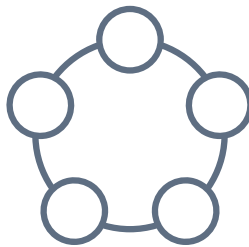
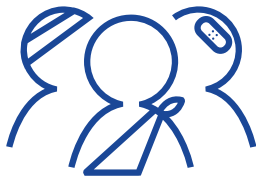




AMBULANCEZORG
NEDERLAND

Nota Goede ambulancezorg

oktober 2025



INHOUD

Voorwoord	4
Leeswijzer	5
1. Ambulancezorg in beweging	6
1.1. Inleiding	6
1.2. Wat is ambulancezorg?	6
1.3. Het ambulancezorgproces	6
1.4. Ambulancezorg in beweging	7
1.5. Samenwerken aan zorg met toekomst	8
2. Goede ambulancezorg: wettelijk kader en pijlers	9
2.1. Inleiding	9
2.2. Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg	9
2.3. De pijlers van goede ambulancezorg	10
3. Patiënt centraal	11
3.1. Passende zorg	11
3.2. Informatieverstrekking	11
3.3. Dossiervorming	12
3.4. Privacy en beroepsgeheim	12
3.5. Patiëntervaringen	12
3.6. Cliëntenparticipatie	12
4. De ambulancezorgprofessional	13
4.1. Ambulancezorg is mensenwerk	13
4.2. De juiste zorg door de juiste ambulancezorgprofessional	13
4.3. Bevoegd, bekwaam en deskundig	14
4.4. Zorg voor de professional	15
4.5. Professionele standaard	15
4.6. Medisch management	16
4.7. Professionaliteit en professioneel zeggenschap	16
5. Samenwerken	17
5.1. Samenwerken aan veilige en toekomstbestendige zorg	17
5.2. Borgen toegankelijkheid, continuïteit en kwaliteit	17
5.3. Passend regionaal zorgaanbod	17
5.4. Zorgcoördinatie	17
5.5. Samenwerking bij rampen en crises	18
5.6. Gegevensuitwisseling binnen de keten	18

6.	Bereikbare en beschikbare ambulancezorg	19
6.1.	Referentiekader spreiding en beschikbaarheid	19
6.2.	Optimale inzet zorgcapaciteit	19
6.3.	Zorgvraag centraal	19
6.4.	De MKA als regisseur van de ambulancezorg	20
6.5.	Sluitend regionaal zorgnetwerk	20
7.	Veiligheid	21
7.1.	Veilige zorg	21
7.2.	Veilige werkomgeving	21
7.3.	Materiaal en apparatuur	21
7.4.	Incidenten en calamiteiten	22
7.5.	Informatiebeveiliging	22
8.	Continu leren & verbeteren	23
8.1.	Continu verbeteren zorgaanbod	23
8.2.	Feedback patiënten en ketenpartners	23
8.3.	Kwaliteitsinformatie	23
8.4.	Visitatie	23
8.5.	Wetenschappelijk onderzoek	23
9.	Goed zorgbestuur	24
9.1.	Voorwaarden op orde	24
9.2.	Governance	24
9.3.	Kwaliteit en continuïteit van zorg	24
9.4.	Lerende organisatie	24
9.5.	Transparantie en verantwoording	24
9.6.	Maatschappelijk verantwoord ondernemen	25
	Referentielijst	26
	Bijlage 1. Wettelijk kader	30
	Bijlage 2. Begrippenlijst	34
	Bijlage 3. Samenstelling werkgroep	37



VOORWOORD

In 1997 bracht onze sector, vlak na de inwerkingtreding van de kwaliteitswet zorginstellingen, een gezamenlijk kwaliteitsdocument uit onder de vlag van het Nederlands Ambulance Platform. Het doel was destijds om het begrip ‘verantwoorde ambulancezorg’ op uniforme wijze te duiden. Toen al liep de sector voorop in het denken over kwaliteit en transparantie. Er werd gewerkt vanuit een gezamenlijke RAV-gedachte, in de verwachting dat die gedachte snel realiteit zou worden. Dat bleek wat optimistisch, maar het zaadje was geplant!

Van vervoer naar mobiele, prehospitalische zorgverlening

Wie terugkijkt, beseft hoe ingrijpend de sector is veranderd. De ambulancezorg in 2025 is fundamenteel anders dan in 1997. Vroeger waren we ambulancevervoerders, nu, dertig jaar later, zijn we mobiele, prehospitalische zorgverleners. Sterker nog, meer dan 30% van de patiënten waar we met spoed naartoe gaan, vervoeren we niet meer naar het ziekenhuis, omdat we hen ter plaatse al de juiste zorg kunnen bieden. Dat is een prachtige ontwikkeling, die eraan bijdraagt dat spoedeisende hulpafdelingen van ziekenhuizen minder belast worden en mensen thuis kunnen blijven om te herstellen. Deze ontwikkeling zal zich verder doorzetten. Demografische en maatschappelijke veranderingen vragen daar ook om.

Unieke positie in het zorglandschap

Ook de organisatie die verantwoordelijk is voor het verlenen van ambulancezorg is ten opzichte van dertig jaar geleden veranderd. De ambulancesector is inmiddels al jaren regionaal georganiseerd in 25 Regionale Ambulancevoorzieningen (RAV's), en is wettelijk verankerd in de Wet ambulancezorgvoorzieningen. Het ‘spook’ van marktwerking en aanbesteding is afgewend. Ambulancezorgvoorzieningen zijn vandaag de dag monopolistische zorgaanbieders met een unieke positie in het zorglandschap. Die positie brengt

de verantwoordelijkheid met zich mee dat we voortdurend moeten blijven vernieuwen en verbinden: met huisartsen, ziekenhuizen, ggz, wijkverpleging en andere partners in het zorgnetwerk.

Toekomstbestendige ambulancezorg

Omdat de ambulancesector een maatschappelijke opgave heeft en gefinancierd wordt uit premiegelden, zien we het als onze verantwoordelijkheid richting de samenleving om ervoor te zorgen dat ambulancezorg ook in de toekomst toegankelijk en beschikbaar blijft. Verdere samenwerking in de keten van acute zorg, waardoor we effectiever en doelmatiger kunnen werken, en continue innovatie dragen daaraan bij. Maar onze verantwoordelijkheid gaat verder dan het verlenen van kwalitatief goede en toekomstbestendige zorg. We staan ook aan de lat voor de kwaliteit van onze interne processen en voor een goed werkende governance.

Passende zorg

In 1997 spraken we van ‘verantwoorde ambulancezorg’, in 2025 over ‘goede ambulancezorg’ en we werken steeds meer toe naar ‘passende ambulancezorg’. Daarmee bedoelen we: de juiste zorg, op de juiste plek, op het juiste moment, mensgericht, doelmatig en duurzaam. Wat in al die jaren hetzelfde is gebleven, is dat we de patiënt centraal stellen, dáár doen we het voor. Of het nu gaat om ambulancezorgprofessionals op de wagens, in de meldkamers ambulancezorg, of ‘op kantoor’, al deze mensen zetten zich 24/7 in om voor elke patiënt die ambulancezorg nodig heeft het verschil te maken. Het doel van deze nota Goede Ambulancezorg is om hen hierbij een waardevolle ondersteuning te bieden.

Han Noten

Voorzitter Ambulancezorg Nederland



De nota Goede Ambulancezorg beschrijft wat ‘goede zorg’ voor de ambulance-sector betekent. Wat is het wettelijk kader? Wat vindt de ambulancesector zelf belangrijk? En hoe geven Regionale Ambulancevoorzieningen (RAV’s) en de ambulancezorgprofessionals die binnen de RAV werken hier invulling aan?

De nota Goede Ambulancezorg bestaat uit een aantal onderdelen:

Inleiding: ambulancezorg in beweging

In het inleidende hoofdstuk beschrijven we wat ambulancezorg is en schetsen we de ontwikkelingen waar de (acute) zorg - en dus ook de ambulancezorg - mee te maken heeft. Ook beschrijven we de ontwikkelingen in de (nabije) toekomst waar we ons op voor moeten bereiden.

Wettelijk kader en de pijlers

Het wettelijk kader van de nota Goede Ambulancezorg wordt primair gevormd door de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz). In hoofdstuk 2 worden de belangrijkste elementen uit de Wkkgz beschreven. Deze elementen vormen de pijlers van goede zorg en vormen de kapstok voor het sectorale beleid. Vanzelfsprekend bepaalt een veel breder scala aan wetten de invulling van dat wat de ambulancesector verstaat onder ‘goede ambulancezorg’. Een samenvatting van deze wetten is in bijlage 1 te vinden.

Uitwerking van de thema’s

In de hoofdstukken 4 tot en met 10 worden de pijlers van goede ambulancezorg verder uitgewerkt. In de tekst verwijzen we naar relevante landelijke kaders en richtlijnen. Deze zijn opgenomen in een referentielijst, die onderdeel uitmaakt van deze nota.

Referentielijst

In teksten van de nota wordt verwezen naar de onderliggende (sectorale) documenten en wetten. Deze zijn gebundeld in de referentielijst.

Bijlagen

De bijlagen bestaan achtereenvolgens uit het wettelijk kader, een begrippenlijst en de samenstelling van de werkgroep.

1. AMBULANCEZORG IN BEWEGING

1.1. Inleiding

In Nederland verlenen ruim 7.000 ambulancezorgprofessionals 24 uur per dag, 7 dagen in de week spoedeisende en niet-spoedeisende ambulancezorg aan patiënten. Hiervoor zijn ruim 900 ambulancevoertuigen beschikbaar die ongeveer 1,4 miljoen keer per jaar worden ingezet door de ambulancezorgprofessionals op de meldkamer ambulancezorg (MKA). Daarvan zijn ongeveer 300.000 inzetten voor niet-spoedeisende ambulancezorg en ongeveer 1,1 miljoen inzetten voor spoedeisende ambulancezorg.

De ambulancezorg in Nederland is regionaal georganiseerd. De 25 Regionale Ambulancevoorzieningen (RAV's) hebben een aanwijzing gekregen van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en zijn verantwoordelijk voor de ambulancezorgverlening in de aangewezen regio. De meldkamer ambulancezorg is integraal onderdeel van de RAV. De indeling van de RAV-regio's is congruent met de indeling van de veiligheidsregio's, zoals bedoeld in de Wet veiligheidsregio's (artikel 8, Wvvr). De aangewezen RAV's zijn bevoegd en verplicht tot het verlenen of doen verlenen van ambulancezorg, zoals bedoeld in artikel 5 van de Wet ambulancezorgvoorzieningen.



1.2. Wat is ambulancezorg?

Ambulancezorg wordt in de Wet ambulancezorgvoorzieningen (artikel 5, Wazv) als volgt omschreven:

Ambulancezorg is zorg die beroepsmatig wordt verleend, die bestaat uit:

- het zorg dragen voor het uitvoeren van de meldkamerfunctie door een ambulancezorgprofessional;
- het zorg dragen voor het ontvangen, registreren en beoordelen van elke aanvraag van zorg, bedoeld in de onderdelen c, d en e, en zo nodig het besluiten door wie en op welke wijze deze zorg zal worden verleend, niet zijnde de meldkamerfunctie;
- het met een speciaal daartoe uitgerust en als zodanig herkenbaar voertuig snel ter plaatse brengen van een ambulanceverpleegkundige of andere ambulancezorgprofessional om aldaar zorg te verlenen, in verband met een ervaren of geobserveerde mogelijk ernstige of een op korte termijn levensbedreigende situatie als gevolg van een gezondheidsprobleem of letsel dat plotseling is ontstaan of verergert;
- het door een ambulanceverpleegkundige of andere ambulancezorgprofessional verlenen van zorg die erop gericht is een zieke of gewonde ter zake van zijn aandoening of letsel, in verband met een ervaren of geobserveerde mogelijk ernstige of een op korte termijn levensbedreigende situatie als gevolg van een gezondheidsprobleem of letsel dat plotseling is ontstaan of verergert, per ambulance te vervoeren;
- het door een ambulanceverpleegkundige of andere ambulancezorgprofessional verlenen van zorg op het woon- of verblijfsadres van een patiënt of verlenen van zorg in combinatie met vervoer van een patiënt tussen het woon- of verblijfsadres en een zorginstelling met het oog op diagnostiek, behandeling, opname of ontslag met een ambulance.

1.3. Het ambulancezorgproces

Het ambulancezorgproces bestaat uit verschillende fasen. De fasen in het ambulancezorgproces zijn te onderscheiden, maar sluiten naadloos op elkaar aan.

Soms bestaat de verleende ambulancezorg uit een deel van de genoemde fasen, zoals een zelfzorgadvies door een ambulancezorgprofessional op de MKA of een mobiel zorgconsult door een ambulancezorgprofessional ter plaatse zonder vervoer.

Zorgintake en –indicatie

Ambulancezorg begint op het moment dat een ambulancezorgprofessional op de MKA de melding aanneemt. De centralist beoordeelt de hulpvraag en indiceert of ambulancezorg nodig is, in welke vorm en met welke urgentie.

De ambulancezorg werkt met de verbeterde urgentie-indeling, welke zeven urgenties omvat. Deze indeling zorgt voor een medisch logische respons op iedere zorgvraag:

- A0, A1 en A2 voor spoedeisende ambulancezorg
- B1 en B2 voor niet-spoedeisende ambulancezorg
- C1 en C2 voor meldkamerzorg

Zorgtoewijzing en coördinatie

De ambulancezorgprofessional op de MKA zorgt ervoor dat de juiste zorg op het juiste moment en op de juiste plaats wordt ingezet. De MKA-professional verstrekt ook de noodzakelijke informatie aan de ambulancezorgprofessionals of andere zorgverleners die worden ingezet. In afwachting van de komst van een professional ter plaatse geeft de centralist instructies aan de melder.

Zorgadvisering en doorverwijzing

Wanneer de inzet van een ambulance niet nodig is, kan de ambulancezorgprofessional op de MKA de melder een zelfzorgadvies geven. Ook kan de patiënt worden doorverwezen naar de huisarts of een andere zorgverlener.

Ambulancezorgverlening

De ambulancezorgprofessional onderzoekt de patiënt ter plaatse, stelt een werkdiagnose en behandelt de patiënt. Wanneer een ambulance-eenheid ter plaatse is, assisteert

de ambulancechauffeur tijdens het onderzoek en de behandeling.

Wanneer vervoer voor aansluitende vervolgzorg niet noodzakelijk is, ontvangt de patiënt en/of diens naaste informatie en eventueel instructies. Wanneer vervoer wel noodzakelijk is, wordt de patiënt hierop voorbereid. Ook de ontvangende zorginstelling wordt op de komst van de patiënt voorbereid via een vooraankondiging. De ambulancechauffeur zorgt voor veilig vervoer van de patiënt.

Overdracht (transfer)

De ambulancezorgprofessional rondt de ambulancezorgverlening af met een zorgoverdracht, ook wel transfer. Het kan gaan om een overdracht aan een zorginstelling, de mantelzorgers of aan de patiënt zelf. De overdracht bestaat uit mondelinge en schriftelijke/digitale informatie.

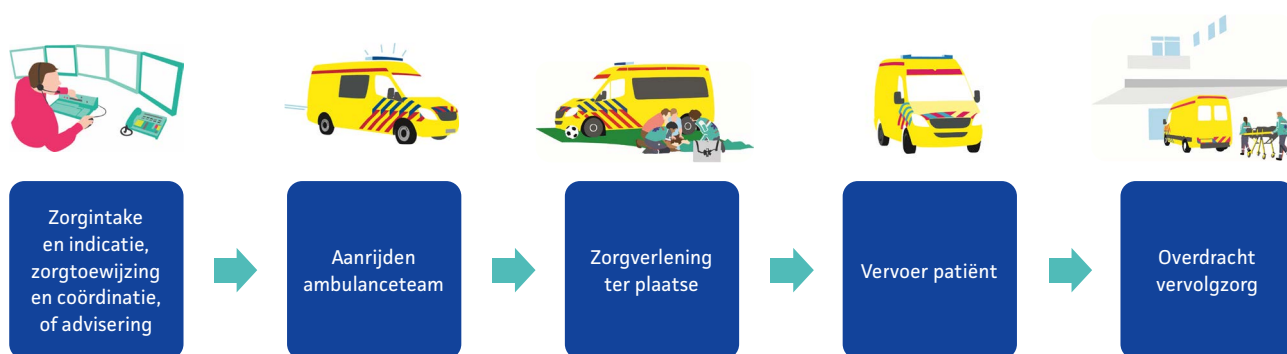
Nazorg

Als de patiënt, diens naaste of een melder hier behoefte aan heeft, verlenen ambulancezorgprofessionals of anderen namens hen nazorg. Deze kan onder andere bestaan uit het verstrekken van informatie over de zorg of uit een gesprek.

1.4. Ambulancezorg in beweging

De zorg in Nederland staat onder druk en dreigt vast te lopen als er geen maatregelen worden genomen om dit te veranderen. De zorgsector, de politiek en de maatschappij hebben een gezamenlijke verantwoordelijkheid om de zorg toekomstbestendig te maken. Het brengt uitdagingen met zich mee om de zorg toegankelijk, kwalitatief hoogstaand en betaalbaar te houden.

De ambulancesector staat samen met de ketenpartners voor de opgave om de volumedruk in de (acute) zorg op te vangen en deze nog beter te organiseren. De acute zorg moet in de toekomst een antwoord kunnen blijven



geven op de toenemende, veranderende en complexere zorgvragen. En er zorg voor dragen dat de juiste zorg, op de juiste plaats en op het juiste moment door de juiste zorgprofessional wordt geboden. Ontwikkelingen die essentieel zijn om de zorg toekomstbestendig te houden zijn: zorgcoördinatie, zorgdifferentiatie, mobiele zorg thuis, integrale zorgpaden inrichten, uitwisseling en beschikbaarheid van patiëntinformatie, gebruikmaken van nieuwe en slimme technologieën en wetenschappelijk onderzoek.

Voor de ambulancezorg betekent dit: als mobiele zorgverlener voortdurend in beweging blijven, letterlijk én figuurlijk.

1.5. Samenwerken aan zorg met toekomst

Om bovengenoemde opgaven het hoofd te bieden is intensievere samenwerking met ketenpartners en betere coördinatie van zorgvragen noodzakelijk. De oplossingen kunnen regionaal verschillen, maar in alle gevallen zijn veerkracht en wendbaarheid van alle organisaties gewenst. De ambulancesector ambieert een toekomst waarin steeds meer wordt samengewerkt in zorgnetwerken. Deze netwerken zijn georganiseerd om de patiënt/zorgvrager heen. En creëren efficiëntere en een meer geïntegreerde samenwerking tussen partners in het zorglandschap en het domein van openbare orde en veiligheid (OOV).

De uitdagingen die de ambulancezorg samen met de netwerkpartners aan wil gaan zijn: procesoptimalisatie, innovatief werkgeverschap, digitale transformatie, maatschappelijk verantwoord ondernemen, goed bestuur en toezicht (governance) en een goede voorbereiding op rampen en crises.

Het resultaat van deze samenwerking en een bredere coördinatie van de zorgvraag is dat schaarse zorgverleners en middelen efficiënter en effectiever worden ingezet. Hierdoor kan de patiënt nu en in de toekomst blijven rekenen op goede, toegankelijke zorg. Op het juiste moment, door de juiste zorgverlener, op de juiste plaats.

2. GOEDE AMBULANCEZORG: WETTELIJK KADER EN PIJLERS

2.1. Inleiding

Het wettelijk kader van de nota Goede Ambulancezorg wordt primair gevormd door de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg: de Wkkgz. Deze wet is van toepassing op alle zorgaanbieders: zorginstellingen en zelfstandige zorgverleners. Dus ook op de RAV. In dit hoofdstuk beschrijven we de kernelementen van de Wkkgz. Deze elementen vormen de pijlers voor de nota Goede Ambulancezorg.

2.2. Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg

Het doel van de Wkkgz is borgen dat iedereen goede zorg krijgt, dat zorgaanbieders continu werken aan verbetering en dat de patiënt meer centraal komt te staan. De kerndoelstellingen van de Wkkgz zijn:

- veilige zorg en goede kwaliteit;
- laagdrempelige en transparante afhandeling van klachten;
- duidelijke informatie voor patiënten.

De Wkkgz is een kaderwet. Dit houdt in dat de wet op hoofdlijnen beschrijft waaraan een zorgaanbieder moet voldoen. De zorgaanbieder heeft de verantwoordelijkheid om zelf aan te geven hoe invulling wordt gegeven aan de eisen uit de wet. Sectoraal beleid, sectorale afspraken, richtlijnen en kaders zijn daarbij richtinggevend of ondersteunend.

Goede zorg

De kern van de Wkkgz wordt gevormd door het begrip 'goede zorg'. De wet eist dat de zorgaanbieder 'goede zorg' biedt. Dit is zorg van goede kwaliteit en van een goed niveau:

- die in ieder geval veilig, doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht is, tijdig wordt verleend en is afgestemd op de reële behoefte van de patiënt;
- waarbij zorgverleners handelen in overeenstemming met hun verantwoordelijkheid (de professionele standaard);

- waarbij de rechten van de patiënt zorgvuldig in acht worden genomen en de patiënt met respect wordt behandeld.

Volgens de Wkkgz is de zorgaanbieder ervoor verantwoordelijk de zorg zodanig te organiseren dat er ook daadwerkelijk goede zorg geboden kan worden. Dit betekent onder andere:

- er zijn voldoende personele en materiële middelen beschikbaar (kwalitatief en kwantitatief);
- de verantwoordelijkheden zijn helder;
- er is goede afstemming tussen zorgverleners.

Veilige zorg en goede kwaliteit

Een patiënt moet kunnen rekenen op veilige zorg. De Wkkgz bevat een aantal eisen om dit te waarborgen:

- een zorgaanbieder moet zorgdragen voor systematische bewaking, beheersing en verbetering van de zorg;
- er zijn specifieke eisen aan het gebruik van medische technologie;
- zorgaanbieder en individuele zorgprofessionals moeten (kunnen) leren van incidenten en calamiteiten. Daarvoor beschikt de organisatie over een systeem waarmee incidenten veilig gemeld kunnen worden. Voor calamiteiten gelden andere eisen. Deze moeten gemeld worden bij de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ);
- er bestaan eisen bij aanname van nieuwe medewerkers (vergewisplicht) en bij disfunctioneren medewerkers (meldplicht bij ontslag ten gevolge van disfunctioneren en bij geweldsincidenten tegen patiënten).

Recht op informatie en overleg

De patiënt heeft recht op goede informatie. De zorgaanbieder moet de patiënt informatie geven over de zorg die wordt geboden. Bijvoorbeeld over de kwaliteit, ervaringen van patiënten, resultaten, bewezen werkzaamheid en tarieven. Zorgaanbieders moeten daarbij ook de mogelijkheid tot vergelijking kunnen bieden. Zo vereist de Wkkgz dat een zorgaanbieder zoveel mogelijk instrumenten gebruikt die onderlinge vergelijking mogelijk maakt, bijvoorbeeld een gevalideerd patiëntervaringsonderzoek.

Ook moet de zorgaanbieder de patiënt desgevraagd informeren over zijn of haar rechten die uit de Wkkgz voortkomen. Tot slot is de zorgaanbieder verplicht om de patiënt te informeren over een calamiteit of incident en om dit vast te leggen.

Transparante afhandeling van klachten

De zorgaanbieder moet voorzien in een laagdrempelige en transparante afhandeling van klachten. De zorgaanbieder dient hiervoor een klachtenregeling te hebben die voldoet aan de wettelijke eisen. De regeling is opgesteld in overleg met patiëntvertegenwoordigers en is beschikbaar voor patiënten. Wanneer een patiënt een klacht indient, moet deze worden bijgestaan door een onafhankelijke klachtenfunctionaris. De Wkkgz stelt ook eisen aan de termijn waarbinnen de klacht moet zijn behandeld en de zorgaanbieder tot een oordeel komt. Ketenklachten moeten volgens de Wkkgz gezamenlijk worden behandeld. De zorgaanbieder moet aangesloten zijn bij een onafhankelijke geschilleninstantie die door de minister is erkend. De patiënt kan zich tot deze instantie wenden wanneer hij of zij niet tevreden is met het oordeel van de zorgaanbieder. De geschilleninstantie kan een bindend advies geven of een schadevergoeding opleggen.

Toezicht en handhaving

De zorgaanbieder is zelf verantwoordelijk voor de kwaliteit van de zorg. Toch blijft onafhankelijk toezicht op de naleving van de Wkkgz noodzakelijk. Dit is de taak van de IGJ. De IGJ hanteert twee vormen van toezicht:

- Risicotoezicht: proactief toezicht gericht op de grootste risico's in de zorg.
- Incidententoezicht: reactief toezicht op basis van meldingen.

De IGJ heeft extra aandacht voor goed bestuur in de zorg. Raden van bestuur en raden van toezicht hebben een verantwoordelijkheid voor de kwaliteit en de veiligheid van zorg.

2.3. De pijlers van goede ambulancezorg

De ambulancesector heeft de uitgangspunten van de Wkkgz en de kernelementen van goede zorg vertaald naar zeven pijlers:

1. Patiënt centraal
2. Ambulancezorgprofessionals
3. Samenwerken
4. Veiligheid
5. Bereikbare en beschikbare ambulancezorg
6. Continu leren en verbeteren
7. Goed zorgbestuur

Deze pijlers vormen de kapstok voor het sectorale kwaliteitsbeleid. De pijlers worden in de volgende hoofdstukken verder uitgewerkt.

3. PATIËNT CENTRAAL



3.1. Passende zorg

Binnen de ambulancezorg staan de patiënt en de zorgvraag centraal. De RAV streeft naar het bieden van passende zorg. **1 2 3 4** Dat betekent dat de RAV streeft naar de juiste zorg, op het juiste moment op de juiste plek. Ambulancezorg wordt verleend in overleg met de patiënt/diens naasten en rondom de patiënt, in afstemming met andere zorgverleners. Verder streeft de RAV naar waardegedreven zorg die, voor zover dat mogelijk is binnen de acute setting, gericht is op gezondheid in plaats van ziekte.

De RAV geeft onder andere door middel van zorgcoördinatie invulling aan passende zorg **5**. Dit gebeurt in samenwerking met regionale ketenpartners (zie hoofdstuk 5 en 6). Daarbij is aandacht voor de specifieke zorgbehoeften van kwetsbare patiëntengroepen, zoals kwetsbare ouderen.

Passende zorg komt zoveel mogelijk tot stand in overleg met de patiënt en diens naasten. Er is sprake van gezamenlijke besluitvorming, ofwel shared decision making **6**. Ambulancezorgprofessionals verstrekken de noodzakelijke informatie aan de patiënt/melder op basis waarvan patiënten en/of hun wettelijke vertegenwoordigers besluiten kunnen nemen en toestemming kunnen geven **7 8**.

In de ambulancezorg is vaak sprake van acute situaties waarin de patiënt niet in staat is om toestemming te geven. In deze situaties handelen ambulancezorgprofessionals volgens de professionele standaarden en vanuit hun verantwoordelijkheid als goed hulpverlener.

3.2. Informatieverstrekking

Iedere burger in Nederland kan – gepland of ongepland – ambulancezorg nodig hebben. Het is belangrijk dat er informatie beschikbaar is voor ‘potentiële patiënten’ op het moment dat er ambulancezorg wordt ingeschakeld. Ook is het belangrijk dat mensen weten wat zij van de ambulancezorg kunnen verwachten. Bijvoorbeeld dat de ambulancezorgprofessional op de MKA een zelfzorgadvies geeft en geen ambulance stuurt. Of dat er wel een ambulance wordt gestuurd, maar dat de patiënt niet altijd

wordt vervoerd. De RAV verstrekt deze informatie op een heldere en toegankelijke wijze **6**.

Wanneer ambulancezorg is geïndiceerd, informeren ambulancezorgprofessionals de patiënt en/of diens naasten over de zorg die zij inzetten en verlenen. De professionals handelen hierbij volgens de wettelijke eisen en de beroepscode **7 9 10 11 12**.

Wanneer de zorg ter plaatse wordt afgerond en vervoer naar een zorginstelling niet nodig is, informeert de ambulancezorgprofessional de patiënt over hoe te handelen bij terugkomst of verergering van klachten. Deze informatie laat de ambulancezorgprofessional ook schriftelijk/digitaal achter voor de patiënt **8**.

Wanneer de patiënt wel wordt vervoerd en overgedragen aan een zorginstelling, zorgt de ambulancezorgprofessional voor een heldere en volledige informatieoverdracht om de continuïteit en veiligheid van de zorgverlening te borgen **13 14**.

3.3. Dossiervorming

Conform de wettelijke eisen leggen ambulancezorgprofessionals gegevens over de gezondheid van de patiënt en de verleende zorg vast in een patiëntendossier **7 15**. Het dossier omvat de gegevens van het gehele ambulancezorgproces, van melding tot en met overdracht. Een zorgvuldig bijgehouden dossier is van belang voor de kwaliteit en continuïteit van zorg aan de patiënt.

Patiëntgegevens worden volgens de wettelijke eisen opgeslagen, verwerkt en bewaard **14 15 16 17 18**. De RAV draagt er zorg voor dat patiënten hun dossier kunnen inzien via de persoonlijke gezondheidsomgeving.

3.4. Privacy en beroepsgeheim

De privacy van patiënten aan wie ambulancezorg wordt verleend, moet optimaal zijn beschermd. Wettelijke kaders borgen dit en zijn van toepassing op iedereen die werkt bij de RAV **19**. In het directe patiëntencontact moeten

ambulancezorgprofessionals zich hiervan extra bewust zijn en hier naar handelen **9 10 11 12**.

Voor ambulancezorgprofessionals geldt het beroepsgeheim. Zij volgen de wettelijke eisen bij het verstrekken van informatie over patiënten aan derden, zoals naasten, melders, zorgverleners en hulpverleners uit de OOV-keten **7 18 19**.

Ook voor het (digitaal) delen van informatie en wetenschappelijk onderzoek gelden wettelijke eisen om de privacy van patiënten te beschermen. De RAV voldoet aan deze eisen **16 17 20**.

3.5. Patiëntervaringen

De ervaringen van patiënten zijn een belangrijke bron voor kwaliteitsverbeteringen binnen de ambulancezorg. De RAV onderzoekt periodiek hoe patiënten de verleende ambulancezorg hebben ervaren. Ook onderzoekt de RAV of de ambulancezorg goed is afgestemd op de verschillende patiëntgroepen. De RAV voldoet daarbij aan de wettelijke eisen en sectorale afspraken **6 21 22**.

Er kunnen zich altijd situaties voordoen waarin de zorg niet voldoet aan de verwachtingen van patiënten en/of hun naasten. Voor deze situaties voorziet de RAV in een laagdrempelige klachtenregeling en wordt de patiënt bij het indienen van een klacht bijgestaan door een onafhankelijk klachtenfunctionaris.

Ook is de RAV aangesloten bij een erkende landelijke geschilleninstantie **23**. Hier kunnen patiënten terecht als zij niet tevreden zijn met het oordeel van de zorgaanbieder.

3.6. Cliëntenparticipatie

Om de ambulancezorgverlening zo goed mogelijk aan te laten sluiten op behoeften van patiënten, is het van belang om patiënten/naasten te betrekken bij vernieuwingen en beleidsontwikkelingen. De RAV kan op verschillende manieren invulling geven aan cliëntenparticipatie, maar heeft in ieder geval een cliëntenraad ingesteld. De cliëntenraad is gesprekspartner van de RAV conform wettelijke eisen, op een wijze die past bij het karakter van de ambulancezorg **24**.

4. DE AMBULANCEZORG-PROFESSIONAL



4.1. Ambulancezorg is mensenwerk

Ambulancezorg is mensenwerk en wordt verleend door verschillende ambulancezorgprofessionals. Zij werken individueel of samen als ambulance-eenheid. De ambulancezorgprofessionals op de MKA dragen zorg voor een verantwoorde uitvoering van (een deel van) het proces van intake, indicatiestelling, zorgtoewijzing en zorgadvies (zie 1.3.). De ambulancezorgprofessionals die zorg verlenen bij de patiënt en tijdens het vervoer, dragen verantwoordelijkheid voor een zorgvuldige uitvoering van het behandelen, vervoeren en overdragen van de patiënt.

4.2. De juiste zorg door de juiste ambulancezorgprofessional

De RAV zorgt ervoor dat de juiste ambulancezorg door de juiste ambulancezorgprofessional wordt verleend. De RAV voldoet hierbij aan de wettelijke en sectorale kwaliteitskaders **19 25 26 27 28 29 30**. Deze kwaliteitskaders geven uitsluitend over welke bevoegd- en bekwaamheden nodig zijn in welke zorgsituaties. Op basis van inzet- en uitsluitcriteria wordt bepaald welk niveau van ambulancezorgprofessional wordt ingezet. De complexiteit van de zorgvraag van de patiënt is daarbij het uitgangspunt.

Meldkamerzorg

De ambulancezorgprofessional op de MKA, die verantwoordelijk is voor het gehele meldkamerzorgproces, biedt (geprotocolleerde) zorg met een brede blik, daarbij gebruikmakend van het eigen klinisch redenerend vermogen en met kennis over de werkwijze van andere ketenpartners. De ambulancezorgprofessional wordt hierbij ondersteund door een als medisch hulpmiddel erkend triagesysteem. Daarnaast speelt de ambulancezorgprofessional in op de beschikbare ambulancezorg die door functiedifferentiatie ontstaat en kijkt daarbij indien nodig af van de inzet van een High Care-eenheid. Bij incidenten met een wijdverbreide impact op de (meldkamer)omgeving bekijkt de ambulancezorgprofessional deze vanuit een overstijgend perspectief. De

betreffende ambulancezorgprofessional is bevoegd om het gehele proces van intake, indicatiestelling, zorgtoewijzing, zorgcoördinatie en zelfzorgadvies uit te voeren en is bekwaam dit verantwoord te doen. De ambulancezorgprofessional is BIG-geregistreerd, voldoet aan het geldende deskundigheidsgebied en heeft een door de sector erkende opleiding gevolgd die voldoet aan de sectorale eindtermen **31**.

De ambulancezorgprofessional op de MKA, die verantwoordelijk is voor de aanname, indicatiestelling en zorgtoewijzing, biedt geprotocolleerde zorg. De ambulancezorgprofessional wordt hierbij ondersteund door een als medisch hulpmiddel erkend triagesysteem en door een verpleegkundig en/of medisch opgeleide ambulancezorgprofessional. De ambulancezorgprofessional verantwoordelijk voor de aanname is bevoegd om het proces van intake, indicatiestelling en zorgtoewijzing uit te voeren en is bekwaam dit verantwoord te doen. De professional beschikt hiervoor over het sectoraal vastgestelde werk- en denkniveau en heeft een opleiding gevolgd die aansluit op de taken en verantwoordelijkheden en benodigde bevoegd- en bekwaamheden behorende bij de functie.

De ambulancezorgprofessional op de MKA die verantwoordelijk is voor de uitgifte van ambulancezorg, verzorgt het logistieke proces, plant de zorg en prioriteert in overleg de zorgtoewijzing. Deze professional bewaakt daarbij de spreiding en beschikbaarheid van ambulancezorg in het verzorgingsgebied. De professional beschikt hiervoor over minimaal mbo 3-werk- en denkniveau en heeft een opleiding gevolgd die aansluit op de taken en verantwoordelijkheden en benodigde bevoegd- en bekwaamheden behorende bij de functie.

Hoog-, midden- en laagcomplexiteit ambulancezorg

Hoogcomplexiteit ambulancezorg wordt verleend in situaties waarbij zich redelijkerwijs, gezien de ernst van de gezondheidssituatie, levensbedreigende omstandigheden kunnen voordoen. Bij patiënten die hoogcomplexiteit

ambulancezorg behoeven kan sprake zijn van niet-stabiele vitale functies en/of moet er rekening mee worden gehouden dat deze functies tijdens de inzet bedreigd kunnen raken. De zorg voor deze patiënten omvat hoogcomplexere verpleegkundige en medische handelingen. Om in deze situaties de juiste zorg adequaat te kunnen verlenen, vereist dat een systematische en methodische wijze van onderzoek en analyse van de complexe zorgvraag van de patiënt.

Ambulancezorgprofessionals die hoogcomplexere ambulancezorg verlenen zijn deskundig, bevoegd en bekwaam voor het verlenen van ambulancezorg op ten minste het niveau van het Landelijk Protocol Ambulancezorg. Zij voldoen aan het voor hen geldende expertisegeried en hebben een door de sector erkende opleiding gevolgd **32**.

De ambulancechauffeur is bevoegd en bekwaam om hoogcomplexere ambulancevoertuigen te besturen, met en zonder optische en geluidssignalen. De chauffeur is ook bevoegd om de ambulancezorgprofessional hoogcomplexere zorg medisch te assisteren. Ambulancechauffeurs voldoen aan de eisen die gelden voor hun beroepsgroep. Hiervoor hebben zij een door de sector erkende opleiding afgerond **33**.

Laag- en middencomplexere ambulancezorg is niet-spoedeisende ambulancezorg. Het betreft vervoer met observatie, begeleiding, verzorging (laagcomplex) of verpleging (middencomplex) van patiënten tussen het woon- of verblijfadres en zorginstellingen voor diagnostiek, therapie, opname of ontslag en vice versa. Deze zorg omvat verpleegkundige handelingen, zoals pijnstilling en ritmebewaking. Er is geen sprake van medische handelingen, zoals binnen de hoogcomplexere ambulancezorg.

Ambulancezorgprofessionals die laag-/middencomplexere ambulancezorg verlenen zijn deskundig, bevoegd en bekwaam dit op ten minste het niveau van het Landelijk Protocol Laag- en Middencomplexere Ambulancezorg uit te voeren. Zij voldoen aan de eisen die gelden voor hun beroepsgroep en hebben een door de sector erkende opleiding gevolgd **30**.

Chauffeurs laag-/middencomplexere ambulancezorg zijn opgeleid om patiënten veilig te vervoeren in een ambulancevoertuig en om de ambulancezorgprofessional

te assisteren. Zij voldoen aan de eisen die gelden voor hun beroepsgroep. Hiervoor hebben zij een door de sector erkende opleiding afgerond **30**.

Zorgdifferentiatie

De RAV speelt continu in op veranderende en toenemende zorgvragen van patiënten. Door middel van zorgdifferentiatie kan de RAV de zorgverlening beter aan laten sluiten op de specifieke behoeften van patiënten en de complexiteit van zorgvragen. Bij elke (nieuwe) vorm van zorgdifferentiatie moet het deskundigheidsniveau van de zorgprofessional zijn afgestemd op het uit te voeren zorgproces en de complexiteit van de zorgvragen. Om dit te waarborgen beschrijft de RAV minimaal het volgende: (deel)taken en verantwoordelijkheden, benodigde vaardigheden, minimaal vereiste opleidings- en deskundigheidsniveau. Dit alles moet passen binnen de wettelijke en - indien aanwezig - sectorale kaders **25**.

Een toekomstbestendig passend zorgaanbod vereist nieuwe instroom-, doorstroom- en opleidingspaden voor professionals op verschillende deskundigheidsniveaus. Dit geldt zowel voor de MKA als voor de zorgverlening ter plaatse en tijdens het vervoer van de patiënt.

4.3. Bevoegd, bekwaam en deskundig

Ambulancezorgprofessionals zijn sterk bepalend voor de kwaliteit van de ambulancezorg. Dit stelt hoge eisen aan hun bekwaamheid en deskundigheid. Deze eisen zijn wettelijk en in landelijke kaders vastgelegd **19 34 35 36**. Ambulancezorgprofessionals die hun initiële opleiding succesvol hebben afgerond, zijn op dat moment bevoegd en bekwaam. Zij hebben laten zien dat zij de kennis en vaardigheden voor het verlenen van goede ambulancezorg voldoende beheersen. De beschikbare deskundigheidsbeschrijvingen, opleidingsprofielen en - indien van toepassing - entrustable professional activities (EPA's) bieden hierbij houvast.

Daarnaast vraagt elke functie in de ambulancezorg om een eigen specifieke deskundigheid. Deze gewenste minimale deskundigheid - in termen van (basis)opleiding en vereiste competenties - ligt voor alle primaire functies sectoraal vast. Ambulancezorgprofessionals hebben een geaccrediteerde opleiding gevolgd die voldoet aan de sectorale afspraken en eindtermen.

Voor goede zorgverlening is het essentieel om de benodigde bekwaamheid en deskundigheid te onderhouden. Dit maakt bekwaamheid en deskundigheid een gezamenlijke verantwoordelijkheid van de individuele ambulancezorgprofessional, de medisch manager ambulancezorg (MMA) en het management van de RAV. Het uitgangspunt is wel dat de verantwoordelijkheid voor de eigen bekwaamheid en deskundigheid primair bij de ambulancezorgprofessional zelf ligt, ongeacht de verantwoordelijkheid van het (medisch) management. De professional is in the lead.

Bevoegd en bekwaam

De opleidingseisen en vereiste competenties van individuele ambulancezorgprofessionals zijn afgestemd op de inhoud van hun beroepsuitoefening (deskundigheidsgebied) en de wettelijke eisen. Bekwaamheid speelt een cruciale rol binnen het wettelijk kader voor bevoegdheid. De RAV zorgt voor een opleidings- en bekwaamheidsbeleid waaruit blijkt op welke wijze de kennis en vaardigheden van (reeds) gekwalificeerde ambulancezorgprofessionals worden onderhouden en nieuwe ambulancezorgprofessionals worden opgeleid. In het bekwaamheidsbeleid staat beschreven hoe een RAV omgaat met toekennen van bekwaamheid, toezicht op bekwaamheid en behoud van bekwaamheid. En welke maatregelen er worden getroffen bij gebleken onbekwaamheid. De RAV volgt hier het sectorale kader voor bekwaamheid [37](#).

Deskundigheid

Om de deskundigheid van de ambulancezorgprofessional te onderhouden, zijn bij- en nascholing essentieel. De RAV beschikt over een scholingsplan, waarin zowel aandacht is voor het onderhouden van kennis en vaardigheden als voor het verdiepen en verbreden van kennis. De inhoud en leerdoelen van bij- en nascholingen zijn afgestemd op de functie-uitoefening en de beroepsprofielen van de verschillende ambulancezorgprofessionals binnen de RAV, en sluiten aan op de actuele ontwikkelingen binnen de ambulancezorg.

Voor BIG-geregistreerde ambulancezorgprofessionals gelden sectorale afspraken over deskundigheidsbevordering en registratie in het kwaliteitsregister [38](#).

4.4. Zorg voor de professional

Voor het bieden van goede ambulancezorg is het niet alleen van belang dat professionals bekwaam en deskundig zijn, ook hun fysieke en mentale gezondheid speelt een essentiële rol.

Werken onder druk en ingrijpende, complexe zorgsituaties maken onderdeel uit van het werken in de ambulancezorg. Dit brengt extra risico's met zich mee voor de psychische belasting van professionals. Aandacht en zorg voor het welzijn van professionals is dan ook van cruciaal belang.

De RAV heeft beleid en een gerichte aanpak om een gezondheidsbevorderende werkomgeving te realiseren: een werkomgeving die uitnodigt tot gezond gedrag en dit faciliteert. De werkomgeving is erop gericht de gezondheid en het welzijn van medewerkers te bevorderen, stress te verminderen en overbelasting te voorkomen [39](#).

4.5. Professionele standaard

De ambulancezorgprofessional handelt bij de uitoefening van zijn beroep naar de normen, richtlijnen, protocollen, gedragsregels en eisen van zorgvuldigheid die invulling geven aan goed hulpverlenerschap: de professionele standaard [7](#) [8](#) [40](#) [41](#) [42](#) [43](#). In de ambulancezorgverlening vormen de Landelijke Protocollen Ambulancezorg en de meldkamer-/triagestandaarden het fundament voor de professionele standaard voor ambulancezorgprofessionals.

Professionele standaarden ondersteunen ambulancezorgprofessionals bij beslissingen over passende zorg voor patiënten in specifieke situaties. De toestand van de patiënt en de omstandigheden kunnen ertoe leiden dat de professional besluit om van een standaard af te wijken. Dit is de verantwoordelijkheid van de individuele professional. Het is van belang dat de professional de afwijkende handelwijze en de argumenten daarvoor vastlegt in het zorgdossier.

In het kader van regionale (samenwerkings)afspraken kan de RAV regionale protocollen opstellen en hanteren, bijvoorbeeld bij pilots of vanuit nieuwe medische inzichten. Deze regionale werkwijze gaat niet ten koste van de kwaliteit en veiligheid van de ambulancezorgverlening. Communicatie over regionale afspraken vindt plaats volgens de landelijk afgesproken route.

4.6. Medisch management

De RAV is eindverantwoordelijk voor het leveren van verantwoorde ambulancezorg. De RAV dient hiervoor de medische verantwoordelijkheid voor de ambulancezorg in te bedden in de organisatie **19 25**.

De medische verantwoordelijkheid voor de ambulancezorg ligt bij een BIG-geregistreerde arts die verbonden is aan de RAV: de MMA. Deze verantwoordelijkheid heeft betrekking op het medisch beleid, het vaststellen van de bekwaamheid van ambulancezorgprofessionals, de (medische) inhoud van de scholing en het wetenschappelijk onderzoek **44**.

Binnen het medisch management van de RAV kunnen ook andere ambulancezorgprofessionals, zoals verpleegkundig specialisten en physician assistants, een rol spelen. De RAV heeft de verantwoordelijkheden binnen het medisch management helder beschreven, conform de wettelijke eisen **45 46**.

4.7. Professionaliteit en professioneel zeggenschap

Professionaliteit heeft betrekking op het professioneel handelen van de individuele professional, op de samenwerking tussen professionals en op de organisatie die verantwoordelijk is voor het creëren van randvoorwaarden om professioneel te kunnen handelen.

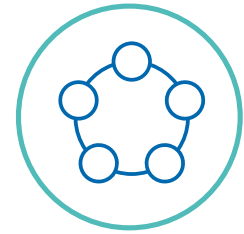
Professionaliteit is één van de competentiegebieden van ambulancezorgprofessionals. Hiervoor gelden specifieke aandachtspunten:

- Een reflectieve beroepshouding. Dat wil zeggen dat de professional de keuzes die hij of zij maakt en de beslissingen die hij of zij neemt zorgvuldig overdenkt: inhoudelijk, procesmatig en moreel.
- De eigen beroepsontwikkeling in kaart brengen en leervragen definiëren (deskundigheidsborging).
- Een bijdrage leveren aan de ontwikkeling van de professionele standaarden.
- Feedback geven aan en ontvangen van collega's en de eigen beroepsorganisatie.
- Onderhouden van en werken aan een professionele gemeenschap.

Deze aandachtspunten gelden voor alle professionals die binnen de RAV werkzaam zijn. Het is primair de verantwoordelijkheid van de individuele ambulancezorgprofessional om zelf invulling te geven aan professionaliteit.

De RAV heeft de verantwoordelijkheid om randvoorwaarden te creëren waarbinnen ambulancezorgprofessionals invulling kunnen geven aan hun professionele verantwoordelijkheden. Ook dient de RAV invulling te geven en mogelijkheden te creëren voor professioneel zeggenschap **6 47 48**.

5. SAMENWERKEN



5.1. Samenwerken aan veilige en toekomstbestendige zorg

De ambulancezorg staat samen met ketenpartners voor de uitdaging om goede, veilige en toekomstbestendige zorg te bieden. Dit vraagt om een steeds intensievere samenwerking, en een beweging van ketenzorg naar netwerkzorg [2 3 4](#).

Binnen het netwerk van acute zorgverlening is een groot aantal zorgpartners betrokken. Het gaat om huisartsenzorg, ambulancezorg, medisch specialistische zorg, geestelijke gezondheidszorg, verloskunde, farmaceutische zorg, gehandicaptenzorg, wijkverpleging, eerstelijnsverblijf, verpleeghuiszorg, hulpmiddelenzorg en thuiszorg. De RAV werkt nauw samen met al deze zorgpartners en beweegt zich als mobiele zorgverlener binnen het zorgnetwerk. Ambulancezorg speelt een cruciale rol in de prehospital opvang en behandeling van patiënten en een optimale doorgeleiding naar vervolgzorg. In het acute zorgnetwerk is steeds minder vaak sprake van een duidelijke afbakening van domeinen: de patiënt en de zorgvraag staan centraal.

De ambulancezorg werkt ook nauw samen binnen het OOV-netwerk. Een goede samenwerking met brandweer en politie is van groot belang om zo snel mogelijk de juiste hulp in te zetten en om multidisciplinaire hulp te verlenen. In zowel reguliere situaties als bij rampen en crises.

5.2. Borgen toegankelijkheid, continuïteit en kwaliteit

De druk op de acute zorg is hoog en blijft toenemen. Het is een gezamenlijke verantwoordelijkheid van alle acute zorgpartners om de continuïteit en kwaliteit van de acute zorgverlening te borgen. Elk regionaal acute zorgnetwerk heeft daarbij eigen specifieke opgaven en uitdagingen. Afstemming hierover vindt plaats in het Regionaal Overleg Acute Zorg (ROAZ). Op basis van een gezamenlijk beeld dat inzicht biedt in de regionale situatie en de knelpunten in de acute zorg, stellen de regionale partners een gezamenlijk ROAZ-plan op om acute zorg toekomstbestendig te organiseren. Het plan omvat in ieder geval

de landelijk bepaalde onderwerpen, zoals zorgcoördinatie, kwaliteit, differentiatie, concentratie en spreiding, en gezamenlijke voorzieningen binnen de keten. Bij het maken van regionale afspraken vormen de vastgestelde landelijke kwaliteitskaders het uitgangspunt. De RAV draagt actief bij aan het opstellen van het gezamenlijk plan en de uitvoering daarvan [49 50](#).

5.3. Passend regionaal zorgaanbod

Een effectieve en efficiënte organisatie van de acute zorg kan niet zonder goede samenwerking. De RAV werkt samen met de ketenpartners aan een passend regionaal zorgaanbod, dat inspeelt op veranderingen. Dit is onderdeel van het regionale plan.

De RAV maakt afspraken met ketenpartners over afstemming van de zorgprocessen, taken, verantwoordelijkheden en uitwisseling van gegevens [51 52 53 54 55 56](#). Daarnaast ontwikkelt de RAV met haar ketenpartners samenwerkingsinitiatieven. Voorbeelden hiervan zijn de inzet van physician assistants en verpleegkundig specialisten voor diagnostiek en behandeling ter plaatse, de samenwerking tussen ambulancezorg en ggz voor mensen met onbegrepen gedrag en de toepassing van technologie om beoordeling door een specialist in de ambulance mogelijk te maken.

5.4. Zorgcoördinatie

Het gemeenschappelijke doel van de partners in het acute zorgnetwerk is dat de patiënt met een spoedzorgvraag snel wordt geholpen en op de juiste plek, de juiste zorg ontvangt van de juiste zorgverlener. Hiervoor wordt in elke regio zorgcoördinatie ontwikkeld [3](#). Zorgcoördinatie is het 24/7 gezamenlijk organiseren en coördineren van de acute zorg op regionale schaal door de verschillende zorgaanbieders, zodat er samenhang ontstaat. Ook beoogt zorgcoördinatie beter zicht en sturing op de capaciteit in de regio, zodat opstopping in de keten wordt voorkomen en de doorstroom van patiënten in de acute zorgketen verbetert.

Zorgcoördinatie richt zich op zeven functies:

1. Zelfmanagement van zorgvragers ondersteunen
2. Eenduidige toegang voor acute zorgvragen
3. Eenduidige triage
4. Passende zorginzet
5. Regie op vervolgzorg
6. Regionaal en landelijk inzicht in actuele zorgcapaciteit
7. Zo nodig regionale en landelijke spreiding patiënten

De RAV geeft samen met haar regionale zorgpartners invulling aan zorgcoördinatie, conform de landelijke taakstelling **57 58**.

5.5. Samenwerking bij rampen en crises

Tijdens rampen en crises – wanneer er opgeschaalde zorg nodig is – is samenwerking met alle zorg- en veiligheidspartners van levensbelang. Deze samenwerking is gebaseerd op goede communicatie, heldere verantwoordelijkheden en inzicht in de beschikbare capaciteiten.

De RAV is verantwoordelijk voor het leveren van goede ambulancezorg onder alle omstandigheden, ook bij rampen en crises. Er worden in dit kader eisen gesteld aan de RAV. Het gaat dan om eisen voor opleiden, trainen en oefenen, de inzet bij evenementen en de voorbereiding op de inzet bij een ramp of crisis. De RAV stelt convenanten op en maakt afspraken met ketenpartners in de veiligheidsketen, volgens de wettelijke eisen en op basis van landelijke afspraken **25 59 60 61 62**.

5.6. Gegevensuitwisseling binnen de keten

In de acute zorg is het van levensbelang dat zorgverleners over relevante medische gegevens en informatie over de acute situatie van een patiënt kunnen beschikken. Betrokken zorgprofessionals delen hiervoor actuele medische gegevens die nodig zijn voor de behandeling van de patiënt (digitaal) met elkaar. Ook de ambulancezorgprofessionals delen relevante informatie met zorgpartners. Dit doen zij voor, tijdens en na de zorgverlening.

Ook bij een niet-spoedeisende situatie is het van belang om te beschikken over relevante patiëntgegevens. Ook bij niet-spoedeisende ambulancezorgverlening leggen ambulancezorgprofessionals gegevens vast en delen zij informatie met zorgprofessionals aan wie de patiënt wordt overgedragen.

De RAV zorgt ervoor dat de systemen zijn ingericht op digitale en elektronische registratie en uitwisseling van gegevens, en dat deze voldoen aan de eisen die hieraan worden gesteld **8 13 14 16 17 40 63**.

6. BEREIKBARE EN BESCHIKBARE AMBULANCEZORG



6.1. Referentiekader spreiding en beschikbaarheid

Ambulancezorg moet 24 uur per dag, 7 dagen in de week beschikbaar zijn. Het landelijk referentiekader spreiding en beschikbaarheid vormt de basis voor de beschikbare capaciteit van de ambulancezorg in Nederland en de wijze waarop de ambulances zijn verspreid over de standplaatsen. Het referentiekader hanteert landelijk eenduidige uitgangspunten en randvoorwaarden voor de reguliere regionale ambulancezorg [64](#). De RAV geeft op regionaal niveau invulling aan het referentiekader door middel van een regionaal spreidings- en beschikbaarheidsplan dat in overleg met zorgverzekeraars tot stand komt [25](#).

6.2. Optimale inzet zorgcapaciteit

De RAV spant zich continu in om de beschikbare zorgcapaciteit efficiënt en doelmatig in te zetten. Dynamisch ambulancemanagement vormt de basis voor een optimale inzet van de capaciteit. Dit betekent dat ambulances geen vaste standplaats hebben, maar slim en dynamisch over de regio kunnen worden verspreid afhankelijk van de voertuigen en incidentlocaties. De RAV kan daarbij ook gebruikmaken van de dichtstbijzijnde vrije ambulance uit een andere regio of een beroep doen op ambulances van buurregio's. De afspraken hierover legt de RAV vast in regionale convenanten, volgens de sectorale kaders [25](#).

De MKA is verantwoordelijk voor de coördinatie en sturing van dit proces. De ambulancezorgprofessionals op de MKA beschikken hiervoor over realtime inzicht in de (boven) regionale ambulancecapaciteit en de positie van de beschikbare ambulances. Ook kan de MKA gebruikmaken van digitale beslisondersteuning.

6.3. Zorgvraag centraal

De RAV stemt het zorgaanbod zo goed mogelijk af op de zorgbehoefte van de patiënt. De urgentie en complexiteit

van de zorgvraag en specifieke zorgbehoeften van patiënten zijn belangrijke uitgangspunten. De complexiteit van de zorgvraag bepaalt welk niveau van ambulancezorg de RAV inzet en met welke urgentie [25](#) [26](#) [65](#). De uitdaging voor de RAV ligt in het vinden van een balans tussen de zorg voor specifieke patiëntengroepen en de verantwoordelijkheid voor de 24/7 beschikbaarheid van ambulancezorg voor iedereen. De diverse vormen van ambulancezorg zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden. De situatie van de patiënt kan tijdens de ambulancezorgverlening veranderen, hier moet de RAV direct op kunnen inspelen.

Bij spoedeisende zorgvragen moet ambulancezorg zo snel mogelijk ter plaatse verleend worden. In de spoedeisende ambulancezorg gelden op dit moment drie urgenties: A0-, A1- en A2-urgentie. De situatie ter plaatse bepaalt welke zorg noodzakelijk is: ter plaatse zorg verlenen en wel of niet vervoeren. Spoedeisende ambulancezorg is altijd hoogcomplexiteit ambulancezorg.

Bij niet-spoedeisende ambulancezorg maakt de ambulancezorgprofessional op de MKA afspraken met de patiënt of een zorgverlener over wanneer ambulancezorg nodig is. Het gaat om zorg en vervoer van patiënten tussen het woon- of verblijfadres en zorginstellingen voor diagnostiek, therapie, opname of ontslag. Binnen de niet-spoedeisende ambulancezorg wordt onderscheid gemaakt tussen hoogcomplexiteit (B1) en laag-/middencomplexiteit (B2) ambulancezorg.

Tot slot kan de ambulancezorgprofessional op de MKA de patiënt ook doorverwijzen naar een andere zorgverlener (C1) en een afrondend zelfzorgadvies geven (C2).

Aanvullende zorg

De MKA of de ambulance-eenheid ter plaatse kan voor aanvullende medisch-specialistische zorg een beroep doen op het Mobiel Medisch Team (MMT) van de traumacentra. Inzet van het MMT vindt plaats op basis van landelijke inzetcriteria. Ook de inzet van andere aanvullende

medisch-specialistische zorg is mogelijk, zoals IC-zorg. In deze complexe zorgsituaties wordt ook een speciaal ingericht voertuig ingezet: de Mobiele Intensive Care Unit (MICU/PICU/NICU). De RAV maakt hierover afspraken met partners.

Bij (het vermoeden van) een reanimatiesetting kan de MKA een first responder reanimatiezorg inzetten. Een first responder is een professionele- of burgerhulpverlener die na te zijn gealarmeerd door de MKA als eerste ter plaatse komt en competent is om Basic Life Support toe te passen, in afwachting van een ambulance-eenheid. De RAV maakt afspraken met deze organisaties volgens het sectorale kader [55](#).

Toekomstbestendig zorgaanbod

De RAV speelt voortdurend in op de veranderende en toenemende zorgvraag, en past waar mogelijk en nodig het zorgaanbod aan. Hieruit kunnen nieuwe vormen van ambulancezorg ontstaan. De RAV houdt daarbij rekening met wettelijke kaders en sectorale uitgangspunten van goede zorg en stemt af met ketenpartners binnen het ROAZ. Zie ook [6.5](#).

6.4. De MKA als regisseur van de ambulancezorg

De MKA is 24 uur per dag en 7 dagen per week de toegangspoort tot de ambulancezorg. De MKA is verantwoordelijk voor de intake, indicatiestelling, zorgtoewijzing, zorgadvisering en doorverwijzing. De ambulancezorgprofessional op de MKA stelt vast of de inzet van ambulancezorg noodzakelijk of gewenst is, op welk niveau en met welke urgentie. Daarnaast is de MKA verantwoordelijk voor het coördineren van de inzet van en het doorverwijzen naar andere hulp- en zorgverleners. De MKA is hiermee de regisseur van de ambulancezorg [25](#).

De MKA heeft te maken met een toenemend aantal zorgvragen en een toenemende diversiteit en complexiteit van deze zorgvragen. Dit vraagt om goede triage. Triage is het dynamische proces van urgentie bepalen en het vervolgtraject indiceren. Triage dient eenduidig te zijn en afgestemd op de behoefte van de patiënt. De triage eindigt in een indicatiestelling en urgentiebepaling, al dan niet gevolgd door de inzet van het juiste niveau van ambulancezorg, een doorverwijzing naar een andere zorgverlener of een zelfzorgadvies.

De verbeterde urgentie-indeling biedt de ambulancezorgprofessional op de MKA meer handvatten om de zorginzet beter af te stemmen op de zorgbehoefte van de patiënt. Hierdoor ontvangt de patiënt in het eerste contact direct de juiste zorg op het juiste moment door de juiste zorgverlener. De toepassing van een triagemethode die voldoet aan de landelijke criteria, ondersteunt de ambulancezorgprofessional op de MKA bij het triageproces en draagt bij aan de borging van eenduidige en veilige triage [65](#).

Het triageproces zal zich de komende jaren verder ontwikkelen. Te denken valt aan differentiatie in het triageproces (primaire en secundaire triage) om voor de laag urgente meldingen passende zorg te kunnen realiseren. Ook werkt de ambulancesector aan verdere afstemming van urgenties binnen het acute zorgnetwerk.

6.5. Sluitend regionaal zorgnetwerk

Goede zorg vraagt om goede samenwerking en afstemming met zorgpartners. Deze samenwerking wordt steeds belangrijker door de ontwikkelingen in het acute zorglandschap en het toenemend aantal zorgvragen. Een gezamenlijk inzicht in de zorgvragen van (groepen) patiënten en de beschikbare zorgcapaciteit is van groot belang om te anticiperen op de ontwikkelingen in de zorg en om passende zorg aan patiënten te blijven garanderen. Deze zorgbrede samenwerking vraagt om regionaal maatwerk. Landelijke afspraken en samenwerkingskaders bieden hierbij ondersteuning [50](#) [51](#) [52](#) [53](#) [54](#) [56](#).

Om te zorgen dat de patiënt altijd zo snel mogelijk op de juiste plaats terecht kan, zorgen de ketenpartners samen voor een regionaal dekkend systeem van acute zorg, 24 uur per dag en 7 dagen per week. De consequenties van eventuele veranderingen in het zorgaanbod van één van de zorgaanbieders in de acute zorgketen worden in de (acute) zorgregio opgevangen. Dit geldt zowel voor de dagelijkse en acute zorg als bij rampen en crises.

Regio's die grenzen aan Duitsland en België maken ook regionale landsgrensoverschrijdende afspraken. Het gaat om afspraken over wederzijdse hulp, structureel of incidenteel. Dit alles binnen de wettelijke kaders van de samenwerkende organisaties. Waar mogelijk bieden landelijke kaders daarbij ondersteuning.

Voor de concrete invulling van de samenwerking, zie hoofdstuk 5 'Samenwerken'.

7. VEILIGHEID



7.1. Veilige zorg

Goede zorg is veilige zorg. Tijdens de ambulancezorgverlening moet de veiligheid van patiënten optimaal zijn gewaarborgd. De RAV werkt systematisch en continu aan het verbeteren van de veiligheid van de patiëntenzorg. Het gaat daarbij om het voorkomen van onveilige zorgsituaties en het tot een minimum beperken van schade aan patiënten tijdens het hele ambulancezorgproces. De RAV heeft hiervoor de wettelijke eisen en sectorale afspraken ingebed in de organisatie **6 66 67**. Individuele ambulancezorgprofessionals hebben daarnaast hun eigen verantwoordelijkheid in het leveren van veilige patiëntenzorg door de geldende richtlijnen toe te passen **8 40 41 68 69**.

Bij specifieke kwetsbare patiëntengroepen is extra aandacht voor het bieden van een veilige zorgomgeving **70 71 72 73 74**. Wanneer sprake is van (het vermoeden van) onveilige thuissituaties handelen ambulancezorgprofessionals volgens de landelijke afspraken.

7.2. Veilige werkomgeving

Ambulancezorgprofessionals bevinden zich vaak in werksituaties waarin zij zelf ook (gezondheids)risico's lopen. De RAV en iedereen die werkt bij de RAV hebben de verantwoordelijkheid om deze risico's tot een minimum te beperken. De RAV heeft de verantwoordelijkheid om veiligheidsmaatregelen te treffen **8 39 40 41 62 68 75 76 77 78**. Medewerkers hebben de verantwoordelijkheid om de veiligheidsrichtlijnen te volgen en middelen en materialen juist te gebruiken.

De RAV stelt materiaal, medische hulpmiddelen en persoonlijke beschermingsmiddelen beschikbaar die voldoen aan de veiligheidsvoorschriften. De RAV brengt periodiek de risico's op de werkplek in kaart met betrekking tot gezondheid, veiligheid en welzijn (RI&E) en treft indien nodig maatregelen. Ook is de RAV verantwoordelijk voor het opstellen van een integraal crisisbeleidsplan **60**.

Ambulancezorgprofessionals hebben tijdens de zorgverlening te maken met impactvolle situaties. Dit kunnen

impactvolle zorgverleningssituaties zijn, maar kunnen ook situaties betreffen waarin ambulancezorgprofessionals zich onveilig of bedreigd voelen. De RAV draagt zorg voor opvang van medewerkers na traumatische zorgverleningssituaties **79**. Ook draagt de RAV zorg voor preventief beleid en ondersteuning na agressie- en geweldsincidenten.

In algemene zin is het belangrijk dat medewerkers zich op de werkplek en bij het uitoefenen van hun werk veilig voelen. De RAV creëert de randvoorwaarden voor een fysiek en sociaal veilige werkomgeving.

7.3. Materiaal en apparatuur

Goede, veilige ambulancezorg wordt geleverd met kwalitatief hoogwaardig en functioneel materiaal. De medische hulpmiddelen die bij de ambulancezorgverlening worden gebruikt, zijn afgestemd op de behoeften van de patiënt en geldende protocollen **8 40**, en voldoen aan wettelijke kwaliteitseisen **80**. Bij de ontwikkeling en implementatie van nieuwe technologie is specifiek aandacht voor de veilige toepassing **77**.

De voertuigen waarmee patiënten worden vervoerd, voldoen aan de geldende (kwaliteits)eisen. Op de ambulances en de uitrusting zijn Europese normen van toepassing **80**. Ook de herkenbaarheid van het voertuig is van groot belang. Europese normen en landelijke eisen zijn hierop van toepassing.

Hoogwaardige en goed werkende ICT-faciliteiten zijn essentieel om het ambulancezorgproces adequaat te ondersteunen. Voor ambulancezorg zijn goede communicatie en data-uitwisseling tussen de MKA en de ambulancezorgprofessionals cruciaal. ICT speelt ook een belangrijke faciliterende rol bij het verder verbeteren van de uitwisseling van patiëntinformatie binnen de (acute) zorgketen.

De RAV beschikt over adequate en veilige communicatiesystemen, die voldoen aan de landelijke eisen. Daarnaast beschikt de RAV over adequate en veilige bedrijfsprocessensystemen.

7.4. Incidenten en calamiteiten

Het kwaliteits- en veiligheidssysteem van de RAV is er onder andere op gericht om incidenten tijdens het volledige ambulancezorgproces te voorkomen en om adequaat te reageren als er zich toch een incident voordoet.

Onderdeel van het veiligheidsmanagementsysteem van de RAV is het veilig melden, analyseren en leren van incidenten en bijna-incidenten. De RAV draagt ook bij aan het verbeteren van de patiëntveiligheid door leren van incidenten in de keten **6 66 67**.

Bij een (vermoeden van een) calamiteit, handelt de RAV volgens wettelijke voorschriften **81**. Open communicatie naar de betrokken patiënt(en) en naasten is daar onderdeel van. De RAV voorziet ook in de ondersteuning van ambulancezorgprofessionals die betrokken zijn bij een calamiteit.

7.5. Informatiebeveiliging

Tijdens het ambulancezorgproces delen zorgverleners onderling informatie over patiënten, zowel binnen de RAV als binnen de keten. Dit is van belang voor goede zorgverlening. Ambulancezorgprofessionals delen alleen die informatie die relevant is voor de zorgverlening aan de patiënt.

Patiëntinformatie elektronisch delen en verwerken moet veilig gebeuren. Dit geldt ook voor het delen en verwerken van persoonsgegevens van medewerkers. De RAV heeft daarvoor beleid ontwikkeld en een informatiebeveiligingssysteem ingericht dat voldoet aan de wettelijke en sectorale eisen **16 17 82 83**. De drie pijlers van informatiebeveiligingsbeleid zijn: integriteit, vertrouwelijkheid en beschikbaarheid.

Een ander belangrijk aspect is de awareness van medewerkers binnen de RAV. Een datalek wordt door de RAV volgens de wettelijke voorschriften gemeld en afgehandeld **16**.

8. CONTINU LEREN & VERBETEREN



8.1. Continu verbeteren zorgaanbod

De RAV zet zich in om de kwaliteit van de zorgverlening continu te verbeteren. De RAV streeft ernaar het zorgaanbod optimaal te laten aansluiten op de (specifieke) zorgbehoeften van patiënten en regiospecifieke uitdagingen. Voor de verbetering van het zorgaanbod maakt de RAV gebruik van nieuwe technologie en wetenschappelijke inzichten. Bij het opzetten van zorginnovatietrajecten en de inzet van nieuwe technologie volgt de RAV de eisen die het kwaliteitssysteem hieraan stelt [66 67 77](#).

Bij het continu leren en verbeteren van de directe patiënten-zorg zijn ambulancezorgprofessionals in the lead. De RAV heeft een systeem ingericht en hanteert instrumenten, waarmee ambulancezorgprofessionals hun professioneel handelen evalueren en waar nodig kunnen verbeteren [37](#).

8.2. Feedback patiënten en ketenpartners

Feedback van patiënten is een belangrijke bron van informatie om de zorgverlening zo goed mogelijk aan te laten sluiten op de behoeften en verwachtingen. Uitkomsten van patiëntwaarderingsonderzoeken, complimenten, klachten en andere vormen van patiëntenfeedback worden in samenhang geanalyseerd en omgezet in verbeteracties [6 22](#).

De feedback van ketenpartners draagt bij aan de verbetering van de zorg en de samenwerking. De RAV onderzoekt periodiek hoe ketenpartners de samenwerking met de RAV en de ambulancezorgprofessionals ervaren. Onder andere door ketenpartnertevredenheidsonderzoek, regionaal overleg en casuïstiekbespreking [13 84](#).

8.3. Kwaliteitsinformatie

De RAV verzamelt kwaliteitsinformatie uit de verschillende fasen van het ambulancezorgproces en de ondersteunende processen. Dit doet de RAV om de kwaliteit van de zorgverlening te evalueren en te verbeteren. Op basis van analyse van deze informatie en risicomanagement binnen het kwaliteitsmanagementsysteem, kan de RAV (zorg) processen bijsturen en verbeteren [6](#).

De ambulancesector hecht grote waarde aan transparantie. Een deel van de kwaliteitsinformatie dient als verantwoordingsinformatie en wordt gebruikt om van elkaar te leren. De RAV registreert en ontsluit de benodigde informatie voor het landelijk kwaliteitskader en het sektorkompas volgens de vastgestelde werkwijze en uniforme meetplannen [21 85](#).

Kwaliteitsinformatie richt zich steeds meer op het functioneren van het acute zorgnetwerk en op specifieke patiëntengroepen/zorgpaden. Koppeling van data van verschillende ketenpartners verrijkt de inzichten en biedt kansen voor verbeteringen binnen de hele keten. De RAV draagt hieraan bij, conform de landelijke kwaliteitskaders en afspraken [50 86](#).

8.4. Visitatie

Sinds de inwerkingtreding van de Wazv kent de ambulancezorg nog een instrument dat bijdraagt aan continu verbeteren: de sectorale visitatie [25](#). Periodieke onderlinge visitatie heeft als doel: kwaliteitsverbetering en leren van elkaar. Conform de wettelijke eis wordt de RAV één keer in de vijf jaar gevisiteerd door de sectorale visitatiecommissie. De uitkomsten van de visitatie maakt de RAV openbaar [87](#).

8.5. Wetenschappelijk onderzoek

Wetenschappelijk onderzoek is van belang voor de professionalisering van de ambulancezorg en voor kwaliteitsverbetering van ambulancezorgverlening. De ambulancesector stelt periodiek een onderzoeksagenda op met onderzoeksthema's die voor de sector relevant zijn, en landelijke en regionale onderzoeksdoelstellingen. De RAV levert een actieve bijdrage aan de landelijke onderzoeksdoelstellingen. De regionale onderzoeksdoelstellingen zijn onderdeel van het RAV-(meerjaren)beleid [88 89](#).

Bij het uitvoeren van wetenschappelijk onderzoek waarborgt de RAV de kwaliteit en veiligheid van de zorgverlening en de privacy van patiënten, volgens de wettelijke eisen [16 20 90 91](#).

9. GOED ZORGBESTUUR



9.1. Voorwaarden op orde

De RAV werkt binnen de wettelijke kaders van goed bestuur **92**. Goed bestuur heeft als resultaat dat zorgverleners aan patiënten goede en veilige zorg verlenen. Die zorg is betaalbaar, transparant en toegankelijk. Zorgverleners kunnen pas goede zorg met goede resultaten verlenen als het bestuur hier de juiste voorwaarden voor creëert. Eén van die voorwaarden is beschikken over de wettelijke systemen en deze naleven. Daarnaast gaat het om (voorbeeld)gedrag, een open cultuur en veilige werkomgeving creëren, een lerende organisatie stimuleren, transparantie, betrokkenheid en professionaliteit. Toezichthouders letten op de werking van het hele systeem. Bestuur en toezichthouders zorgen samen voor de voorwaarden die de ambulancezorg-professionals nodig hebben om de zorg te kunnen verlenen die de patiënt mag verwachten **6 25 93 94**.

9.2. Governance

Het bestuur en de toezichthouders van de RAV hebben een belangrijke taak in het bewaken en verbeteren van de kwaliteit van de ambulancezorg. Zij richten de governance van de organisatie zo in dat deze bijdraagt aan het waarborgen van goede zorg, de maatschappelijke doelstelling van de zorgorganisatie en het maatschappelijk vertrouwen. Hierbij volgt het RAV-bestuur de principes van de zorgbrede governance code **95**.

9.3. Kwaliteit en continuïteit van zorg

De maatschappelijke doelstelling en legitimatie van de RAV is goede en veilige zorg aan patiënten bieden. De RAV formuleert een meerjarenvisie op goede ambulancezorg en de manier waarop zij hier concreet invulling aan wil geven. Met een heldere meerjarenvisie op ambulancezorg zet de RAV zich in om deze zorg steeds te verbeteren en concretiseren. Dit gebeurt door het beleid en de werkwijze cyclisch te evalueren en waar nodig bij te stellen **6 25 66 67**.

Om snel en effectief te kunnen handelen, is het belangrijk om voldoende en goed opgeleide ambulancezorgprofessionals en de benodigde middelen te waarborgen. De

RAV draagt hier zorg voor en creëert de randvoorwaarden voor ambulancezorgprofessionals om goede en veilige ambulancezorg te kunnen verlenen. De RAV past hierbij de wettelijke en sectorale kaders toe **96**.

Daarnaast monitort de RAV de kwaliteit en veiligheid van de ambulancezorg continu. Door middel van integraal risicomanagement brengt de RAV de risico's in kaart en stuurt deze tijdig bij. Om dit proces te ondersteunen, heeft de RAV een systeem voor het verzamelen van kwaliteits- en sturingsinformatie. Ook beschikt de RAV over een bedrijfscontinuïteitsplan. Dit plan zorgt ervoor dat de zorgverlening altijd doorgang vindt, zelfs in uitdagende situaties **66 67**.

9.4. Lerende organisatie

Het RAV-bestuur zorgt voor een open en veilig werken en leerklimaat. De RAV streeft als lerende organisatie voortdurend naar verbetering en innovatie, en past zich aan op veranderingen.

Voor iedere medewerker binnen de RAV is duidelijk waar de organisatie voor staat, wat de missie is en welke kernwaarden daarbij horen. De RAV stimuleert continu leren en verbeteren. Dit gaat verder dan medewerkers die individueel leren. Het houdt in dat de hele organisatie leert en zich aanpast, zowel aan interne als externe ontwikkelingen **95**.

9.5. Transparantie en verantwoording

De RAV is transparant en legt als zorgorganisatie verantwoording af over het beleid, kwaliteit, veiligheid, integriteit, continuïteit en financiële weerbaarheid. Deze verantwoording voldoet aan de wettelijke eisen **93 94 97 98**. Conform de geldende wet- en regelgeving en sectorale afspraken laat de RAV de kwaliteitsmanagement-/ (informatie)veiligheidssystemen periodiek toetsen en extern certificeren door een geaccrediteerde partij **25**.

De sector legt op landelijk niveau verantwoording af over (de resultaten van) het kwaliteits-/veiligheidsbeleid. Verantwoording vindt plaats via het sectorkompas. De

RAV levert volgens de sectorale afspraken en de daarvoor opgestelde sectorale meetplannen gegevens aan **21 85**.

9.6. Maatschappelijk verantwoord ondernemen

De ambulancesector is zich bewust van de impact van de zorg op mens en milieu. Maatschappelijk verantwoord ondernemen (mvo) bestaat voor een belangrijk deel uit bewuste aandacht voor een gezonde leefomgeving. Dat betekent inzetten op zorg met de laagst mogelijke impact op klimaat, milieu en leefomgeving. Dit vraagt om 'groene en klimaatneutrale zorg', die wordt geleverd met spaarzaam en circulair gebruik van grondstoffen en materialen. Waarmee minimale uitstoot van broeikasgassen en minimale impact op de leefomgeving wordt gerealiseerd.

De RAV heeft een visie op mvo en ontwikkelt mvo-beleid, dat voldoet aan de wettelijke eisen en aansluit op de sectorale mvo-doelstellingen **99 100**.

REFERENTIELIJST

- 1 Zorginstituut Nederland. [Kader Passende zorg](#) 2022.
- 2 Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. [Integraal Zorgakkoord: Samen werken aan gezonde zorg](#) 2022.
- 3 Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. [Kamerbrief over beleidsagenda toekomstbestendige acute zorg](#) 2022.
- 4 Ambulancezorg Nederland. [Samenwerken aan zorg met toekomst: visiedocument Ambulancezorg Nederland 2025-2030](#) 2025.
- 5 Ambulancezorg Nederland. [Zorgcoördinatie: de juiste zorg op de juiste plaats](#) 2024.
- 6 [Wet kwaliteit klachten en geschillen zorg](#).
- 7 [Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst](#).
- 8 Ambulancezorg Nederland, V&VN Ambulancezorg, Nederlandse Vereniging van Medisch Managers Ambulancezorg. [Landelijk Protocol Ambulancezorg](#) 2023.
- 9 Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland. [Beroepscode verpleegkundigen en verzorgenden](#) 2015.
- 10 Nederlandse Vereniging voor Bachelor Medisch Hulpverleners. [Beroepscode bachelor medisch hulpverleners](#) 2021.
- 11 Nederlandse Associatie Physician Assistants. [Gedragscode physician assistant](#) 2023.
- 12 Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst. [KNMG-Gedragscode](#) 2022.
- 13 Nederlands Huisartsen Genootschap. [Richtlijn Gegevensuitwisseling acute zorg](#) 2022.
- 14 [Wet elektronische gegevensuitwisseling in de zorg](#).
- 15 [Wet algemene bepalingen burgerservicenummer](#).
- 16 [Uitvoeringswet algemene verordening gegevensbescherming](#).
- 17 NEN. [NEN 7510: informatiebeveiliging in de zorg](#) 2024.
- 18 Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst. [Richtlijn Omgaan met medische gegevens](#) 2024.
- 19 [Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg](#).
- 20 [International Conference on harmonisation Good Clinical Practice](#).
- 21 Ambulancezorg Nederland, V&VN Ambulancezorg, Nederlandse Vereniging van Medisch Managers Ambulancezorg, Patiëntenfederatie Nederland, Zorgverzekeraars Nederland. [Kwaliteitskader Ambulancezorg versie 2.0](#) 2024.
- 22 Ambulancezorg Nederland. [Kwaliteit van zorg: patiëntervaringen](#).
- 23 [De geschillencommissie zorg](#).
- 24 [Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen](#).
- 25 [Wet ambulancezorgvoorzieningen](#).
- 26 Ambulancezorg Nederland, V&VN Ambulancezorg, Nederlandse Vereniging van Medisch Managers Ambulancezorg. [Ambulancezorg: juiste zorg door juiste zorgverlener](#) 2024.
- 27 College Zorgopleidingen. [Kaderbesluit 2025](#) 2025.
- 28 Ambulancezorg Nederland. [Kader traineeprogramma medisch hulpverleners ambulancezorg](#) 2023.
- 29 Ambulancezorg Nederland, Nederlandse Vereniging van Medisch Managers Ambulancezorg, V&VN Ambulancezorg. [Inzet van ambulancezorgprofessionals op de meldkamer ambulancezorg](#) 2025.
- 30 Ambulancezorg Nederland, Nederlandse Vereniging van Medisch Managers Ambulancezorg, V&VN Ambulancezorg. [Kwaliteitskader laag- en middencomplexe ambulancezorg](#) 2020.
- 31 College Zorgopleidingen. [Opleidingseisen verpleegkundig centralist meldkamer ambulancezorg](#) 2024.
- 32 College Zorgopleidingen. [Opleidingseisen ambulanceverpleegkundige](#) 2024.
- 33 College Zorgopleidingen. [Opleidingseisen ambulancechauffeur](#) 2024.
- 34 [Besluit functionele zelfstandigheid](#).
- 35 [Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied physician assistant](#).
- 36 [Regeling zelfstandige bevoegdheid verpleegkundig specialisten](#).

- 37 Ambulancezorg Nederland, Nederlandse Vereniging van Medisch Managers Ambulancezorg, Nederlandse Vereniging voor Bachelor Medisch Hulpverleners, Nederlandse Associatie Physician Assistants, V&VN Ambulancezorg. [Fundament voor bekwaamheid in de ambulancezorg](#) 2024.
- 38 [Kwaliteitsregister Verpleegkundigen en Verzorgenden](#).
- 39 Ambulancezorg Nederland, CNV Zorg en Welzijn, FNV Zorg en Welzijn. [Arbocatalogus ambulancezorg](#) 2015.
- 40 Ambulancezorg Nederland, Nederlandse Vereniging van Medisch Managers Ambulancezorg, V&VN Ambulancezorg. [Landelijk Protocol Laag- en Middencomplex ambulancezorg](#) 2021.
- 41 Ambulancezorg Nederland, V&VN Ambulancezorg. [Brancherichtlijn optische en geluidssignalen ambulancezorg](#) 2023.
- 42 Stichting NTS. [Nederlandse Triagestandaard \(NTS\)](#).
- 43 International Academies of Emergency Dispatch. [Advanced Medical Priority Dispatch System \(AMPDS\)](#).
- 44 Ambulancezorg Nederland, Nederlandse Vereniging van Medisch Managers Ambulancezorg. [Professioneel statuut MMA](#) 2013.
- 45 Ambulancezorg Nederland, Nederlandse Vereniging van Medisch Managers Ambulancezorg. [Beschrijving functiegebied medisch management in de ambulancezorg](#) 2013.
- 46 Ambulancezorg Nederland, Nederlandse Vereniging van Medisch Managers Ambulancezorg. [Relevante competenties en medisch vereisten binnen het functiegebied medisch management ambulancezorg](#) 2013.
- 47 [Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland. Professionele zeggenschap](#).
- 48 [Zeggenschap in de zorg](#).
- 49 Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. [Regiobeelden en regioplannen](#).
- 50 Zorginstituut Nederland. [Kwaliteitskader spoedzorgketen](#) 2020.
- 51 Landelijk Netwerk Acute Zorg. [MMT inzet- en cancelcriteria](#) 2019.
- 52 AkwaGGZ. [Generieke module acute psychiatrie](#) 2019.
- 53 Ambulancezorg Nederland, Nederlandse Vereniging van Medisch Managers Ambulancezorg, V&VN Ambulancezorg. [Kwaliteitskader ambulancezorg rondom psychiatrische beoordeling](#) 2021.
- 54 Ambulancezorg Nederland, InEen. [Landelijke richtlijn voor samenwerking HAP+RAV](#) 2023.
- 55 Ambulancezorg Nederland, HartslagNu, Nederlandse Reanimatieraad, Nederlandse Vereniging van Medisch Managers Ambulancezorg. [Kwaliteitskader inzet first responder reanimatiezorg](#) 2023.
- 56 Ambulancezorg Nederland, Nederlandse Vereniging van Medisch Managers Ambulancezorg, V&VN Ambulancezorg. [Kwaliteitskader ambulancezorg op het water](#) 2024.
- 57 Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. [Kamerbrief over inrichting zorgcoördinatie](#) 2023.
- 58 Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. [Implementatieplan zorgcoördinatie](#) 2024.
- 59 [Wet veiligheidsregio's](#).
- 60 Ambulancezorg Nederland. [Integraal crisisplan RAV](#) 2015.
- 61 Landelijk Netwerk Acute Zorg. [Landelijk Beleidskader 3.0 Risicomanagement, Crisisbeheersing en OTO](#) 2023.
- 62 Incident Management. [Incidentmanagement ambulancezorg - het rood-blauwe boekje](#) 2004.
- 63 Ambulancezorg Nederland, GGD GHOR Nederland. [Afspraken uitwisseling slachtofferinformatie bij rampen en crises](#) 2015.
- 64 Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. [Referentiekader spreiding en beschikbaarheid ambulancezorg](#) 2025.
- 65 Ambulancezorg Nederland. [Optimale inzet: verbeterde urgentie-indeling ambulancezorg](#) 2024.
- 66 NEN. [NEN-EN-ISO 9001:2015](#) 2015.
- 67 HKZ-NEN. [HKZ-norm Ambulancezorg](#) 2021.
- 68 Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. [Hygiënerichtlijn voor de ambulancezorg](#) 2017.
- 69 Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland. [V&VN Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling: stappenplan voor verpleegkundigen](#) 2019.
- 70 [Wet zorg en dwang](#).
- 71 [Wet verplichte ggz](#).
- 72 Ambulancezorg Nederland, Nederlandse Vereniging van Medisch Managers Ambulancezorg. [Handreiking Wet zorg en dwang in de ambulancezorg](#) 2021.

- 73 Ambulancezorg Nederland, Nederlandse Vereniging van Medisch Managers Ambulancezorg. [Handreiking Wet verplichte ggz in de ambulancezorg](#) 2021.
- 74 Rijksoverheid. [Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling](#) 2023.
- 75 [Arbeidsomstandighedenwet](#).
- 76 Ambulancezorg Nederland, CNV Zorg en Welzijn, FNV Zorg en Welzijn. [Praktijkrichtlijnen fysieke belasting](#) 2024.
- 77 Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd. [Convenant Veilige Toepassing van Medische Technologie in de medisch specialistische zorg](#) 2016.
- 78 Nederlands Instituut Publieke Veiligheid. [Handreiking samenwerking bij slachtofferzorg bij incidenten met gevaarlijke stoffen](#) 2024.
- 79 Ambulancezorg Nederland. [Handboek bedrijfsopvangteams ambulancezorg](#) 2022.
- 80 NEN. [NEN 1789-Medische voertuigen en hun uitrusting](#) 2024.
- 81 Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd. [Toetsingskader calamiteitenrapportage regionale ambulancevoorzieningen](#) 2024.
- 82 [Strategisch kader informatiebeveiliging meldkamervoorzieningen](#).
- 83 [NIS2-richtlijn](#).
- 84 Ambulancezorg Nederland. [Ketenpartnertevredenheidsonderzoek ambulancezorg](#).
- 85 Ambulancezorg Nederland. [Sectorkompas](#).
- 86 Landelijk Netwerk Acute Zorg. [Landelijke traumaregistratie](#).
- 87 Ambulancezorg Nederland. [Visitatie ambulancezorg](#).
- 88 Ambulancezorg Nederland, Nederlandse Vereniging van Medisch Managers Ambulancezorg, V&VN Ambulancezorg. [Onderzoeksagenda ambulancezorg 2021-2026](#) 2021.
- 89 Ambulancezorg Nederland, Nederlandse Vereniging van Medisch Managers Ambulancezorg, V&VN Ambulancezorg. [Implementatieplan Landelijke onderzoeksagenda ambulancezorg 2021-2026](#) 2021.
- 90 [Wet medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen](#).
- 91 NEN. [NEN-EN-ISO 14155:2020](#).
- 92 Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd, Nederlandse Zorgautoriteit. [Kader Goed Bestuur](#) 2022.
- 93 [Wet marktordening gezondheidszorg](#).
- 94 [Wet toetreding zorgaanbieders](#).
- 95 Brancheorganisaties Zorg. [Governancecode zorg](#) 2022.
- 96 Ambulancezorg Nederland, CNV Zorg en Welzijn, FNV Zorg en Welzijn. [Collectieve Arbeidsovereenkomst 2021-2025 sector Ambulancezorg](#) 2021.
- 97 [Wet normering topinkomens](#).
- 98 [Regeling transparantie zorgaanbieders](#).
- 99 Rijksoverheid. [Duurzaamheid in de zorg](#).
- 100 Rijksoverheid. [Green Deal Samen werken aan duurzame zorg](#) 2022.

BIJLAGEN

BIJLAGE 1. WETTELIJK KADER

In hoofdstuk 2 is de Wkkgz uitgebreid beschreven. In deze bijlage vindt u een overzicht van de overige wetgeving die geldt voor de ambulancezorg. Dit is een belangrijke basis voor de nota Goede Ambulancezorg. De volledige wetteksten zijn te vinden op www.overheid.nl.

Algemene verordening gegevensbescherming (AVG)

De Algemene verordening gegevensbescherming (AVG) versterkt de positie van de mensen van wie gegevens worden verwerkt. De AVG is van toepassing als er sprake is van geheel of gedeeltelijke geautomatiseerde verwerking van persoonsgegevens. Daarnaast is de AVG van toepassing op de handmatige verwerking van persoonsgegevens die in een bestand zijn opgenomen of die bestemd zijn om daarin op te nemen. De nadruk ligt op de verantwoordelijkheid van organisaties om te kunnen aantonen dat zij zich aan de wet houden.

Arbeidsomstandighedenwet (Arbowet)

De Arbeidsomstandighedenwet regelt de rechten en plichten van zowel werkgevers als werknemers voor veilig en gezond werken. Deze wet is van toepassing op alle situaties waarin mensen in loondienst of op basis van een opdracht werkzaam zijn.

Cyberbeveiligingswet (NIS2)

De Europese Unie stelde eind 2022 de Network and Information Security Directive (NIS2-richtlijn) vast. Deze richtlijn heeft als doel de digitale en economische weerbaarheid van Europese lidstaten te versterken. NIS2 wordt omgezet naar de Nederlandse Cyberbeveiligingswet. Deze wet treedt eind 2024 in werking. In vergelijking met bestaande wetgeving moeten er meer sectoren en organisaties voldoen aan deze nieuwe wetgeving. Deze organisaties hebben zorg-, registratie- en meldplicht. Ook worden er mechanismen voor toezicht ingericht.

Wegenverkeerswet (Wvw)

In de Wegenverkeerswet (Wvw) en het Reglement verkeersregels en verkeerstekens (RVV) worden de algemene verkeersregels beschreven. Dit omvat ook specifieke regels voor voorrangsvoertuigen en het gebruik van signalen.

Het gebruik van optische en geluidssignalen (OGS) is geregeld in artikel 29 van het Reglement verkeersregels en verkeerstekens (RVV). Dit artikel stelt dat bestuurders van motorvoertuigen van politie, brandweer en ambulances het recht hebben om optische en geluidssignalen te voeren. Dit geldt ook voor bestuurders van motorvoertuigen van andere hulpverleningsdiensten die door de minister van Verkeer en Waterstaat zijn aangewezen. Deze signalen maken duidelijk dat zij een dringende taak vervullen.

Wet aanvullende bepalingen verwerking persoonsgegevens in de zorg (Wabvpz)

De Wet aanvullende bepalingen verwerking persoonsgegevens in de zorg (Wabvpz) biedt belangrijke waarborgen voor cliënten bij elektronische gegevensuitwisseling. Deze wet verduidelijkt welke extra rechten en bescherming cliënten hebben bij elektronische gegevensuitwisseling van persoonsgegevens via een elektronisch uitwisselingsstelsel. Daarnaast regelt de Wabvpz de randvoorwaarden voor elektronische gegevensuitwisseling. Ook zorgt de wet voor de beschikbaarheid van gegevens via een elektronisch uitwisselingsstelsel.

Wet ambulancezorgvoorzieningen (Wazv)

De Wet ambulancezorgvoorzieningen (Wazv) waarborgt de continuïteit en kwaliteit van de ambulancezorg in Nederland. Doel van deze wet is het waarborgen van een goede, tijdige en veilige ambulancehulp voor mensen die dat nodig hebben. Per veiligheidsregio is er een Regionale Ambulancevoorziening (RAV) aangewezen die als enige zorgaanbieder ambulancezorg in de regio mag uitvoeren. Bij ambulancezorgverlening is sprake van beroepsmatige zorg door bevoegde en bekwame ambulancezorgprofessionals. Zij handelen volgens de wettelijke regels en professionele standaard, onder de verantwoordelijkheid van de medisch eindverantwoordelijke van de RAV en in opdracht van de RAV.

Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG)

De Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG) heeft als doel de kwaliteit van de beroepsuitoefening te verbeteren en bewaken en patiënten te

beschermen tegen ondeskundig en onzorgvuldig werk van zorgprofessionals. Het uitgangspunt hierbij is dat zorgprofessionals in principe vrij zijn om hun werk uit te voeren, zolang ze bevoegd en bekwaam zijn. In deze wet staan bepalingen over zaken als registratie, herregistratie, voorbehouden handelingen, functionele zelfstandigheid en tuchtrecht.

Functioneel zelfstandig bevoegd

Wat betreft het verrichten van voorbehouden handelingen, nemen de verpleegkundigen en ambulanceverpleegkundigen een bijzondere positie in vanuit artikel 39 van de Wet BIG. Voor beide beroepen is dit nader uitgewerkt in het Besluit functionele zelfstandigheid. Dit betekent dat verpleegkundigen en ambulanceverpleegkundigen zonder toezicht of tussenkomst van een zelfstandig bevoegde bepaalde handelingen mogen uitvoeren. Ambulanceverpleegkundigen mogen daarbij meer voorbehouden handelingen uitvoeren dan verpleegkundigen.

Voor de medisch hulpverlener acute zorg geldt momenteel (medio 2025) een tijdelijke situatie. Tot de opname van de medisch hulpverlener in artikel 3 van de Wet BIG en de toekenning van een functionele zelfstandigheid, kan de medisch hulpverlener zijn functie uitvoeren binnen de mogelijkheden van de artikelen 35 en 38 van de Wet BIG.

Zelfstandig bevoegd

De bijzondere deskundigheid van de verpleegkundig specialisten wordt in artikel 14 beschreven. De functies van verpleegkundig specialist en de physician assistant vallen voor hun zelfstandige bevoegdheid onder artikel 36 van de Wet BIG.

Niet zelfstandig bevoegd

De ambulancechauffeur, de chauffeur laag- en midden-complexe ambulancezorg en de verzorgende hebben geen (functioneel) zelfstandige bevoegdheid. Zij zijn in de ambulancezorg dan ook niet bevoegd tot het uitvoeren van voorbehouden handelingen.

Wet elektronische gegevensuitwisseling in de zorg (Wegiz)

De Wet elektronische gegevensuitwisseling in de zorg (Wegiz) bepaalt dat zorgverleners bepaalde zorggegevens digitaal met elkaar moeten uitwisselen. Ook geeft de Wegiz aan volgens welke afspraken die uitwisselingen moeten verlopen. Deze afspraken gaan onder andere over eenheid van taal en techniek.

De Wegiz richt zich op vier gegevensuitwisselingen die geschikt zijn om als eerste digitaal te laten verlopen. Deze vier geprioriteerde gegevensuitwisselingen zijn:

- overdracht Basisgegevensset Zorg tussen Medische Specialistische Instellingen (BgZ);
- eOverdracht (Nictiz);
- beeldbeschikbaarheid (informatiestandaard beeldbeschikbaarheid);
- medicatieoverdracht.

Wet algemene bepalingen burgerservicenummer in de zorg (Wbsn-z)

De Wet algemene bepalingen burgerservicenummer in de zorg (Wbsn-z) verplicht de erkende zorgverleners om het burgerservicenummer (BSN) van hun patiënten vast te leggen in hun administratie. Het BSN is een uniek persoonsgebonden nummer. Iedereen die bij een Nederlandse gemeente staat ingeschreven, heeft een BSN.

Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg)

Cruciale zorg is zorg die altijd beschikbaar moet zijn. Ambulancezorg, spoedeisende hulp, acute verloskunde, crisisopvang ggz en Wlz-zorg vallen onder een regeling die deze cruciale zorg veiligstelt: de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg).

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft beleid voor continuïteit van cruciale zorg. Volgens dit beleid moet een verzekeraar een melding doen bij de NZa als hij niet kan voldoen aan zijn zorgplicht om cruciale zorg te leveren, terwijl hij al het mogelijke heeft gedaan om hieraan te voldoen. De NZa bekijkt of er sprake is van overmacht en kan vervolgens het Ministerie van VWS adviseren een vangnetstichting op te richten. Op het moment dat VWS dat besluit, financiert de NZa de vangnetstichting door een beschikbaarheidsbijdrage toe te kennen.

Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen (Wmcz)

Deze wet regelt onder meer de oprichting van een cliëntenraad en de openbaarheid van relevante stukken voor cliënten. Denk aan het jaarverslag en klachtenreglement. Sinds 1 juli 2021 geldt de Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen 2018 (Wmcz) voor de ambulancesector. Omdat patiënten niet verblijven bij de RAV, zijn verschillende artikelen van deze wet niet van toepassing op de ambulancesector. Desondanks is de cliëntenraad voor de RAV's een belangrijke gesprekspartner als het gaat om patiënten en zorg.

Wet medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen (Wmo)

Is er sprake van medisch-wetenschappelijk onderzoek? En worden personen hiervoor aan handelingen onderworpen of worden hen gedragsregels opgelegd? Dan valt dit onderzoek onder de Wet medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen (WMO). Onderzoek dat onder de Wmo valt, moet - afhankelijk van het type onderzoek - vooraf door een erkende Medisch Ethische Toetsingscommissie (METC) of de Centrale Commissie Mensgebonden Onderzoek (CCMO) worden getoetst.

Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (Wgbo)

In de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (Wgbo) staan de rechten en plichten van cliënt en hulpverlener, die voortvloeien uit de overeenkomst tot een geneeskundige behandeling. De wet regelt onder andere de informatieplicht, de toestemmingsvereiste, de vertegenwoordiging en positie van minderjarigen en de privacy. De Wgbo regelt hiermee de juridische relatie tussen hulpverlener en cliënt. Een aspect daarvan is de verplichting voor de hulpverlener om te voldoen aan en te handelen volgens de professionele standaard, zoals weergegeven in art. 7: 453 BW: "De hulpverlener dient bij zijn werkzaamheden de zorg van een goed hulpverlener in acht te nemen en handelt daarbij in overeenstemming met de op hem rustende verantwoordelijkheid, voortvloeiende uit de voor hulpverleners geldende professionele standaard."

Wet op de medische hulpmiddelen (Wmh)

De Wet op de medische hulpmiddelen (Wmh) stelt eisen aan de veiligheid van medische apparatuur in de zorg. Dit om schade voor de cliënt zoveel mogelijk te voorkomen. Los van de verantwoordelijkheid en aansprakelijkheid van de fabrikant van medische hulpmiddelen, heeft ook de RAV hierin een verantwoordelijkheid. Onder een medisch hulpmiddel verstaan we instrumenten, toestellen, apparaten en software die worden gebruikt voor:

- diagnose, preventie, bewaking, behandeling of verlichting van ziekten;
- diagnose, bewaking, behandeling, verlichting of compensatie van verwondingen of handicap;
- onderzoek naar of vervangen dan wel wijzigen van de anatomie of van een fysiologisch proces;
- beheersing van bevruchting;
- toediening van geneesmiddelen (het medicijn zelf valt onder de Geneesmiddelenwet).

Er zijn vier categorieën hulpmiddelen. Elke categorie moet voldoen aan Europese veiligheidsnormen en CE-gecertificeerd zijn, volgens de richtlijn 93/42/EEG.

Wet toetreding zorgaanbieders (Wtza)

Om zorg te mogen leveren die ten laste komt van de Zorgverzekeringswet (Zvw) of de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ), moeten zorginstellingen een toelating hebben. Daarmee kan worden nagegaan of de instelling aan bepaalde eisen voldoet. De belangrijkste eisen betreffen de bereikbaarheid van acute zorg en de transparantie van de bestuursstructuur en bedrijfsvoering (good governance).

Kerntyperingen zijn:

- transparantie;
- onafhankelijkheid;
- breed verantwoording afleggen;
- nauwe betrokkenheid van stakeholders.

RAV's hebben geen toelating in de zin van de Wtza nodig, omdat zij al beschikken over een aanwijzing in de zin van de Wazv. In de beleidsregels die horen bij de Wtza, is voor alle aanbieders van acute zorg de verplichting opgenomen om deel te nemen aan een regionaal overleg acute zorgketen (ROAZ).

Wet veiligheidsregio's (Wvr)

De Wet veiligheidsregio's (Wvr) streeft naar een efficiënte en kwalitatief hoogwaardige hulpverlening en crisisbeheersing onder één regionale bestuurlijke regie. De wet beschrijft onder meer de bestuurlijke inbedding en de basisvereisten voor de organisatie van de hulpverleningsdiensten. Ook is opgenomen welke taken het bestuur van een veiligheidsregio heeft en wat de minimeisen zijn voor hulpverleners (zoals de regionale brandweer en geneeskundige diensten) en het materieel dat zij gebruiken. De Geneeskundige Hulpverleningsorganisatie in de Regio (GHOR) is wettelijk verantwoordelijk voor de coördinatie, aansturing en regie van de geneeskundige hulpverlening en de advisering van andere overheden en organisaties op dat gebied. De Wvr legt vast dat instellingen als bedoeld in de Wet toetreding zorgaanbieders (Wtza) die een taak hebben in de geneeskundige hulpverlening, verplicht zijn om maatregelen te treffen voor hun taak en de voorbereiding daarop. Op grond van de Wvr zijn de ketenpartners verplicht om hierover schriftelijke afspraken te maken met het bestuur van de veiligheidsregio. Dit alles

wordt op regionaal niveau vastgelegd in een convenant. De Wvr legt ook de taken en verantwoordelijkheden vast voor het instellen en in stand houden van de meldkamer.

Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (Wvggz)

De Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (Wvggz) is bedoeld voor mensen met een psychiatrische stoornis, die leidt tot gedrag dat ernstig nadeel veroorzaakt voor henzelf of voor anderen. Als er geen vrijwillige zorg mogelijk is om dat ernstig nadeel weg te nemen, kan worden bepaald dat verplichte zorg mag worden toegepast. De Wvggz is een zorgwet en geen opnamewet. De zorg volgt de patiënt en kan ook toegepast worden zonder opname, op de plek waar de patiënt verblijft, zoals thuis. Gedwongen opname blijft wel mogelijk indien dit noodzakelijk is.

Wet zorg en dwang (Wzd)

De Wet zorg en dwang (Wzd) regelt de rechten bij onvrijwillige zorg of onvrijwillige opname van mensen met een verstandelijke beperking en mensen met een psychogeriatrische aandoening (zoals dementie). Hierdoor worden mensen die hun wil niet meer kunnen uiten, beter beschermd. De Wzd geldt in zorginstellingen, de thuissituatie, logeeropvang en kleinschalige woonvormen.

Zorgverzekeringswet (Zvw)

De Zorgverzekeringswet (Zvw) is een belangrijke wet in het Nederlandse verzekeringsstelsel. De Zvw stelt een zorgverzekering verplicht voor iedereen die verzekerd is voor de Wlz (de opvolger van de AWBZ). Dit zijn alle inwoners van Nederland en mensen die in het buitenland wonen maar vanuit Nederland inkomsten uit arbeid ontvangen.

BIJLAGE 2. BEGRIPPENLIJST

Ambulancezorgprofessionals: 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.

Beroepscode: een beroepscode is een richtlijn die de professionele normen en waarden voor zorgprofessionals, zoals verpleegkundigen en verzorgenden, in Nederland vastlegt. Deze code dient als basis voor het handelen van zorgprofessionals en biedt houvast bij ethische vraagstukken in de dagelijkse praktijk. De beroepscode benadrukt onder andere het belang van respect, deskundigheid, privacy, en verantwoordelijke zorg.

Beroepsgeheim: verwijst naar de verplichting van professionals om informatie geheim te houden die zij in het kader van hun werk van cliënten of patiënten ontvangen. Dit betekent dat zij deze informatie niet zonder toestemming van de betrokkene mogen delen met derden. Het doel van het beroepsgeheim is om vertrouwen op te bouwen tussen professional en cliënt/patiënt en om de privacy te waarborgen.

Calamiteit: 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.

Data-integriteit: hoe betrouwbaar, accuraat en geldig de gegevens zijn. Het is aan de praktijk om deze kwaliteiten gedurende de gehele levenscyclus van de gegevens te behouden.

Datalek: een inbreuk op de beveiliging van persoonsgegevens, waarbij deze per ongeluk of op onrechtmatige wijze vernietigd, verloren, gewijzigd of ongeoorloofd verstrekt zijn.

Geaccrediteerde opleiding: een opleiding die officieel erkend en goedgekeurd is door een relevante accrediterende instantie of organisatie. Dit betekent dat de opleiding voldoet aan bepaalde kwaliteitsnormen en criteria voor inhoud, structuur, methodologie en resultaten.

Governance: verwijst naar de manier waarop organisaties, instellingen of samenlevingen worden bestuurd en geleid. Het omvat het geheel van processen, structuren en relaties die betrokken zijn bij het nemen van beslissingen en het uitvoeren van beleid.

(Bijna-)incidenten: een niet-beoogde of onverwachte gebeurtenis die betrekking heeft op de kwaliteit van de zorg. Deze gebeurtenis heeft geleid, had kunnen leiden of kan leiden tot schade bij de cliënt.

Informatiebeveiligingssysteem: een gestructureerde set van beleid, procedures, technische maatregelen en controles om de vertrouwelijkheid, integriteit en beschikbaarheid van informatie te waarborgen. Dit systeem helpt organisaties bij het beschermen tegen ongeoorloofde toegang, datalekken, verlies of schade aan data. Ook zorgt het ervoor dat gegevens veilig worden beheerd in overeenstemming met relevante wet- en regelgeving.

Inzet- en uitsluitcriteria: richtlijnen om te bepalen onder welke voorwaarden een patiënt of situatie wel of niet in aanmerking komt voor bepaalde vormen van zorg, behandeling of interventie.

Kwaliteits- en veiligheidssysteem: volgens de Wkkgz omvat dit systeem alle maatregelen, processen en procedures die zorgaanbieders implementeren om ervoor te zorgen dat zij verantwoorde zorg leveren.

Kwetsbare patiëntengroepen: groepen patiënten die extra aandacht nodig hebben vanwege hun kwetsbaarheid, zoals kwetsbare ouderen.

Landelijk kwaliteitskader ambulancezorg: het kwaliteitskader ambulancezorg bevat een samenhangende set van inhoudelijke en procesmatige kwaliteitssignalen. Deze signalen zijn gebaseerd op de zeven uitgangspunten van goede ambulancezorg. Het kwaliteitskader is opgenomen in het kwaliteitsregister van Zorginstituut Nederland. De resultaten van het kwaliteitskader worden jaarlijks gepresenteerd in het sectorkompas.

Landelijk Protocol Ambulancezorg (LPA): het landelijk geldend protocol dat de professionele standaard weergeeft voor specifiek medisch/verpleegkundig handelen. Het protocol beschrijft een zekere ordening in het handelen. Het doel is om de ambulancezorgprofessional behulpzaam te zijn bij de besluitvorming en uitvoering van het besluit.

Landelijk Protocol Laag- en Middencomplexe Ambulancezorg (LPLMA): het landelijk geldend protocol voor de laag- en middencomplexe ambulancezorg. Het doel is om de ambulancezorgprofessional laag- en middencomplexe ambulancezorg behulpzaam te zijn bij de besluitvorming en uitvoering van het besluit.

Landelijk referentiekader spreiding & beschikbaarheid ambulancezorg: definieert de spreiding van ambulancestandplaatsen en de beschikbaarheid van ambulances in Nederland in onderlinge samenhang. Het is een modelmatige beschrijving van de spreiding en beschikbaarheid van ambulancezorg op landelijk en regionaal niveau. Het referentiekader vormt tevens de grondslag voor de regionale verdeling van budgetten vanuit het landelijke macrobudget.

Medisch manager ambulancezorg (MMA): een aan een RAV verbonden arts. Het is een arts die is ingeschreven in het BIG-register, als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

Meldkamer ambulancezorg (MKA): de centrale meldkamer waar aanvragen voor ambulancehulp worden verwerkt en zorg wordt gecoördineerd.

Meldkamer triagestandaarden: richtlijnen en protocollen voor ambulancemeldkamers om binnenkomende noodmeldingen te beoordelen en prioriteren. Het doel van deze standaarden is om de medisch logische urgentie van een situatie vast te stellen. Zodat de juiste hulp op het juiste moment wordt ingezet.

MICU: Mobiele Intensive Care Unit. Bij specialistische IC-inzetten is er meestal sprake van electief IC-transport, dat planbaar is en uitgevoerd wordt met een Mobile Intensive Care Unit (MICU).

Het MICU-coördinatiecentrum draagt zorg voor de organisatie van het transport van de volwassen IC-patiënt, voor de begeleiding door een arts (intensivist) en voor de aanvraag van het MICU-transport via de meldkamer ambulancezorg. De RAV draagt zorg voor (de beschikbaarheid van) het MICU-voertuig en voor MICU-chauffeurs.

Mobiel medisch team (MMT): een MMT bestaat uit een gespecialiseerde arts, een gespecialiseerd verpleegkundige en een chauffeur of piloot. Het MMT is gespecialiseerd en geoutilleerd om ter plekke specialistische acute medische zorg aan slachtoffers van ernstige ongevallen en rampen te bieden. Het MMT is gekoppeld aan een traumacentrum. De zorg door het MMT vormt een aanvulling op de reguliere ambulancehulpverlening.

Mobiel zorgconsult: een inzet waarbij na uitgebreid onderzoek door de ambulancezorgprofessionals ter plaatse blijkt dat de patiënt geen vervolgzorg nodig heeft waarbij deze vervoerd moet worden door een ambulance.

NICU: Neonatale Intensive Care Unit. Een inzet waarbij de te verlenen ambulancezorg de protocollen van de ambulancezorgprofessional overstijgt en waarbij de ambulance-eenheid wordt aangevuld met een gespecialiseerde verpleegkundige en/of een gespecialiseerde arts. Bij een NICU-inzet is sprake van een interklinische inzet ten behoeve van een (pasgeboren) baby. De begeleidende arts is over het algemeen een neonatoloog.

Openbare orde en veiligheid (OOV-keten): verwijst naar het geheel van organisaties en instanties die betrokken zijn bij het waarborgen van de openbare orde en veiligheid in een samenleving. Dit omvat verschillende domeinen, zoals politie, brandweer, ambulancediensten, gemeenten, justitie en andere relevante partners.

PICU: Pediatric Intensive Care Unit. Een inzet waarbij de te verlenen ambulancezorg de protocollen van de ambulancezorgprofessional overstijgt en waarbij de ambulance-eenheid wordt aangevuld met een gespecialiseerde verpleegkundige en/of een gespecialiseerde arts. Bij een PICU-inzet is sprake van interklinische intensive-care inzet ten behoeve van een patiënt in de leeftijd jonger dan 18 jaar.

Privacy: verwijst naar het recht van individuen om persoonlijke informatie en gegevens te beschermen tegen ongewenste toegang, gebruik of openbaarmaking. Het houdt in dat mensen de controle hebben over hun eigen informatie en hoe deze wordt verzameld, opgeslagen en gedeeld. Privacy is een fundamenteel recht dat essentieel is voor de bescherming van de menselijke waardigheid en autonomie.

Professioneel zeggenschap: verwijst naar de mate van invloed en autonomie die professionals hebben in hun werk en de besluitvorming binnen hun vakgebied.

Professionele standaard: een set van richtlijnen, normen en verwachtingen die de kwaliteit en de wijze waarop een beroep wordt uitgeoefend, definieert. Deze standaarden zijn bedoeld om een consistente en verantwoorde manier van werken te waarborgen. Ze omvatten aspecten, zoals kennis, vaardigheden, verantwoordelijkheden en ethisch gedrag die professionals moeten naleven in hun werk. Een belangrijke professionele standaard die voortvloeit uit de WGBO betreft het informeren van patiënten, het verkrijgen van toestemming voor behandelingen en het waarborgen van privacy.

Regionale Ambulancevoorziening (RAV): de organisatie die verantwoordelijk is voor ambulancezorg in een bepaalde regio, conform de Wet ambulancezorg-voorzieningen.

Regionaal Overleg Acute Zorg (ROAZ): in het ROAZ maken de aanbieders van acute zorg afspraken om de acute zorg in de regio's goed te organiseren en kwalitatief te verbeteren. Dit doen ze volgens de geldende normen voor bereikbaarheid van acute zorg.

Sectoraal kader: een beleidsmatig en organisatorisch raamwerk dat richtlijnen en voorwaarden biedt voor de uitvoering van zorg- of welzijnsactiviteiten binnen een zorgsector.

Sectorkompas: bevat informatie over de ambulancezorg en is gebaseerd op gegevens die jaarlijks worden aangeleverd door de RAV's. Het Sectorkompas is opgebouwd uit vier onderdelen: A) Kwaliteitskader, B) Beschikbaarheid en bereikbaarheid, C) Medewerkers en D) Patiënten.

Triagesysteem: een gestructureerde methode die wordt gebruikt bij triage, om een inschatting te maken van de medische nood, inclusief het bepalen van passende inzet van zorgverlening met de daarbij behorende urgentie.

Urgentie: binnen de ambulancezorg geeft de urgentie de mate van spoedeisendheid aan waarmee de ambulance-eenheid is ingezet. De ambulancesector onderscheidt zeven urgentie-niveaus, gebaseerd op medisch logische gronden:

- Spoedeisende ambulancezorg: A0 (directe inzet met grootst mogelijke spoed), A1 (directe inzet met spoed) en A2 (zo spoedig mogelijke inzet);
- Niet-spoedeisende ambulancezorg: B1 (geplande inzet met hoogcomplexe zorgvraag) en B2 (geplande inzet met midden-/laagcomplexe zorgvraag);
- Meldkamerzorg: C1 (doorverwijzing) en C2 (afroendend zelfzorgadvies).

Visitatie: RAV's laten één keer in de vijf jaar een visitatie uitvoeren, conform de eisen in de Wazv en de landelijke uitgangspunten. RAV's kunnen op basis van de bevindingen van elkaar leren en de patiëntenzorg waar nodig verder verbeteren. De visitatiebezoeken worden afgelegd door een visitatiecommissie, bestaande uit een onafhankelijk voorzitter en commissieleden die werkzaam zijn bij verschillende RAV's.

Zorgcoördinatie: houdt in dat verschillende zorgaanbieders de acute zorg 24/7 op regionale schaal gezamenlijk organiseren en coördineren. Zo ontstaat er samenhang. Het betreft alle activiteiten gericht op het regisseren, afstemmen en bewaken van de organisatie en de uitvoering van de zorgverlening aan de patiënt met een acute zorgvraag.

BIJLAGE 3.

SAMENSTELLING WERKGROEP

Namens Ambulancezorg Nederland

- Marleen van de Kerkhof, bestuurder Ambulance Amsterdam (voorzitter)
- Margreet Hoogeveen, programmamanager Ambulancezorg Nederland (ondersteuning)
- Rick de Kort, adviseur GGD Brabant-Zuidoost
- Frank de Lau, beleidsmedewerker zorg, innovatie & onderzoek RAV Brabant Midden-West-Noord
- Elvira Mentink, beleidsadviseur kwaliteit en veiligheid RAVU
- Luc Straatman, staffunctionaris/beleidsmedewerker Ambulancezorg Gelderland-Midden
- Angelique van der Weerd, beleidsmedewerker Ambulancezorg Nederland (ondersteuning)

Namens de Nederlandse Vereniging van Medisch Managers Ambulancezorg

- Anouk Hoare, medisch directeur stafbureau zorg, kwaliteit & IB, opleidingen Witte Kruis
- Annemarie van der Velden, medisch manager ambulancezorg Hecht/RAV Hollands Midden

Namens Verplegenden & Verzorgenden Nederland Ambulancezorg

- Kees van den Berge, ambulanceverpleegkundige RAV Brabant Midden-West-Noord
- Peter Lasschuijt, ambulanceverpleegkundige Hecht/RAV Hollands Midden
- Henri Pas, ambulanceverpleegkundige Ambulance Oost
- Peter van der Vloet, ambulancechauffeur Ambulance Oost

Meelezers

- Peter Aldenhoven, kwaliteitscoördinator Veiligheidsregio Gelderland-Zuid
- Frank Berg, beleidsadviseur Veiligheidsregio Gelderland-Zuid
- Thijs Gras, ambulanceverpleegkundige en verpleegkundig centralist MKA Ambulance Amsterdam
- Diet Kunst, projectmanager UMCG Ambulancezorg



AMBULANCEZORG
NEDERLAND