

KWALITEITSKADER ZORGAMBULANCE

Ambulancezorg Nederland

Nederlandse Vereniging van
Medisch Managers Ambulancezorg

V&VN Ambulancezorg

Versie 3.1, juni 2017



AMBULANCEZORG
NEDERLAND

v&vn
Ambulancezorg



NVMMA
Nederlandse Vereniging van
Medisch Managers Ambulancezorg



●
**KWALITEITSKADER
ZORGAMBULANCE**

Ambulancezorg Nederland

Nederlandse Vereniging van
Medisch Managers Ambulancezorg

V&VN Ambulancezorg

Versie 3.1, juni 2017

INHOUDSOPGAVE

1. Inleiding	4	7. Materiaal	18
1.1 Inleiding	4	7.1 Inleiding	18
1.2 Totstandkoming Kwaliteitskader Zorgambulance	4	7.2 Voertuig	18
1.3 Betekenis van het kwaliteitskader	4	7.3 Inrichting en inventaris	18
		7.4 Kleding	18
2. Positionering zorgambulance	5	8. Informatievoorziening	19
2.1 Inleiding	5	8.1 Inleiding	19
2.2 Zorgambulance integraal onderdeel van ambulancezorg	5	8.2 Informatievoorziening patiënten	19
2.3 Ontwikkeling maatwerk binnen de ambulancezorg	5	8.3 Afstemming met ketenpartners	19
2.4 Zorg op de zorgambulance	6		
3. Wettelijk kader bij de zorgambulance	7	Bijlage 1	20
3.1 Inleiding	7	Casuïstiek zorgambulance	
3.2 Tijdelijke wet ambulancezorg	7		
3.3 Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg	7	Bijlage 2	21
3.4 Wet Beroepen Individuele Gezondheidszorg & Besluit Functionele Zelfstandigheid	8	Modified Early Warning Score Zorgambulance	
3.5 Beroepsgeheim	9	Bijlage 3	22
		Eindtermen zorgambulancebegeleider	
4. Inzet- en uitsluitcriteria zorgambulance	11	Bijlage 4	24
4.1 Inleiding	11	Eindtermen zorgambulancechauffeur	
4.2 Inzetcriteria zorgambulance	11		
4.3 Uitsluitcriteria zorgambulance	11	Bijlage 5	26
4.4 Andere inzetten zorgambulance	12	Vragenlijst evaluatie Kwaliteitskader Zorgambulance	
4.5 Regionaal maatwerk zorgambulance	12		
5. Deskundigheid en bekwaamheid	13	Bijlage 6	27
5.1 Inleiding	13	Leden werkgroep Kwaliteitskader Zorgambulance	
5.2 Deskundigheidsniveau en competenties	13		
5.3 Beleid behoud deskundigheid & bekwaamheid	14		
5.4 Handelingschema zorgambulance	14		
6. Zorgproces en zorginhoud	16		
6.1 Inleiding	16		
6.2 Zorgproces en ritverwerking	16		
6.3 Protocollair werken	16		
6.4 Medisch management	17		



1. INLEIDING



1.1 Inleiding

Het initiatief voor de zorgambulance blijkt in de afgelopen jaren tot zinvolle zorgdifferentiatie te hebben geleid. De zorgambulance, die ooit schoorvoetend en in verschillende variaties zijn intrede deed binnen de reguliere ambulancezorg, blijkt vandaag de dag professionele mobiele zorg op maat te leveren. Het streven naar een eenduidig en landelijk raamwerk met verantwoorde kwaliteitsnormen voor de zorgambulance heeft geleid tot het voorliggende, geactualiseerde Kwaliteitskader Zorgambulance. Daarmee bieden zorgambulances goede zorg!

Dit is de derde versie van het Kwaliteitskader Zorgambulance. Het periodiek actualiseren van het Kwaliteitskader Zorgambulance is vast onderdeel van het kwaliteitssysteem van Ambulancezorg Nederland (AZN). In 2020 zal het voorliggende kwaliteitskader derhalve opnieuw worden geactualiseerd na een landelijke evaluatie.

1.2 Totstandkoming Kwaliteitskader Zorgambulance

De evaluatie en actualisatie van het Kwaliteitskader Zorgambulance uit 2014 is uitgevoerd door de werkgroep Kwaliteitskader Zorgambulance¹. Met een vragenlijst² zijn allereerst de toepassing van het kwaliteitskader, de ervaringen met de toepassing en aanbevelingen voor verbetering uitgevraagd onder alle Regionale Ambulancevoorzieningen (RAV). Op basis van de uitkomsten van de vragenlijst zijn in de werkgroep voorstellen gedaan voor aanpassing van het kwaliteitskader. Aanpassingen zijn bijvoorbeeld voorgesteld ten aanzien van het verduidelijken van de mogelijkheid van regionaal maatwerk, met borging van de inzetcriteria. Ook is in de werkgroep gedebatteerd over de benodigde kennis en kunde om, ook in onvoorziene situaties waarmee de zorgambulance te maken krijgt, goede zorg te kunnen leveren. De werkgroep is hiertoe viermaal bijeengekomen. De conceptversie is vervolgens voorgelegd aan de Nederlandse Vereniging van Medisch Managers Ambulancezorg (NVMMA) en de vakgroep

zorgambulance van Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland. Daarna is het Kwaliteitskader Zorgambulance voorgedragen én vastgesteld in de ledenvergadering van Ambulancezorg Nederland.

1.3 Betekenis van het kwaliteitskader

De belangrijkste betekenis van het landelijke kwaliteitskader ligt in de verantwoording voor de geboden kwaliteit van zorg, inclusief de patiëntveiligheid. Het kader bevat minimale eisen waaraan de zorgambulance op een aantal aspecten dient te voldoen. Het Kwaliteitskader Zorgambulance is vastgesteld als branchenorm.

¹ Zie bijlage 6.

² Zie bijlage 5.



2. POSITIONERING ZORGAMBULANCE



2.1 Inleiding

Om te duiden op welke zorg dit kwaliteitskader van toepassing is, is een nadere omschrijving van de positionering van de zorgambulance van belang.

2.2 Zorgambulance integraal onderdeel van ambulancezorg

De zorgambulance maakt integraal onderdeel uit van ambulancezorg. Het Uniform Begrippenkader³ geeft de volgende definitie van ambulancezorg:

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

Ambulancezorg kan worden verdeeld in spoedeisende zorg en planbare zorg. Ambulancezorg kan ook worden ingedeeld in hoogcomplexiteit zorg en laagcomplexiteit zorg. Met de zorgambulance kan een RAV 'planbare en laagcomplexiteit ambulancezorg' leveren, in de praktijk ook 'besteld vervoer' genoemd. Het betreft vervoer met zorg van patiënten tussen het woon- of verblijfadres en/of zorginstellingen voor diagnostiek, therapie, opname of ontslag. Er worden afspraken gemaakt met de patiënt, c.q. de aanvrager, over de tijdstippen van halen en brengen en de plaats van bestemming.

2.3 Ontwikkeling maatwerk binnen de ambulancezorg

Net als andere zorginstellingen zijn ook RAV's voortdurend op zoek naar een optimale afstemming van het zorgaanbod op de zorgvraag van patiënten in een alsmaar veranderend zorglandschap. Het streven naar 'goede zorg op maat' heeft inmiddels geleid tot diverse vormen van differentiatie binnen

de ambulancezorg. Het betreft zowel differentiatie in functie (verpleegkundig specialist, rapid responder⁴) als in zorgvorm (psycholance, zorgambulance). Bij 'goede zorg op maat' zijn kwaliteit, veiligheid en doelmatigheid essentiële aspecten.

Met de zorgambulance als zorgdifferentiatie binnen de ambulancezorg, kunnen RAV's professioneel maatwerk leveren voor specifieke patiëntengroepen. De competenties van de zorgambulanceprofessionals en de inrichting van de ambulancevoertuigen kunnen afgestemd worden op de specifieke zorgvraag van de doelgroep. Dat biedt meer mogelijkheden voor comfort voor patiënten en eventuele mantelzorgers/familieleden, dan in ALS-ambulances⁵ mogelijk is. In het geval van differentiatie binnen het planbare laagcomplexiteit vervoer betekent dit dat ambulancevoertuigen die specifiek en uitsluitend ingezet worden voor dit vervoer, beter op tijd ingezet worden door de Meldkamer Ambulancezorg. Daarmee komt men meer tegemoet aan de wensen van patiënten. Met bijkomend voordeel dat patiënten nu vaker op tijd bij hun (behandel)afspraken in het ziekenhuis arriveren, ook daar de zorg beter te coördineren is.

³ Uniform Begrippenkader Ambulancezorg. (2013). Ambulancezorg Nederland.

⁴ Een rapid responder is een ambulanceverpleegkundige die ter plaatse geheel zelfstandig handelt, al dan niet in afwachting van de komst van een ambulance of andere zorgverlener. Uniform Begrippenkader. (2013). Ambulancezorg Nederland.

⁵ Een ALS (Advance Life Support)-ambulance is een ambulance die door de Meldkamer Ambulancezorg voor spoedzorg kan worden ingezet. Een voldoende opgeleid ambulanceteam en de aanwezigheid van de noodzakelijke medische hulpmiddelen maken deel uit van de ALS-ambulance.

Naast effecten op kwaliteit van zorg en doelmatigheid brengt differentiatie op organisatieniveau meer dynamiek op personeelsgebied. Er ontstaat niet alleen een gezonde diversiteit in het medewerkersbestand, ook is er een uitbreiding van mogelijke (interne) loopbaanpaden. Het uitwerken van deze loopbaanpaden valt weliswaar buiten het bestek van dit kwaliteitskader, het gegeven op zich is een belangrijke en positieve bijkomstigheid van de keuze voor differentiatie.

2.4 Zorg op de zorgambulance

Op de zorgambulance bieden zorgambulanc Professionals zorg aan patiënten met een laagcomplexere zorgvraag. Laagcomplexere zorgsituaties laten zich omschrijven als voorspelbare, niet levensbedreigende situaties. Bij patiënten die laagcomplexere 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. Bij laagcomplexere ambulancezorg volstaat grotendeels het werken volgens routines, standaardprocedures en/of combinaties van (standaard)procedures. De aard van de zorghandelingen is afhankelijk van de situatie ter plaatse en de zorgvraag van de patiënt. De patiëntenzorg op de zorgambulance is voornamelijk op *care* gebaseerd en minder op *cure*. Het gaat bij de zorgambulance om het aanbieden van verzorgende handelingen en het behouden, stimuleren en ondersteunen van de zelfredzaamheid van de patiënt en de daarbij horende psychosociale ondersteuning van de patiënt. Daarnaast heeft het zorgambulanceteam ook aandacht voor de meerrijdende mantelzorgers/familieleden.

In voorkomende situaties dat een zorgambulance passeert aan een ongeval of onwelwording, zullen de zorgambulanc Professionals handelen als zijnde EHBO-er. In de planvorming van opgeschaalde zorg kan een zorgambulance een passende taak toebedeeld krijgen⁶.

De beschreven kenmerken voor de zorgambulance zijn richtinggevend voor de inzetcriteria voor de zorgambulance.

⁶ De zorgambulance is vooralsnog geen onderdeel van het landelijk GGB model.



3. WETTELIJK KADER BIJ DE ZORGAMBULANCE



3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk is het wettelijk kader geschetst dat op de zorgambulance van toepassing is.

De RAV biedt met de zorgambulance zorgdifferentiatie in de ambulancezorg aan, zoals dit beschreven is in de Tijdelijke wet ambulancezorg. Dit betekent in zijn algemeenheid dat alle wetten die op ambulancezorg van toepassing zijn, ook van toepassing zijn op de zorgambulance. De Nota Verantwoorde Ambulancezorg⁷ bevat een overzicht van alle relevante wetgeving⁸. Hieronder volgt een korte beschrijving van de belangrijkste wetten die van invloed zijn op de (kwaliteitsnormen voor de) zorgambulance. Het beroepsgeheim is daarbij specifiek toegelicht.

3.2 Tijdelijke wet ambulancezorg

Per 1 januari 2013 is de Tijdelijke wet ambulancezorg (Twaz) in werking getreden. De Twaz zou gelden voor een periode van vijf jaar. In 2017 wordt de Twaz verlengd tot 2020. In deze periode komt een nieuw wetsvoorstel ter tafel opdat een definitieve wettelijke regeling tijdig gerealiseerd kan worden. De Twaz heeft in haar beleidsregels⁹ eisen opgenomen voor zorgdifferentiatie. Artikel 8 van de beleidsregels schrijft het volgende voor:

De regionale ambulancevoorziening past zorgdifferentiatie toe onder de volgende voorwaarden:

- 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.*

3.3 Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg

De Wet Kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) is op 1 januari 2016 in werking getreden en vervangt de Kwaliteitswet Zorginstellingen en de Wet klachtrecht cliënten zorgsector. In de Wkkgz staat een aantal vereisten benoemd die de RAV als zorgaanbieder dient te realiseren als randvoorwaarden voor het kunnen leveren van goede zorg.

Organisatie

Zorgaanbieders moeten volgens de Wkkgz goede zorg aanbieden. Daaronder verstaat de wetgever zorg van goede kwaliteit en van goed niveau. Dit betekent dat de zorg in ieder geval veilig, doeltreffend, doelmatig en cliëntgericht is, tijdig wordt verleend, en is afgestemd op de reële behoefte van de patiënt. Zorgverleners handelen daarbij volgens de professionele standaard. De rechten van de patiënt moeten zorgvuldig in acht worden genomen. In de Wkkgz staat specifiek benoemd dat de patiënt met respect wordt behandeld. De zorgaanbieder dient zijn instelling zo te organiseren dat er voldoende personele en materiële middelen zijn, zowel kwalitatief als kwantitatief, om daadwerkelijk goede zorg te kunnen leveren. Daarbij moeten verantwoordelijkheden en bevoegdheden helder zijn vastgelegd.

De professionele standaard is beschreven in verdere wet- en regelgeving en in de beroeps- of veldnormen. Het Kwaliteitskader Zorgambulance is een veldnorm.

⁷ Nota Verantwoorde Ambulancezorg. (2013). Ambulancezorg Nederland, Nederlandse Vereniging van Medisch Managers Ambulancezorg, V&VN Ambulancezorg.

⁸ Volledige wetteksten zijn te vinden op www.overheid.nl

⁹ Beleidsregels van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 20 september 2011, nr. CZ 3082275, ter uitvoering van artikel 6 derde lid, van de Tijdelijke wet ambulancevoorziening.

Kwaliteitssysteem

Een zorginstelling moet de kwaliteit van de zorgverlening systematisch bewaken, beheersen en zo mogelijk verbeteren. Dit betekent bijvoorbeeld dat gegevens over de kwaliteit van zorg verzameld en geregistreerd moeten worden, zodat de gegevens te vergelijken zijn met gegevens van andere zorgaanbieders die dezelfde zorg leveren. Binnen de instelling moet toetsing plaatsvinden om na te gaan of goede zorg gegeven is. Als de uitkomst van de toetsing daartoe aanleiding geeft, moet een zorgaanbieder aanpassingen in de organisatie realiseren met als doel dat er goede zorg geleverd wordt.

Meldcode

Signalen van huiselijk geweld of kindermishandeling moeten worden opgepakt zodat zo snel en adequaat mogelijk hulp geboden kan worden aan de betrokken patiënten. De zorgaanbieder stelt daarom een meldcode^{10,11} op en stimuleert binnen de instelling het gebruik hiervan. Daartoe kan een aandachtsfunctionaris aangesteld worden¹².

Incidenten, calamiteiten en meldplicht

De zorgaanbieder stelt schriftelijk een interne procedure vast, daarin is stapsgewijs aangegeven hoe wordt omgegaan met signalen van incidenten. Bij een incident is sprake van een onbedoelde gebeurtenis tijdens het zorgproces die tot schade aan de patiënt heeft geleid, had kunnen leiden of (nog) kan leiden¹³. Bij een calamiteit is sprake van een niet-beoogde of onverwachte gebeurtenis, die betrekking heeft op de kwaliteit van de zorg en die tot de dood van een cliënt of een ernstig schadelijk gevolg voor een cliënt heeft geleid. Als in de zorgverlening een calamiteit zich heeft voorgedaan, dan moet de zorgaanbieder deze melden bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ)¹⁴. De zorgaanbieder heeft ook een meldplicht bij de IGZ als er sprake is van geweld in de zorgrelatie, zoals mishandeling en dwang. En er is een meldplicht als opzegging, ontbinding of niet-voortzetting van een arbeidsovereenkomst met een zorgverlener wordt gerealiseerd op grond van het oordeel dat de betreffende zorgverlener ernstig is te kort geschoten in zijn functioneren.

Klachten

De instelling moet een schriftelijk regeling hebben waarin een effectieve en laagdrempelige opvang en afhandeling van klachten staat beschreven. De regeling is voor patiënten inzichtelijk. De zorgaanbieder wijst een geschikt persoon aan die een klager gratis van advies kan voorzien als deze een klacht

wil indienen. De zorgaanbieder is verder verplicht aangesloten bij een erkende geschilleninstantie die een uitspraak kan doen met een bindend advies, alsmede een vergoeding van geleden schade kan toekennen tot in ieder geval € 25.000.

3.4 Wet Beroepen Individuele Gezondheidszorg & Besluit Functionele Zelfstandigheid

De Wet Beroepen Individuele Gezondheidszorg (wet BIG) heeft als doelstelling de kwaliteit van de beroepsuitoefening te bevorderen en te bewaken en de patiënt te beschermen tegen ondeskundig en onzorgvuldig handelen van beroepsbeoefenaren. Het Besluit Functionele Zelfstandigheid is een Algemene Maatregel van Bestuur bij de Wet BIG.

Titelbescherming

De Wet BIG regelt in artikel 3 de registratie en de titelbescherming van onder andere verpleegkundigen. Een verpleegkundige heeft pas recht op het voeren van zijn titel als hij in het betreffende register¹⁵, zijnde het BIG-register, is ingeschreven. Er zijn twee redenen waarom een beroep is opgenomen in artikel 3. Enerzijds is dit gekoppeld aan de zelfstandige bevoegdheid om die beroepsbeoefenaren een voorbehouden handeling te kunnen laten verrichten, anderzijds vult het de behoefte in om bepaalde beroepen onder het tuchtrecht in de gezondheidszorg te laten vallen. Bij verzorgenden in de individuele gezondheidszorg is de titelbescherming gebaseerd op artikel 34 van de wet BIG. Met een Algemene Maatregel van Bestuur zijn daar beschermde opleidingstitels aangewezen. Op die manier is geregeld dat de titel van verzorgende in de individuele gezondheidszorg alleen gevoerd mogen worden door degene die als zodanig is opgeleid. Een wettelijk geregelde registratie van beroepsbeoefenaren die recht hebben op een opleidingstitel is er niet.

¹⁰ Basismodel meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling. Stappenplan voor het handelen bij signalen van huiselijk geweld en kindermishandeling. Geactualiseerde versie 2016.

¹¹ <http://www.venvn.nl/Artikelen/ID/938/Zakkaartje-VVN-Meldcode-Kindermishandeling-en-huiselijk-geweld>

¹² https://lvak.nl/vereniging/keurmerk_meldcode.html

¹³ <http://www.nivel.nl/nl/dossier/meldingsbereidheid>

¹⁴ https://www.igz.nl/melden/melden_calamiteiten.aspx

¹⁵ <https://www.bigregister.nl/registratie/inhetbigregister/>

Vorbehouden handelingen

In de wet BIG zijn in artikel 36 een aantal handelingen genoemd die zelfstandig slechts verricht mogen worden door daartoe bevoegde beroepsbeoefenaren. Die handelingen worden de voorbehouden handelingen genoemd, het zijn handelingen die een onaanvaardbaar risico voor de gezondheid van de patiënt inhouden^{16,17}. Bij alle voorbehouden handelingen staat genoemd welke beroepsbeoefenaar voor die handeling zelfstandig bevoegd is, zoals het onder narcose brengen door artsen. Voor alle voorbehouden handelingen geldt dat men slechts bevoegd is als men ook bekwaam is. Een zelfstandig bevoegde kan onder strikte voorwaarden zorgverleners die op grond van de regeling voorbehandeling onbevoegd zijn, toch de bevoegdheid geven tot het verrichten van bepaalde voorbehouden handelingen. De mogelijkheid voor tussenkomst en toezicht van de opdrachtgever is daarbij van cruciaal belang¹⁸.

In het aanvullende Besluit Functionele Zelfstandigheid zijn regels betreffende de deskundigheid van verpleegkundigen, ambulanceverpleegkundigen en mondhygiënisten beschreven¹⁹. Binnen bepaalde kaders mogen zij, zonder toezicht en tussenkomst van de opdrachtgever, voorbehouden handelingen verrichten. Voorbeelden hiervan zijn het geven door verpleegkundigen van een subcutane, intramusculaire of intraveneuze injectie evenals het verrichten van een blaaskatheterisatie bij volwassenen en het inbrengen van een maagsonde of infuus. Voor ambulanceverpleegkundigen zijn bijvoorbeeld het in- en extuberen en het toepassen van een drainagepunctie bij een spanningspneumothorax beschreven.

Buiten noodzaak (kans op) schade veroorzaken

De wetgever heeft in artikel 96 en 97 van de wet BIG benoemd dat degene die bij het verrichten van handelingen op het gebied van de individuele gezondheidszorg buiten noodzaak schade of een aanmerkelijke kans op schade aan de gezondheid van een ander veroorzaakt, strafbaar kunnen zijn. Met deze artikelen zijn zowel zorgverleners met titelbescherming als zorgverleners zonder titelbescherming aan te spreken op hun handelen.

3.5 Beroepsgeheim

Het medisch beroepsgeheim is ter bescherming van de individuele patiënt en geldt als absolute randvoorwaarde voor een vrije toegang tot de gezondheidszorg. Patiënten moeten kunnen vertrouwen op het beroepsgeheim, anders bestaat het risico dat zij de zorg zullen gaan mijden. Dat is allereerst onwenselijk voor de patiënt. Bovendien kan het ook onwenselijk zijn voor de maatschappij, bijvoorbeeld

als hierdoor besmettelijke ziekten niet tijdig onderkend en behandeld worden²⁰. Het medisch beroepsgeheim impliceert dat de zorgverlener behoort te zwijgen over alles dat hij over de patiënt weet. Dit betreft zowel (persoonsgebonden) informatie die in patiëntendossiers is beschreven, opgeslagen in computerbestanden als wat de zorgverlener in zijn geheugen heeft opgeslagen.

Het medisch beroepsgeheim ofwel de zwijgplicht komt in meerdere wetten aan bod, zoals de Wet bescherming persoonsgegevens (Wbp) en de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO). In de WGBO is in artikel 7:457 beschreven dat aan derden geen inlichtingen of inzage in het dossier mag worden gegeven anders dan met toestemming van de patiënt of als de wet daartoe verplicht. Dit geldt niet voor degenen die direct zijn betrokken in de uitvoering van de zorgverlening, zoals de VIG-er aan wie de patiënt op de afdeling wordt overgedragen of de ambulanceverpleegkundige die ter plaatse komt omdat de patiënt slechter is aangetroffen dan verwacht. Zonder toestemming van de patiënt mag de verkregen informatie niet voor andere doeleinden gebruikt worden of aan derden verstrekt worden²¹. Er kunnen zich specifieke situaties voordoen waarin zwaarwegende argumenten aan te voeren zijn die de zwijgplicht doorbreken, zoals in het geval van overmacht omwille van de veiligheid of gezondheid van anderen. De zorgverlener zal dan eerst na moeten gaan of er geen andere mogelijkheid is dan het doorbreken van de zwijgplicht om tot het beoogde doel te komen.

¹⁶ Recht voor professionals in de zorg. (2016). Beumer. F.J.A, Reith e.a..

¹⁷ <https://www.bigregister.nl/registratie/inhetbigregister/rechtenenplichten/>

¹⁸ Binnen V&VN is geadviseerd om uit te werken onder welke voorwaarden specifieke voorbehouden handelingen door de VIG-er mogen worden uitgevoerd. Daarbij wordt een periodieke (theoretische en praktijk) toetsing t.a.v. de bekwaamheid van de VIG-er in overweging genomen. De specifieke setting in de ambulancezorg verdient daarbij aandacht. Dit thema moet in 2018 zijn afgerond.

¹⁹ De VIG-er is niet genoemd in het Besluit Functionele Zelfstandigheid.

²⁰ Factsheet Medisch Beroepsgeheim. (2015). Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

²¹ Voor achtergrondinformatie: zie Kamerbrief 26 maart 2015 van de Minister over de uitwisseling patiëntgegevens.

In de Regeling bij de Tijdelijke wet ambulancezorg²² is de wettelijke eis vastgelegd dat de RAV schriftelijke afspraken maakt met het bestuur van de veiligheidsregio en met de korpschef over de bestuurlijke en operationele samenwerking in de meldkamer. Dat betreft ook afspraken over de bescherming van patiënt gerelateerde en medische gegevens.

In verschillende veldnormen^{23,24} zijn specifieke situaties uitgewerkt voor de ambulancezorg en de acute zorg in het algemeen.

²² Regeling van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, van 16 oktober 2012, nr. CZ-3131585, houdende nieuwe eisen inzake de ambulancezorg.

²³ Beroepsgeheim binnen de ambulancezorg. Achtergrondnotitie en richtlijn. (2009). AZN, NVMMA en V&VN.

²⁴ KNMG-richtlijn Omgaan met medische gegevens. (2016). KNMG.



4. INZET- EN UITSLUITCRITERIA ZORGAMBULANCE



4.1 Inleiding

De indicatiestelling voor en de inzet van de zorgambulance vindt plaats op de Meldkamer Ambulancezorg (MKA). Dit gebeurt aan de hand van door de RAV vastgestelde criteria gebaseerd op dit kwaliteitskader. Regionaal maatwerk is daarmee mogelijk.

MKA-centralisten voeren de zorgintake uit, ondersteund door triage. Verpleegkundig centralisten bepalen of de gevraagde zorg binnen de criteria van de zorgambulance kan worden geleverd. Het is de verantwoordelijkheid van de verpleegkundig centralist om de juiste zorgindicatie vast te stellen, afgestemd op de individuele zorgvraag van de patiënt. Heldere inzet- en uitsluitcriteria zijn hierbij onmisbaar. Het voorliggend kader biedt hiermee randvoorwaarden voor goede zorg op de zorgambulance.

Bij alle zorgvuldigheid in het aanname- en indicatieproces op de MKA, blijft het een professionele afweging van de zorgverleners die ter plaatse komen of de individuele zorgbehoefte van de patiënt op dat moment past binnen de inzetcriteria in het algemeen en binnen het competentieniveau van de zorgambulanceprofessionals in het bijzonder. Indien dit niet past, informeren zij de MKA hierover opdat de inzet van een ALS-ambulance volgt.

4.2 Inzetcriteria zorgambulance

Hieronder zijn de inzetcriteria voor de zorgambulance omschreven. Deze omschrijven de standaardzorgverlening op de zorgambulance²⁵. De inzetcriteria liggen, op basis van de Twaz, sectoraal vast.

De zorgambulance kan bij een zorgsituatie worden ingezet als deze aan alle criteria voldoet:

- er is sprake van een medische indicatie²⁶, afgegeven door een bevoegd aanvrager²⁷;
- het betreft een B-urgentie²⁸;
- de patiënt heeft tijdens het vervoer zorg en begeleiding nodig, zonder dat continue monitorbewaking²⁹ is geïndiceerd;
- de zorgvraag van de patiënt is met triage³⁰ door de verpleegkundig centralist van de MKA vastgesteld als laag complex.

4.3 Uitsluitcriteria zorgambulance

De MKA plant de zorgambulance niet in indien de zorgsituatie aan een of meer van de volgende uitsluitcriteria voldoet:

- er is sprake van een voorwaardenscheppende rit;
- de patiënt is jonger dan 6 jaar;
- de patiënt heeft (dreigende) stoornissen van vitale functies³¹;
- de patiënt heeft TPV-infusie die tijdens de rit gecontinueerd moet worden;
- de patiënt heeft een vervoersindicatie psychiatrie, IBS of RM; patiënten met een dementieel syndroom en patiënten met een vastgestelde depressie vallen niet op grond daarvan onder dit uitsluitcriterium.

Als een RAV in haar strategie met een specifieke patiëntengroep de doelgroep van de zorgambulance wil uitbreiden, is er sprake van regionaal maatwerk³². Dit kan betekenen dat onder bepaalde voorwaarden een uitsluitcriterium niet meer geldt.

²⁵ Zie bijlage 1: Casuïstiek Zorgambulance.

²⁶ Medische indicatie is synoniem voor medische noodzaak: er is een medische reden waardoor iemand in aanmerking komt voor (een bepaalde vorm van) zorg, behandeling of geneesmiddelen.

²⁷ Een bevoegd aanvrager is (in de regel) een medicus: huisarts, verpleeghuisarts, specialist ziekenhuis, psychiater. Het kan ook een ambulanceverpleegkundige zijn, al dan niet als rapid responder ingezet.

²⁸ B-urgentie of B-inzet: Een inzet 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. Bij de inzetten met B-urgentie is een onderscheid mogelijk tussen breng- en haalritten. Uniform Begrippenkader. (2013). Ambulancezorg Nederland.

²⁹ Continue monitorbewaking is een systeem van voortdurende observatie met behulp van bewakingsapparatuur.

³⁰ Bij de triage is het advies om gezien de doelgroep van de zorgambulance gericht te vragen naar de eventuele (pijn)medicatie, ook indien dit zo nodig is voorgeschreven, en naar aanwezigheid van NRRB-beleid.

³¹ Het gebruik van de Modified Early Warning Score Zorgambulance geeft ook ter plaatse bij de patiënt een toepasbaar kader. Training in het goed gebruik van de MEWS Zorgambulance is daarbij noodzakelijk. Zie bijlage 2.

³² Zie paragraaf 4.5. Regionaal maatwerk zorgambulance.

4.4 Andere inzetten zorgambulance

De MKA zet een zorgambulance niet in voor spoedritten. Dit laat onverlet dat een zorgambulance in een situatie terecht komen waarbij spoedeisende medische zorg noodzakelijk is.

Inzet zorgambulance als eerste-hulp-verlener

Het kan ieder zorgambulanceteam overkomen dat zij getuige is van een verkeersongeval of van een (gewelds-)incident waarbij slachtoffers zijn ontstaan. Gezien het voorkomen van de zorgambulance en het ambulanceteam zullen omstanders in die situatie een hulpvraag stellen aan het team. Om deze reden is het noodzakelijk dat zorgambulanceprofessionals kunnen handelen vanuit het kader van een EHBO-er.

Inzet zorgambulance bij reanimatiesituaties

Een zorgambulance kan door de MKA worden ingezet bij reanimatiesituaties, in afwachting van een ALS-ambulance. De hulp die de zorgambulanceprofessionals (mogen) verlenen dient te passen binnen hun bekwaamheid en binnen het bereik van het Kwaliteitskader Zorgambulance. De MKA kan de zorgambulance inzetten voor reanimatie onder de volgende condities:

- de zorgambulance bevindt zich ter plaatse of in de directe nabijheid van de reanimatiesituatie;
- de zorgambulanceprofessionals zijn bekwaam om reanimatie (met een AED) te verlenen³³;
- de zorgambulance voert geen optische en geluidssignalen.

Inzet zorgambulance in opgeschaalde situaties

De zorgambulance kan door de MKA in principe ingezet worden in opgeschaalde situaties. De RAV en GHOR dienen hierover afspraken te maken als onderdeel van het GHOR-convenant. De zorgambulance valt in de electieve planvorming voor opgeschaalde situaties buiten het volume van inzetbare ALS ambulances.

4.5 Regionaal maatwerk zorgambulance

Een RAV stelt op basis van dit Kwaliteitskader Zorgambulance haar regionale criteria vast. De criteria uit het Kwaliteitskader Zorgambulance zijn volledig over te nemen, daarmee kan de RAV goede zorg leveren met de zorgambulance. De inzetcriteria liggen, conform de Regeling Twaz, sectoraal vast in dit kwaliteitskader evenals de minimale opleidingsvereisten van de zorgambulanceprofessionals. Als een RAV in haar strategie met een specifieke patiëntengroep de doelgroep van de zorgambulance wil uitbreiden, dient dit binnen het medisch beleid onder de verantwoordelijkheid van de medisch manager ambulancezorg (MMA) te worden uitgewerkt. De extra vereisten op het gebied van opleiding- en bekwaamheidsbeleid en aanvullende scholing/training van de

zorgambulanceprofessionals om deze doelgroep verantwoorde zorg te kunnen bieden, dienen hierbij ook te zijn vastgelegd. Inzet van verpleegkundigen op de zorgambulance kan hierbij overwogen worden³⁴. Het voorgaande kan betekenen dat een of meer van de eerdergenoemde uitsluitcriteria binnen de betreffende RAV niet geldt.

Op grond van de Wkkgz is het RAV-bestuur verantwoordelijk voor evaluatie van de zorg in het kader van regionaal maatwerk en eventuele bijsturing naar aanleiding van de uitkomsten van de evaluatie. In het kader van sturing op het Kwaliteitskader Zorgambulance wil AZN geïnformeerd blijven over specifiek doelgroepenvervoer binnen het Kwaliteitskader Zorgambulance.

³³ De zorgambulanceprofessionals beschikken over een door de Nederlandse Reanimatie Raad erkend diploma BLS met AED. En over een Europees erkend EHBO-diploma, dan wel over aantoonbare kwalificaties gesteld in dit diploma. Een volledige beschrijving van de eindtermen voor de zorgambulancebegeleider is opgenomen in bijlage 3.

³⁴ De Bachelor Medische Hulpverlener (BMH) kan na doorlopen van het traineeprogramma binnen de kaders van regionaal maatwerk op de zorgambulance ingezet worden. Indien het BMH-traineeprogramma nog niet is voltooid, dient onder verantwoordelijkheid van de MMA een aanvullend scholingstraject, met aandacht voor care-aspecten, te worden opgesteld én doorlopen alvorens zelfstandige inzet op de zorgambulance kan plaatsvinden.



5. DESKUNDIGHEID EN BEKWAAMHEID



5.1 Inleiding

In de Nota Verantwoorde Ambulancezorg heeft de sector vastgelegd dat deskundigheid van ambulancezorgprofessionals dient te zijn afgestemd op de zorgvraag van de patiënt. In dit hoofdstuk is het deskundigheidsniveau van de zorgverleners op de zorgambulance beschreven.

Het kwaliteitskader gaat uit van het minimale deskundigheidsniveau. Dat betekent dat het deskundigheidsniveau van de zorgverlener dient te zijn afgestemd op de inzetcriteria voor de zorgambulance, zoals beschreven in hoofdstuk 4 en op de eindtermen van de zorgambulanceprofessionals. De RAV kan ervoor kiezen beide functies, zorgambulancebegeleider en zorgambulancechauffeur, te combineren in één functie. Deze professional voldoet vanzelfsprekend aan de deskundigheidsniveaus en eindtermen van beide functies. De RAV dient in alle gevallen te beschikken over heldere functiebeschrijving voor de betreffende functies.

5.2 Deskundigheidsniveau en competenties

In het Kwaliteitskader Zorgambulance zijn twee functies onderscheiden:

- zorgambulancebegeleider;
- zorgambulancechauffeur.

Hieronder zijn voor beide functies het noodzakelijke deskundigheidsniveau en de eindtermen op hoofdlijnen beschreven. Van beide functies zijn de eindtermen uitgebreid beschreven³⁵.

Zorgambulancebegeleider

De zorgambulancebegeleider verzorgt en begeleidt de patiënt in de zorgambulance. De zorgambulancebegeleider is een medewerker met een zorgachtergrond op minimaal kwalificatieniveau verzorgende 3 IG (VIG)³⁶, bij voorkeur met ervaring in de klinische en/of thuiszorg. De zorgambulancebegeleider voldoet aan de door de sector gestelde eindtermen op het gebied van niet-spoedeisende ambulancezorg, op de volgende terreinen:

- organisatie van de ambulancezorg;
- methodisch en protocollair werken;
- vervoerstechnieken;
- gebruik van communicatiesystemen.

Daarbij dient de zorgambulancebegeleider te zijn opgeleid gelijk een EHBO-er³⁷ en verantwoord incidentmanagement te kunnen toepassen.

Zorgambulancechauffeur

De zorgambulancechauffeur bestuurt de zorgambulance, is verantwoordelijk voor een comfortabel vervoer van de patiënt en zijn meerijsende mantelzorgers/familieleden en verricht enige assisterende taken voor de zorgambulancebegeleider. De zorgambulancechauffeur beschikt over goede rijvaardigheden, medische basiskennis en sociaal communicatieve vaardigheden. De zorgambulancechauffeur heeft een rol in de communicatie met de MKA en met ketenpartners.

De zorgambulancechauffeur voldoet aan de door de sector gestelde eindtermen, op het gebied van niet-spoedeisende ambulancezorg, op de volgende terreinen:

- rijvaardigheid/rijtraining;
- medische basiskennis;
- kennis van het zorgproces voor de specifieke doelgroep;
- gebruik van communicatiesystemen.

Daarbij dient de zorgambulancechauffeur te zijn opgeleid om in voorkomende situaties als EHBO-er te kunnen optreden en verantwoord incidentmanagement te kunnen toepassen.

³⁵ Zie bijlagen 3 en 4.

³⁶ Toekomstbestendige beroepen in de verpleging en verzorging. Rapport stuurgroep over de beroepsprofielen en de overgangsregeling. (2016). V&VN e.a..

³⁷ De zorgambulanceprofessionals beschikken over een door de Nederlandse Reanimatie Raad erkend diploma BLS met AED. En over een Europees erkend EHBO-diploma, dan wel over aantoonbare kwalificaties gesteld in dit diploma.

5.3 Beleid behoud deskundigheid & bekwaamheid

De kwaliteit van de geleverde zorg is in grote mate afhankelijk van de deskundigheid van de zorgverlener. Belangrijk is de voortdurende aandacht voor de kwaliteit van de zorg op dezelfde wijze als bij andere onderdelen van de reguliere ambulancezorg. De zorgambulance moet integraal onderdeel blijven van de totale ambulancezorg binnen de RAV. Dit betekent dat voor de medewerkers van de zorgambulance beleid dient te zijn vastgesteld ten aanzien van behoud van deskundigheid en bekwaamheid.

De individuele professional, de MMA en de RAV hebben ieder hun eigen verantwoordelijkheid ten aanzien van het verkrijgen en behouden van bekwaamheid van de individuele professional. Dit is ook van toepassing op de zorgambulanceprofessionals.

De RAV voorziet in een (eigen) opleiding³⁸ voor de zorgambulanceprofessionals, begeleider en chauffeur, die daarmee kunnen voldoen aan de eindtermen zoals opgenomen in dit kwaliteitskader en in een toetsingsbeleid waarmee de bekwaamheid van deze professionals (periodiek) wordt getoetst.

5.4 Handelingschema zorgambulance

De inzet- en uitsluitcriteria voor de zorgambulance zijn vertaald naar een handelingschema. Doel van het handelingschema is om te concretiseren welke handelingen de zorgverleners op de zorgambulance op basis van zijn/haar competenties moet kunnen uitvoeren, mits daartoe ook bekwaam. Met het vertalen van de criteria naar een handelingschema sluit het kwaliteitskader aan bij de methodiek die binnen de sector gehanteerd wordt bij het opleidings- en bekwaamheidsbeleid van andere functies binnen de ambulancezorg.

³⁸ Uit de evaluatie bij de actualisatie van het Kwaliteitskader Zorgambulance blijkt dat meerdere RAV's behoefte hebben aan landelijke aangeboden scholing voor zorgambulanceprofessionals om daarmee een gelijk deskundigheidsniveau na te streven. Zie voorlegger werkgroep Kwaliteitskader Zorgambulance aan ledenvergadering AZN van 14 juni 2017.

Handelingschema zorgambulance

Diagnostische handelingen

Meten van ademhalingsfrequentie

Meten zuurstofsaturatie

Voelen van pulsaties

Meten van de bloeddruk

Bepalen van het bewustzijn met AVPU

Beoordelen van de perifere circulatie

Meten van de lichaamstemperatuur

Meten van het glucosegehalte in het bloed

Bepalen pijnbeleving met gebruik van pijnscore/pijnanamnese

Therapeutische handelingen

Head tilt chin lift

Verwijderen corpus alienum zonder hulpmiddelen

Heimlich manoeuvre

Zuurstof toediening – aansluiten en controleren flowmeter voor continuering zuurstoftoediening met neuskatheter / neusbril

Zuurstof toediening – start in reanomatiesetting, op beademingsmasker ³⁹

BLS met gebruik van AED

Afdrukken van arteriële bloeding

Continueren perifere infuustherapie (isotonische oplossing)

Continueren van en toezicht op pijnmedicatie-toediening per infusie, met technische hulpmiddelen die normaliter door de patiënt zelf of de meerijsdende mantelzorgger worden bediend (infuuspomp, spuitpomp, epiduraalpomp)

Continuering enterale vocht- en voedingstoediening

Continueren en toezicht op stoma, op blaas- of suprapubisch katheter en op wonden al dan niet met vacuümpomp

Continueren medicatie-toediening in het kader van zelfmanagement, inclusief pijnmedicatie zo nodig, en toediening van zelfmedicatie ter coupering van een epileptisch insult

Zo nodig (eerste) toediening van paracetamol per os of rectaal ⁴⁰

Tiltechnieken en vervoerswijzen

Gebruik van de vacuümmatras

Tillen van een patiënt met een schepbrancard

Patiënt overtillen van en naar een bed of brancard

Tillen van de trap met een rechte brancard

Patiënt tillen met stoeltjesbrancard of draagstoeltje

Stabiele zijligging

Gebruik van transfer- en keerhulpmiddelen (glijmatten etc.)

³⁹ Voor deze handeling dient een RAV-specifiek protocol te worden opgesteld onder verantwoording van de MMA.

⁴⁰ Voor deze handeling dient een RAV-specifiek protocol te worden opgesteld onder verantwoording van de MMA.



6. ZORGPROCES EN ZORGINHOUD



6.1 Inleiding

De zorgambulance maakt integraal onderdeel uit van het totale aanbod van ambulancezorg. Daaruit vloeit als vanzelfsprekend voort dat het zorgproces voor de zorgambulance gelijk is aan het ambulancezorgproces. Zoveel mogelijk is dan ook in dit kwaliteitskader verwezen naar de veldnormen voor ‘goede zorg’ die reeds in de Nota Verantwoorde Ambulancezorg staan beschreven.

6.2 Zorgproces en ritverwerking

Het zorgproces en de verwerking van ritten is voor de zorgambulance gelijk aan die van de ALS-ambulance. Zorg wordt aangevraagd bij de MKA alwaar de intake en beoordeling van de urgentie plaats vindt. De verpleegkundig MKA-centralist bepaalt of de zorgvraag binnen de inzetcriteria van de zorgambulance valt. Daarna plant een centralist de rit in en geeft hem uit op de gebruikelijke wijze.

Indien het zorgambulanceteam ter plaatse vaststelt dat de zorg die de patiënt behoeft niet past binnen de criteria voor de zorgambulance⁴¹ en/of het eigen competentiebereik overstijgt, wordt aan de MKA gevraagd om de rit door een ALS-ambulance te laten plaatsvinden. De MKA zet vervolgens een ALS-ambulance in. De MKA overlegt met het zorgambulanceteam of zij ter plaatse bij de patiënt moeten blijven. De zorgambulancebegeleider kan te allen tijde, bij twijfel of discussie met zorgpartners, voor telefonische consultatie terugvallen op een achterwacht. Deze achterwachtfunctie ligt formeel bij de MMA, maar kan door de MMA in bijvoorbeeld een medisch stafbureau of bij een verpleegkundig specialist acute zorg belegd zijn. De RAV beschikt voor deze situaties over een schriftelijke procedure.

Ook voor het invullen van het (elektronisch) ritformulier, de overdracht en de administratieve verwerking van de ritten geldt dat dit in principe niet verschilt van ALS-ritten. Zorgproces en ritverwerking staan beschreven in het kwaliteitssysteem van de RAV.

6.3 Protocolair werken

Protocolair werken vormt in het handelen van de zorgambulancebegeleider de rode draad. De meeste protocollen uit het landelijk protocol ambulancezorg (LPA) zijn gericht op ‘cure’ en gaan uit van het deskundigheidsniveau van een ambulanceverpleegkundige en zijn daarom grotendeels niet van toepassing. Er dient overzicht te zijn van de protocollen die van toepassing zijn op de zorgambulance, en die toegepast worden door de zorgambulancebegeleider⁴².

Voor de zorgambulancechauffeur geldt dat op het deelgebied ‘planbare laagcomplexere ambulancezorg’ dezelfde kwaliteit geboden wordt als op ALS-ambulances. De zorgambulancechauffeur krijgt regionaal alle relevante onderdelen van het VVT-deel van de opleiding tot ambulancechauffeur aangeboden. De “Brancherichtlijn Optische en geluidssignalen spoedeisende medisch hulpverlening” dient bekend te zijn voor dat deel dat voor de zorgambulance van toepassing is. Een zorgambulance kan niet ingezet worden voor een A1 of A2 rit en rijdt dus zonder gebruikmaking van optische- en geluidssignalen. De richtlijn verwijst echter ook naar het gebruik van bepaalde signalen en naar ontheffingen die de zorgambulancechauffeur wel kan gebruiken⁴³, zoals de ontheffing bij het gebruik maken van de vluchtstrook. Ook het “Richtinggevend kader bijzondere verkeersbevoegdheden” en de “Richtlijn eerste veiligheidsmaatregelen bij verkeersongevallen” dienen bekend te zijn bij de zorgambulancechauffeur voor zover het past binnen zijn taak^{44,45}.

⁴¹ Zie bijlage 2: Modified Early Warning Score Zorgambulance (MEWS Zorgambulance).

⁴² Uit de evaluatie bij de actualisatie van het Kwaliteitskader Zorgambulance blijkt dat meerdere RAV's behoefte hebben aan landelijk protocol zorgambulance met ondersteunende opleiding om daarmee een gelijke uitgangssituatie te creëren. Zie voorlegger werkgroep Kwaliteitskader Zorgambulance aan ledenvergadering AZN van 14 juni 2017.

⁴³ Brancherichtlijn Optische en geluidssignalen spoedeisende medische hulpverlening. (2016). AZN - V&VN Ambulancezorg, Hoofdstuk 7 en 8.

⁴⁴ Richtinggevend kader - Bijzondere verkeersbevoegdheden. (2015). IFV.

⁴⁵ Richtlijn eerste veiligheidsmaatregelen bij verkeersongevallen. (2016). Rijkswaterstaat.

6.4 Medisch management

De eisen en randvoorwaarden die sectoraal zijn vastgesteld met betrekking tot het medisch management⁴⁶, en als dusdanig verwoord in de Nota Verantwoorde Ambulancezorg, zijn ook van toepassing op de zorgambulance. Hieruit vloeien onder meer de volgende taken van de MMA met betrekking tot de zorgambulance voort:

- betrokkenheid bij het formuleren van het medisch- en scholingsbeleid, inclusief in het geval van regionaal maatwerk⁴⁷, voor de zorgambulanceprofessionals;
- toezien op de uitvoering van het medisch- en scholingsbeleid van zorgambulanceprofessionals;
- toezien op de bevoegdheid en bekwaamheid van zorgambulanceprofessionals;
- toezien op de toepassing van zorginhoudelijke protocollen;
- toezien op uitvoering van in de WGBO vastgelegde rechten en plichten van patiënt en zorgverlener;
- medisch-inhoudelijke afstemming met ketenpartners.

⁴⁶ Nota Verantwoorde Ambulancezorg. (2013). Ambulancezorg Nederland.

⁴⁷ Zie paragraaf 4.5.



7. MATERIAAL



7.1 Inleiding

Uitgangspunt voor het bieden van goede ambulancezorg is dat ambulancezorg wordt geleverd met kwalitatief hoogwaardig en functioneel materiaal. De materialen en apparatuur, veelal medische hulpmiddelen, die binnen de ambulancezorgverlening 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, geldende protocollen en voldoen aan relevante wet- en regelgeving⁴⁸. Deze uitgangspunten voor de ambulancezorg zijn onverkort ook van toepassing op de zorgambulance.

7.2 Voertuig

De zorgambulance maakt integraal onderdeel uit van de ambulancezorg. Dit komt ook tot uitdrukking in de uiterlijke kenmerken van de zorgambulance. Qua uiterlijke kenmerken⁴⁹ – kleur, striping en nummering – kan de zorgambulance identiek zijn aan de ALS-ambulance. Het onderscheid met een ALS-ambulance komt als volgt tot uitdrukking:

- functienaam ‘zorgambulance’ wordt toegevoegd;
- nummering: regionummer, gevolgd door een nummer vanaf 400.

De zorgambulance is erkend als voorrangsvoertuig en dient te voldoen aan de wet- en regelgeving voor voorrangsvoertuigen. Daarbij opgemerkt dat voor de zorgambulance zowel primaire als secundaire striping is toegestaan. De zorgambulance voert geen spoedritten uit en maakt geen gebruik van optische- en geluidssignalen. Dit maakt niet dat een zorgambulance niet het eerste voorrangsvoertuig bij een (grootschalig) incident kan zijn; de zorgambulance kan immers een incident tegenkomen tijdens de reguliere werkzaamheden. Om deze reden is het van belang dat de zorgambulanceprofessionals bekend zijn met incidentmanagement^{50,51} en het voertuig hierbij adequaat weten in te zetten.

7.3 Inrichting en inventaris

De zorgambulance is ingericht op laag complexe zorgvragen, daarbij ligt het focus op care: verzorging en begeleiding. In

de zorgambulance is de inventaris hierop afgestemd. Met het aanwezige materiaal op de zorgambulance moeten de handelingen uit het handelingschema kunnen worden toegepast. EHBO-materialen dienen in voldoende mate aanwezig te zijn. Evenals een AED en een pocketmasker als beademingsmasker beschikbaar zijn voor inzet bij een reanimatie. Geneesmiddelen zijn beperkt tot zuurstof en paracetamol⁵². Geavanceerde medisch technische apparatuur is niet noodzakelijk op de zorgambulance.

In het kwaliteitssysteem van de RAV moet inzichtelijk zijn wat de inventaris is en hoe onderhoud en controles zijn vormgegeven.

Ten opzichte van een ALS-ambulance kan een zorgambulance meer comfort bieden, bijvoorbeeld in de vering van de auto en met het gebruik van een meer comfortabel brancardsysteem met een dikker matras. Daarnaast kunnen een voor de patiënt goed uitzicht naar buiten, een mooi afgewerkt interieur, prettige verlichting en eventuele mogelijkheden voor beeld en geluid bijdragen aan het comfort voor de patiënt. Het valt buiten het bestek van dit kwaliteitskader om hier voorschrijvend in te zijn.

7.4 Kleding

Ook in het uniform van de zorgambulanceprofessionals komt tot uitdrukking dat de zorgambulance, en daarmee de medewerkers, integraal onderdeel uitmaakt van de reguliere ambulancezorg. Qua uiterlijke kenmerken en qua veiligheid (bescherming, reflectie) is de kleding van de zorgambulanceprofessionals identiek aan die van de ALS-ambulancemedewerkers. Het onderscheid komt tot uitdrukking door op de uniformen van zorgambulanceprofessionals ‘zorgambulance’ te vermelden. In de nieuwe uniformlijn die in 2017 is gekozen, gaat men op gelijke wijze als voorheen om met het uniform.

⁴⁸ Onder andere de Wet op de Medische Hulpmiddelen.

⁴⁹ Zie www.striping.nl

⁵⁰ Richtlijn eerste veiligheidsmaatregelen bij verkeersincidenten. (2016). Rijkswaterstaat.

⁵¹ Zie de app “Incident Manager” (Rijkswaterstaat).

⁵² Het aanwezig zijn en het gebruik van paracetamol -per os of rectaal- dient per RAV te worden vastgelegd.



8. INFORMATIEVOORZIENING



8.1 Inleiding

Zowel voor (potentiële) patiënten als voor verwijzers en ketenpartners moet duidelijk zijn wat de differentiatie zorgambulance inhoudt en hoe kwaliteit gewaarborgd wordt. Communicatie hierover richting cliënten en ketenpartners is van groot belang.

8.2 Informatievoorziening patiënten

Voor patiënten dient helder te zijn wat zij van de zorgambulance mogen verwachten. Informatie over de zorgambulance dient voor patiënten dan ook laagdrempelig toegankelijk te zijn. Zowel het gebruik van patiëntenfolders als het plaatsen van informatie op de RAV-website zijn hiervoor geschikt. Naast voor de burger begrijpelijke uitleg over de inzetcriteria voor de zorgambulance zijn er meerdere items die aandacht verdienen. Zoals de wettelijke eisen met betrekking tot informatievoorziening, toestemming, dossiervorming en privacy. Deze zijn vastgelegd in de Nota Verantwoorde Ambulancezorg⁵³, en ook van toepassing op de zorgambulance. Dit geldt evenzeer voor wettelijke eisen met betrekking tot klachtenbehandeling. Het meten van cliënttevredenheid is een verplichting die RAV's kennen in het kader van de Wkkgz.

8.3 Afstemming met ketenpartners

In het kader van de kwaliteit en continuïteit van de zorgverlening is afstemming met ketenpartners over de zorgambulance van groot belang. Voor ketenpartners en bevoegde aanvragers dient helder te zijn in welke situaties en op welke wijze een zorgambulance kan worden aangevraagd. Indien aan de orde maken RAV en ketenpartner afspraken over de inzet van de zorgambulance.

⁵³ Nota Verantwoorde Ambulancezorg. (2013). Ambulancezorg Nederland.

BIJLAGE 1

CASUÏSTIEK ZORGAMBULANCE

Casus 1

Mevrouw R., 48 jaar, heeft enige weken geleden na een val een bovenbeengips gekregen. Ze woont samen met haar man. Ze moet nu voor een halfjaarlijkse controle naar haar longarts in het ziekenhuis. De assistent van de huisarts belt naar de MKA voor een ambulance. De assistent vertelt dat er is geregeld dat mevrouw R. in het ziekenhuis na de controle op de SEH even naar het gips kan laten kijken, omdat mevrouw R. last van heeft van de bovenzijde van het gips. De centralist plant de zorgambulance in voor deze rit.

Casus 2

De zorgambulance heeft net de 25-jarige Steven L. thuisgebracht die voor zijn veertiende chemokuur in het ziekenhuis is geweest. Als het zorgambulanceteam hem op de sofa heeft geholpen, krijgen ze een oproep van de MKA. Om de hoek van de straat is een vrouw in elkaar gezakt, een omstander heeft gebeld: het betreft een reanimatie. De zorgambulance rijdt direct, doch zonder spoed, naar de opgegeven locatie. Het zorgambulanceteam start de reanimatie en gebruikt daarbij de AED. Als de ALS-ambulance ter plaatse is, neemt deze de leiding over. Het slachtoffer krijgt weer eigen ritme en ademhaling. De ALS-ambulance brengt de reanimatiepatiënte naar het ziekenhuis. De zorgambulance meldt bij de MKA dat zij teruggaan naar de post om de materialen schoon te maken.

Casus 3

De verpleegkundige van de oncologie-afdeling belt met het verzoek om de heer G. vanmiddag met een ambulance over te brengen naar het hospice in zijn woonplaats. Hij heeft een waakinuus en gebruikt zuurstof. Er is een niet-reanimeren beleid afgesproken, hij is terminaal. Zijn dochter wil graag mee als de heer G. wordt overgebracht. De verpleegkundig centralist vraagt uit hoeveel zuurstof de heer G. gebruikt: vier liter per neusbril, hij is bekend met lage saturatie van rond de 90%. De centralist verwerkt alle informatie. Als de zorgambulance de heer G. ophaalt, staat zijn dochter klaar. Alle papieren liggen klaar, ook de door de arts getekende verklaring over het niet-reanimeren beleid. Onderweg naar het hospice is de heer G. amper

aanspreekbaar, hij ligt verder rustig. Vlak voor de aankomst in het hospice stopt de ademhaling. Terwijl de dochter rustig tegen haar vader praat overlijdt de heer G. In overleg met de dochter brengt de zorgambulance de heer G. naar zijn woonadres, daar wordt zijn eigen huisarts gebeld vanwege het overlijden. Het zorgambulanceteam blijft ter plaatse tot de huisarts er is, de MKA wordt daarover ingelicht.

Casus 4

Heer M. is bekend met een dementieel syndroom. Hij heeft vijf maanden geleden een CVA doorgemaakt en is weinig mobiel. Nu moet hij voor het wisselen van zijn katheter naar de uroloog. Hij gaat per zorgambulance, die hem van de PG-afdeling ophaalt. Een week later belt de verzorgende van de PG-afdeling naar de MKA. De verzorgende vraagt of een zorgambulance de heer M. weer kan ophalen omdat hij opnieuw naar het ziekenhuis moet, nu op verzoek van de huisarts. Als de meldkamercentralist trieert, stelt hij vast dat de heer M. koorts heeft ontwikkeld na de katheterwisseling en nu een lage bloeddruk heeft. De heer M. is daarbij suffig, wat hij normaal niet heeft. De centralist zet nu geen zorgambulance in maar een ALS-ambulance.

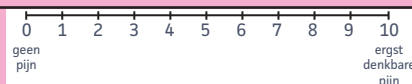
Casus 5

Joline B. moet voor controle naar de revalidatiekliniek. Joline is net 1 jaar en heeft al drie maanden een spreidbroek. De revalidatiekliniek belt de MKA om de ambulancerit aan te vragen. De MKA-centralist vraagt aanvullende informatie. Joline heeft geen andere klachten en gaat puur voor controle bij de behandeling met de spreidbroek. Zij past niet op een veilige manier in een standaard-kinderzitje in de auto. Haar moeder gaat mee. De MKA-centralist geeft aan bekend te zijn met de specifieke afspraken die er binnen de RAV zijn gemaakt, waardoor het landelijke uitsluitcriterium van de leeftijd hier niet geldt. Dit maakt het binnen de RAV mogelijk om jonge patiëntjes vanaf de revalidatiekliniek met de zorgambulance te vervoeren. De zorgambulanceprofessionals zijn in een regionale training over deze bijzondere patiëntengroep specifiek bijgeschoold. De MKA-centralist plant de rit in.

BIJLAGE 2

MODIFIED EARLY WARNING SCORE ZORGAMBULANCE

A-B-C-D-E		Early Warning Score					
Score	3	2	1	0	1	2	3
Ademfrequentie		< 9		9 - 14	15 - 20	21 - 30	> 30
Hartfrequentie		< 40	40 - 50	51 - 100	101 - 110	111 - 130	> 130
Systolische bloeddruk	< 70	70 - 80	81 - 100	101 - 180	180 - 200	> 200	
Bewustzijn			acute agitatie of verwardheid	A	V	P	U
Temperatuur		< 35.1	35.1 - 36.5	36.6 - 37.5	37.6 - 39.0	> 39.0	
A = alert		V = reactie op aanspreken		P = reactie op pijn		U = niet aanspreekbaar	
Indien saturatie < 90%: 3 punten scoren							
Indien pijnscore > 7: Niet vervoeren, ALS voertuig laten komen							
Indien ongerustheid over de conditie van de patiënt: 1 punt extra scoren							
Score < 2: controleer patiënt na 15 minuten opnieuw							
Score >2: ALS ter plaatse vragen							



BIJLAGE 3

EINDTERMEN ZORGAMBULANCEBEGELEIDER

De zorgambulancebegeleider kan met betrekking tot de specifieke context van de ambulancezorg:

Vakinhoudelijk handelen

Verzamelen en interpreteren van gegevens

- De zorgambulancebegeleider vormt zich binnen de zorgsituatie een gedetailleerd beeld van de gezondheidsproblematiek van de patiënt.
Specifieke aandachtspunten zijn:
 - Inclusie- en uitsluitcriteria voor de zorgambulance;
 - Kort-cyclische karakter van de zorgsituatie;
 - De mogelijke communicatieve beperkingen van de patiënt;
 - Op methodische wijze komen tot een zorgplan.

Plannen van de zorg

- De zorgambulancebegeleider kan de basiszorg plannen, rekening houdend met de mogelijkheden van de ambulancezorg.
Specifieke aandachtspunten zijn:
 - Logistieke processen binnen de ambulancezorg;
 - Het indiceren en toepassen van verplaatsingstechnieken en hulpmiddelen.

Uitvoeren van de zorg

- De zorgambulancebegeleider voert binnen de context van de professionele standaard⁵⁴ de basiszorg uit.
Specifieke aandachtspunten zijn:
 - Uitvoering van beroepsmatige handelingen gebaseerd op toepassing van routines, standaardprocedures of regio specifieke procedures;
 - De handelingen passen binnen het competentiebereik van de zorgambulancebegeleider.
 - Patiëntveiligheid waarborgen.
- De zorgambulancebegeleider kent en herkent factoren, symptomen en/of ziektebeelden die mogelijk een bedreiging vormen voor de patiënt zelf.
Specifieke aandachtspunten zijn:
 - Beoordeelt of patiënt binnen inzetcriteria valt en overlegt zo nodig met de achterwacht⁵⁵
 - Bewaakt de vitale functies van een zorgvrager;

- Meldt aan de meldkamer ambulancezorg de veranderingen in de zorgvraag of in de omgeving, wanneer deze haar competentie of verantwoordelijkheid te boven gaat.
- De zorgambulancebegeleider organiseert en coördineert de zorg rond de patiënt (zorginhoudelijke regiefunctie) teneinde de continuïteit van zorg te waarborgen.
Specifieke aandachtspunten zijn:
 - Doet mondeling en schriftelijk verslag (ritformulier);
 - Communicatiemodellen en -middelen.

Communicatie

- De zorgambulancebegeleider draagt zorg voor een effectieve communicatie en interactie met patiënten en andere betrokkenen.
Specifieke aandachtspunten zijn:
 - Ritformulier;
 - Communicatieprotocol met MKA;
 - Overdrachtsprotocol;
 - C2000.

Samenwerking

- De zorgambulancebegeleider neemt op systematische wijze gegevens in ontvangst en verwerkt de overdrachtsgegevens op een adequate wijze. De zorgambulancebegeleider draagt de zorg op een systematische wijze over.
Specifieke aandachtspunten zijn:
 - Samenwerking als zorgambulanceteam;
 - Samenwerking met de meldkamer ambulancezorg;
 - Samenwerking en overleg met ketenpartners;
 - Samenwerking binnen de ambulancezorg.

⁵⁴ Beroepsprofiel Verzorgende IG. (2016). V&VN.

⁵⁵ Deze achterwachtfunctie ligt formeel bij de MMA, maar kan door deze gedelegeerd zijn. De RAV beschikt voor deze situaties over een procedure.

Kennis en wetenschap

- De zorgambulancebegeleider levert een bijdrage aan de ontwikkeling van het beroep.
Specifieke aandachtspunten zijn:
 - Levert een bijdrage aan de verbetering van de kwaliteit van de ambulancezorg;
 - Kan de eigen deskundigheid bevorderen;
 - Voert onderwijsactiviteiten⁵⁶ uit voor aankomende en/of zittende beroepsgenoten;
 - Begeleidt junior collega's in het kader van praktijkleren en adequaat functioneren in de eigen organisatie.

Maatschappelijk handelen

- De zorgambulancebegeleider levert een bijdrage aan de maatschappelijke erkenning, legitimatie van het beroep verzorgende/verpleegkundige.
Specifieke aandachtspunten zijn:
 - Handelt overeenkomstig de geldende wet- en regelgeving;
 - Legt aan collega's en management verantwoording af over de effectiviteit en efficiency van het eigen professioneel handelen.
- De zorgambulancebegeleider treedt adequaat op bij incidenten in de zorg en bij incidenten die de veiligheid van patiënten en/of medewerkers betreffen.

Organisatielidmaatschap

- De zorgambulancebegeleider werkt effectief en doelmatig binnen de organisatie ambulancezorg en binnen de gehele keten van zorgverlening.
- De zorgambulancebegeleider committeert zich aan de rechten en plichten als werknemer en als professional in de arbeidssituatie.
- De zorgambulancebegeleider draagt als organisatielid bij aan de continuïteit en effectiviteit van de organisatie ambulancezorg (RAV).

Professionaliteit

- De zorgambulancebegeleider zorgt voor de eigen professionele ontwikkeling.
Specifieke aandachtspunten zijn:
 - Heeft een reflectieve beroepshouding;
 - Brengt de eigen beroepsontwikkeling in kaart en definieert haar eigen leervragen;
 - Levert een bijdrage aan de ontwikkeling van de professionele standaarden;
 - Handelt conform de professionele standaarden;
 - Maakt eigen normen ondergeschikt aan de professionele standaarden;
 - Behandelt de patiënt met respect conform de beroepscode ambulancezorg.
 - Past de beroepsattitude toe.

⁵⁶ Hieronder valt onder andere het geven van werkinstructies aan nieuwe medewerkers, verzorgen klinische les.

BIJLAGE 4

EINDTERMEN ZORGAMBULANCECHAUFFEUR

De zorgambulancechauffeur kan met betrekking tot de specifieke context van de ambulancezorg:

Vakinhoudelijk handelen

Primair proces verkeer

De zorgambulancechauffeur voert onder uiteenlopende omstandigheden het *primaire proces verkeer* effectief en efficiënt uit op *advanced beginner* niveau.

- Verkeersveiligheid en snelheid combineren en de rijstijl afstemmen op elke situatie waarin de patiënt verkeert.
- Anticiperen, stressbestendig optreden, goed concentreren en snel reageren.
- De verkeerswetgeving toepassen.
- Geografische kennis en stratenkennis toepassen en de navigatiesystemen bedienen.
- Grensoverschrijdend vervoer uitvoeren.
- Vervoersvoorschriften toepassen en de daaraan gerelateerde documenten benoemen.
- Op een adequate wijze zijn voertuig beheersen.

Primair proces zorg

De zorgambulancechauffeur voert onder uiteenlopende omstandigheden het *primaire proces zorg* effectief en efficiënt uit op *advanced beginner* niveau.

- Eigen veiligheid en die van anderen op een goede manier waarborgen.
- Een situatie creëren zodat de ambulancezorgverlener zich met de directe patiëntenzorg kan bezighouden.
- Onder begeleiding en in opdracht van de ambulancezorgverlener assisteren bij zorghandelingen gebaseerd op toepassing van routines, standaardprocedures of regio specifieke procedures⁵⁶.
- Onder een zekere emotionele druk werken, stress bij anderen herkennen en hanteren.
- Psychosociale problemen van de patiënt herkennen en hiermee omgaan.

Communicatie

- De zorgambulancechauffeur draagt zorg voor een effectieve communicatie en interactie met patiënten en andere betrokkenen.

Specifieke aandachtspunten zijn:

- Communicatieprotocol met MKA;
- Communicatiemiddelen.
- Communicatiemiddelen en communicatieprocedures toepassen.
- Efficiënt en effectief communiceren en diverse basale communicatiestijlen hanteren.

Samenwerking

- De zorgambulancechauffeur kan een professionele samenwerkingsrelatie aangaan met zijn collega's zorgambulance, centralist meldkamer ambulancezorg, zorgpartners of betrokken instanties.

Kennis en wetenschap

- De zorgambulancechauffeur levert een bijdrage aan de ontwikkeling van het beroep.

Specifieke aandachtspunten zijn:

- Levert een bijdrage aan de verbetering van de kwaliteitszorg op de zorgambulance;
- Kan de eigen deskundigheid bevorderen;
- Begeleidt junior collega's van de zorgambulance in het kader van praktijkleren en adequaat functioneren in de eigen organisatie.

⁵⁶ De zorgambulancechauffeur beschikt hiervoor over een door de Nederlandse Reanimatie Raad (NRR) erkend diploma BLS met AED en een Europees erkend EHBO-diploma.

Maatschappelijk handelen

- De zorgambulancechauffeur levert een bijdrage aan de maatschappelijke erkenning, legitimatie van zijn functie.
Specifieke aandachtspunten zijn:
 - Handelt overeenkomstig de geldende wet- en regelgeving;
 - Legt aan collega's en management verantwoording af over de effectiviteit en efficiency van het eigen professioneel handelen.
- De zorgambulancechauffeur treedt adequaat op bij incidenten in de zorg en bij incidenten die de veiligheid van patiënten en/of medewerkers betreffen.

Organisatielidmaatschap

- De zorgambulancechauffeur werkt effectief en doelmatig binnen de organisatie ambulancezorg en binnen de gehele keten van zorgverlening.
- De zorgambulancechauffeur committeert zich aan de rechten en plichten als werknemer en als professional in de arbeidssituatie.
- De zorgambulancechauffeur draagt als organisatielid bij aan de continuïteit en effectiviteit van de organisatie ambulancezorg (RAV).

Professionaliteit

- De zorgambulancechauffeur zorgt voor de eigen professionele ontwikkeling.
Specifieke aandachtspunten zijn:
 - Heeft een reflectieve beroepshouding;
 - Brengt de eigen beroepsontwikkeling in kaart en definieert haar eigen leervragen;
 - Levert een bijdrage aan de ontwikkeling van de professionele standaarden;
 - Handelt conform professionele standaarden;
 - Maakt eigen normen ondergeschikt aan de professionele standaarden;
 - Handelt conform (rij)technische standaarden;
 - Behandelt de patiënt met respect conform de beroepscode ambulancezorg;
 - Past de beroepsattitude toe.

BIJLAGE 5

VRAGENLIJST EVALUATIE KWALITEITSKADER ZORGAMBULANCE

1. Over hoeveel zorgambulances beschikt uw organisatie?
2. Op welke dagen en tijden zet uw organisatie de zorgambulances in?
3. Wordt de zorgambulance ook nog voor andere zorgsituatie ingezet?
4. Voor welke zorgsituaties?
5. Wat is de gemiddelde bezettingsgraad van de zorgambulances?
6. Hoe wordt de gemiddelde bezettingsgraad gemeten?
7. Vindt u de huidige inzetcriteria passend? (Kwaliteitskader 2.0 hoofdstuk 4.2)
8. Wat zou er wat u betreft moeten wijzigen? Wilt u dit onderbouwen?
9. Vindt u de huidige uitsluitcriteria passend? (Kwaliteitskader 2.0, hoofdstuk 4.2)
10. Wat zou er wat u betreft moeten wijzigen? Wilt u dit onderbouwen?
11. Zorgambulancebegeleiders, aantal:
12. Zorgambulancebegeleiders, fte:
13. Zorgambulancechauffeurs, aantal:
14. Zorgambulancechauffeurs: fte:
15. Welk opleidingsniveau hebben de zorgambulancebegeleiders?
16. Welke (bij- en na)scholing biedt u de zorgambulancebegeleiders aan?
17. Welk opleidingsniveau hebben de zorgambulancechauffeurs?
18. Welke (bij- en na)scholing biedt u de zorgambulancechauffeurs aan?
19. Maakt u gebruik van de "Eindtermen Zorgambulancebegeleider" en "Eindtermen chauffeur zorgambulance"? (Kwaliteitskader 2.0, bijlage 1 en 2)
20. Op welke wijze?
21. Heeft u wensen voor aanpassing van deze eindtermen?
22. Heeft u voor de zorgambulancebegeleiders en –chauffeurs bekwaamheidsbeleid geformuleerd?
23. Wilt u dit met ons delen?
24. Hoe wordt binnen uw organisatie de bekwaamheid van de zorgambulancebegeleiders en chauffeurs (periodiek) getoetst?
25. Heeft u behoefte aan landelijk beleid/kaders met betrekking tot bekwaamheid en scholing?
26. Heeft u concrete suggesties/wensen?
27. Vindt u het handelingschema zorgambulance passend? (Kwaliteitskader 2.0, hoofdstuk 4.3, bijlage 3)
28. Wat zou er wat u betreft moeten wijzigen? Wilt u dit onderbouwen?
29. Beschikt uw organisatie over protocollen specifiek voor de zorgambulance?
30. Wilt u deze met ons delen?
31. Heeft u behoefte aan specifieke landelijk protocollen voor de zorgambulance?
32. Op welke thema's?
33. Op welke wijze heeft u een zogenaamde "achtervang"(consultfunctie) geregeld voor zorgambulancegeleiders?
34. Zijn er ten aanzien van het onderdeel "materiaal" (knel) punten die u in deze evaluatie wilt inbrengen?
35. Heeft u nog andere (knel)punten met betrekking tot het Kwaliteitskader 2.0 die u in deze evaluatie wilt inbrengen?
36. Zijn er (andere) ontwikkelingen m.b.t. de zorgambulance binnen uw organisatie die u in deze evaluatie wilt inbrengen?
37. Welke (andere) ontwikkelingen?

De vragenlijst is in december 2016 aan alle RAV's gestuurd.

BIJLAGE 6

LEDEN WERKGROEP KWALITEITSKADER ZORGAMBULANCE

- Mevrouw drs. M. Wassink, RAV IJsselland
(voorzitter werkgroep)
- drs. Mevrouw K. Brinkhoff, RAV Utrecht
- Mevrouw N. Christenhusz, Ambulance Oost en
V&VN Ambulancezorg – vakgroep zorgambulance
- De heer R. Meppelder, arts, MBA, Nederlandse Vereniging van
Medisch Managers Ambulancezorg
- De heer J. Verschuren, RAV Zuid-Holland Zuid en
V&VN Ambulancezorg – vakgroep MKA-centralisten
- Mevrouw T. van Duin MSc, Ambulancezorg Nederland
- Mevrouw K. Lelieveld, Ambulancezorg Nederland

KWALITEITSKADER
ZORGAMBULANCE



Ambulancezorg Nederland

Veerallee 68
8011 AE Zwolle

088 38 38 200

info@ambulancezorg.nl
www.ambulancezorg.nl