

Inzet- en Cancelcriteria Mobiel Medische Teams

Herziene versie | bestuurlijk vastgesteld door LNAZ en AZN, op advies van MMT Nederland, NVMMA en V&VN ambulancezorg.

Februari 2026



Landelijk Netwerk
Acute Zorg



AMBULANCEZORG
NEDERLAND



mmt
NEDERLAND



NVMMA
Nederlandse Vereniging van
Medisch Managers Ambulancezorg

v&vn 
Ambulancezorg

INHOUD

Inleiding	3
1. Theoretisch kader	5
1.1 Inleiding	5
1.2 Achtergronden	5
1.3 Uitgangspunten	6
1.4 Wetenschappelijke onderbouwing	6
2. Praktische toepassing MMT-inzetcriteria door de MKA.....	9
2.1 Inleiding	9
2.2 Doel: Inzetcriteria praktisch toepassen	9
2.3 Situatie: info voor MKA om tot MMT-inzet te besluiten beperkt.....	9
2.4 Toestand ‘Patiënt’ en ‘Event’ filter bij besluit tot MMT-inzet	9
3. Verantwoordelijkheidsverdeling	15
3.1 Inleiding	15
3.2 Doel: inzicht verantwoordelijkheidsverdeling professionals	15
3.3 Betrokken hulpverleners/instellingen in prehospital acute fase	15
3.4 Verantwoordelijkheidsverdeling ambulancezorg, MMT en OvDG	16
4. Evaluaties.....	19
4.1 Inleiding	19
4.2 Evaluatie van de inzetcriteria	19
4.3 Herziening van het document.....	20
4.4 Evaluatie delayed inzetten	20
4.5 Tot slot.....	20
Bijlagen	22
Bijlage 1 Lijst van afkortingen	22
Bijlage 2 Evaluatiemomenten.....	23
Bijlage 3 Leden van de landelijke werkgroep	23



INLEIDING

Dit document gaat over het inzetten van de vier Mobiele Medische Teams (MMT's) in Nederland, in aanvulling op de ambulancezorg.

Op tijd en op de juiste plaats adequate zorg verlenen is bij acute situaties van groot belang. Een goede samenwerking tussen de ambulancezorg en de MMT's is van groot belang voor verantwoorde zorg. Acute zorg moet voor alle Nederlanders 24/7 op redelijke wijze beschikbaar zijn. Dit betekent dat een gelijksoortige vraag naar acute zorg op iedere plek in Nederland tot een gelijksoortige actie van medische professionals zou moeten leiden. In de prehospital fase spelen de regionale ambulancevoorzieningen (RAV's), met als integraal onderdeel de meldkamers ambulancezorg (MKA's), en de MMT's, hierbij een cruciale rol. De wijze waarop ambulances en MMT's ingezet worden is in Nederland al geruime tijd uniform geregeld. Op de MKA's zijn hiervoor twee triagesystemen in gebruik: ProQA (Professional Quality Assurance) en NTS (Nederlandse Triage Standaard).

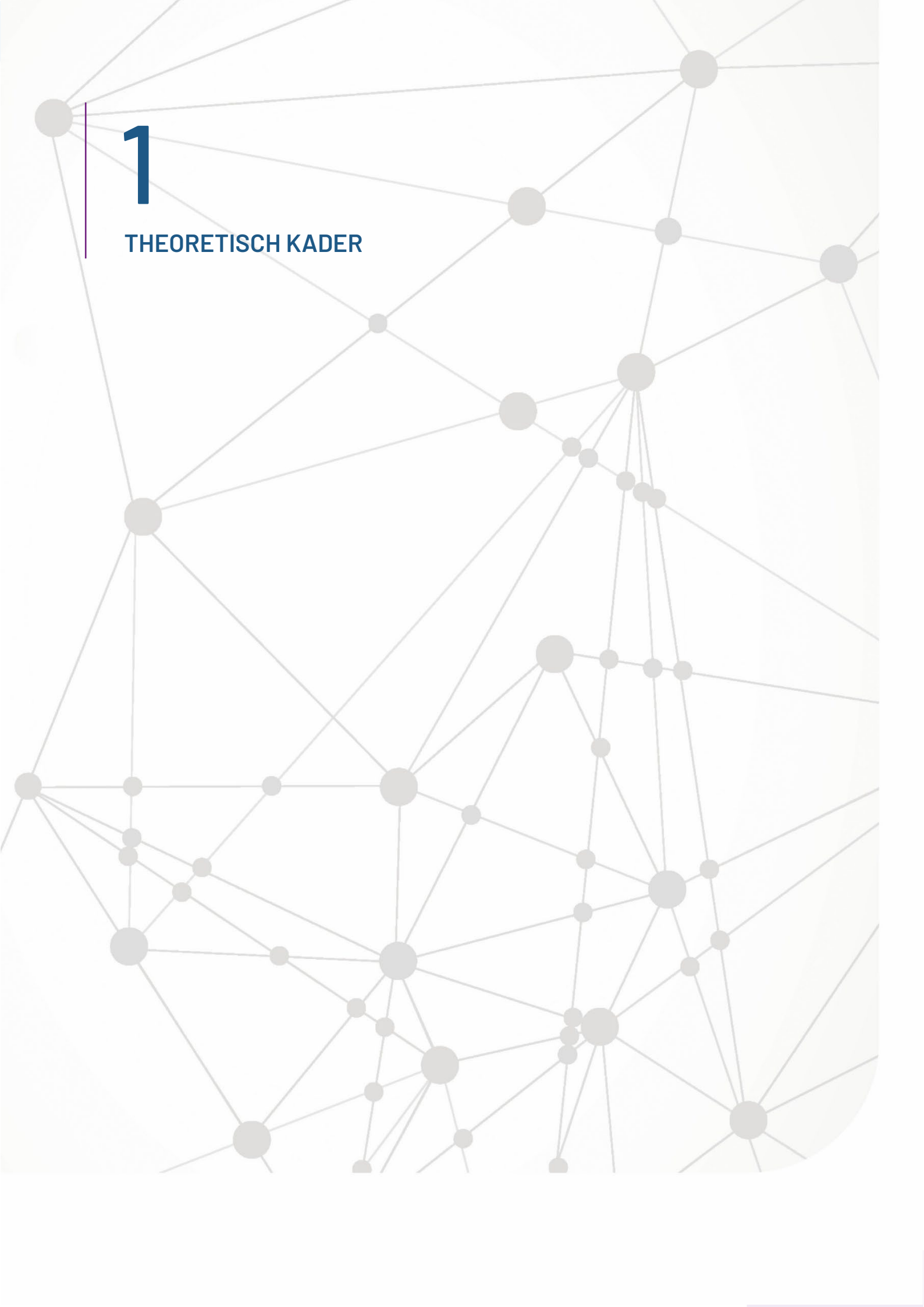
Sinds 2022 zijn de vier teams onder de naam MMT Nederland een intensieve samenwerking aangegaan. Het doel van deze samenwerking is om als één partij te acteren in de keten van de acute zorg. MMT Nederland werkt samen op de gebieden van zorg, onderzoek en opleidingen. De mogelijkheid bestaat dat er in de toekomst meer parate MMT's in Nederland gaan opereren. Deze teams worden ook onderdeel van MMT Nederland. MMT Nederland is onderdeel van het Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ).

De eerste versie van dit document (2013) beschreef de algemene inzet- en cancelcriteria voor MMT's. Deze inzet- en cancelcriteria zijn vervolgens binnen de MKA's vertaald naar inzetvoorstellen voor het MMT afhankelijk van de hulpvraag die via 112 binnenkomt. Daarnaast zijn in de eerste versie de verantwoordelijkheden van de verschillende zorgverleners beschreven. Inzicht in elkaars verantwoordelijkheden en heldere, uniforme afspraken over de verantwoordelijkheidsverdeling tussen RAV (en daarmee MKA) en MMT zijn belangrijke randvoorwaarden voor optimale samenwerking en het gebruik van de inzet- en cancelcriteria.

Deze herziene versie (2026) voorziet in een update van het document uit 2013. Diverse onderdelen zijn geactualiseerd. Daarnaast is de mogelijkheid om van een delayed inzet gebruik te maken en onder welke voorwaarden beschreven. Ook is de tabel met de toestandsbeelden geen vertaling meer, maar één op één overgenomen conform de huidige vastgestelde tabel uit de Landelijk Protocol Ambulancezorg (LPA). Tot slot is er een vorm van evaluatie en monitoring toegevoegd als ontwikkelmodel. Dit is nodig omdat de toegenomen inzetfrequentie van de MMT's maar ook de toegenomen vraag naar vergroening om een efficiënte en verantwoorde inzet van de MMT's vraagt. Het is daarom ook van belang om frequent de vertaling van de criteria naar de codes op de meldkamer te evalueren om een doelmatige inzet van middelen te kunnen blijven garanderen. Dit document geeft hiertoe een leidraad, welke in de praktijk moet worden opgepakt.

Samen streven we naar de optimale acute prehospital zorgverlening op de juiste tijd en plaats. Een periodieke evaluatie van inzet- en cancelcriteria, maar ook van de vertaling van de criteria naar de op de MKA gebruikte triagesystemen, is van groot belang voor de (kosten)effectieve inzet van de MMT's.

Dit document met de uitwerking van de inzet- en cancelcriteria voor de inzet van MMT's is vastgesteld in de Algemene Ledenvergaderingen van het Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ) en Ambulancezorg Nederland (AZN) op advies van MMT Nederland, de Nederlandse Vereniging van Medisch Managers Ambulancezorg (NVMMA) en Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland Ambulancezorg (V&VN Ambulancezorg).



1

THEORETISCH KADER



1. THEORETISCH KADER

1.1 INLEIDING

De prehospitalische spoedeisende medische hulpverlening in Nederland is gebaseerd op ambulance-hulpverlening. Eind negentiger jaren is deze zorg uitgebreid met MMT's. De wijze waarop ambulances en MMT's ingezet worden in Nederland is uniform geregeld. Dit hoofdstuk beschrijft het theoretisch kader voor de uniformering van MMT-inzetcriteria. Hiertoe wordt eerst een korte toelichting gegeven bij de achtergrond van de bevoegdheden van ambulancezorgprofessionals en MMT-artsen en wanneer zij elkaar aanvullen. Dit wordt verder uitgewerkt in hoofdstuk 4.

1.2 ACHTERGRONDEN

In Nederland is de prehospitalische ambulancezorg een systeem dat is gebaseerd op verpleegkundige hulpverlening, uitgevoerd door gespecialiseerde BIG1-geregistreerde ambulancezorgprofessionals. Op grond hiervan is een aantal specifieke bevoegdheden aan hen toegekend. Ambulancezorgprofessionals werken volgens landelijk en regionaal vastgestelde inhoudelijke protocollen. Deze protocollen worden periodiek geëvalueerd en aangepast aan de actuele stand van de wetenschap en de praktijk in de gezondheidszorg. Ambulancezorgprofessionals worden periodiek getoetst op hun parate kennis van de protocollen en de daaraan verbonden vaardigheden. De Wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (BIG), de Wet Ambulancezorgvoorzieningen (Wavz) en bijbehorende regeling en de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) vormen het juridisch kader waarbinnen de prehospitalische spoedeisende medische hulpverlening wordt uitgevoerd.

Sinds 1999 vullen de MMT's als medisch specialistisch team de ambulancezorg aan in Nederland. Deze MMT's, bestaande uit een medisch specialist en een gespecialiseerd verpleegkundige, zijn getraind en in staat om alle prehospitalische noodzakelijke handelingen uit te voeren en het ambulancepersoneel te ondersteunen bij diagnostiek en behandeling van de vitaal bedreigde patiënt.

Ambulancezorgprofessionals (daarmee bedoelen we ambulanceverpleegkundigen, medisch hulpverleners, physician assistants en verpleegkundig specialisten) zijn op grond van hun opleiding en ervaring bevoegd om een groot aantal voor de patiëntenzorg noodzakelijke handelingen te verrichten, waaronder een aantal voorbehouden en/of risicovolle handelingen. Deze zijn beschreven in de Wet BIG, diverse Algemene Maatregelen van Bestuur en het LPA. Zie het fundament voor bekwaamheid in de ambulancesector voor de uitwerking van de wet BIG en de diverse maatregelen specifiek gericht op genoemde ambulancezorgprofessionals. Op grond van hun opleiding en ervaring zijn ambulancezorgprofessionals echter niet bevoegd om handelingen te verrichten die buiten de competentie van de verpleegkundige en/of medische professie of het raamwerk van het LPA vallen, zoals het onder anesthesie brengen van patiënten, het toedienen van vasoactieve dan wel inotrope medicatie anders dan in de reanimatiesetting en een aantal invasieve heelkundige ingrepen (amputatie, chirurgische hemostase, sectio of thoracotomie/stomie). Leidraad voor het inzetten van een MMT is dat er een aanzienlijke kans aanwezig is op het moeten verrichten van bovengenoemde interventies. Daarnaast zijn ambulancezorgprofessionals voor een aantal handelingen wel bevoegd, maar kan het zijn dat op grond van opgedane ervaring (exposure) in sommige situaties niet in redelijkheid te verwachten is dat deze handelingen zonder aanvaardbaar risico op falen en complicaties kunnen worden uitgevoerd. Leidraad voor inzet van een MMT in deze gebieden van overlappende competenties is de kans op het succesvol verrichten van bovengenoemde interventies door assistentie of interventie van het MMT dat meer ervaring heeft met deze specifieke interventies.

¹ Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg



1.3 UITGANGSPUNTEN

Voor de set van inzetcriteria van een MMT gelden de volgende uitgangspunten:

- Bij inzet van zorgprofessionals is de toestand van de patiënt bepalend.
- De patiënt met instabiele vitale functies heeft recht op maximale zorg die beschikbaar en relevant is voor de behandeling van deze bedreigde vitale functies.
- De mate van zorg wordt bepaald door de ernst van de verstoring van de vitale functies op zich. Onderliggende oorzaken van deze verstoring zijn van secundair belang maar kunnen medebepalend zijn voor de mate van zorg die gewenst is.
- MMT-zorg is uitbreiding met medisch specialistische zorg van de bestaande ambulancezorg, die zich met name richt op behandeling van de ernstige verstoringen van de vitale functies. Het MMT kent hierbij geen beperkingen door voorbehouden handelingen en kan de geneeskunde in volle omvang aanwenden bij de behandeling.

Dit houdt in dat voor de landelijke MMT-inzetcriteria de toestand van de patiënt leidend is. De omstandigheden waar de patiënt zich in bevindt (o.a. aard ongeval en locatie) zijn hieraan ondergeschikt. Wel is de factor tijd die nodig is om het MMT ter plaatse bij de patiënt te krijgen, medebepalend voor de inzet van het MMT.

1.4 WETENSCHAPPELIJKE ONDERBOUWING

Om optimaal gebruik te maken van de mogelijkheden van het Nederlandse systeem met ambulances en MMT's is het noodzakelijk om goede afspraken te maken over wanneer een MMT wordt ingezet. Hiervoor is gekeken naar de internationale ervaring die is opgedaan binnen de verschillende systemen op het gebied van spoedeisende hulpverlening. Zowel over het Amerikaanse op 'paramedic' gebaseerde systeem, als over het Europees Duitstalige op artsen gebaseerde systeem, is veel literatuur aanwezig. Indien men deze literatuur kritisch bekijkt ziet men evenveel pro- als con- conclusies voor beide systemen. Deze conclusies leveren veelal kritiek op het andere systeem en bevestigen het gelijk van het eigen systeem. Hoewel het Nederlandse prehospital systeem voor spoedeisende medische hulpverlening niet zondermeer vergelijkbaar is met andere systemen (systemen die of nooit of juist altijd een arts in de hulpverlening betrekken), is uiteraard de zorgbehoefte van de patiënt met vitaal bedreigde levensfuncties in principe gelijk.

Na literatuurstudie kan worden geconcludeerd dat op dit moment met uitzondering van bewusteloosheid (Ringburg et al.1) nauwelijks evidence based inzetcriteria aanwezig zijn voor MMT's. De geformuleerde inzetcriteria zijn dan ook veelal gebaseerd op de beschikbare expert opinion en de ervaring van de hulpverleners (level 4 evidence).

Uit de literatuur komt wel een duidelijk beeld naar voren over welke interventies in diagnostiek en behandeling meerwaarde opleveren voor de patiënt (factor: nut van interventie). Het merendeel van de onderbouwingen is echter voornamelijk gebaseerd op klinisch uitgevoerde studies. Het aandeel van preklinische studies is tot op heden nog zeer beperkt. Zoals eerder gesteld zal daarom de kans op het moeten verrichten van de medisch-specialistische interventies leidraad moeten zijn voor het inzetten van een MMT.

Daarnaast blijkt ook uit de literatuur dat het van groot belang is om, als de inzet van het MMT noodzakelijk is, deze zo vroeg mogelijk in de hulpverlening op te starten (tijdsfactor). De inzetcriteria dienen dus voor de MKA-centralist helder en eenduidig te zijn om het primair inzetten te kunnen faciliteren. Het gaat bij de inzet van een MMT echter niet alleen om de interventie op zich. Ook de ervaring van hulpverleners met de verschillende interventies blijkt in de praktijk medebepalend te zijn voor de uitkomst (ervaringsfactor). Ook hierover is echter nog weinig gepubliceerd wat de wetenschappelijke toets der kritiek kan doorstaan. Veelal betreft het vergelijkingen binnen een systeem en geen vergelijking van verschillende systemen met elkaar.



Meldkamercentralisten hanteren de D-A-B-C-E methodiek. De D wordt naar voren gehaald omdat uit de literatuur blijkt dat al dan niet bestaande bewusteloosheid een zeer betrouwbare indicator is voor de ernst van de toestand van de patiënt (Ringburg et al.). Daarom is gekozen om de systematiek enigszins aan te passen met de slogan: 'Bewust A-B-C-D-E', waarbij na het uitvragen van het bewustzijn het overige deel van de neurologische anamnese volgens de ABCDE-systematiek wordt uitgevraagd.

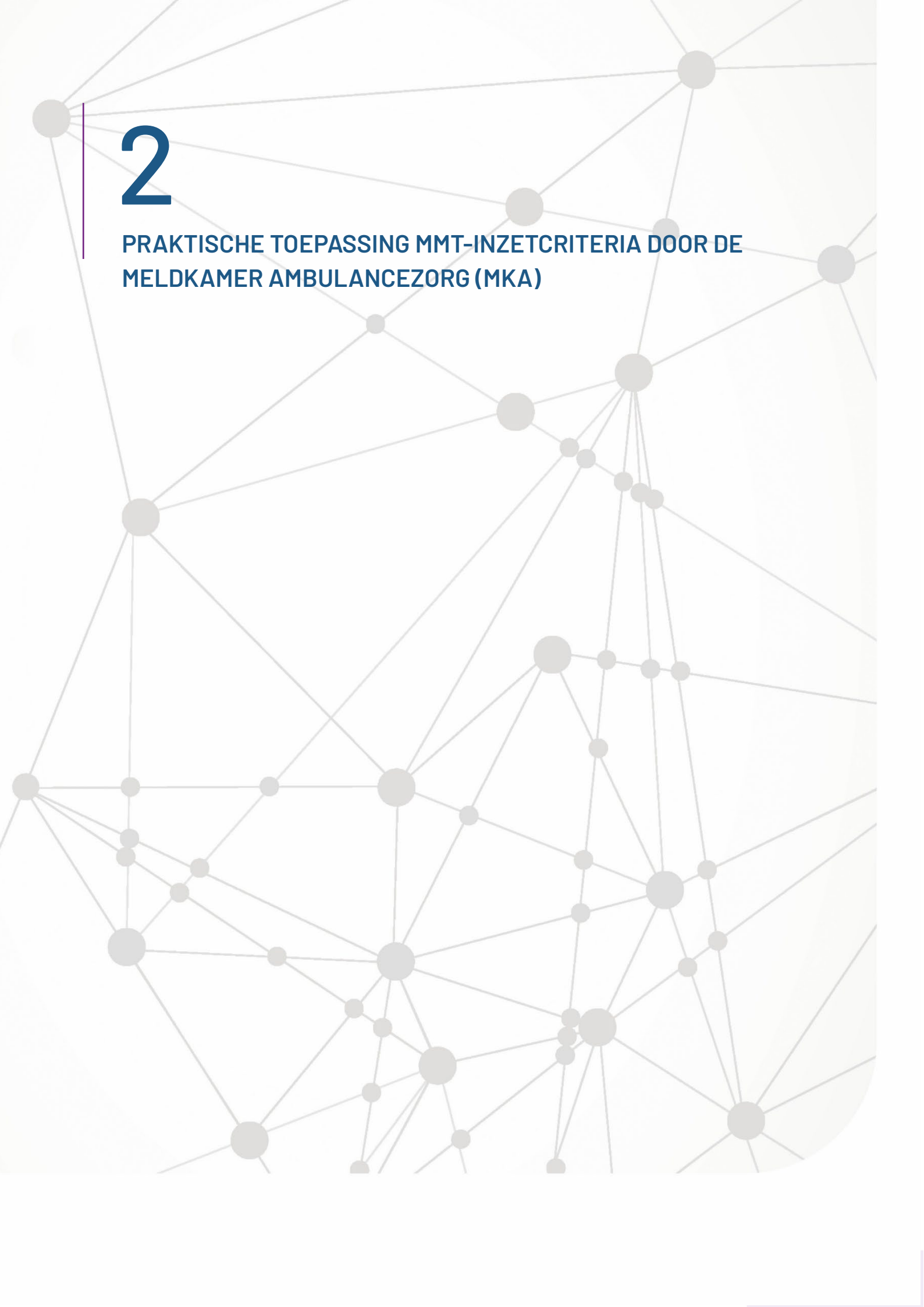
Op basis van bovenstaande uitgangspunten, wetenschappelijk onderzoek en de expert opinion zijn inzet- en cancelcriteria opgesteld op basis waarvan een MMT in Nederland op uniforme wijze kan worden ingezet. Deze criteria worden in hoofdstuk 3 nader toegelicht.

Literatuur

Ringburg AN. Helicopter Emergency Medical Services; Effects, Cost and Benefits. Rotterdam: Erasmus Medisch Centrum; 2009.

Landelijk Protocol Ambulancezorg (LPA). Ambulancezorg Nederland; app versie 3.2.6/3206 P (content revisie 8028).

MMT Nederland, Richtlijnen 2022 (2e, herziene druk, 2023)

A background network diagram consisting of numerous grey circular nodes of varying sizes connected by thin grey lines, creating a complex web-like structure. The nodes are distributed across the page, with some clusters and many isolated connections.

2

PRAKTISCHE TOEPASSING MMT-INZETCRITERIA DOOR DE MELDKAMER AMBULANCEZORG (MKA)



2. PRAKTISCHE TOEPASSING MMT-INZETCRITERIA DOOR DE MKA

2.1 INLEIDING

In het vorige hoofdstuk is het theoretisch kader voor de inzetcriteria voor een MMT in de acute prehospitalale zorg beschreven inclusief een aantal uitgangspunten. Het staat vast dat bij een primaire inzet van een MMT eenvoudig te hanteren criteria noodzakelijk zijn voor het werkproces in de meldkamer. Door de MKA-centralist moet in een beperkte tijdspanne op basis van de tijdens de melding verkregen informatie worden bepaald of er sprake is van een noodzaak tot directe inzet van het MMT. Dit hoofdstuk richt zich daarom op de toepassing van deze set inzet- en cancelcriteria. Hierbij wordt niet ingegaan op de secundaire inzet van een MMT, die kan plaatsvinden nadat de ambulance-eenheid ter plaatse is.

2.2 DOEL: INZETCRITERIA PRAKTISCH TOEPASSEN

Dit hoofdstuk heeft als doel de inzetcriteria praktisch toepasbaar te maken voor de MKA-centralist. Hierbij wordt in ogenschouw genomen dat in Nederland op de meldkamers ambulancezorg twee uitvraag-methodieken worden gehanteerd. Dit hoofdstuk biedt daarom een algemene leidraad voor het hanteren van de inzetcriteria MMT.

2.3 SITUATIE: INFO VOOR MKA OM TOT MMT-INZET TE BESLUITEN BEPERKT

Het besluit van de MKA-centralist om een MMT primair in te zetten wordt gedaan op basis van de telefonische melding. Bij telefonische triage kan de centralist MKA slechts in beperkte mate inzicht krijgen in de situatie ter plaatse, omdat (in de huidige situatie) alleen hoorbare en geen visuele informatie per telefoon beschikbaar is voor het bepalen van de urgentie. Daarnaast is de centralist bij deze triage afhankelijk van de omschrijving door de melder, die in meer dan de helft van de meldingen leek is en geen ervaring heeft met omschrijving van medische toestandsbeelden. De beperkte informatie bij deze telefonische triage vormt een complicerende factor bij het hanteerbaar maken van criteria voor primaire inzet van een MMT.

Bij het besluit tot inzet van een MMT kan een spanningsveld worden ervaren, waarbij de centralist aan de ene kant te maken heeft met beperkte informatie uit de telefonische triage en aan de andere kant met de hoogwaardig toegevoegde waarde van een MMT. Een te lage drempel voor het inzetten van een MMT kan ten eerste leiden tot meer cancels (annuleringen van het MMT, omdat na aankomst van de ambulance blijkt dat de ernst van de situatie meevalt). Ten tweede ontstaat een grotere kans dat een MMT bij meerdere inzetten tegelijkertijd nodig is. Een te hoge drempel voor het inzetten van een MMT kan echter mogelijk negatieve gevolgen hebben voor de patiëntenzorg. In dergelijke gevallen bestaat het risico dat patiënten noodzakelijke zorg wordt onthouden. Binnen de meldkamers bestaat dus behoefte aan eenvoudig hanteerbare criteria voor de inzet van het MMT die – op basis van beperkte informatie – leiden tot een tijdige inzet voor het juiste type patiënten.

2.4 TOESTAND 'PATIËNT' EN 'EVENT' FILTER BIJ BESLUIT TOT MMT-INZET

De oproepen op de meldkamer voor ambulancezorg wordt via de verbeterde urgentie-indeling (2024) gedaan (zie [Urgentie-indeling | Ambulancezorg Nederland](#)). Het criterium bewusteloosheid is een belangrijke factor, die vrijwel altijd leidt tot spoedeisende ambulancezorg (A0: directe inzet met grootst mogelijke speed / A1: directe inzet met speed). Bij de afweging om het MMT in te zetten is het criterium bewusteloosheid echter een te grof filter om een onmiddellijke inzet van een MMT te rechtvaardigen. Om te komen tot een efficiënte inzet van het MMT zal het filter dus moeten worden verfijnd, waarbij aanvullende vragen in een logische volgorde noodzakelijk zijn. Het filter voor deze verfijning bestaat uit twee stappen:

- 1. Vragen gericht op toestandsbeelden met betrekking op de 'Patiënt'
- 2. Vragen gericht op toestandsbeelden met betrekking op het 'Event'



2.4.1 Toestand van de patiënt

Uitgaande van de Bewust-A-B-C-D-E methodiek blijkt vooral dat de combinatie van bewusteloosheid en een A, B, C, D of E probleem een duidelijke indicatie is voor inzet van een MMT. Ook wanneer bewusteloosheid ontbreekt als toestandbeeld, maar er wel sprake is van een duidelijke aanwezigheid van een afzonderlijk A, B, C, D of E probleem zoals beschreven in de MMT-inzetcriteria, is er een duidelijke indicatie voor inzet van een MMT. In tabel 1 is de Bewust-A-B-C-D-E methodiek nader uitgewerkt voor de specifieke MMT-inzetcriteria. Deze tabel is opgesteld vanuit MMT-zorgperspectief. De criteria moeten worden verwerkt in het uitgiftesysteem van de meldkamercentralist (ingangsklachten in NTS of Landelijke Urgentie Tabel (LUT) van ProQa).

Tabel 1 Toestandsbeelden gerelateerd aan patiënt die mogelijk in aanmerking komen voor inzet van een MMT (o.b.v. LPA)

INZET	CRITERIUM
A (irway):	■ acuut bedreigde ademweg met noodzaak tot intubatie anders dan bij reanimatie volwassenen
B (reathing):	■ acuut respiratoir falen, intubatie en beademing onder medicatie is geïndiceerd ■ ernstige afwijkingen ademfrequentie ■ thoraxtrauma met SpO₂ < 96%, ondanks 5 minuten toediening Fio₂ 1,0
C (irculation):	■ persisterende shock klasse III of hoger ■ circulatoir falen waarvoor herhaald vasoactieve medicatie nodig is ■ (dreigend) circulatoir arrest pasgeborene, kind, zwangere
D (isability)	■ bewusteloosheid of dalend bewustzijn tijdens contact met patiënt (GCS ≤ 8) ■ (dreigende) dwarsleasie ■ status epilepticus, niet reagerend op medicatie volgens protocol, waarbij uitbreiding van medicatie en behandeling noodzakelijk is. ■ (trauma)patiënt met verdenking intracraniële drukverhoging omwille van beperking van secundaire hersenschade. ■ (trauma)patiënt met indicatie op specialistische pijnbestrijding / anesthesie
E (xposure)	■ letsel met (open en/of gesloten) fracturen aan bovenbeen, bekken en/of wervelkolom, ontstaan bij ernstig ongevalsmechanisme zoals hoge snelheid ■ schotwonden, ernstige slag- of steekwonden aan schedel, borstkas of buikholte ■ brandwonden >15% TVLO (totale lichaamsoppervlakte) ■ ernstige onderkoeling <32 gr kerntemperatuur. Met (dreiging) indicatiestelling voor extracorporele ondersteuning



	■ hitteberoerte ■ specifieke intoxicaties ■ <i>cyanide-intoxicatie vanwege beschikbaarheid anti-dotum</i> ■ <i>hydroxocobalamine natriumnitriet-/natriumazide intoxicatie vanwege beschikbaarheid anti-dotum methyleenblauw</i> ■ indicatie voor specialistische diagnostische en therapeutische interventies
CANCEL	CRITERIUM
	■ de vitale functies (ABCD) zijn niet afwijkend: ■ Revised Trauma Score (RTS)= 12 ■ Eye opening, best Motor response, best Verbal response (EMV) = 15 ■ patiënt is overleden

2.4.2 Event

Vervolgens wordt gekeken naar de criteria die relateren aan het 'Event'. Hiervoor geldt de voorwaarde dat een niet-medisch geschoolde melder in staat moet zijn om deze met een hoge mate van betrouwbaarheid door te geven aan de centralist.

Hieronder staan de toestandsbeelden die gerelateerd zijn aan een event en leiden tot een primaire MMT-inzet, zeker als er daarbij sprake is van een bewusteloze patiënt of als de situatie evident zeer ernstig is en het nog niet bekend is of er al dan niet sprake is van een bewusteloze patiënt/patiënten (zie tabel 2).

Tabel 2 Toestandsbeelden gerelateerd aan het 'Event' die mogelijk in aanmerking komen voor primaire inzet van een MMT

TOESTANDSBEELD GERELATEERD AAN HET 'EVENT'
■ verloskundige complicaties ■ ongeval met of tegen trein/tram/vrachtwagen/bus/vliegtuig/schip ■ ongeval met personenauto met hoge snelheid waarbij patiënt weggeslingerd is en/of één of meerdere ernstig gewonden/ overledenen zijn ■ beknelling, bedelving of verdrinking ■ ongevallen met (laag- of hoogspanning) elektriciteit inclusief blikseminslag ■ explosie met verwacht een of meerdere ernstig aangedane slachtoffers ■ chemische, toxische en nucleaire incidenten waarbij uitgebreidere medische expertise en behandeling nodig zijn, die (mogelijk) buiten LPA 9 vallen ■ intoxicaties met industriële toxines zoals landbouwbestrijdingsmiddelen ■ grote brand met ingesloten personen ■ duikongevallen, waarbij medisch specialistisch expertise tijdens behandeling en/of transport naar een duikmedisch centrum noodzakelijk is



Naast bovengenoemde toestandsbeelden gerelateerd aan 'Patiënt' en 'Event' zijn er enkele logistieke situaties waarbij het zinvol kan zijn om het MMT in te zetten:

Tabel 3 Logistieke toestandsbeelden gerelateerd aan het 'Event' die mogelijk in aanmerking komen voor primaire inzet van een MMT

LOGISTIEKE TOESTANDSBEELDEN GERELATEERD AAN HET 'EVENT'
■ aankomst ambulance A0 en A1 urgentie op gegeven adres/locatie duurt langer dan 30 minuten ■ ongevals- of ophaallocatie is over de weg moeilijk of niet bereikbaar, overweeg inzet SAR-helikopter indien MMT niet dichtbij kan landen omwille van hoisten (van SAR-teamleden) ■ verkorten transporttijd bij lange rijtijd over de weg bij instabiele patiënten

Opmerking

Bij betrokkenheid van kinderen jonger dan 16 jaar, andere risicogroepen zoals zwangeren en ouderen ouder dan 75 jaar en in geval van twijfel kan de MKA het MMT laagdrempelig inzetten of ervoor kiezen af te wachten tot aankomst van de eerste ambulance en op basis van hun inschatting alsnog het MMT te alarmeren.

2.4.3 Delayed inzetten

Er zijn meldingen die voldoen aan bovenstaande voorwaarden voor primaire inzet, maar waarbij op basis van historische data bekend is dat de kans zeer groot is dat het MMT niet ter plaatse zal komen. Om zorgvuldig met de beschikbare middelen om te gaan bestaat de mogelijkheid van een 'delayed inzet'. Bij een delayed inzet wordt het MMT door de MKA ingezet en zoals gebruikelijk vervolgens gekoppeld in de gespreksgroep. Het verschil met een reguliere inzet is dat het MMT op grond van een aantal factoren en in overleg met de (aanrijdende) ambulances en MKA besluit zich nog niet in de richting van het incident te begeven. Het MMT blijft na het inmelden bij de betrokken meldkamer op de thuisbasis en luistert mee in de geschakelde gespreksgroep. Op basis van informatie die nader beschikbaar komt (m.n. de SITRAP³ van de eerste ambulance) besluit het MMT alsnog ter plaatse te gaan, of de inzet te cancellen.

Voorwaarden om te mogen kiezen voor een delayed inzet zijn:

- verwachte tijd tot aankomst MMT > 20 minuten;
- én aanrijtijd ambulance naar patiënt < 10 minuten (m.a.w. korte wachttijd op een SITRAP);
- én een rendez-vous is geen reële optie, rekening houdend met de locatie en situatie van de patiënt en de locatie van een geschikt ziekenhuis.

Het is niet zo dat indien aan bovenstaande voorwaarden voldaan is, altijd een delayed inzet zal volgen. Indien de aard van de situatie doet vermoeden dat het wel wenselijk is dat het MMT direct ter plaatse gaat, zal het MMT hiervoor kiezen.

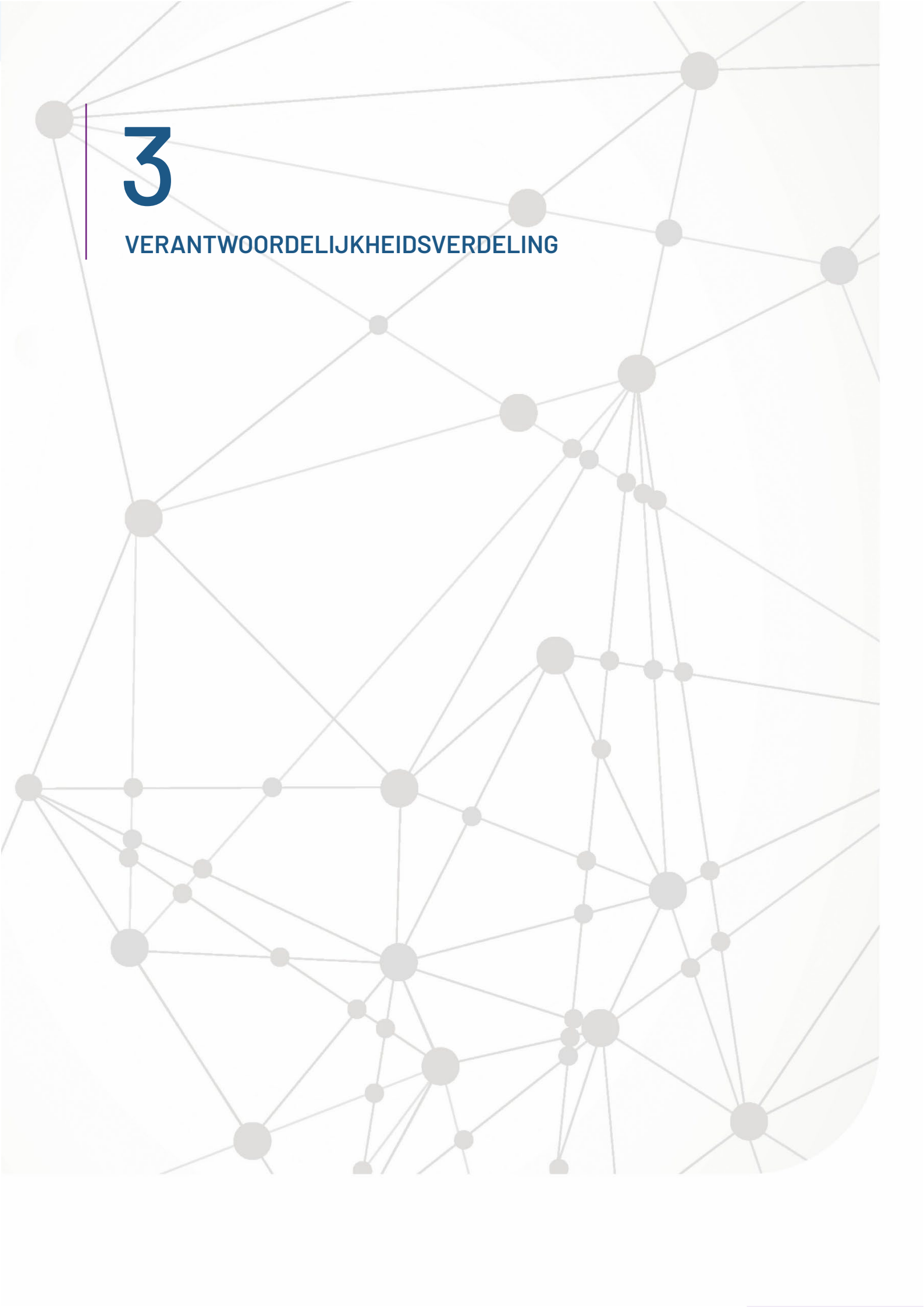
Het initiatief tot een delayed inzet wordt genomen door de betrokken MMT-arts en vervolgens afgestemd met de betrokken MKA en ambulancezorgprofessionals. Op deze manier is voor de betrokken ambulancezorgprofessionals ook gelijk helder dat indien het MMT toch gewenst is een snelle SITRAP zal moeten worden gegeven.

Het MMT geeft ook aan de 'eigen' meldkamer door wanneer er sprake is van een delayed inzet en geeft ook door als men later besluit alsnog ter plaatse te gaan. In de tussenliggende fase (wachttijd) overlegt de



meldkamer met het MMT als er een nieuw verzoek tot MMT inzet binnenkomt, waarbij het uiteindelijke besluit om de delayed inzet te cancellen en de nieuwe inzet te accepteren wordt genomen door de MMT-arts.

De verantwoordelijkheidsverdeling tussen ambulancezorgprofessionals en MMT-arts bij een delayed inzet is identiek aan de situatie bij een reguliere inzet. Deze verantwoordelijkheden worden in het volgende hoofdstuk beschreven.

A complex network diagram with numerous grey circular nodes of varying sizes connected by thin grey lines, forming a web-like structure across the entire page. A vertical purple line is positioned to the left of the page number.

3

VERANTWOORDELIJKHEIDSVERDELING



3. VERANTWOORDELIJKHEIDSVERDELING

3.1 INLEIDING

Bij acute ketenzorg zijn zorgaanbieders in de witte kolom erop gericht om hun activiteiten op een zodanige wijze af te stemmen zodat zij zo spoedig mogelijk, de juiste zorg kunnen verlenen om overlijden of irreversibele gezondheidsschade als gevolg van de acute levensbedreigende aandoening of van een ongeval te voorkomen. Bij het bieden van acute zorg vindt altijd samenwerking plaats tussen verschillende zorgverleners. Cruciale onderdelen hierbij zijn de wijze van samenwerking en de overdracht van patiënten van de ene hulpverlener aan de andere. Dat geldt niet alleen binnen de muren van een ziekenhuis, maar vooral ook voor acute zorg die wordt gevraagd buiten het ziekenhuis. De samenwerking tussen RAV (met MKA en rijdende dienst) en een MMT vormen hierop geen uitzondering.

Dit hoofdstuk geeft inzicht in de onderlinge verantwoordelijkheid tussen de betrokken professionals bij inzet en cancels van een MMT. Als bron zijn in 2013 de bestaande documenten van de vier MMT-regio's gebruikt die zij gebruikten in samenwerking met de RAV in hun regio. Hieronder volgt een actualisatie van de situatie in 2013. In dit hoofdstuk wordt de doelstelling geformuleerd en wordt vervolgens beschreven welke hulpverleners een rol spelen in de prehospital acute zorgketen. Tenslotte wordt ingegaan op de verantwoordelijkheden en verantwoordelijkheidsverdeling bij inzetten en cancels van een MMT.

3.2 DOEL: INZICHT VERANTWOORDELIJKHEIDSVERDELING PROFESSIONALS

Dit hoofdstuk geeft inzicht in welke professionals van welke disciplines op welk moment verantwoordelijk zijn voor de zorgverlening in de prehospital acute fase. Uitgangspunt hierbij is steeds de patiënt te kunnen garanderen, dat hij in kwalitatief opzicht zo snel mogelijk de beste zorg ontvangt en dat tijdens een incident elke hulpverlener op de hoogte is van de verantwoordelijkheidsverdeling en de verdeling van de beslissingsbevoegdheid.

3.3 BETROKKEN HULPVERLENERS/INSTELLINGEN IN PREHOSPITALE ACUTE FASE

In de zorgketen waar hulp wordt verleend aan traumapatiënten en non-traumapatiënten spelen verschillende actoren een rol:

3.3.1 Meldkamer ambulancezorg

De vraag naar acute geneeskundige zorg vangt aan bij de meldkamer ambulancezorg, die integraal onderdeel uitmaakt van de regionale ambulancevoorziening. De MKA-centralist heeft een belangrijke regisserende rol bij de samenwerking. De MKA-centralist bepaalt of en zo ja, op welke wijze de ambulancezorg wordt ingezet (noot: Wet Ambulancezorg (Wazv)). De MKA-centralist is verantwoordelijk voor een verantwoorde uitvoering van het proces van intake, indicatiestelling, zorgtoewijzing, -zorgcoördinatie en zorginstructie. De MKA-centralist hanteert centraal vastgestelde protocollen, eventueel aangevuld met regionale afspraken.

3.3.2 Ambulancezorg

De RAV is eindverantwoordelijk voor het ambulancezorgproces. Dit proces start bij de melding op de MKA en eindigt bij de overdracht, bijvoorbeeld aan het ziekenhuis. Voor de medisch inhoudelijke aspecten van de ambulancezorg is de medisch manager ambulancezorg (MMA) eindverantwoordelijk.

Ambulancezorgprofessional is een verzamelterm voor alle zorgprofessionals die werkzaam zijn in de ambulancezorg. De ambulancezorgprofessional is in dienst van de RAV, is betrokken bij de directe ambulancezorg voor patiënten en heeft een wettelijk of sectoraal erkende beroepsopleiding met goed gevolg afgerond. De professional verleent beroepsmatig diagnostiek, begeleiding of behandeling aan een patiënt. Ambulancezorgprofessionals zijn sterk bepalend voor de kwaliteit van de ambulancezorg. Dit stelt hoge eisen aan hun bekwaamheid en deskundigheid. Deze eisen zijn wettelijk ingekaderd of vastgelegd in landelijke



kaders. Voor een uitgebreidere toelichting verwijzen we naar het Fundament bekwaamheid in de ambulancezorg (2024). Zo nodig kan de ambulancezorgprofessional ruggenspraak houden met de MMA die 24/7 bereikbaar is. De ambulancechauffeur assisteert de ambulancezorgprofessional bij de zorgverlening ter plaatse, draagt zorg voor een veilige werkplek en speelt een belangrijke rol bij de communicatie met MKA en de ketenpartners. Ook is de chauffeur verantwoordelijk voor het veilig vervoeren van de patiënt. De ambulancezorg werkt met de Landelijke Protocolen Ambulancehulpverlening (LPA). In het kader van regionale (samenwerkings-) afspraken kunnen in aanvulling op het LPA regionale protocollen worden gehanteerd.

3.3.3 Mobiel Medisch Team

Het MMT beschikt over een helikopter en een speciaal toegerust voertuig voor zeer acute situaties waarbij specialistische zorg nodig is in aanvulling op ambulancezorg. Het team bestaat, naast de piloot of chauffeur, altijd uit een gespecialiseerde arts en een gespecialiseerde verpleegkundige. Het MMT werkt met de 'Richtlijnen voor Mobiele Medische Teams in Nederland' die uitgaan van de LPA-richtlijnen van de ambulancezorg en hierop aanvullend en afhankelijk van de specifieke hulpverleningssituaties afwijkend kunnen zijn.

3.3.4 Geneeskundige Hulpverleningsorganisatie in de Regio (GHOR)

De GHOR kent de zogenaamde Officier van Dienst Geneeskundig (OvDG), die bij een opgeschaalde situatie (grotere ongevallen, rampen e.d.) wordt ingeschakeld om op de plaats van het incident de hulpverlening te coördineren. Omdat de OvDG in de praktijk veel wordt ingezet bij grotere ongevallen, wordt deze functionaris meegenomen in de beschrijving van de verantwoordelijkheidsverdeling. De OvDG hanteert, evenals de ambulancezorg en het MMT, landelijke protocollen. Deze protocollen zijn afgestemd op de landelijke protocollen ambulancezorg. De OvDG kan worden ingezet onder verantwoordelijkheid van de RAV of van de GHOR. Vanaf GRIP 1² valt de inzet van de OvDG onder de verantwoordelijkheid van de GHOR, zonder GRIP opschaling ligt de verantwoordelijkheid bij de RAV.

3.4 VERANTWOORDELIJKHEIDSVERDELING AMBULANCEZORG, MMT EN OVDG

De zorgprofessionals in de acute zorg hebben allen hun eigen verantwoordelijkheid. Het is van belang om hiervan op de hoogte te zijn. Bij een oproep van een MMT komen meerdere disciplines samen bij een incident. Afspraken over de verdeling van de verantwoordelijkheden en bevoegdheden voorkomt onduidelijkheid en misverstanden. In deze paragraaf is de verantwoordelijkheidsverdeling bij inzetten en cancels van een MMT verder uitgewerkt.

3.4.1 Verantwoordelijkheid bij primaire MMT-inzet

In de wet zijn geen specifieke bepalingen opgenomen over de verantwoordelijkheid voor de primaire inzet van het MMT. Voor de inzet van ambulances zijn wel wettelijke bepalingen vastgelegd. Het inzetten van een MMT is bedoeld ter aanvulling op de ambulancezorg.

De MMT's en RAV's hebben gezamenlijk besloten dat het een logische keuze is de wettelijke bepalingen voor de ambulancezorg te volgen. Dit betekent dat, in navolging hiervan, de MMA's van de MKA's in samenspraak met de MMT's bepalen aan welke inzetvoorstellen het MMT wordt toegevoegd. Daarbij is het van groot belang, dat de MKA-centralist beschikt over heldere inzetcriteria voor de inzet van het MMT. Voor de inzetcriteria geldt het landelijk overzicht zoals beschreven in dit document. Tevens kunnen er regiospecifieke aanvullende inzetcriteria bestaan, die door de betrokken RAV-directies en het regionale MMT zijn vastgesteld en bij de meldkamer(s) bekend gemaakt zijn. De MKA-centralist is verantwoordelijk voor de juiste toepassing van deze inzetcriteria.

² Grip betekent Gecoördineerde regionale incidentenbestrijdingsprocedures. Er zijn vier Grip-niveaus: [Gecoördineerde Regionale Incidentbestrijdingsprocedure - Wikipedia](#)



3.4.2 Verantwoordelijkheid bij secundaire MMT-inzet

Van een secundaire inzet is sprake, indien de ambulancezorgprofessional en/of de OvDG de inzet van het MMT nodig achten. Bij een secundaire inzet zijn er al bekwaame hulpverleners ter plaatse. Zij bepalen ter plekke de indicatie en de urgentie aan de hand van bestaande afspraken (landelijk en eventueel regionaal). De aanvraag voor een secundaire MMT-inzet wordt gericht aan en loopt via de MKA-centralist. Daarnaast is ook sprake van een secundaire inzet wanneer de ambulancezorgprofessional nog niet ter plaatse is, maar hij op basis van de informatie van de MKA-centralist een MMT-inzet nodig acht. De MKA-centralist geeft uitvoer aan dit verzoek.

3.4.3 Verantwoordelijkheid voor het annuleren van het MMT

Wanneer de ambulancezorgprofessional of OvDG ter plaatse is en oordeelt dat de situatie niet aan de inzetcriteria voor een MMT voldoet, terwijl het MMT al is ingezet, wordt middels een SITRAP aangegeven dat het MMT geannuleerd kan worden. De zorgverleners ter plaatse zijn verantwoordelijk voor een directe en ter zake kundige SITRAP, met betrekking tot aard incident, toestand patiënt, werkplek- en tijds criterium. De MMT-arts is verantwoordelijk om zich op grond van de door de ambulancezorgprofessional/OvDG aangedragen SITRAP ervan te vergewissen of de inzet van het MMT noodzakelijk blijft dan wel dat die kan worden afgebroken. Wanneer de MMT-arts na aanvullend overleg en op grond van de hem aangereikte informatie besluit om toch ter plaatse te gaan, deelt hij deze beslissing mee aan de ambulancezorgprofessional met opgave van redenen. Als de patiënt reeds transport gereed is kan een rendez-vous worden afgesproken om delay te voorkomen, of kan in overleg tussen ambulancezorgprofessional, MMT-arts en OvDG besloten worden dat de ambulance naar een geschikt ziekenhuis gaat vervoeren.

3.4.4 Verantwoordelijkheid ter plaatse: MMT-arts versus ambulancezorgprofessional

De MMT-arts besluit, in samenspraak met ambulancezorgprofessionals en indien nodig na overleg met de MKA-centralist, naar welk ziekenhuis de patiënt wordt vervoerd en welk vervoersmiddel daarvoor ingezet zal worden.

3.4.5 Verantwoordelijkheid voor de overdracht

De overdracht is van wezenlijk belang voor de kwaliteit en de continuïteit van de zorgverlening. Verschillen in bekwaamheden van zorgverleners en medici mogen niet van invloed zijn op de kwaliteit van de overdracht. Iedere hulpverlener, ongeacht opleiding en ervaring, is bij de overdracht gelijk. De feitelijke overdracht dient altijd gepaard te gaan met de volgende mededeling: "ik draag hierbij de verantwoordelijkheid aan jou over". Degene aan wie wordt overgedragen antwoord daarop altijd: "ik neem de verantwoordelijkheid voor deze patiënt nu van jou over". Hiermee gaat de juridische verantwoordelijkheid over van de ene hulpverlener op de andere.

3.4.6 MMT-arts en ambulancezorgprofessional verschillen van mening

Bij een verschil van mening tussen ambulancezorgprofessional en MMT-arts houdt de MMT-arts uiteindelijk op juridische grondslag de eindverantwoordelijkheid voor de zorg. De MMT-arts draagt daarbij de verantwoordelijkheid voor de zorg niet over en begeleidt de patiënt zelf tijdens een noodzakelijk vervoer per ambulance. De ambulancezorgprofessional informeert bij eerstvolgende gelegenheid tijdens kantooruren, zijn verantwoordelijke MMA. Verschillen van mening tussen ambulancezorgprofessional en MMT-arts dienen achteraf geëvalueerd te worden (het voorkeursgremium is het overleg tussen de MMA van de betrokken RAV en de medisch coördinator van het betreffende MMT). Een goede verslaglegging is een vereiste. Om een goede zorgverlening niet te belemmeren is het van groot belang dat de betrokken zorgverleners tijdens de inzet niet onnodig in discussie gaan, maar achteraf evalueren in de bestaande overlegsituaties.



4

EVALUATIES



4. EVALUATIES

4.1 INLEIDING

Naar aanleiding van het opnieuw vaststellen van dit document worden meerdere evaluatiemomenten afgesproken. In dit hoofdstuk wordt dit verder uitgewerkt. Een overzicht vindt u in bijlage 2.

4.2 EVALUATIE VAN DE INZETCRITERIA

Na het opnieuw vaststellen en implementeren van de landelijke inzetcriteria MMT is het van belang periodiek te kunnen evalueren of de inzetcriteria voor de MMT's in praktijk goed werken. De evaluatie dient zich te richten op de mate waarin, en de wijze waarop de criteria worden toegepast en bij voorkeur met welk resultaat. Op basis van een dergelijke evaluatie kan dan, indien nodig, bijstelling plaatsvinden van de criteria of van de afspraken met betrekking tot de toepassing (procedure). Het doel hierbij is de aanvullende zorg zo effectief mogelijk te benutten en zowel over- als ondertriage te voorkomen. Deze evaluatie kan alleen plaatsvinden als de juiste informatie beschikbaar is. Hieronder is het voorstel beschreven op welke wijze deze informatie geregistreerd en verzameld kan worden. AZN en MMT Nederland spreken af dat de evaluatie van de toepassing van de inzetcriteria periodiek plaatsvindt.

4.2.1 Doel van de registratie

Het doel van deze registratie is gericht op het volgen van de wijze waarop de inzetcriteria MMT worden toegepast en het optimaliseren van de hulpverlening door MMT en ambulancezorg. Het gaat onder andere om:

- inzicht in de frequentie van MMT oproepen, op basis van welke criteria en de meerwaarde van de daadwerkelijke inzet; > registratie bij MMT;
- inzicht in de toepassing van de inzetcriteria; > registratie MKA;
- inzicht krijgen in de frequentie van cancels en de reden; > registratie bij MMT;
- inzicht krijgen in de toepassing van de cancelcriteria; > nader te bepalen
- inzicht in effectiviteit van MMT-inzetten door analyse van de meerwaarde van de inzetten per protocol

4.2.2 Waar vindt de registratie plaats

Bij een goedwerkende koppeling tussen het meldkamersysteem en de registratiesystemen van de MMT's (er zal worden gestreefd naar een landelijk registratiesysteem) kunnen alle hierboven genoemde items bij de MMT's geregistreerd worden. Het enige wat zij niet kunnen registreren zijn de oproepen waarvoor zij niet zijn gevraagd (niet beschikbaar). Om inzicht te krijgen in het aantal gemiste inzetten is er data nodig vanuit de MKAs.

4.2.3 Voorstel voor opzet registratie voor evaluatie inzetcriteria MMT

Op zowel de ProQA-meldkamers als de NTS-meldkamers worden de inzetcriteria vertaald naar het triagesysteem en een inzetvoorstel. Het is belangrijk om deze vertaling te blijven toetsen. Dit kan door in het registratiesysteem van de MMT's per ziektecode (meer dan 2000 codes voor 33 "hoofdrubrieken") die volgt uit de triage volgens het Advanced Medical Priority Dispatch System (AMPDS), het cancelpercentage en (na toevoeging aan het systeem) de meerwaarde van het MMT vast te leggen. Deze meerwaarde kan gecategoriseerd worden (bijv. therapeutisch, diagnostisch, supervisie maar ook geen). Bij een goedwerkende koppeling en landelijke (evt. gesplitste) databases is zo real-time monitoring mogelijk.

Afhankelijk van de gegevens kan besloten worden het MMT uit het inzetvoorstel te halen, of juist toe te voegen bij bepaalde ziektecodes om tot een efficiëntere inzet te komen. Aangezien NTS werkt met



ingangsklachten en afwijkende ABCDE-criteria zullen die meldkamers het ziektebeeld (of de hoofdgroep) teruggekoppeld krijgen waarop het MMT wel of juist niet meer ingezet moet worden.

4.3 HERZIENING VAN HET DOCUMENT

Dit document is geactualiseerd door de werkgroep Inzet- en cancelcriteria van MMT Nederland. Daarna is het document met AZN inclusief de Nederlandse Vereniging van Medisch Managers (NVMMA) en de Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN AZ) besproken en verder herzien (bijlage 3 deelnemers landelijke werkgroep). Partijen spreken met elkaar af dat een update voortaan elke 5 jaar plaatsvindt.

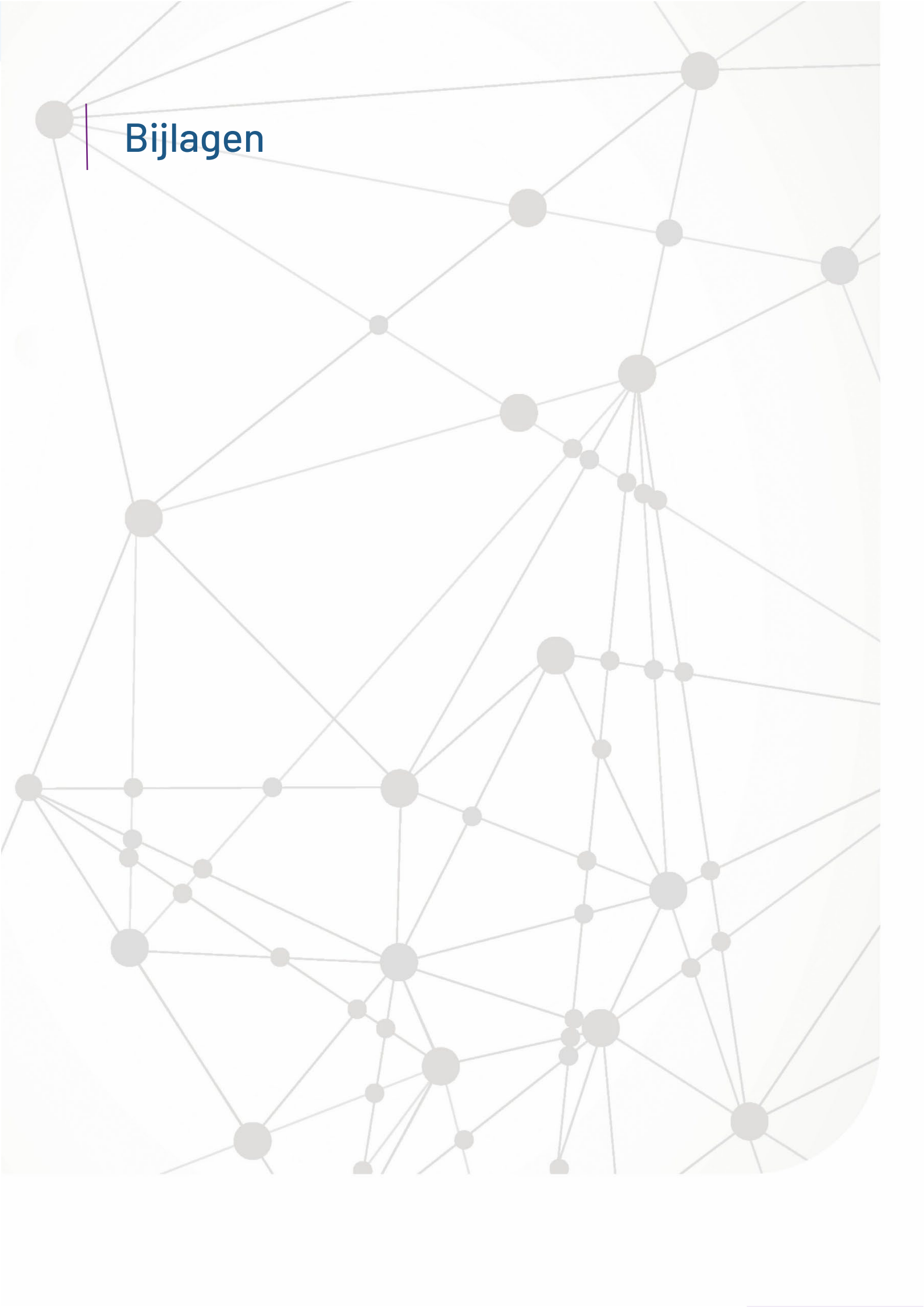
4.4 EVALUATIE DELAYED INZETTEN

Omdat in dit document de delayed inzetten zijn geïntroduceerd, wordt deze werkwijze na een jaar geëvalueerd. MMT Nederland werkt een voorstel uit hoe dat gaat plaatsvinden.

4.5 TOT SLOT

Dit document beschrijft de inzet- en cancelcriteria voor MMT's. Deze criteria worden vertaald naar de triagesystemen op de meldkamers en komen tot uiting in inzetvoorstellen. Daarmee is de basis gelegd voor de samenwerking op straat tussen de MMT's en de RAV's.

Het is geen statisch document, de wetenschap ontwikkelt zich verder en veranderingen kunnen optreden. Monitoring, evaluatie en wetenschappelijk onderzoek dragen bij aan nieuwe inzichten en zullen dan ook onderwerp zijn van de reguliere overleggen tussen AZN en MMT Nederland.

The background of the page is a complex, abstract network diagram. It consists of numerous grey circular nodes of varying sizes, interconnected by thin, light grey lines. The nodes are distributed across the entire page, with some clusters and many isolated connections, creating a web-like structure. The overall aesthetic is clean and modern, with a light beige or cream color for the background.

Bijlagen



BIJLAGEN

BIJLAGE 1 | Lijst van afkortingen

ALV:	Algemene ledenvergadering
AMPDS:	Advanced Medical Priority Dispatch System
AZN:	Ambulancezorg Nederland
EMV:	Eye opening, best Motor response, best Verbal response
LNAZ:	Landelijk Netwerk Acute Zorg
LPA:	Landelijk Protocol Ambulancezorg
LUT:	Landelijke Urgentie Tabel
MKA:	Meldkamer Ambulancezorg
MMT:	Mobiel Medisch Team
NVMMA:	Nederlandse Vereniging Medisch Managers Ambulancezorg
NTS:	Nederland Triage Systeem
OvdG:	Officier van Dienst Geneeskundig
ProQA:	Professional Quality Assurance
SITRAP:	Situatie Rapportage
RAV:	Regionale Ambulancevoorziening
RTS:	Revised Trauma Score
V&VN AZ:	Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland
Wet BIG:	Wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg
Wavz:	Wet Ambulancezorgvoorzieningen
WGB0:	Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst



BIJLAGE 2 | Evaluatiemomenten

Wat	Evaluatieonderwerp	Termijn
Document Inzet- en Cancelcriteria	Actualiseren	1x per vijf jaar (2030)
Delayed inzetten	Efficiënter inzetten MMT's	1x (juni 2026)
	Geen effect op de zorg	
Vertaling van de criteria naar de inzetvoorstellen	Te veel cancels en te weinig meerwaarde	Periodiek (in ieder geval voor dec. 2026)

BIJLAGE 3 | Leden van de landelijke werkgroep

Persoon	Organisatie	Functie
Els van der Wallen	MMT Nederland	Beleidsadviseur MMT Nederland
Alexander Veen	MMT Nederland	MMT-arts (tot 1-6-2025)
Robert Weenink	MMT Nederland	MMT-arts (vanaf 1-6-2025)
Annekoos Wiersinga	NVMMA	Medisch Manager Ambulancezorg
Merel Willeboer	NVMMA	Medisch Manager Ambulancezorg
Peter van der Vloet	V&VN Ambulancezorg	Vakgroepcoördinator ambulancechauffeurs
Joffrey van Grondelle	V&VN Ambulancezorg	Vakgroepcoördinator ambulanceverpleegkundigen
Djieuwke Verseput	LNAZ	Sr. Beleidsadviseur acute zorg
Rilana Wessel	AZN	Programmamanager
Colinde van Asperen- Heijink	AZN	Sr. beleidsmedewerker

Colofon

DIT IS EEN UITGAVE VAN:

Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ)

Verantwoording

Op advies van MMT Nederland, NVMMA en V&VN Ambulancezorg
is dit document vastgesteld in de ALV van het LNAZ op 28 januari 2026
en de ALV van AZN op 4 februari 2026

AUTEURS:

Werkgroep Inzet- en cancelcriteria

LANDELIJK NETWERK ACUTE ZORG:

Huis ter Heideweg 62

www.lnaz.nl

secretariaat@lnaz.nl