Onder de Twaz vormt de meldkamer een integraal onderdeel van de RAV. RAV’s worden aangewezen door de minister (artikel 6 Twaz). Deze RAV draagt zorg voor:

- de instandhouding van een meldkamer;
- het verlenen of doen verlenen van ambulancezorg (zie artikel 4 Twaz).

Ambulancezorg is zorg die erop gericht is een zieke of gewonde ter zake van zijn aandoening of letsel hulp te verlenen en per ambulance te vervoeren, dan wel hulp te verlenen via een ambulanceverpleegkundige met een specifiek herkenbaar motorvoertuig (artikel 1 lid 1 sub d Twaz). De meldkamer beslist of ambulancezorg wordt verleend en ook door wie en op welke wijze deze wordt verleend (artikel 5 Twaz). Artikel 6 regelt wie in een regio als RAV kan worden aangewezen. In de beleidsregels van de minister van VWS (artikel 6 lid 3) zijn nadere eisen gesteld waaraan een RAV moet voldoen.

1.2 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. Het uitvoeringsbesluit heeft de RAV aangemerkt als een instelling die in het bezit is van een toelating. Dit was een vergunning van de provincie (WAV). Met de inwerkingtreding van de Twaz is dit een aanwijzing van 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. Afspraken die voortvloeien uit dit overleg moeten worden nagekomen. De instelling legt in het jaarverslag verantwoording af over de wijze waarop zij invulling heeft gegeven aan deze afspraken. De RAV is op basis van de Kwaliteitswet Zorginstellingen (KZ) verplicht om de eigen kwaliteit te bewaken, te beheersen en te verbeteren op onder andere de punten van verantwoorde zorg en kwalitatief beleid, onder andere door het opzetten van een kwaliteitssysteem.

1.3 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 ondeskundige en onzorgvuldig handelen van beroepsbeoefenaren. De Wet BIG is, voor wat betreft de titelbescherming binnen de ambulancezorg, van toepassing op ambulanceverpleegkundigen, verpleegkundig centralisten MKA 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 uitvoeren³.

Op de ambulances en in de MKA zijn geen artsen aanwezig die een opdracht (i.c. aanwijzingen en instructies) kunnen verstrekken aan de ambulancezorgverleners. In de praktijk is het de verpleegkundig centralist MKA die de indicatie stelt voor de te verlenen ambulancezorg, de urgentie bepaalt, of een patiënt direct verwijst naar ketenpartners. De ambulanceverpleegkundige bepaalt vervolgens welke zorg, respectievelijk welke (voorbehouden of risicovolle) behandeling de patiënt nodig heeft. De wettelijk 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 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. Dit 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 mogelijk is. 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.

³ De wetgever heeft niet alle mogelijke risicovolle handelingen aangemerkt als voorbehouden, maar dit wil niet zeggen dat de desbetreffende handeling geen deskundige en zorgvuldige uitvoering behoeft. Op advies van de Raad BIG worden risicovolle handelingen in principe op dezelfde wijze benaderd als de voorbehouden handelingen.

1.4 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 patiënt. De patiënt die een hulpvraag stelt, gaat een behandelingsovereenkomst aan met de RAV. Deze organisatie dient ervoor te zorgen dat deze overeenkomst doorwerkt in de relatie centralist-cliënt en ambulanceverpleegkundige-patiënt. Op basis van de professionele standaard wordt beoordeeld of de centralist MKA of de ambulanceverpleegkundige de zorg van een goed hulpverlener heeft gegeven, of hierin 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 patiënt. Anderzijds beschikt de hulpverlener over het verschoningsrecht dat hij voor de rechter kan inroepen bij een gerechtelijke procedure. De zwijgplicht is onder andere verankerd in de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst in artikel 7:457 BW.

1.5 Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector (WKCZ)

Voor het behandelen van klachten van cliënten in de gezondheidszorg bevat de WKCZ uit 1995 enkele bepalingen die verplichtingen voor de zorgaanbieder met zich meebrengen. Volgens de WKCZ is de directie van de RAV de zorgaanbieder. De zorgaanbieder is verantwoordelijk voor een correcte behandeling en afhandeling van klachten van cliënten over de verleende zorg. Dit houdt kortgezegd het volgende in: zorgen 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 van de WKCZ. Op grond van de WKCZ dient elke RAV in elk geval te beschikken over een onafhankelijke klachtencommissie, dan wel te zijn aangesloten bij een onafhankelijke klachtencommissie. Zodat een klacht van patiënten over de verleende ambulancezorg (of het uitblijven daarvan) op laagdrempelige wijze kan worden beoordeeld.

1.6 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 het jaarverslag en het klachtenreglement.

1.7 De Wet op de Medische Hulpmiddelen

De Wet op de Medische Hulpmiddelen 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, heeft ook de RAV hierin een verantwoordelijkheid. Ook het sterilisatiebesluit valt onder deze wet. De wet regelt de omgang, opslag, hersterilisatie en dergelijke van steriele producten.

1.8 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 bij 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 over gedwongen opname van belang. Het gaat hier om de opname via voorlopige machtiging, via inbewaringstelling, via de indicatiecommissie of via rechterlijke machtiging op eigen verzoek. De RAV maakt hiervoor 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.

1.9 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 persoonlijke gegevens worden gebruikt en wat de plichten zijn van de instanties of bedrijven die persoonsgegevens gebruiken. De WBP stelt eisen aan de verwerking van persoonsgegevens. Een RAV-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 valt 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.

1.10 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 een brancherichtlijn opgesteld. Deze 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 mogelijk te waarborgen. Inmiddels is een groot aantal van deze eisen bij wet vastgelegd en is de brancherichtlijn daar een aanvulling op.

1.11 Wet veiligheidsregio's (Wvr)

De Wet veiligheidsregio's (Wvr) is op 1 oktober 2010 in werking getreden. De nieuwe wet vervangt de Brandweerwet uit 1985, de Wet geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen (Wghor) en de Wet rampen en zware ongevallen (Wrzo). In de wet zijn onder meer de bestuurlijke inbedding en de basisvereisten voor de organisatie van de hulpverleningsdiensten opgenomen, welke taken het bestuur van een veiligheidsregio heeft

en wat de minimumeisen zijn voor hulpverleners, zoals de regionale brandweer en geneeskundige diensten, en voor het materieel dat ze gebruiken.

Het Besluit veiligheidsregio's stelt nadere regels aan de veiligheidsregio's en de brandweer. Zo zijn er afspraken gemaakt over de zogeheten opkomsttijden van de brandweer. Voor alle functies in de veiligheidsregio zijn de kerntaken en minimumeisen vastgesteld. Zowel voor regionale brandweer, de geneeskundige diensten en een aantal multidisciplinaire functies. De regels over het personeel zijn bedoeld om de kwaliteit van de functies binnen de veiligheidsregio landelijk te garanderen. In het Besluit personeel veiligheidsregio's is vastgelegd dat de minister regels stelt voor de functies bij de brandweer, binnen de GHOR en binnen de organisatie van de rampenbestrijding en crisisbeheersing. De functies zijn uitgewerkt in de Regeling personeel veiligheidsregio's.

Bijlage 2 Nationale Beroepscode van Verpleegkundigen en Verzorgenden

Inleiding

Het professioneel handelen van ambulancezorgverleners is gebaseerd op de *Nationale Beroepscode van verpleegkundigen en verzorgenden* van de V&VN. In deze 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. Voor de samenleving als geheel en voor individuele patiënten en cliënten in het bijzonder wordt duidelijk wat men van verpleegkundigen en verzorgenden mag verwachten. De beroepscode is geformuleerd tegen de achtergrond van de *Universele verklaring van de rechten van de mens*, het *Verdrag inzake de rechten van het kind* en de *Nederlandse Grondwet*. Ook zijn de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg, de overeenkomst inzake geneeskundige behandeling uit het Burgerlijk Wetboek, Boek 7, Titel 7, Afdeling 5, de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen en de Kwaliteitswet zorginstellingen gebruikt.

Opzet beroepscode

De beroepscode is ingedeeld in vier hoofdstukken: de uitgangspunten van het beroep, de verpleegkundige/verzorgende in relatie tot de zorgvrager, in relatie tot andere zorgverleners en in relatie tot de samenleving. Deze indeling is ook de indeling van de beroepscode van de International Council of Nurses. De Nationale Beroepscode is bedoeld voor verpleegkundigen, verzorgenden, hulpverleners en andere zorgverleners. Om de leesbaarheid te bevorderen staat er in de artikelen 'als verpleegkundige/verzorgende'. In deze bijlage is de kern van de beroepscode beschreven. De volledige beroepscode is te vinden op www.venvn.nl.

1 Uitgangspunten met betrekking tot de beroepsuitoefening

- 1.1 Als verpleegkundige/verzorgende ben ik persoonlijk verantwoordelijk voor de manier waarop ik zorg verleen.
- 1.2 Als verpleegkundige/verzorgende houd ik kennis en vaardigheden die nodig zijn voor een verantwoorde beroepsuitoefening, op peil.
- 1.3 Als verpleegkundige/verzorgende verricht ik alleen handelingen die binnen de grenzen van mijn deskundigheid liggen.
- 1.4 Als verpleegkundige/verzorgende begeleid ik studenten en stagiaires verpleging en verzorging bij de ontwikkeling van hun verpleegkundige/verzorgende deskundigheid.
- 1.5 Als verpleegkundige/verzorgende ondersteun en initieer ik activiteiten ter bevordering van de kwaliteit van zorg en de ontwikkeling van het beroep.
- 1.6 Als verpleegkundige/verzorgende lever ik een bijdrage aan een veilige zorgverlening.
- 1.7 Als verpleegkundige/verzorgende lever ik mijn bijdrage aan een verantwoorde omgang met de beschikbare middelen.
- 1.8 Als verpleegkundige/verzorgende pas ik mijn sieraden, lichaamsversierende elementen en kleding aan de eisen van het beroep aan.

2 De verpleegkundige/verzorgende in relatie tot de zorgvrager

- 2.1 Als verpleegkundige/verzorgende heb ik als uitgangspunt dat iedere zorgvrager recht heeft op zorg.
- 2.2 Als verpleegkundige/verzorgende stel ik in de zorgverlening de belangen van de zorgvrager centraal.
- 2.3 Als verpleegkundige/verzorgende stem ik de zorgverlening zoveel mogelijk af op de zorgbehoeften, waarden en normen, culturele en levensbeschouwelijke opvattingen van de zorgvrager.
- 2.4 Als verpleegkundige/verzorgende zorg ik dat er een zorgrelatie met de zorgvrager (en/of zijn vertegenwoordiger) tot stand komt.

- 2.5 Als verpleegkundige/verzorgende erken en respecteer ik de rol van de zorgvrager en zijn naasten als partners in de zorg.
- 2.6 Als verpleegkundige/verzorgende zorg ik ervoor dat de zorgvrager (en/of zijn vertegenwoordiger) de door hem benodigde informatie ontvangt.
- 2.7 Als verpleegkundige/verzorgende vraag ik de zorgvrager (en/of zijn vertegenwoordiger) om toestemming, voordat ik tot zorgverlening overga.
- 2.8 Als verpleegkundige/verzorgende ga ik op verantwoorde wijze om met de verslaglegging van gegevens van de zorgvrager in het verpleegkundig of zorgdossier.
- 2.9 Als verpleegkundige/verzorgende ken ik de rechten van de zorgvrager ten aanzien van het verpleegkundig of zorgdossier en ga daar op verantwoorde wijze mee om.
- 2.10 Als verpleegkundige/verzorgende ga ik zorgvuldig om met vertrouwelijke informatie over de zorgvrager.
- 2.11 Als verpleegkundige/verzorgende respecteer en bescherm ik de privacy van de zorgvrager.
- 2.12 Als verpleegkundige/verzorgende neem ik in mijn relatie met de zorgvrager professionele grenzen in acht.
- 2.13 Als verpleegkundige/verzorgende heb ik het recht om op grond van gewetensbezwaren te weigeren om mee te werken aan bepaalde handelingen.

3 De verpleegkundige/verzorgende in relatie tot andere zorgverleners

- 3.1 Als verpleegkundige/verzorgende werk ik samen met andere zorgverleners om de zorgvrager de benodigde zorg te geven.
- 3.2 Als verpleegkundige/verzorgende respecteer ik de deskundigheid, ervaring en bijdragen van andere zorgverleners.
- 3.3 Als verpleegkundige/verzorgende overzie en bewaak ik de zorg rond de zorgvrager.
- 3.4 Als verpleegkundige/verzorgende blijf ik bij het overdragen van taken aan andere zorgverleners erop letten dat de kwaliteit van de zorgverlening aan de zorgvrager gewaarborgd is.
- 3.5 Als verpleegkundige/verzorgende neem ik in mijn relatie met andere zorgverleners professionele grenzen in acht.
- 3.6 Als verpleegkundige/verzorgende bescherm ik de zorgvrager tegen onethische, incompetente, onveilige of anderszins tekortschietende zorgverlening van andere zorgverleners.
- 3.7 Als verpleegkundige/verzorgende steun ik andere zorgverleners die zich volgens de beroepscode willen gedragen, maar daarbij problemen ondervinden.
- 3.8 Als verpleegkundige/verzorgende draag ik bij aan de ontwikkeling, implementatie en evaluatie van het beleid van de instelling of organisatie waar ik werk.

4 De verpleegkundige/verzorgende in relatie tot de samenleving

- 4.1 Als verpleegkundige/verzorgende draag ik, binnen het domein van de zorg, bij aan de bevordering van de volksgezondheid.
- 4.2 Als verpleegkundige/verzorgende werk ik mee aan wetenschappelijk onderzoek gericht op de verbetering van de volksgezondheid en de individuele zorg voor zorgvragers.
- 4.3 Als verpleegkundige/verzorgende ondersteun ik activiteiten van de beroepsgroep om voorwaarden te scheppen voor een verantwoorde beroepsuitoefening.
- 4.4 Als verpleegkundige/verzorgende verleen ik ook buiten mijn werkomgeving vanuit mijn professionele deskundigheid zorg aan iedere persoon die behoefte heeft aan spoedeisende zorg.
- 4.5 Als verpleegkundige/verzorgende draag ik bij aan de bescherming van het milieu binnen het domein van de zorg.
- 4.6 Als verpleegkundige/verzorgende zet ik mij, individueel en collectief, in voor een rechtvaardige verdeling van en verantwoorde omgang met beschikbare middelen.
- 4.7 Als verpleegkundige/verzorgende werk ik niet mee aan (commerciële) activiteiten die de onafhankelijkheid, de betrouwbaarheid en de geloofwaardigheid van mijzelf en/of van de beroepsgroep aantasten.

Bijlage 3 Een sector in ontwikkeling

1 Inleiding

In de *Nota Verantwoorde Ambulancezorg* is beschreven wat de ambulancesector verstaat onder verantwoorde ambulancezorg. De nota bevat een aantal algemene uitgangspunten en beschrijft hoe deze uitgangspunten vorm krijgen, onder andere via landelijke en sectorale afspraken. De uitgangspunten die in deze nota zijn verwoord 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. Het kan gaan om ontwikkelingen binnen de ambulancesector zelf, of ontwikkelingen binnen de zorgsector die de ambulancesector raken. De bijlage beschrijft deze ontwikkelingen en de manier waarop de ambulancesector zelf, of in samenwerking met ketenpartners, op deze ontwikkelingen inspeelt. Bijvoorbeeld door het opstellen van visiedocumenten en beleidsagenda's, het formuleren van standpunten of het inrichten van pilots. In de referentielijst onder bijlage 3 zijn de documenten te vinden die de ontwikkelingen beschrijven (bijvoorbeeld toekomststudies van adviesorganen, beleidsnotities van de overheid), en de documenten waarin de ambulancesector haar toekomstvisie en-plannen verwoordt (bijvoorbeeld position papers en toekomstagenda's). Op het moment dat deze visiedocumenten, notities, of uitkomsten van pilots leiden tot sectorale afspraken, worden ze onderdeel van de nota.

2 Ontwikkelingen binnen de zorg

2.1 Zorg op maat

Demografische ontwikkelingen, zoals ontgroening, vergrijzing, interculturalisatie, een toenemend aantal alleenstaanden en de medisch-technische behandelingsmogelijkheden 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. Steeds meer regio's en Euregio's, zoals Zuid-Limburg, Noord-Oost Groningen en Zeeuws-Vlaanderen, hebben of krijgen te kampen met een bevolkingsdaling. Maar ook andere regio's zullen hiermee de komende jaren te maken krijgen. Krimp heeft invloed op de economische dynamiek, de vraag naar goederen en diensten, de arbeidsmarkt en het ruimtegebruik.

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. 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 Mobile Intensive Care Unit (MICU), de rapid responder en de zorgambulance. Door de ontwikkeling naar 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. Tevens wordt het hiermee mogelijk om in het aanbod van werk te kunnen differentiëren in het kader van duurzame inzetbaarheid.

2.2 Ontwikkelingen rondom de meldkamer

In de vorige kabinetsperiode zijn enkele ontwikkelingen in gang gezet die van grote invloed zijn op de ontwikkelingen binnen de MKA:

- in het regeerakkoord van het kabinet Rutte I is vastgelegd dat de huidige meldkamers zullen worden gereduceerd tot één meldkamerorganisatie met drie locaties;
- het ministerie van VWS heeft de knelpunten geïnventariseerd met betrekking tot de ontwikkeling en de organisatie van acute zorg, waarvan ambulancezorg onderdeel uitmaakt;
- het kabinet heeft besloten tot een reorganisatie van de politie, waarbij de 25 politieregio's worden gereduceerd tot tien districten onder één landelijke politieorganisatie;
- het ministerie van V&J heeft, in afstemming met het ministerie van VWS en na raadpleging van het veld, in februari 2012 besloten tot de oprichting van één landelijke meldkamerorganisatie met maximaal tien locaties.
- het kabinet heeft in het verlengde van de Wet Veiligheidsregio's besloten om de regionalisatie van de brandweer in alle regio's in te zetten;
- het kabinet heeft in de Tijdelijke Wet Ambulancezorg (Twaz) opgenomen dat de RAV verantwoordelijk is voor de instandhouding van de meldkamer ambulancezorg. De Twaz is op 1 januari 2013 in werking getreden.

De belangrijkste stap in het hele proces dat de MKA raakt, is de vorming van één landelijke meldkamerorganisatie. In februari 2012 heeft het ministerie van V&J de visie op de Meldkamer van de Toekomst in een brief aan de Tweede Kamer uiteengezet. Hierin is vastgelegd in welke richting de meldkamer van de toekomst zich zal ontwikkelen. Er zullen in principe maximaal tien bovenregionale meldkamers gerealiseerd worden, die vallen onder één landelijke beheersorganisatie. Er zijn inmiddels, vooruitlopend op deze ontwikkeling, twee bovenregionale meldkamers tot stand gekomen: de Meldkamer Oost-Nederland en de Meldkamer Noord-Nederland.

De witte kolom (ministerie van VWS, de ambulancezorg en GHOR) heeft haar visie op ontwikkelingen rondom de meldkamer verwoord. Vanuit de witte kolom is het van belang dat een aantal uitgangspunten wordt gehanteerd in het opstellen van een visie op de meldkamer van de toekomst. Ten eerste zijn kwaliteit en doelmatigheid leidend, zodat de beste en uniforme zorg wordt geleverd aan degene die om zorg vraagt. Ten tweede dient te worden gekozen voor een zorgvuldig transitieproces richting schaalvergroting, zodat veranderingen soepel kunnen worden doorgevoerd. Ten derde dient voor iedere kolom helder te zijn wat multidisciplinair uitgevraagd kan en moet worden. Voor de sector ambulancezorg zijn twee zaken van primair belang, intake door een verpleegkundig centralist binnen de meldkamer ambulancezorg en zeggenschap over de bekwaamheid en de werkwijze van het personeel van de meldkamer ambulancezorg. Alleen op deze wijze kan de RAV de verantwoordelijkheid voor de kwaliteit en doelmatigheid van de ambulancezorg (en de wettelijke verantwoordelijkheid voor de instandhouding van de meldkamer ambulancezorg) waarmaken. Ten vierde mogen ontwikkelingen rond de meldkamer van de toekomst niet ten koste gaan van de integratie van de meldkamer ambulancezorg in de keten van acute zorg. Tot slot is van belang dat de witte kolom medezeggenschap heeft over de inrichting van de multiprocessen en dat de directeur RAV exclusieve zeggenschap heeft over zijn monodisciplinaire meldkamerprocessen inclusief personeel en middelen.

Onder meer de gezamenlijke uitgangspunten voor deze transitie richting de meldkamer van de toekomst en de weg waarlangs deze te realiseren is, worden vastgelegd in een Transitieakkoord meldkamer van de toekomst, dat door alle betrokken partijen wordt ondertekend.

Om de reikwijdte van de uitvraag door een multidisciplinaire centralist nader te bepalen, worden op basis van onafhankelijke data en pilots de effecten van multidisciplinaire intake getest. Binnen anderhalf jaar na ondertekening van het transitieakkoord moet duidelijk zijn hoe intake, verlengde intake en uitgifte samen tot een goede afhandeling van noodhulpvragen leiden. Dit is belangrijk om helderheid te krijgen over het effect van multidisciplinaire en monodisciplinaire uitvraag.

De ambulancezorg wil daarnaast de komende periode ook mogelijkheden creëren om pilots in te richten binnen de meldkamer ambulancezorg, al dan niet in samenwerking met ketenpartners met als doel de (acute) zorgverlening verder te verbeteren. De randvoorwaarden voor deze pilots worden door de sector gezamenlijk beschreven.

2.3 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. Binnen de traumaregio is onder andere het ROAZ verantwoordelijk voor de continuïteit van de acute zorgverlening. Dit zal uiteindelijk leiden tot ketenaftspraken over de concrete invulling van het ketenbrede zorgaanbod en de verantwoordelijkheden van verschillende partijen. Transparantie, optimale communicatie en informatie-uitwisseling, met waarborg van de privacy van cliënten, zijn eveneens belangrijke thema's waar ketenpartners elkaar (dienen te) vinden. Ten slotte is het gezamenlijk initiëren en uitvoeren van wetenschappelijk onderzoek een belangrijke ontwikkeling op het gebied van samenwerking binnen de keten. Met onderzoeksprogramma's heeft de overheid dit gestimuleerd. Maar steeds meer wordt ook het veld opgeroepen hier zelf het initiatief in te nemen. De ambulancesector heeft aan deze oproep gehoor gegeven, onder andere door een onderzoeksagenda te gaan ontwikkelen, in samenwerking met ketenpartners.

3 Ontwikkelingen op het gebied van kwaliteit

3.1 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 aan de hand van kwaliteitsindicatoren te meten en de resultaten hiervan openbaar te maken. Deze verplichting geldt bijvoorbeeld sinds 2010 voor alle GGZ- en V&VT-instellingen en de ziekenhuizen. Ook voor de ambulancezorg wordt een dergelijke lijn gesignaleerd. Zo zal de benchmark, die onderdeel uitmaakt van de Twaz, kwaliteitsindicatoren bevatten. Ook de sector zelf wil de ontwikkeling van kwaliteitsindicatoren ter hand nemen. Prestaties van de ambulancezorg worden tot op heden alleen maar in planning- en logistieke normen uitgedrukt. De sector wil de kwaliteit van de zorg met meer inhoudelijke indicatoren onderbouwen. Het Zorginstituut Nederland stimuleert vanaf 2013 het ontwikkelen van standaarden en indicatoren binnen de zorg. Als veldpartijen het af laten weten, neemt het instituut het initiatief.

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. Er zijn tal van wetten, die de rechten van cliënten regelen. De overheid heeft het voornemen deze rechten vast te leggen in een nieuwe wet, de wet Cliëntenrechten zorg. Met de Wet cliëntenrechten zorg (Wcz) wil de overheid de rechtspositie van de cliënt versterken en verduidelijken. De gedachte is dat door de regels over de relatie tussen zorgaanbieder en cliënt op te nemen in één wettelijke regeling, de rechten en plichten van beide partijen beter op elkaar afgestemd zijn. Hoewel het onduidelijk is of dit voornemen ook daadwerkelijk gerealiseerd zal worden, krijgt het gedachtegoed dat cliënten een stevige 'rol' vervullen bij de zorgverlening, in de vorm van keuzevrijheid en participatie, wel steeds meer vorm en inhoud. Het is en blijft binnen de ambulancezorg een uitdaging om patiënten meer bij de zorgverlening te betrekken. Toch gaan RAV's en de sector deze uitdaging niet uit de weg, zij blijven zoeken naar mogelijkheden. Een voorbeeld hiervan is de patiëntenkaart die binnen het patiëntveiligheidsprogramma is ontwikkeld, maar ook de ontwikkeling van een Consumer Quality'-index voor de ambulancezorg.

Veiliger maken van de zorg

Voor de overheid is het van cruciaal belang dat vermijdbare, onbedoelde schade aan patiënten tot een minimum beperkt wordt. Hiervoor zijn de afgelopen jaren door de verschillende sectoren patiëntveiligheidsprogramma's ingericht. Ook binnen de ambulancezorg is een patiëntveiligheidsprogramma opgezet. De programma's gaan uit van de eigen verantwoordelijkheid van zorginstellingen voor het implementeren van patiëntveiligheid. Patiëntveiligheid stopt niet met het eindigen van een programma. Het is belangrijk dat patiëntveiligheid zodanig is ingebed binnen de organisatie, dat het blijft leven. De uitdaging voor de sectoren zal ook zijn, dat er dwarsverbanden worden gezocht via ketenprojecten.

3.2 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 onder andere via wetenschappelijk onderzoek. Dit geldt zeker ook voor de ambulancezorg, waarin zorgverleners werken met professionele, 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. De nieuwe zorgprofessionals, zoals de verpleegkundig specialist, spelen hier een belangrijke rol in. Zowel op landelijk als op regionaal niveau wordt de samenwerking met onderzoeksinstituten en zorgketenpartners gezocht. Onder andere om te komen tot *evidence based* richtlijnen en protocollen, aan de hand waarvan optimale zorg geleverd kan worden. Een onderzoeksagenda voor de ambulancezorg, die thans wordt ontwikkeld door de sector in samenwerking met ketenpartners en andere stakeholders, dient deze ontwikkeling te ondersteunen.

4 Ontwikkelingen binnen de verpleegkundige beroepsuitoefening en het onderwijs

4.1 Herziening beroepsstructuur

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 beroepsstructuur. 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 speci-

fieke competenties voor een differentiatie (ambulancezorg). De nieuwe structuur vergroot de inzetbaarheid en flexibiliteit van verpleegkundigen binnen een deelgebied en stimuleert het ketendenken.

4.2 Taakherschikking

Een andere ontwikkeling is het herschikken van taken en het inzetten van een nieuw type professional (geen arts) die beperkt medische taken uit mag voeren. Dit heeft onder andere geleid tot een aantal nieuwe functies binnen de gezondheidszorg, zoals de verpleegkundig specialist (voorheen *nurse practitioner*) en de *physician assistant* (PA). De verpleegkundig specialist vervult taken op het gebied van *cure* en *care*: medische en verpleegkundige taken worden gecombineerd. In de nieuwe indeling van de verpleegkundige beroepen valt de verpleegkundig specialist onder artikel 14 van de Wet BIG. Daarmee is de titel 'verpleegkundig specialist' beschermd. Dit betekent dat de verpleegkundig specialist zelfstandig bevoegd is om te diagnosticeren en om een aantal voorbehouden handelingen zelfstandig te indiceren, uit te voeren en te delegeren. Voorbeelden daarvan zijn kleine chirurgische verrichtingen en het voorschrijven van medicatie. Naast de zelfstandige, medische taken vervult de verpleegkundig specialist een rol bij innovatie en toegepast wetenschappelijk onderzoek. De PA ondersteunt een arts bij het klinische werk en is daarmee voornamelijk actief in de medische patiëntenzorg. 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, bijvoorbeeld de inzet van de verpleegkundig specialist als rapid responder, in de samenwerking met huisartsen, als de consultfunctie voor collega ambulanceverpleegkundigen en bij onderzoek.

4.3 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. In 2010 zijn de eerste studenten gestart. De eerste afgestudeerden worden in 2014 verwacht. De ambulancesector staat open voor nieuwe vormen van instroom binnen de ambulancezorgverlening. Belangrijk daarbij is wel dat een nieuwe functie zoals de BMH juridisch is geborgd (in Wet BIG) en dat de BMH in staat is zelfstandig de ambulancezorg in zijn volle breedte uit te voeren.

4.4 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 minimumaantal uren heeft gewerkt (kwantitatieve eis). Registratie en herregistratie vindt plaats in het BIG-register en is verplicht. Maar werkervaring alleen is niet genoeg om patiënten en cliënten deskundig te kunnen helpen en kwaliteit te kunnen garanderen. Verpleegkundigen en verzorgenden moeten actief werken aan deskundigheidsbevordering om op de hoogte te blijven van de laatste ontwikkelingen binnen hun eigen vak. Op landelijk niveau wordt dit ondersteund vanuit de beroepsverenigingen, verenigd binnen V&VN, met 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. Sinds juni 2009 is het Kwaliteitsregister V&V gefaseerd uitgebreid met deskundigheidsgebieden. De ambulancezorg is een van deze deskundigheidsgebieden. Verpleegkundig Specialisten kennen een eigen, wettelijk verplicht kwaliteitsregister.

5 Arbeidsmarktontwikkelingen

5.1 Arbeidsmarktbeleid

De toenemende zorgvraag en het dreigende tekort aan personeel dwingt de zorgsector in de nabije toekomst verdere stappen te zetten op het terrein van de arbeidsmarkt. Verschillende studies uit 2010 laten zien dat bij ongewijzigd beleid in de komende vijftien tot twintig jaar meer dan 400.000 extra medewerkers nodig zijn in de zorgsector. Naast deze extra arbeidsvraag zal er een vervangingsvraag zijn. De vergrijzing van het zorgpersoneel en de uitstroom van ouderen uit de zorg zal toenemen. Dit alles betekent dat de zorg een groot beroep zal blijven doen op de arbeidsmarkt, terwijl door de vergrijzing en ontgroening het beschikbare personeel op die arbeidsmarkt in de nabije toekomst daalt. Vastgesteld kan worden dat de huidige arbeidsmarktpositie voor zorgwerknemers over het algemeen goed is, maar dat er in de toekomst een forse uitdaging is om de zorgvraag aan te kunnen. Door deze ontwikkelingen dreigt er dus krapte, zelfs voor een aantrekkelijke sector als de ambulancesector. De verwachting is dat de tekorten zich met name zullen manifesteren bij de verpleegkundigen en de verpleegkundig centralisten. Van de chauffeurs (en overige functies) zijn minder gegevens bekend, maar voor hen lijken er op dit moment nog geen problemen te ontstaan. Toch staat ook de ambulancesector voor de uitdaging om in toekomst over voldoende, gekwalificeerde en gezonde medewerkers te beschikken om de zorgvraag aan te kunnen. Dit vraagt om een actief arbeidsmarktbeleid, zowel op landelijk niveau als op regionaal niveau.

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 RAV's op dit vlak. Het strategisch beleid van de sector richt zich op een aantal zaken:

- het stimuleren van de instroom;
- het behoud en de doorstroom van medewerkers.

5.2 Stimuleren van de instroom

Op dit moment worden vacatures in de ambulancesector redelijk makkelijk ingevuld. Er zijn echter al wel verschillen per regio te zien. Het is daarom van belang de instroom van scholieren in de zorg en van toekomstige medewerkers in de ambulancesector te stimuleren. Het beleid van de sector richt zich op de volgende activiteiten:

- *arbeidsmarktcommunicatie*: het profileren van de ambulancesector op de arbeidsmarkt en aansluiten bij de zorgbrede arbeidsmarktagenda;
- *verbreden van instroommogelijkheden*: het ontwikkelen van nieuwe instroomtrajecten voor specialistische verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten in samenwerking met andere ketenpartners en het onderzoeken van de mogelijkheden van zij-instroom (bijvoorbeeld met behulp van EVC-beleid);
- *functiedifferentiatie*: het ontwikkelen van beleid voor functiedifferentiatie en eventuele taakherschikking. Hierdoor kunnen de carrièremogelijkheden van de zorgverleners toenemen en dit maakt het vak voor hen en voor nieuwe studenten aantrekkelijker.

5.3 Behoud en doorstroom van medewerkers

Om het huidige personeelsbestand te behouden voor de zorgsector zijn thema's als goed werkgeverschap en duurzame inzetbaarheid van belang. Het gaat hierbij om het efficiënt en effectief inzetten van personeel en om medewerkers tot op een steeds hogere leeftijd aan het werk te houden. Dit laatste al dan niet binnen de sector zelf. Meer concreet zijn de volgende activiteiten op dit terrein van belang:

- *duurzame inzetbaarheid*: werken aan duurzame inzetbaarheid van medewerkers en hierbij samenwerken in de keten;
- *mobiliteit in de sector*: het stimuleren van mobiliteit in de acute zorgsector door loopbaanbeleid, het creëren van loopbaanpaden over sectorgrenzen heen en het uitwisselen van personeel binnen de zorg;
- *benchmark over betrokkenheid van medewerkers* (bijvoorbeeld via MTO).

Een ontwikkeling die binnen het arbeidsmarktbeleid noemenswaardig is, is die van de zogeheten 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.

Samenstelling werkgroep Nota Verantwoorde Ambulancezorg

Voorzitter:

Piet Huizinga, RAV IJsselland en Ambulance Oost (namens Ambulancezorg Nederland)

Leden:

Mevrouw M. Biekart, AmbulanceZorg Rotterdam-Rijnmond (namens de Nederlandse Vereniging van Medisch Managers Ambulancezorg)

Mevrouw I. Bolt-Riepma, UMCG Ambulancezorg (namens V&VN Ambulancezorg)

De heer H. Gubbels, RAV Zuid-Limburg (namens V&VN Ambulancezorg)

De heer R. Meppelder, Connexion Ambulancezorg (namens de Nederlandse Vereniging van Medisch Managers Ambulancezorg)

De heer J. van Rhijn, RAV Hollands Midden (namens Ambulancezorg Nederland)

De heer H. van der Werff, RAV Groningen (namens Ambulancezorg Nederland)

Ondersteuning:

Mevrouw M. Hoogeveen, Ambulancezorg Nederland, secretaris

Mevrouw L. Prins, Ambulancezorg Nederland, projectondersteuning

Lijst met afkortingen

ALS	Advanced Life Support
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
BSA	Basisset Ambulancezorg
BOPZ	Wet Bijzondere Opneming in Psychiatrische Ziekenhuizen
BSN	Burger Service Nummer
BMH	Bachelor Medische Hulpverlener
CPA	Centrale Post Ambulancevervoer
CQi	Consumer Quality index
EVC	Erkenning van Verworven Competenties
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
GHOR	Geneeskundige Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen
ICN	International Council of Nurses
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
KwZ	Kwaliteitswet Zorginstellingen
MI	Managementinformatie
MICU	Mobiele Intensive Care Unit
MTO	Medewerkers Tevredenheidsonderzoek
NICU	Neonatale Intensive Care Unit
MKA	Meldkamer Ambulancezorg
MMA	Medisch Manager Ambulancezorg
MMT	Mobiel Medisch Team
OGS	Optische en geluidssignalen
OTO	Opleiden, Trainen en Oefenen
PA	Physian Assistant
PICU	Pediatrische Intensive Care Unit
RAV	Regionale Ambulancevoorziening
RI&E	Risico Inventarisatie en Evaluatie
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
RVV	Reglement Verkeersregels en Verkeerstekens
ROAZ	Regionaal Overleg Acute Zorgketen
SEH	Spoedeisende Hulpverlening
Twaz	Tijdelijke wet ambulancezorg

UBK	Uniform Begrippenkader Ambulancezorg
VIM	Veilig Incidenten Melden
VWS	Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport
WAV	Wet Ambulancevervoer
WAZ	Wet Ambulancezorg
WBP	Wet Bescherming Persoonsgegevens
Wcz	Wet cliëntenrechten zorg
Wet BIG	Wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg
WMCZ	Wet Medezeggenschap Cliënten Zorginstellingen
WGBO	Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst
Wghor	Wet Geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen
WKCZ	Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector
WTZi	Wet Toelating Zorginstellingen
Wvr	Wet Veiligheidsregio's
WvW	Wegenverkeerswet
ZvW	Zorgverzekeringswet

