

NOTA GOEDE AMBULANCEZORG

TLP:WHITE



AMBULANCEZORG
NEDERLAND

COLOFON

Ambulancezorg Nederland

Postbus 489

8000 AL Zwolle

Telefoon: 088-3838200

info@ambulancezorg.nl

www.ambulancezorg.nl

Tekst

Ambulancezorg Nederland

Redactie

De Huurwordenaar

Vormgeving

Studio Lakmoes

Drukwerk

Stimio

Versie 5.0, februari 2018, vastgesteld door:

Ambulancezorg Nederland

Nederlandse Vereniging van Medisch Managers Ambulancezorg

V&VN Ambulancezorg



AMBULANCEZORG
NEDERLAND



NVMMA
Nederlandse Vereniging van
Medisch Managers Ambulancezorg

VOORWOORD



Goede ambulancezorg is in Nederland vanzelfsprekend. Maar het is goed om te beseffen hoe onze mobiele zorg zich relatief snel heeft ontwikkeld tot een volwaardige speler in de acute zorgketen. Om dat te verduidelijken, leggen we vaak uit hoe de ambulancezorg in korte tijd veranderde van een betrekkelijk eenvoudige vervoersvoorziening naar een zeer professionele zorgvoorziening.

De nota Goede Ambulancezorg is de feitelijke bevestiging van die ontwikkeling. Dit presenteren we u met trots. We beschrijven de zorg zoals deze vandaag de dag wordt geleverd in heel Nederland, met weinig kwaliteitsverschillen. Al onze ambulancediensten voldoen aan hoge kwaliteits- en professionaliteitseisen. Het actuele wettelijke kader vormt een uitdrukking van die hoge eisen. Transparantie, kwaliteit, veiligheid en goed bestuur zijn hierin belangrijke ingrediënten.

Goede ambulancezorg voor nu en later betekent dat we voldoende bereikbaar zijn. Dat we er altijd zijn als het nodig is en het juiste onderscheid maken tussen spoed en minder spoed. Dat klinkt eenvoudig, maar alle ervaringen wijzen uit dat de praktijk in de triage weerbarstig is. Goede zorg betekent dat wordt voldaan aan hoge eisen van patiëntveiligheid. Dat betekent vooral: permanent scholen en trainen van onze professionals op de wagen. Zij zijn de ultieme kwaliteitsborg voor onze zorg. Door de jaren heen steeg dat kwaliteitsniveau stevig en kunnen we stellen dat Nederland kwalitatief aan de top staat in Europa. Bij alle zorgen die er soms lijken te zijn over de zorg in Nederland is dat ook wel eens goed om vast te stellen.

Goede ambulancezorg zal steeds vaker betekenen dat er ook hoge eisen gelden voor bestuur en toezicht. Ook hier valt op dat in de loop der jaren het bestuur van onze organisatie professioneler werd. Intercollegiale samenwerking, samenwerking met partners in de acute zorgketen, goede afstemming met betrokkenen in de openbare orde en veiligheid: dit alles vraagt om professioneel en transparant bestuur met heldere verantwoordingsafspraken.

En goede ambulancezorg is niet van vandaag op morgen klaar. Er wacht ons een uitdagende agenda. In de praktische visie die we eerder dit jaar uitbrachten, stellen we voor om ons op drie thema's te concentreren. Allereerst de regionale samenwerking met onze partners. Hoe slagen we er de komende jaren samen in de volumedruk op te vangen en de keten nog beter te organiseren? Het lijkt ons dat hier voor alle partners in de acute zorg een opdracht ligt. Als het aan ons ligt ook met een nog nadrukkelijker rol voor het Regionaal Overleg Acute Zorgketen (ROAZ).

De tweede prioriteit is een betere triage voor alle partijen. Want zou het niet uitstekend zijn om een gemeenschappelijke zorgcoördinatie op te zetten? Een gemeenschappelijke voordeur waar de burger met zijn of haar acute zorgvragen terecht kan en waar de beste verwijzing plaatsvindt? Wij zijn zeer gemotiveerd om die zorgcoördinatie tot stand te brengen in onze regio's.

Tot slot blijven we onze eigen zorg verbeteren. Hoe ziet de mobiele zorg van de toekomst eruit? Wij denken dat er steeds vaker ter plekke zorg zal worden verleend, zonder verder vervoer naar een ziekenhuis. Die ontwikkeling zien we nu al. En dat vraagt om bezinning op de gevolgen van het medisch consult ter plekke voor onze professionals. Om het delen van nieuwe inzichten met onze partners, huisartsen, thuiszorg, ziekenhuis en psychiatrie. Want één ding staat vast: goede acute zorg realiseren we samen. Alleen hechte samenwerking in de regio's op alle niveaus resulteert in de beste en meest veilige patiëntenzorg.

Hans Simons

Voorzitter Ambulancezorg Nederland

INHOUDSOPGAVE



Voorwoord

3

Leeswijzer

8

1. Ambulancezorg: mobiele schakel in de (acute)zorgketen

9

- 1.1 Inleiding 10
- 1.2 Wat is ambulancezorg? 10
- 1.3 Ambulancezorg is mensenwerk 11
- 1.4 Ambulancezorg is ketenzorg 11

2. Goede ambulancezorg: wettelijk kader

13

- 2.1 Inleiding 14
- 2.2 Wet kwaliteit klachten en geschillen zorg 14
- 2.3 Toezicht en handhaving 16

3. Goede ambulancezorg: de pijlers

17

- 3.1 Inleiding 18
- 3.2 Bereikbare en beschikbare zorg 19
- 3.3 Patiënt centraal 19
- 3.4 Veiligheid 20
- 3.5 Professionaliteit en professionele standaard 20
- 3.6 Samenwerken 21
- 3.7 Continu verbeteren 21
- 3.8 Goed zorgbestuur 22

4. Bereikbare en beschikbare zorg

23

- 4.1 De meldkamer ambulancezorg: toegangspoort en zorgcoördinator 24
- 4.2 Spreiding en beschikbaarheid 24
- 4.3 Sluitend regionaal (acute)zorgnetwerk 25
- 4.4 Integraal zorgaanbod RAV 25
- 4.5 Aanvullende (keten)zorg 27
- 4.6 Passende zorg 28
- 4.7 De juiste zorg op het juiste moment: triage en zorgcoördinatie 28

5. Patiënt centraal	29
5.1 Toegang tot de ambulancezorg	30
5.2 Zorgproces inzichtelijk	30
5.3 Informatieverstrekking en voorlichting	31
5.4 Toestemming	31
5.5 Dossiervorming	31
5.6 Privacybescherming en beroepsgeheim	31
5.7 Patiëntervaringen	32
5.8 Klachten en geschillen	32
6. Veiligheid	33
6.1 Goede zorg, veilige zorg	34
6.2 Veilige werkomgeving	34
6.3 Materiaal en apparatuur	34
6.4 Informatiebeveiliging	35
6.5 Incidenten en calamiteiten	35
7. Professionaliteit en professionele standaard	37
7.1 Professionaliteit	38
7.2 Ambulancezorgprofessionals	38
7.3 Functiedifferentiatie	40
7.4 Deskundigheid en bekwaamheid	42
7.5 Professionele standaard	42
7.6 Medisch management	43
8. Samenwerken	45
8.1 De patiënt als partner: patiëntenparticipatie	46
8.2 Samenwerking in de keten	46
8.3 Regionale borging kwaliteit en continuïteit	46
8.4 Samenwerking bij rampen en crises	46
8.5 Overdracht van zorg	47
9. Continu verbeteren	49
9.1 Inleiding	50
9.2 Kwaliteitsinformatie	50
9.3 Onderzoek	50
9.4 Meerjarencyclus	51

10. Goed zorgbestuur	53
10.1 Inleiding	54
10.2 Transparantie en verantwoording	54
10.3 Sectorkompas	54
10.4 Externe beoordeling en certificatie	54
Bijlagen	57
Bijlage 1:	59
1.1 Inleiding	60
1.2 Acute zorg in beweging	60
1.3 Zorgcoördinatie en mobiele zorg	62
1.4 Arbeidsmarkt en beroepsuitoefening	63
Bijlage 2:	65
2.1 Inleiding	66
2.2 Opzet beroepscode	66
Bijlage 3:	69
3.1 Tijdelijke wet ambulancezorg	70
3.2 Wet toelating zorginstellingen (WTZi)	71
3.3 Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG)	71
3.4 Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO)	72
3.5 Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen (Wmcz)	73
3.6 Wet op de medische hulpmiddelen (Wmh)	73
3.7 Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Bopz)	73
3.8 Wet bescherming persoonsgegevens (Wbp)	74
3.9 Wegenverkeerswet (WVW) en Reglement verkeersregels en verkeerstekens (RVV)	75
3.10 Wet veiligheidsregio's (Wvr)	75
Samenstelling werkgroep nota Goede Ambulancezorg	78
Referentielijst	(losse bijlage achterin)

LEESWIJZER



De nota Goede Ambulancezorg bestaat uit een aantal onderdelen:

- **Introductie ambulancezorg**

In *hoofdstuk 1* schetsen we een beeld van de ambulancezorgverlening. Wat houdt ambulancezorg in? Door wie wordt deze zorg geleverd? Met welke ketenpartners werken regionale ambulancevoorzieningen samen?

- **Wettelijke basis voor de nota**

In *hoofdstuk 2* bespreken we de basis van deze nota: de Wet kwaliteit klachten en geschillen zorg (Wkkgz). Vanzelfsprekend bepaalt een veel breder scala aan wetten de invulling van dat wat de ambulancesector verstaat onder 'goede ambulancezorg'. Een samenvatting van deze wetten vindt u in bijlage 1. Waar nodig verwijzen we in verschillende paragrafen van de nota naar dit wettelijk kader.

- **Wat is goede ambulancezorg?**

In *hoofdstuk 3* beschrijven we kernachtig wat de ambulancesector verstaat onder 'goede ambulancezorg'. Dit is uitgewerkt in verschillende thema's of pijlers.

- **Uitwerking van de thema's**

In de *daaropvolgende hoofdstukken* werken we de verschillende thema's verder uit. In de tekst verwijzen we naar landelijke kaders en richtlijnen. Deze vindt u per hoofdstuk terug in de referentielijst. Deze lijst is als aparte bijlage toegevoegd aan de nota.

- **Essentiële achtergrondinformatie**

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

1. AMBULANCEZORG: MOBIELE SCHAKEL IN DE (ACUTE)ZORGKETEN



1.1 Inleiding

In Nederland zijn ruim zeventienhonderd ambulances beschikbaar om ambulancezorg te verlenen: 24 uur per dag, 7 dagen per week. Ruim vijfduizend ambulancezorgprofessionals bieden spoedeisende en geplande ambulancezorg. De meldkamers ambulancezorg (MKA) geven jaarlijks ruim één miljoen inzetten uit. Daarvan zijn er ongeveer 740.000 voor spoedeisende medische hulpverlening en ongeveer 350.000 voor geplande ambulancezorg. Een beperkt deel van de hulpverleningssituaties vindt plaats vanwege grootschalige geneeskundige bijstand. Deze hulpverlening bouwt voort op de hulpverlening in reguliere omstandigheden.

De ambulancezorg ontwikkelde zich in een relatief korte tijd van een vervoers- tot een zorgvoorziening. Het is een volwaardig onderdeel van de keten van spoedeisende medische hulpverlening. Ambulancezorg wordt geleverd door de Regionale Ambulancevoorziening (de RAV).

De RAV is (volgens de Tijdelijke wet ambulancezorg, de Twaz) de rechtspersoon die is aangewezen voor: het instandhouden van een meldkamer en het (doen) verlenen van ambulancezorg. De RAV is geheel verantwoordelijk voor het verrichten van goede ambulancezorg. Zowel in reguliere situaties als bij rampen en ongevallen. De RAV is een zorginstelling volgens de Wet toelating zorginstellingen (WTZi).

1.2 Wat is ambulancezorg?

Ambulancezorg is (mobiele) zorg die beroepsmatig wordt verleend om een patiënt zorg te verlenen, adequaat te vervoeren en/of door te verwijzen naar een andere zorgverlener voor zijn of haar aandoening of letsel. Hierbij wordt de algemeen beschikbare medische en verpleegkundige/verzorgende kennis in acht genomen. Het hoofddoel van ambulancezorg is: voorkomen of beperken van gezondheidsschade op basis van de zorgbehoefte van de patiënt. De MKA is verantwoordelijk voor onder meer indicatie, urgentiebepaling, toewijzing, uitgifte van ambulancezorg, zorgtoewijzing en –coördinatie en meldersinstructie. Het ‘proces ambulancezorg’ loopt van melding tot en met overdracht, nazorg en evaluatie.

De bovenstaande omschrijving is een meer uitgewerkte variant van de definitie van ‘ambulancezorg’ (vastgelegd in artikel 1d van de Twaz). Deze zorg is erop gericht om een zieke of gewonde voor zijn of haar aandoening of letsel:

- hulp te verlenen en per ambulance te vervoeren.
- hulp te verlenen door een ambulancezorgprofessional of -verpleegkundige, en spoedeisende hulp te verlenen door een ambulanceverpleegkundige, met een speciaal uitgerust en herkenbaar voertuig.

Met de bovenstaande omschrijving zijn de kaders voor ambulancezorg als volgt samen te vatten:

- Er is sprake van een medische indicatie¹.
- Er is sprake van behandeling, observatie, verpleging en/of verzorging ter plaatse en/of tijdens het vervoer van de patiënt.
- De indicatiestelling, urgentiebepaling en coördinatie van zorg vindt plaats via de meldkamer ambulancezorg.
- De rechtspersoon die door de minister is aangewezen (volgens de Twaz) zorgt voor de uitvoering.

1.3 Ambulancezorg is mensenwerk

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

1.4 Ambulancezorg is ketenzorg

De ambulancezorg speelt een verbindende rol in het netwerk 'acute zorg'. Het gaat hier om de samenwerking met andere zorgverleners ter plaatse. Bijvoorbeeld huisartsen, verloskundigen, GGZ acute dienst en het Mobiel Medisch Team (MMT). Het gaat ook om een goede doorgeleiding van de patiënt in de keten. Via doorverwijzing door de MKA of overdracht door een ambulanceteam aan een andere zorginstelling zoals het ziekenhuis. De ambulancezorg beweegt zich hierbij als mobiele zorgverlener letterlijk en figuurlijk tussen de schakels van de (acute)zorgketen.

Daarnaast werken RAV's nauw samen met partners in de keten van openbare orde en veiligheid, zoals politie, brandweer en de geneeskundige hulpverleningsorganisatie in de regio. De samenwerking vindt onder normale omstandigheden plaats en bij grootschalig geneeskundige bijstand. Overigens speelt deze samenwerking niet alleen binnen de landsgrenzen, maar ook daarbuiten. Denk aan Belgische en Duitse zorg- en hulpverleningspartners.

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

2. GOEDE AMBULANCEZORG: WETTELIJK KADER



2.1 Inleiding

Het kader van de *nota Goede Ambulancezorg* wordt primair gevormd door de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg: de Wkkgz. De Wkkgz is van toepassing op alle instellingen in de zorgsector. Dus ook op de RAV. De Wkkgz is per 1 januari 2016 van kracht geworden en vervangt de Kwaliteitswet zorginstellingen en de Wet klachtrecht cliënten zorginstellingen. De Wkkgz is een kaderwet. Dat houdt in dat de wet op hoofdlijnen beschrijft waaraan een zorginstelling moet voldoen. De individuele zorginstelling heeft zelf de verantwoordelijkheid om 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.

De Wkkgz vormt de basis voor de *nota Goede Ambulancezorg*. Daarom worden in dit hoofdstuk de kernpunten van deze wet beschreven. De overige wetten die van toepassing zijn op de ambulancezorg, worden op hoofdlijnen beschreven in bijlage 3.

2.2 Wet kwaliteit klachten en geschillen zorg

Het doel van de Wkkgz is borgen dat iedereen goede zorg krijgt, dat instellingen continu werken aan verbetering en dat de patiënt² 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 kernpunten en de daaruit voortkomende eisen die de Wkkgz stelt, worden hieronder toegelicht. Verder in deze nota komt de manier aan bod waarop de ambulancezorg uitwerking geeft aan deze eisen.

Goede zorg

De kern van de Wkkgz wordt gevormd door het begrip 'goede zorg'. De wet eist dat de zorginstelling '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 hij of zij met respect wordt behandeld.

Goede organisatie van de zorgverlening

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.

2. De Wkkgz hanteert de term 'cliënt'. In de nota gebruiken we de term 'patiënt'.

De verantwoordelijkheden vertalen zich in eisen die aan de zorgaanbieder worden gesteld in het kader van de Wkkgz.

Veilige zorg en goede kwaliteit

In de Wkkgz staat veiligheid centraal. Een patiënt moet kunnen rekenen op veilige zorg. Er zijn een aantal eisen in de Wkkgz opgenomen om dat te waarborgen. Om goede en veilige zorg te realiseren, dient een zorgaanbieder zorg te dragen voor systematische bewaking, beheersing en verbetering van de zorg.

De Wkkgz stelt specifieke eisen aan het gebruik van medische technologie. De zorgaanbieder moet taken, bevoegdheden, verantwoordelijkheden en bekwaamheidseisen vastleggen voor de personen die hierbij betrokken zijn.

De zorgaanbieder en individuele professionals moeten (kunnen) leren van incidenten en calamiteiten. Daarvoor beschikt de organisatie over een systeem waarmee incidenten veilig gemeld kunnen worden. Er geldt een wettelijke bescherming van melders, betrokken zorgverleners en gegevens in het (interne) VIM-systeem. Dit houdt in dat de gegevens uit het interne meldingssysteem niet openbaar zijn. En eveneens dat de intern gemelde incidenten niet in een gerechtelijke procedure gebruikt kunnen worden (tenzij deze redelijkerwijs niet op een andere manier kunnen worden verkregen). Voor calamiteiten gelden andere eisen. Deze moeten gemeld worden bij de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ).

Patiënten die zorg nodig hebben zijn aangewezen op zorgverleners. Zij moeten erop kunnen vertrouwen dat zij in veilige handen zijn. De Wkkgz stelt hiervoor een aantal eisen aan de zorgaanbieder. Zo heeft de zorgaanbieder bij de aanstelling van nieuwe medewerkers een vergewisplicht wat betreft het functioneren in het verleden. Met elke zorgverlener of organisatie die voor de zorgaanbieder zorg verleent, moet een schriftelijke (arbeids)overeenkomst worden afgesloten. In deze overeenkomst staan normen waaraan de zorgverlener dient te voldoen. Daarnaast heeft de zorgaanbieder een meldplicht (aan IGJ) bij het ontslag van een medewerker die niet functioneert. Ook heeft de zorgaanbieder een meldplicht bij geweldsincidenten tegen patiënten. De minister stelt een register in voor zorgaanbieders (LRZa).

Duidelijke informatie voor patiënten

De patiënt heeft recht op goede informatie. De zorgaanbieder dient de patiënt informatie te geven over de zorg die wordt geboden. Bijvoorbeeld over de kwaliteit, ervaringen van patiënten, resultaten, bewezen werkzaamheid en tarieven. Zorgaanbieders moeten over deze informatie beschikken en daarbij ook de mogelijkheid tot vergelijking kunnen bieden. Zo vereist de Wkkgz dat een zorgaanbieder zoveel mogelijk instrumenten gebruikt die onderlinge vergelijking mogelijk maakt. Denk bijvoorbeeld aan patiëntervaringsonderzoeken. Ook moet de zorgaanbieder de patiënt desgevraagd kunnen informeren over zijn of haar rechten die uit de Wkkgz voortvloeien. Tot slot is de zorgaanbieder verplicht de patiënt te informeren over calamiteiten en incidenten (en dit vast te leggen in het patiëntendossier).

Transparante afhandeling van klachten

De zorgaanbieder moet kunnen 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 patiëntenvertegenwoordigers en is beschikbaar voor patiënten. Wanneer een patiënt een klacht heeft, moet hij of zij bij het indienen daarvan bijgestaan worden door een onafhankelijke klachtenfunctionaris. De Wkkgz stelt ook eisen aan de termijn waarbinnen de klacht behandeld dient te zijn 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 of een schadevergoeding opleggen.

2.3 Toezicht en handhaving

De instellingen zijn 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 kan hiervoor diverse maatregelen nemen. De Wkkgz heeft de IGJ meer bevoegdheden gegeven. IGJ hanteert twee vormen van toezicht:

1. Risicotoezicht: dit moet vooral gevaarlijke situaties voorkomen.
2. Incidententoezicht op basis van meldingen: dit is vooral reactief.

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.

3. GOEDE AMBULANCEZORG: DE PIJLERS



3.1 Inleiding

Goede zorg wordt in de Wkkgz omschreven als 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 hij of zij met respect wordt behandeld.

De ambulancesector heeft deze uitgangspunten vertaald naar pijlers. De patiënt en zijn of haar zorgvraag staan daarbij centraal, net als in de kernelementen van het begrip 'goede zorg'. Deze kernelementen zijn eveneens terug te vinden in de internationaal bekende kwaliteitsdimensies: veilig, patiëntgericht, effectief, tijdig, efficiënt en gelijk. De sector staat daarnaast ook voor verdere regionale samenwerking met ketenpartners. Om dit alles te realiseren en te borgen, is een stabiele organisatie en goed bestuur essentieel.

Vanuit dit kader laat goede ambulancezorg zich als volgt samenvatten:

Goede ambulancezorg:

1. is bereikbaar en (op het juiste moment) beschikbaar.
2. is patiëntgericht: afgestemd op de vraag en behoefte van de patiënt.
3. is veilig: gericht op het voorkomen van onveilige situaties en het tot een minimum beperken van schade aan patiënten.
4. wordt verleend door bevoegde en bekwame professionals die handelen volgens de professionele standaard.
5. komt tot stand in samenwerking met (regionale) ketenpartners en patiënten(vertegenwoordigers).
6. wordt systematisch bewaakt en verbeterd.
7. wordt geleverd door organisaties die handelen volgens de eisen van goed zorgbestuur.

3.2 Bereikbare en beschikbare zorg

- **Bereikbaarheid**

Ambulancezorg is 24 uur per dag, 7 dagen in de week telefonisch bereikbaar via de MKA.

- **Spreiding en beschikbaarheid**

Er is een goede spreiding van ambulancezorg. Zodat bij acute en/of levensbedreigende situaties ambulancezorg beschikbaar is volgens het landelijke referentiekader ambulancezorg.

- **Integraal zorgaanbod**

De RAV beschikt over een integraal zorgaanbod, om ambulancezorg te bieden die past bij de behoefte van de patiënt.

- **Juiste zorg op het juiste moment: triage en zorgcoördinatie**

De MKA zorgt ervoor dat een patiënt de juiste zorg krijgt op het juiste moment, via triage en zorgcoördinatie.

3.3 Patiënt centraal

- **Heldere en toegankelijke informatievoorziening**

(Potentiële) patiënten en hun naasten worden goed geïnformeerd over de zorg die zij (gaan) krijgen en wat zij van de ambulancezorg mogen verwachten.

- **Zorgcontinuïteit**

De RAV zorgt voor een goede overdracht van de patiënt aan andere zorgverleners.

- **Toestemming**

Ambulancezorgprofessionals handelen volgens de wettelijke eisen wat betreft de toestemmingsvereiste.

- **Dossiervorming**

Informatie over de patiënt en de verleende zorg wordt door de ambulancezorgprofessionals vastgelegd in een patiëntendossier.

- **Privacy**

Ambulancezorgprofessionals waarborgen uit respect de privacy van de patiënt, volgens het beroepsgeheim.

- **Klachten en geschillen**

De RAV voorziet in een laagdrempelige en transparante afhandeling van klachten van patiënten en een geschillenprocedure.

- **Patiëntwaardering**

De RAV houdt periodiek een patiëntervaringsonderzoek om de zorg goed af te stemmen op de wensen en behoeften van patiënten.

3.4 Veiligheid

- **Veiligheidsmanagementsysteem**

De RAV beschikt over een veiligheidsmanagementsysteem, om het risico te beperken op onnodige schade voor de patiënt tijdens de zorgverlening.

- **Materiaal en apparatuur**

Het materiaal en de apparatuur voor de zorgverlening voldoet aan de wettelijke (veiligheids) eisen.

- **Informatiebeveiliging**

De RAV en alle medewerkers hiervan voldoen aan de wettelijke eisen van informatieveiligheid om de privacy van de patiënt te beschermen.

- **Veilig incident melden**

De RAV beschikt over een systeem waarin medewerkers incidenten veilig kunnen melden en creëert een cultuur waarin leren van incidenten en calamiteiten centraal staat.

- **Openheid naar patiënten**

De patiënt wordt geïnformeerd wanneer er een incident of calamiteit is geweest in een zorgverleningssituatie.

3.5 Professionaliteit en professionele standaard

- **Bevoegd en bekwaam**

Ambulancezorg wordt geleverd door bevoegde en bekwame medewerkers.

- **Professionaliteit en betrokkenheid**

Patiënten worden door ambulancezorgverleners op een professionele en respectvolle manier benaderd en behandeld.

- **Professionele standaard**

Landelijke protocollen vormen het fundament voor de professionele standaard van de ambulancezorgprofessionals.

- **Medische eindverantwoordelijkheid**

De RAV zorgt ervoor dat de medisch inhoudelijke kwaliteit van de zorgverlening optimaal is geborgd.

3.6 Samenwerken

- **Patiënt als partner**

De patiënt en/of zijn naaste(n) wordt of worden betrokken bij de zorgverlening, zowel op patiënt- als op organisatieniveau.

- **Samenwerking ketenpartners**

De RAV werkt in de regio nauw samen met andere zorgverleners om continuïteit in de zorgverlening te waarborgen.

- **Regionale samenwerking – ROAZ**

De RAV neemt samen met ketenpartners deel aan het Regionaal Overleg Acute Zorgketen.

- **Samenwerking bij rampen en crises**

De RAV maakt afspraken met zorgpartners en partners in de keten van openbare orde en veiligheid. Dit zijn afspraken over voorbereiding op en samenwerking tijdens rampen en crises.

3.7 Continu verbeteren

- **Continu verbeteren**

De RAV stemt het zorgaanbod goed af op de zorgvraag van patiënt, op de ontwikkelingen in het zorglandschap en op ontwikkelingen in de maatschappij.

- **Kwaliteitsinformatie**

De RAV beschikt over kwaliteitsinformatie die inzicht geeft in de resultaten en de kwaliteit van het ambulancezorgproces en die (bij)sturing van het proces mogelijk maakt.

- **Onderzoek**

De RAV maakt gebruik van (resultaten van) onderzoek om de kwaliteit en effectiviteit van de zorgverlening te evalueren en te verbeteren.

- **Meerjarencyclus**

De RAV hanteert een meerjarenbeleidscyclus, gebaseerd op een visie op goede ambulancezorg.

3.8 Goed zorgbestuur

- **Goed zorgbestuur**

De RAV voldoet aan de eisen van goed zorgbestuur.

- **Transparantie en verantwoording**

De RAV legt jaarlijks op een transparante manier verantwoording af over het beleid en de resultaten.

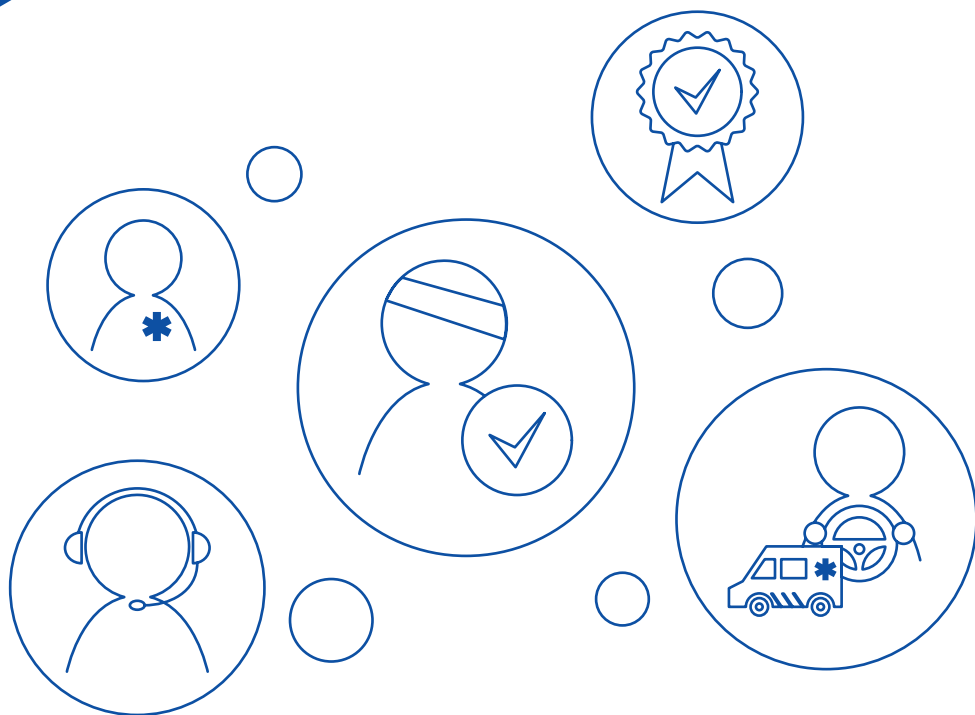
- **Sectorrapport**

De RAV levert jaarlijks de afgesproken gegevens aan voor het sectorrapport.

- **Externe beoordeling en certificatie**

De RAV laat de managementsystemen extern beoordelen en certificeren. Deze systemen borgen de kwaliteit, veiligheid en informatiebeveiliging van de ambulancezorgverlening.

4. BEREIKBARE EN BESCHIKBARE ZORG



4.1 De meldkamer ambulancezorg (MKA): toegangspoort en zorgcoördinator

De MKA is 24 uur per dag en 7 dagen per week de toegangspoort tot de ambulancezorg. Ze is verantwoordelijk voor de intake, indicatiestelling, zorgtoewijzing en -coördinatie en zorginstructie. De MKA-centralist stelt vast of de inzet van een ambulance noodzakelijk of gewenst is 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 en zorgcoördinator voor de acute zorg. De verantwoordelijkheden en functies van de MKA zijn onafhankelijk van de schaal waarop zij is georganiseerd.

4.2 Spreiding en beschikbaarheid

Referentiekader spreiding en beschikbaarheid

De basis voor de beschikbare capaciteit van de ambulancezorg in Nederland en de manier waarop de ambulances zijn verspreid over de standplaatsen, wordt gevormd door het landelijk Referentiekader spreiding en beschikbaarheid. Het landelijk kader definieert hoeveel ambulances er nodig zijn om te voldoen aan de randvoorwaarden, zoals de tijd na een melding waarbinnen een ambulance ter plaatse moet zijn en de spreiding van de standplaatsen. Het is een model voor de nodige spreiding en beschikbaarheid van ambulancezorg op landelijk en regionaal niveau. Het referentiekader hanteert landelijk eenduidige uitgangspunten en randvoorwaarden voor de reguliere regionale ambulancezorg. Het kader vormt ook de grondslag voor de regionale verdeling van het landelijke macrobudget. De RAV geeft op regionaal niveau invulling aan het referentiekader, via een regionaal spreidings- en beschikbaarheidsplan. Dit gebeurt in overleg met de zorgverzekeraar. Het referentiekader wordt periodiek geactualiseerd.

Dynamisch ambulancemanagement

De RAV is wettelijk verantwoordelijk voor het leveren van goede ambulancezorg in haar verzorgingsgebied. De RAV spant zich in om de beschikbare zorgcapaciteit efficiënt en doelmatig in te zetten. Hiervoor beschikt de RAV over een aantal instrumenten. Eén daarvan is dynamisch ambulancemanagement. Op regionaal niveau houdt dit in dat ambulances zó in de regio worden gepositioneerd of zich bewegen, dat zij optimaal inzetbaar zijn. Het is de verantwoordelijkheid van de MKA om dit proces te coördineren. Daarnaast kan de MKA een dichtstbijzijnde vrije ambulance uit een andere regio inzetten. De beschikbare zorgcapaciteit neemt daarmee toe en komt ten goede aan de patiënten. Om dynamisch ambulancemanagement bovenregionaal mogelijk te maken, heeft iedere MKA inzicht in de realtime ambulancecapaciteit en de positie van de beschikbare ambulances. Daarnaast gelden er sectorale afspraken over voorwaarden waaronder ambulances van andere RAV's worden ingezet. Deze afspraken zijn vastgelegd in een landelijk convenant. RAV's handelen volgens deze afspraken.

Directe Inzet Ambulance

Een ander instrument dat de RAV kan inzetten is Directe Inzet Ambulance (DIA). De ambulance-sector bedoelt met deze werkwijze dat een ambulance na een 112-melding zo snel als mogelijk én verantwoord is, naar de plaats van het incident gestuurd wordt. DIA past in een scala aan activiteiten in de werkprocessen van de ambulancezorg.

4.3 Sluitend regionaal (acute)zorgnetwerk

Goede zorg vraagt om goede samenwerking en afstemming met zorgpartners. Deze samenwerking wordt steeds belangrijker door de ontwikkelingen in het zorglandschap en door de veranderingen in de zorgvragen van patiënten in kwantiteit en complexiteit. 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. Voor deze zorgbrede samenwerking en om afspraken te maken, is geen landelijke blauwdruk mogelijk. Het vraagt om regionaal maatwerk. Landelijke afspraken en (samenwerkings)kaders bieden hierbij ondersteuning.

Regionaal Overleg Acute Zorgketen

Om te zorgen dat de patiënt altijd zo snel mogelijk op de juiste plaats terecht kan, zorgen de ketenpartners samen voor regionaal dekkend systeem van acute zorg. 24 uur per dag en 7 dagen per week. Dit voorkomt de zogenaamde ‘witte vlekken’. 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 ook voor de dagelijkse en acute zorg bij rampen en crises. In het Regionaal Overleg Acute Zorgketen (ROAZ) maken zorgaanbieders op basis van een regionaal acuut zorgplan afspraken over de onderlinge samenwerking en stemmen zij hun zorgaanbod op elkaar af. Het ROAZ is als overleg wettelijk geborgd, evenals deelname aan het ROAZ door alle aanbieders van acute zorg.

Grensoverschrijdende ambulancezorg

Het verlenen van goede ambulancezorg mag niet beperkt worden door gebiedsgrenzen. In Nederland is dit geborgd door het landelijk spreidingplan en afspraken over bovenregionale samenwerking. Voor regio's die grenzen aan Duitsland en België betekent dit het maken van 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. Ook bij grensoverschrijdende samenwerking in de acute zorgverlening, vervult de ROAZ een ondersteunende rol.

4.4 Integraal zorgaanbod RAV

Spoedeisend en planbaar

Het zorgaanbod van de RAV bestaat uit spoedeisende en planbare (niet-spoedeisende) zorg. Bij spoedeisende zorgvragen moet de ambulancezorg zo snel mogelijk ter plaatse verleend worden. De situatie ter plaatse bepaalt wat er vervolgens gebeurt: zorg verlenen en vervoeren, alleen zorg verlenen of verwijzen naar een andere zorgverlener. In de spoedeisende ambulancezorg gelden twee urgentiecategorieën: A1- en A2-urgentie.

Bij planbare ambulancezorg worden afspraken gemaakt met de patiënt of aanvrager over wanneer of hoe snel de ambulancezorg nodig is. Het gaat om zorg en vervoer van patiënten tussen het woon- of verblijfadres en zorginstellingen voor diagnostiek, therapie of opname en ontslag. De complexiteit van de zorg kan variëren van laag- tot hoogcomplex. Bij planbare ambulancezorg spreken we ook wel van een B-inzet.

Zorgvraag centraal: zorgdifferentiatie

De RAV streeft ernaar het zorgaanbod goed af te stemmen op de zorgbehoefte van de patiënt. De urgentie van de zorgvraag speelt hierbij een belangrijke rol. Daarnaast kan de RAV haar zorgaanbod afstemmen op de complexiteit van de zorgbehoefte en op specifieke patiëntengroepen. De RAV werkt daarbij nauw samen met regionale ketenpartners. Zorgdifferentiatie dient altijd te voldoen aan de uitgangspunten van goede zorg. Ook vanuit het wettelijk kader (Twaz) dient zorgdifferentiatie aan een aantal voorwaarden te voldoen:

- a. Op basis van sectorbrede inzetcriteria wordt bepaald welk niveau van zorg onder welke omstandigheden geldt als goede ambulancezorg.
- b. Zorgdifferentiatie gaat niet ten koste van de inzetbaarheid van materieel en personeel die nodig zijn voor goede ambulancezorg in normale en opgeschaalde omstandigheden.

De onderstaande paragrafen beschrijven de meest voorkomende vormen van zorgdifferentiatie.

Rapid responder

Een rapid responder is een ambulanceverpleegkundige die ter plaatse geheel zelfstandig handelt, al dan niet in afwachting van een ambulance of andere zorgverlener. Een rapid responder levert reguliere ambulancezorg op ALS-niveau (Advanced Life Support). Het belangrijkste verschil met de reguliere ambulance is dat de rapid responder als solo-eenheid optreedt en niet kan vervoeren. Afhankelijk van de regionale situatie verplaatst de rapid responder zich met verschillende voertuigen, zoals een motor, auto of fiets. De aansturing van de rapid responder vindt plaats via de MKA, op basis van door de RAV vooraf bepaalde inzetcriteria.

Zorgambulance

Op de zorgambulance wordt zorg verleend aan patiënten met een laagcomplexe zorgvraag. Medisch of verpleegkundig toezicht en/of behandeling op ALS-niveau is niet noodzakelijk. Het gaat bij de zorgambulance om het aanbieden van enkele verzorgende handelingen en het handhaven, stimuleren en ondersteunen van de zelfredzaamheid van de zorgvrager inclusief bijbehorende psychosociale ondersteuning. De indicatiestelling voor en de inzet van de zorgambulance vindt plaats vanuit de MKA aan de hand van door de RAV vooraf bepaalde inzetcriteria. Deze zijn gebaseerd op het landelijk kwaliteitskader. Het team op de zorgambulance bestaat uit een zorgambulancebegeleider en -chauffeur. De competenties van deze ambulancezorgprofessionals zijn afgestemd op de complexiteit van de zorgvragen en voldoen aan landelijke competentieprofielen. De inrichting en uitrusting van de zorgambulance voldoen aan het landelijke kwaliteitskader.

Mobiele specialistische zorg

Mobiele specialistische zorg betreft complexe mobiele zorg van een patiënt tussen twee ziekenhuislocaties, waarbij de begeleiding door een specialistisch zorgteam wordt uitgevoerd in een speciaal ingericht voertuig. De indicatie van mobiele specialistische zorg is het ontbreken van (continue) adequate zorg op de locatie waar de patiënt verblijft. Er zijn verschillende vormen van specialistisch zorgvervoer:

- **Mobiele intensiverecare-unit**

Bij specialistisch ic-transport is er meestal sprake van electief ic-transport, dat planbaar is en wordt uitgevoerd met een mobiele intensiverecare-unit (MICU). Dit transport wordt gecoördineerd door MICU-centra. De MICU-centra werken samen met een RAV. Het MICU-coördinatiecentrum organiseert het transport van de intensiverecarepatiënt, de begeleiding door het MICU-team en de aanvraag van het MICU-transport bij de MKA. De RAV zorgt voor (de beschikbaarheid van) het MICU-voertuig en voor bekwame MICU-chauffeurs.

- **Pediatrieche en neonatale intensiverecare-unit**

Bij de pediatrieche intensiverecare-unit (PICU) is er sprake van interklinisch intensiverecarevervoer van een patiënt onder de achttien jaar. De begeleidend arts is een kinderintensivist. Bij de neonatale intensiverecare-unit (NICU) is er sprake van interklinisch vervoer van een (pasgeboren) baby. De begeleidend arts is over het algemeen een neonatoloog.

- **Spoed-ic-transport**

Voor sommige intensiverecarepatiënten is snelle behandeling elders cruciaal en is afwachten van de MICU onverantwoord. Het vervoer van de patiënt vindt plaats met een reguliere ALS-ambulance, het ambulanceteam wordt aangevuld met een deskundig arts van het insturend of ontvangend ziekenhuis. Elk ziekenhuis dient zich op dit type transport voor te bereiden door intern afspraken te maken over beschikbare mankracht en ic-materieel.

4.5 Aanvullende (keten)zorg

Mobiel Medisch Team

De MKA of het ambulanceteam ter plaatse kan voor aanvullende specialistisch medische zorg en bij grootschalige ongevallen een beroep doen op het Mobiel Medisch Team (MMT). Het MMT bestaat uit een gespecialiseerde arts, een gespecialiseerd verpleegkundige en een chauffeur of piloot. Het MMT is gekoppeld aan een traumacentrum. De zorg door het MMT vormt een aanvulling op de reguliere ambulancehulpverlening. Inzet vindt plaats op basis van landelijke criteria.

First responder

Om in spoedeisende situaties de noodzakelijke zorg zo snel mogelijk te verlenen, kan de RAV first responders inzetten. Een first responder is een aanvulling op de reguliere ambulancezorg. Een first responder is een hulpverlener die na te zijn gealarmeerd door de MKA (al dan niet via een reanimatienetwerk voor burgerhulpverlening) als eerste ter plaatse komt en competent is om Basic Life Support (BLS) toe te passen. Dit in afwachting van een ambulance-eenheid. Een first responder kan zowel verbonden zijn aan een hulpverleningsorganisatie (zoals de politie of KNRM) als zijn aangesloten bij een reanimatienetwerk voor burgerhulpverlening. De RAV maakt afspraken met deze organisaties volgens het sectorale kader.

4.6 Passende zorg

De ontwikkelingen rondom de zorg voor mensen met verward gedrag zijn een voorbeeld van samenwerken aan passende zorg. De RAV werkt samen met regionale ketenpartners aan veilige en goede zorg die recht doet aan de specifieke zorgbehoefte van deze kwetsbare groep. Een voorbeeld is de psycholance, een zorgambulance die wordt bemnst door een sociaal psychiatrisch verpleegkundige van een GGZ-instelling en een (zorg)ambulancechauffeur van de RAV. Maar er zijn ook andere ontwikkelingen. Betrokken partijen beschrijven samen de randvoorwaarden voor deze zorg.

4.7 De juiste zorg op het juiste moment: triage en zorgcoördinatie

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 een zorgverlener en/of een zorgadvies.

De toepassing van een triagemethode ondersteunt de professional bij het triageproces en draagt bij aan de borging van eenduidige en veilige triage. In de ambulancezorg gebruikt de MKA triagemethoden die voldoen aan de landelijke criteria.

Na een deskundige inschatting van de aard en urgentie van de zorgvraag, zorgt de verpleegkundig centralist van de MKA ervoor dat de patiënt de juiste zorg krijgt op het juiste moment. Een efficiënte en doelmatige inzet van middelen vraagt om een goede coördinatie van de mobiele zorg door de MKA: zorgcoördinatie.

De toenemende vraag naar (acute) zorg en de toenemende complexiteit van de zorgvragen, maakt een ketenbrede aanpak rondom het thema zorgcoördinatie noodzakelijk. De RAV geeft hier samen met haar regionale zorgketenpartners invulling aan.

5. PATIËNT CENTRAAL



5.1 Toegang tot de ambulancezorg

Voor de patiënt en zijn of haar naaste of vertegenwoordiger dient de toegang tot de ambulancezorg helder te zijn. Met welke vragen kan de patiënt of melder terecht bij de MKA? Wat kan men vervolgens verwachten? Wat wordt van hem of haar als patiënt of melder verwacht? De RAV zorgt ervoor dat informatie over het ambulancezorgproces beschikbaar is.

5.2 Zorgproces inzichtelijk

Los van de vorm waarin ambulancezorg wordt aangeboden, kent het ambulancezorgproces de volgende stappen:

- **Zorgintake en –indicatie:**
ambulancezorg begint op het moment dat de verpleegkundig centralist van de MKA de telefoon aanneemt. De centralist beoordeelt de hulpvraag en indiceert of en in welke vorm van ambulancezorg nodig is en met welke urgentie.
- **Zorgtoewijzing en –coördinatie:**
de verpleegkundig centralist van de MKA zorgt ervoor dat de juiste zorg op het juiste moment en op de juiste plaats wordt ingezet en dat de zorgverleners de noodzakelijke informatie krijgen.
- **(Zorg)advisering:**
de verpleegkundig centralist van de MKA geeft aanwijzingen of instructies aan de melder of zorgvrager in afwachting van de zorgverlening ter plaatse. Dit om de zorgverlening optimaal te laten verlopen. Soms volstaat de hulpverlening met een (zorg)advies van de centralist of wordt de patiënt of melder doorverwezen naar een andere zorg- of hulpverlener.
- **Ambulancezorgverlening:**
de ambulanceverpleegkundige onderzoekt patiënt ter plaatse, stelt een werkdiagnose en behandelt de patiënt. Als vervoer noodzakelijk is, wordt de patiënt hierop voorbereid. De ontvangende zorginstelling wordt op de komst van de patiënt voorbereid, via een vooraan-kondiging. Tijdens het vervoer gaat de behandeling door. De ambulancechauffeur assisteert tijdens het onderzoek en de behandeling ter plaatse. Als vervoer noodzakelijk is, zorgt de chauffeur dat dit verantwoord gebeurt. De ambulance-eenheid heeft aandacht voor de naasten van de patiënt.
- **Overdracht:**
ter afronding van de zorgverlening vindt een overdracht plaats. Het kan gaan om een overdracht aan andere zorgverleners of aan mantelzorgers. Een juiste en volledige overdracht van informatie (mondeling of schriftelijk) is essentieel.
- **Nazorg:**
als de patiënt, zijn naasten of een melder hier behoefte aan hebben, verlenen de verpleegkundig centralist van de MKA, de ambulancezorgprofessional, of anderen namens hen nazorg. Deze nazorg kan onder andere bestaan uit het verstrekken van informatie over de zorg of uit een gesprek.

De verschillende stappen in het ambulancezorgproces zijn te onderscheiden, maar sluiten naadloos op elkaar aan. Soms bestaat de zorg uit een deel van de genoemde stappen, zoals een zorgadvies door de verpleegkundig centralist van de MKA of zorgverlening ter plaatse zonder vervoer.

5.3 Informatieverstrekking en voorlichting

De RAV beschikt over informatie voor (potentiële) patiënten. Wanneer kan ambulancezorg worden ingeschakeld en wat kunnen de patiënt en zijn of haar naasten verwachten? Deze informatie is toegankelijk en duidelijk voor (potentiële) patiënten. Ambulancezorgprofessionals informeren patiënten en/of hun naasten over de zorg die zij verlenen. Zij handelen hierbij volgens de wettelijk eisen en de beroepscode.

5.4 Toestemming

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

5.5 Dossiervorming

Tijdens het ambulancezorgproces leggen verpleegkundig centralisten van de MKA en ambulancezorgprofessionals gegevens vast. Dit is van belang om de ambulancezorgverlening goed aan te sluiten op de zorgvraag van de patiënt. Het registreren van gegevens dient ook ter evaluatie en verantwoording van de zorg. Tot slot is het registreren van belang voor een veilige overdracht van de zorg. De gegevens die tijdens het ambulancezorgproces worden geregistreerd, worden volgens de wettelijke eisen opgeslagen en verwerkt.

5.6 Privacybescherming en beroepsgeheim

Patiënten die ambulancezorg krijgen, bevinden zich in een kwetsbare positie. Hun privacy dient optimaal beschermd te zijn. Wettelijke kaders borgen dit en zijn van toepassing op de RAV en iedereen die werkt bij de RAV. In het directe contact met patiënten dienen ambulancezorgprofessionals zich hiervan extra bewust te zijn en hiernaar te handelen. Als we kijken naar internet en het digitaal en mobiel delen van informatie, dienen de RAV en iedereen die werkt bij de RAV zich extra bewust te zijn van de privacyaspecten van social media en hiernaar te handelen. Afspraken hierover worden gemaakt op basis van de wettelijke kaders en uitwerking daarvan in handreikingen.

Ambulancezorgprofessionals zijn gehouden aan het beroepsgeheim. Bij het verstrekken van informatie over patiënten aan derden, worden de wettelijke bepalingen in acht genomen. Naast zorginstellingen in de keten, werken ook ambulancezorgprofessionals regelmatig samen met partners uit de keten van openbare orde en veiligheid (OOV-keten). Bij het verstrekken van medisch inhoudelijke en andere vertrouwelijke patiëntinformatie worden de wettelijke eisen en de landelijke richtlijnen gevolgd en wordt gehandeld volgens de informatiebeveiligingsnormen.

5.7 Patiëntervaringen

De RAV onderzoekt periodiek de ervaringen van patiënten. De manier waarop de patiëntervaringen worden onderzocht, is afgestemd op de verschillende doelgroepen van de RAV en voldoet aan de wettelijke eisen en sectorale afspraken. De RAV gebruikt de resultaten van deze onderzoeken om de zorgverlening verder te verbeteren.

5.8 Klachten en geschillen

De RAV als zorgorganisatie en de individuele ambulancezorgprofessionals streven ernaar om goede zorg te verlenen. Er kunnen zich echter altijd situaties voordoen, waarin deze zorg niet voldoet aan de verwachtingen van patiënten en/of hun naasten. Voor deze situaties voorziet de RAV in een laagdrempelige klachtenregeling, in overeenstemming met het wettelijk kader. Ook is de RAV aangesloten bij een erkende landelijke geschilleninstantie tot wie de patiënt zich kan wenden als hij of zij niet tevreden is met het oordeel van de zorgaanbieder.

6. VEILIGHEID



6.1 Goede zorg, veilige zorg

Het leveren van veilige zorg is in het ambulancezorgproces een heel belangrijk thema: goede zorg is veilige zorg. Tijdens de ambulancezorgverlening dient de veiligheid van patiënten optimaal gewaarborgd te zijn. Het gaat daarbij om het voorkomen van onveilige situaties en het tot een minimum beperken van schade aan patiënten tijdens het hele ambulancezorgproces. Vanaf de melding bij de MKA tot aan de overdracht van de patiënt aan andere zorgverleners. De ambulancezorg kenmerkt zich (los van de patiëntencategorie) door risicovolle momenten. Daarnaast heeft de ambulancezorg te maken met patiëntencategorieën die extra risico's met zich mee brengen als het gaat om veiligheid. Bij deze groepen dienen de ambulancezorgprofessionals extra alert te zijn. Dit heeft te maken met de fysieke kenmerken van deze categorieën, de aard of complexiteit van het letsel, of de manier waarop zij hun klachten presenteren.

De RAV werkt systematisch en continu aan het verbeteren van de veiligheid van de patiëntenzorg. Hierbij past de RAV de wettelijke eisen en sectorale afspraken toe. Individuele zorgverleners hebben ook hun eigen verantwoordelijkheid in het leveren van veilige patiëntenzorg, onder andere door landelijke richtlijnen toe te passen.

6.2 Veilige werkomgeving

Niet alleen de veiligheid van patiënten is van belang. Ook de veiligheid voor medewerkers dient optimaal gewaarborgd te zijn. Ambulancezorgprofessionals bevinden zich in de regel in werksituaties waarin zij zelf ook (gezondheids)risico's lopen. De RAV en iedereen die werkt bij de RAV heeft de verantwoordelijkheid om deze risico's tot een minimum te beperken. De RAV is verantwoordelijk voor het beschikbaar stellen van veilig materiaal, medische hulpmiddelen en persoonlijke beschermingsmiddelen. Ook is de RAV verantwoordelijk voor het opstellen van een integraal crisisbeleidsplan en voor de opvang van medewerkers na traumatische situaties. Tot slot dient de RAV periodiek de risico's in kaart te brengen op de werkplek met betrekking tot gezondheid, veiligheid en welzijn (RI&E) en indien nodig maatregelen te treffen. Medewerkers hebben zelf een verantwoordelijkheid in het toepassen van landelijke richtlijnen en protocollen die gericht zijn op hun eigen veiligheid en het juiste gebruik van de ter beschikking gestelde middelen.

6.3 Materiaal en apparatuur

Goede, veilige ambulancezorg wordt geleverd met kwalitatief hoogwaardig en functioneel materiaal. Voor een veilige toepassing is het van belang dat taken, bevoegdheden, verantwoordelijkheden en bekwaamheids- en deskundigheidseisen vastliggen.

• Materialen en apparatuur

De materialen en apparatuur die bij de ambulancezorgverlening worden gebruikt, zijn doelmatig en doeltreffend en voldoen aan de kwaliteitseisen. De materialen en de apparatuur zijn afgestemd op de behoeften van de patiënt en geldende protocollen, en voldoen aan relevante wet- en regelgeving.

- **Ambulances**

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

- **ICT-faciliteiten**

Hoogwaardige en goed werkende ICT-faciliteiten zijn essentieel om het ambulancezorgproces adequaat te ondersteunen. Voor ambulancezorg is goede communicatie en data-uitwisseling tussen de MKA en de ambulancezorgprofessionals cruciaal. ICT speelt ook een belangrijke faciliterende rol bij het verder verbeteren van de uitwisseling van patiëntinformatie binnen de (acute)zorgketen en in de informatiebeveiliging. De RAV beschikt over adequate en veilige communicatiesystemen, die voldoen aan de landelijke eisen. Daarnaast beschikt de RAV over adequate en veilige bedrijfsprocessensystemen.

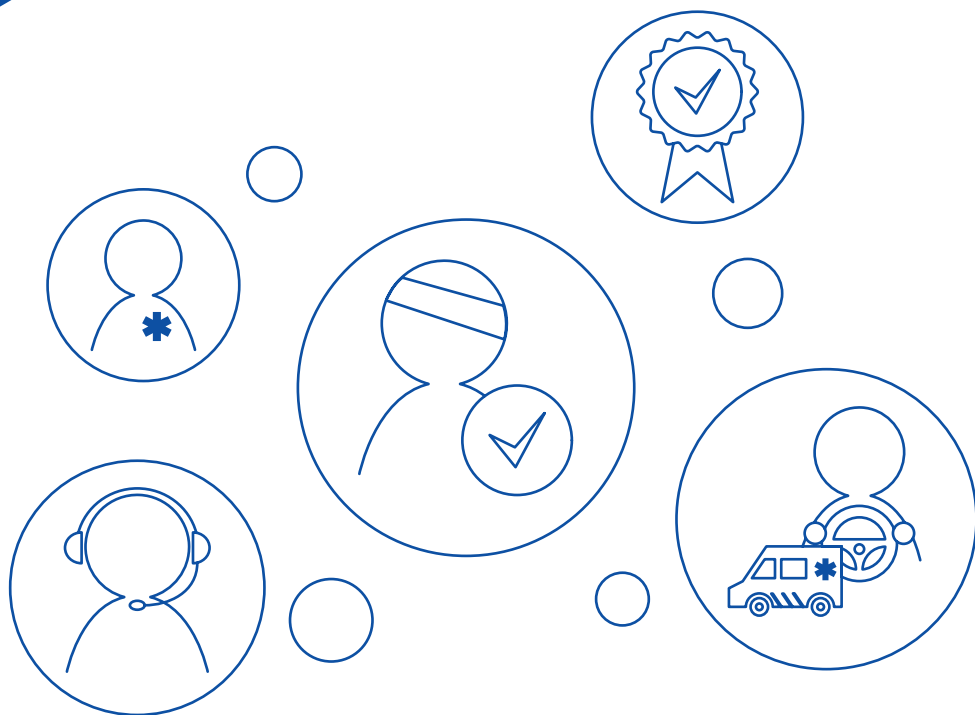
6.4 Informatiebeveiliging

Tijdens het ambulancezorgproces wordt informatie over patiënten gedeeld tussen zorgverleners. Dit is van belang voor een goede zorgverlening. Goede zorgverlening betekent echter ook dat het verwerken van informatie veilig gebeurt. De RAV staat voor een goede informatiebeveiliging. Naast deze intrinsieke overweging is de RAV ook verplicht om haar informatie te beveiligen. De RAV treft maatregelen die voldoen aan de wettelijke en sectorale eisen.

6.5 Incidenten en calamiteiten

Het kwaliteits- en veiligheidssysteem van de RAV is er onder andere op gericht om incidenten tijdens het hele ambulancezorgproces te voorkomen en om adequaat te reageren als zich toch een incident voordoet. Onderdeel van het veiligheidsmanagementsysteem is het registreren van incidenten en bijna-incidenten (volgens Veilig Incident Melden ofwel VIM) en adequaat beleid te ontwikkelen hoe hiermee om te gaan. Als er sprake is van een calamiteit handelt de RAV volgens wettelijke voorschriften en worden de patiënt en IGJ geïnformeerd. Een datalek wordt door de RAV volgens de wettelijke voorschriften gemeld en afgehandeld.

7. PROFESSIONALITEIT EN PROFESSIONELE STANDAARD



7.1 Professionaliteit

De ambulancesector en zijn ambulancezorgprofessionals staan voor professionaliteit. Enerzijds heeft dit betrekking op het professioneel handelen van de individuele zorgverleners. Anderzijds op de beroepsgroep en de organisaties die verantwoordelijk zijn voor de randvoorwaarden om professioneel te kunnen handelen en om professionaliteit te stimuleren. De essentie van professioneel handelen zit in de bereidheid en het vermogen van individuele professionals om:

- zich steeds af te vragen wat voor déze zorgvrager in déze situatie goede zorg is en daarover een zorgvuldige afweging te maken
- samen met de zorgvrager of (afhankelijk van de situatie) met anderen naar die afweging te handelen - op zo'n manier dat de zorgvrager zich als persoon erkend voelt.
- zich over dat handelen te kunnen verantwoorden en van ervaringen te leren.

Professionaliteit is een van de taak- en competentiegebieden van ambulancezorgprofessionals.

Specifieke aandachtspunten daarbij zijn:

- 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 en ontvangen van en aan collega's en in de eigen beroepsorganisatie.

Deze competenties gelden voor alle functies in de ambulancezorg.

7.2 Ambulancezorgprofessionals

Ambulancezorg is mensenwerk door ambulancezorgprofessionals. Als individuele professional of samen als team in een ambulance-eenheid. De functies die op dit moment in de ambulancezorg worden onderscheiden, beschrijven we hieronder.

Verpleegkundig centralist MKA

De MKA is de eerste schakel in de zorgketen van de ambulancezorg. De verpleegkundig centralist van de MKA geeft inhoud aan het meldkamerproces. Deze professional zorgt voor een verantwoorde uitvoering van het proces van intake, indicatiestelling, zorgtoewijzing en -coördinatie en zorginstructie. Hij of zij vindt continu de balans tussen de individuele belangen van de patiënt en de beschikbaarheid. Hiervoor anticipeert de verpleegkundig centralist op omstandigheden die de beschikbaarheid (kunnen) beïnvloeden. Hij of zij communiceert met uiteenlopende mensen en instanties. Met burgers die zorg nodig hebben, met de ambulance-eenheden maar ook met (huis) artsen, SEH-verpleegkundigen, verloskundigen, politie en brandweer.

De variëteit en mogelijke complexiteit van zorgvragen die de verpleegkundig centralist van de MKA ontvangt en beoordeelt op urgentie en passend zorgaanbod, vraagt om een specifieke deskundigheid. Hij of zij is bekwaam om te bepalen of en hoe ambulancezorg ingezet wordt. Deze professional biedt zorg en wordt daarbij ondersteund door een triagesystematiek die voldoet aan de landelijke eisen. De verpleegkundig centralist heeft een geaccrediteerde opleiding gevolgd die voldoet aan de sectorale eindtermen.

Ambulanceverpleegkundige

De ambulanceverpleegkundige is deskundig, bekwaam en functioneel zelfstandig voor het bieden van ambulancezorg in de volle breedte. Hij of zij maakt gebruik van wetenschappelijke kennis, vaardigheden en een professionele houding om in het deskundigheidsgebied patiëntgerichte zorg te verlenen. De kerntaken van de ambulanceverpleegkundige liggen in de diagnostiek en het behandelen, maar ook in het optimaliseren, verbeteren en in stand houden van de kwaliteit van leven van patiënten. De meeste handelingen die deze professional verricht, zijn verpleegkundige handelingen. Daarnaast verricht de ambulanceverpleegkundige geneeskundige handelingen, waarvan een beperkt aantal tot de voorbehouden medische handelingen behoren. Ambulanceverpleegkundigen beschikken over specifieke deskundigheid om zonder toezicht door of tussenkomst van een opdrachtgever bepaalde voorbehouden handelingen uit te voeren³. Deze functionele zelfstandigheid is van toepassing als wordt voldaan aan de wettelijke voorwaarden van opdrachtverstrekking en bekwaamheid.

De ambulanceverpleegkundige kan in een ambulance-eenheid werken of als rapid responder. Hij of zij verricht werkzaamheden volgens de kwaliteitseisen aan (spoedeisend) medisch en verpleegkundig handelen. Deze eisen staan omschreven in het competentieprofiel van de ambulanceverpleegkundige en vormen de basis voor het opleidingsbeleid van de sector.

De ambulanceverpleegkundige heeft een geaccrediteerde opleiding gevolgd die voldoet aan de sectorale afspraken en eindtermen.

Ambulancechauffeur

De ambulancechauffeur bestuurt de ambulance en assisteert de ambulanceverpleegkundige. Hiervoor beschikt deze professional over specifieke rijvaardigheden en medisch-assisterende vaardigheden. De ambulancechauffeur speelt een belangrijke rol bij de communicatie met de MKA, patiënt en de ketenpartners. Ter plaatse zorgt de chauffeur voor een veilige werkplek. Hij of zij is verantwoordelijk voor het veilig besturen van de ambulance naar een patiënt of incident en voor het veilig vervoer van de patiënt in de ambulance. De ambulancechauffeur heeft een geaccrediteerde opleiding gevolgd die voldoet aan de sectorale afspraken en eindtermen.

3. Deze voorbehouden handelingen vallen in het deskundigheidsgebied van de ambulanceverpleegkundige: electieve cardioversie, defibrillatie, in- of extuberen van de luchtpijp met een orale of nasale tube, drainagepunctie bij een spanningspneumothorax en coniotomie.

Zorgambulancebegeleider

De zorgambulancebegeleider verzorgt en begeleidt de patiënt in de zorgambulance. De zorg-handelingen hangen af van de situatie ter plaatse en de zorgvraag van de patiënt. De patiëntenzorg op de zorgambulance is vooral gebaseerd op care en minder op cure. Het gaat bij de zorgambulance om het bieden van verzorgende handelingen en om het behouden, stimuleren en ondersteunen van de zelfredzaamheid van de patiënt inclusief psychosociale ondersteuning. Daarnaast heeft het zorgambulanceteam aandacht voor de meerijdende mantelzorgers en/of naasten. De zorgambulancebegeleider voldoet aan de sectorale eindtermen voor niet-spoedeisende ambulancezorg. Ook is hij of zij opgeleid om als EHBO'er op te treden en om verantwoord incidentmanagement toe te passen.

Chauffeur zorgambulance

De zorgambulancechauffeur bestuurt de zorgambulance. Hierbij is hij of zij verantwoordelijk voor een comfortabel vervoer van de patiënt plus meerijdende mantelzorgers of naasten. Ook verricht deze professional assiserende taken voor de zorgambulancebegeleider. De zorgambulancechauffeur beschikt over goede rijvaardigheden, medische basiskennis en sociaal-communicatieve vaardigheden. Hij of zij speelt een rol in de communicatie met de MKA en met ketenpartners. De zorgambulancechauffeur voldoet aan de sectorale eindtermen voor niet-spoedeisende ambulancezorg. Ook is deze professional opgeleid om als EHBO'er op te treden en om verantwoord incidentmanagement toe te passen.

7.3 Functiedifferentiatie

De zorg voor en behandeling van patiënten in de ambulancezorg wordt meer en meer doelgroepgericht. Dit komt tot uitdrukking in differentiatie van het zorgaanbod. Differentiatie in zorgfuncties bij de RAV is hier nauw mee verbonden. De RAV kan op verschillende manieren vormgeven aan functiedifferentiatie:

- **Verticale differentiatie:**
afstemmen van het zorgaanbod op de vraag, door differentiatie in het competentie- en verantwoordelijkheidsniveau. Enkele voorbeelden zijn de zorgambulancebegeleider en -chauffeur, en de uitgiftecentralist MKA.
- **Horizontale differentiatie:**
binnen één functieniveau worden verschillende inhoudelijke taakaccenten gelegd. Deze sluiten aan op het gedifferentieerde zorgaanbod in de ambulancezorg of in de samenwerking in de acute zorgketen.

Naast effecten op de kwaliteit van zorg en de doelmatigheid brengt differentiatie bij de RAV nieuwe dynamiek op personeelsgebied. Er ontstaat meer diversiteit in het personeelsbestand en er wordt meer mogelijk qua (interne) loopbaanpaden. Daarnaast vereisen de arbeidsmarktontwikkelingen dat de RAV met zorgketenpartners passende, toekomstbestendige oplossingen vindt. Er is sprake van een krappe arbeidsmarkt in de (acute) gezondheidszorg.

Belangrijk bij elke (nieuwe) vorm van functiedifferentiatie is dat het deskundigheidsniveau van de zorgprofessional is afgestemd op het uit te voeren (deel van het) zorgproces en de complexiteit van de zorgvragen. Om dit te waarborgen, dient de RAV minimaal te regelen: een functie- en competentiebeschrijving, beschrijving van minimale deskundigheid en toezicht op bekwaamheid. Ook dienen de verantwoordelijkheden helder te zijn en te passen binnen de wettelijke kaders. Indien beschikbaar voldoen de functies aan sectorale (kwaliteits)kaders.

Hieronder beschrijven we een aantal functies die in RAV's inmiddels een plek hebben gekregen.

- **Uitgiftecentralist MKA**

Ook in de MKA bestaat behoefte aan functiedifferentiatie, dit komt onder andere door de schaalvergroting. Een van de ontwikkelingen is om meer inhoud te geven aan de rol en taak van de uitgiftecentralist. Deze professional verzorgt het logistieke proces, plant de zorg en overlegt met de verpleegkundig centralist over de prioriteiten in de zorgtoewijzing. De uitgiftecentralist werkt volgens vaste procedures en routines. Hierbij bedoelen we de afspraken in de eigen organisatie en in de keten van prehospitalen zorg, en de actuele wet- en regelgeving en jurisprudentie. Van de uitgiftecentralist wordt verwacht dat hij of zij via dynamisch ambulancemanagement voortdurend een zo groot mogelijke spreiding en beschikbaarheid van ambulancezorg realiseert in het verzorgingsgebied.

- **Verpleegkundig specialist acute zorg**

De verpleegkundig specialist acute zorg vervult taken in cure en care. Medische en verpleegkundige taken worden gecombineerd. Deze professional is bevoegd om zelfstandig te diagnosticeren en om een aantal voorbehouden handelingen zelfstandig te indiceren, uit te voeren en te delegeren. Naast de zelfstandige medische taken vervult de verpleegkundig specialist een rol bij innovatie en toegepast wetenschappelijk onderzoek. In steeds meer RAV's vervult deze professional een rol in de medisch inhoudelijke ondersteuning en op het terrein van wetenschappelijk onderzoek. De competenties en bevoegdheden van de verpleegkundig specialist bieden daarnaast ook veel mogelijkheden voor samenwerking tussen RAV en zorgketenpartners. Op RAV-niveau worden diverse initiatieven ontwikkeld, zoals detachering op huisartsenposten en visite rijden voor huisartsen.

- **Physician assistant**

De physician assistant (PA) is een functie op masterniveau die in de medische zorgpraktijk structureel continuïteit, kwaliteit en laagdrempelige zorg brengt. De zelfstandige bevoegdheden van de PA liggen wettelijk vast. In steeds meer RAV's heeft de PA een rol. Net als de verpleegkundig specialist acute zorg wordt de PA ingezet voor de medisch inhoudelijke ondersteuning van het medisch management, maar ook in de samenwerking tussen RAV en ketenpartners.

- **Bachelor Medische Hulpverlener ambulancezorg**

De kern van het opleidingsprofiel van de Bachelor Medische Hulpverlener (BMH) is een stevige medische basis, gekoppeld aan praktijkgerichte specialisaties. De opleiding is een aanvulling op het huidige in-service-opleidingenstelsel voor de betrokken functies. De opleiding onderscheidt vooralsnog de specialisaties ambulancezorgverlener, spoedeisende hulpverlener, triagist en anesthesiemedewerker.

De ambulancesector staat open voor nieuwe ontwikkelingen qua instroom in de ambulancezorgverlening. Belangrijk is wel dat de nieuwe functies juridisch zijn geborgd (in de Wet BIG) en dat de BMH in staat is zelfstandig de ambulancezorg in zijn volle breedte uit te voeren. De juridische inbedding voor een pilot met de BMH is geregeld. Nu gaat de sector in een pilot ervaring opdoen met de BMH in de ambulancezorg. Hiervoor gelden landelijke kaders.

7.4 Deskundigheid en bekwaamheid

Deskundigheid

Ambulancezorgprofessionals zijn sterk bepalend voor de kwaliteit van de ambulancezorg. Dit stelt hoge eisen aan hun bekwaamheid en deskundigheid. Deze eisen zijn wettelijk ingekaderd. Ook gelden voor de ambulancesector landelijke kaders. Elke functie in de ambulancezorg vraagt om specifieke deskundigheid. De gewenste minimale deskundigheid - in termen van (basis)opleiding en vereiste competenties - ligt voor een aantal primaire functies sectoraal vast (zie paragraaf 7.2.). Het onderhouden van deskundigheid is essentieel voor goede zorgverlening. De ambulancesector heeft landelijke afspraken gemaakt over deskundigheidsbevordering en het behoud van bekwaamheid. Daarnaast biedt de RAV regionaal bijscholingen aan die aansluiten bij de individuele en organisatorische leerwensen. Voor BIG-geregistreerde beroepsbeoefenaren gelden sectorale afspraken over deskundigheidsbevordering en registratie in het kwaliteitsregister.

Bevoegdheid en bekwaamheid

Op ambulancezorgprofessionals is de Wet BIG van toepassing. De opleidingseisen en vereiste competenties van individuele ambulancezorgprofessionals zijn afgestemd op de inhoud van hun beroepsuitoefening (deskundigheidsgebied) en de eisen in het kader van de Wet BIG. Professionals, de Medisch Manager Ambulancezorg en de RAV hebben ieder hun eigen verantwoordelijkheid met betrekking tot de bekwaamheid. De RAV heeft bekwaamheidsbeleid vastgesteld dat voldoet aan de wettelijke eisen en de sectorale afspraken.

7.5 Professionele standaard

De professionele standaard vormt een kapstok voor de algemeen aanvaarde uitgangspunten van zorgverlening. Denk aan richtlijnen, beroepscode, beroepsprofielen en wet- en regelgeving in de ambulancezorg. In de ambulancezorgverlening vormt het landelijk protocol ambulancezorg het fundament voor de professionele standaard. De protocollen zijn gebaseerd op (inter)nationale richtlijnen en zijn toepasbaar gemaakt voor goede ambulancezorg. Daarnaast hebben de protocollen een functie voor de functionele zelfstandigheid van ambulanceverpleegkundigen.

Het doel van professionele standaarden is om de ambulancezorgprofessionals te ondersteunen 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 het protocol af te wijken. Dit is een verantwoordelijkheid van de individuele professional. Het is van belang om de afwijkende handelwijze en de argumenten daarvoor goed vast te leggen. Ook is van belang dat de individuele professional geschoold is in het maken van een dergelijke (morele) afweging.

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

7.6 Medisch management

De RAV is eindverantwoordelijk voor het leveren van verantwoorde ambulancezorg. De RAV dient hiervoor de medische verantwoordelijkheid voor (te leveren en geleverde) zorg integraal in te bedden in de organisatie. Het medisch management wordt zo vormgegeven dat:

- de medisch inhoudelijke kwaliteit van de ambulancezorgverlening wordt geborgd.
- er toezicht is op de bekwaamheid van ambulancezorgprofessionals.
- de eindverantwoordelijkheid voor het medisch management in handen is van een arts.
- de bereikbaarheid van een zelfstandig bevoegde 24 uur per dag en 7 dagen per week wordt gegarandeerd, onder verantwoordelijkheid van de medisch manager ambulancezorg.

Het functiegebied medisch management kent drie hoofdgebieden: patiëntenzorg, onderwijs en onderzoek. In deze hoofdgebieden vallen taken die horen bij de resultaatgebieden beleid, uitvoering en toezicht. Bij de manier waarop de RAV het functiegebied medisch management invult, dienen alle onderdelen in de hele RAV-organisatie geborgd te zijn.

De medisch manager ambulancezorg (MMA) is een arts die aan een RAV verbonden is. Taken van de MMA zijn onder andere:

- Toezien op de bevoegd- en bekwaamheid van ambulancezorgprofessionals volgens de Wet BIG.
- Formuleren van het medische beleid en toezien op de uitvoering van dit beleid en het toepassen van protocollen in de ambulancezorg.
- Medisch-inhoudelijk afstemmen met zorgketenpartners.
- Toezien op de uitvoering van rechten en plichten van patiënt en hulpverlener volgens de WGBO.

.

8. SAMENWERKEN



8.1 De patiënt als partner: patiëntenparticipatie

Om het zorgaanbod goed af te stemmen op de zorgvraag en -behoefte van de patiënt, is het van belang om hem of haar te betrekken bij de zorgverlening. De RAV geeft invulling aan patiëntparticipatie op een manier die past bij het (spoedeisende) karakter van de zorg. Hierbij kan sprake zijn van doelgroepgerichte benadering, zoals het inrichten van patiëntenpanels voor gedifferentieerde ambulancezorg (zoals de zorgambulance).

8.2 Samenwerking in de keten

Als schakel in de (acute)zorgketen werkt de RAV nauw samen met andere aanbieders van zorg in haar verzorgingsgebied. De ambulancezorg beweegt zich tussen de schakels van de (acute)zorgketen en speelt een cruciale rol in de optimale doorgeleiding van patiënten. Samenwerking is enerzijds gericht op het waarborgen en optimaliseren van de continuïteit van de zorgverlening in de keten. Anderzijds is het gericht op het realiseren van doelgerichte en vraaggestuurde zorg: de juiste zorg op het juiste moment, afgestemd op de behoefte van de zorgvrager.

De RAV maakt afspraken met haar ketenpartners over afstemming van de zorgprocessen, taken en verantwoordelijkheden, uitwisseling van gegevens. Daarnaast ontwikkelt de RAV met haar ketenpartners concrete samenwerkingsactiviteiten.

Ook een goede samenwerking met de verschillende disciplines in de openbare orde en veiligheidsketen is van levensbelang. Denk aan de brandweer, politie en gemeenten. De RAV stelt convenanten op en maakt afspraken met ketenpartners in de veiligheidsketen.

8.3 Regionale borging kwaliteit en continuïteit

Het Regionaal Overleg Acute Zorgketen (ROAZ) is georganiseerd op het niveau van de traumaregio's. Het doel van dit overleg is optimale afstemming in de keten. Het traumacentrum coördineert het ROAZ. Het ROAZ heeft als belangrijkste doel: 'witte vlekken' voorkomen in de acute zorgverlening in de acute zorgregio. In het ROAZ worden de acute zorgbehoefte en de beschikbare capaciteit in de regio zichtbaar gemaakt, in het algemeen en voor specifieke patiëntengroepen. Als er sprake is van lacunes, wordt er samen naar passende regionale oplossingen gezocht. Ook vindt er steeds meer samenwerking en afstemming plaats met betrekking tot de ontwikkeling van kwaliteitsinformatie. Met als doel: het proces inzichtelijk maken en waar nodig optimaliseren. Wettelijke eisen en landelijke kaders worden daarbij gehanteerd. De RAV participeert actief in dit regionale samenwerkingsverband.

8.4 Samenwerking bij rampen en crises

De RAV is verantwoordelijk voor het leveren van verantwoorde ambulancezorg bij rampenbestrijding en crisisbeheersing. Er worden in dit kader eisen gesteld aan de RAV ten aanzien van de MKA, met betrekking tot opleiden, trainen en oefenen, de inzet bij evenementen en de voorbereiding op de inzet bij een ramp of crisis.

Nieuwe wetgeving en voortschrijdende inzichten hebben geleid tot verschuivingen van taken en verantwoordelijkheden in de (voorbereiding op) opgeschaalde geneeskundige hulpverlening. De GHOR richt zich meer op haar regisserende en coördinerende rol. Operationele uitwerkingen worden bij de zorgaanbieders belegd. De eigen verantwoordelijkheden van zorgaanbieders voor zorgcontinuïteit en opgeschaalde zorg zijn scherper aangezet: zij zijn zelf verantwoordelijk voor het leveren van verantwoorde zorg onder alle omstandigheden. De RAV geeft invulling aan deze verantwoordelijkheid, volgens de wettelijke eisen en op basis van landelijke afspraken.

Optimale samenwerking tussen partners in de zorg- en OOV-keten (openbare orde en veiligheid) is cruciaal. Deze samenwerking is gebaseerd op goede communicatie, heldere verantwoordelijkheden en inzicht in de beschikbare capaciteiten. Hierover maakt de RAV met haar partners goede afspraken, op basis van het landelijk convenant. Ook voor wat betreft het opleiden, trainen en oefenen (OTO) van personeel volgt de RAV de landelijke afspraken.

8.5 Overdracht van zorg

De behandeling van patiënten dient een continu proces te zijn, vanaf de melding tot aan de definitieve intramurale behandeling. De mondelinge en/of schriftelijke overdracht van informatie is essentieel voor de schakels in de zorg die de behandeling overnemen. De informatie moet eenduidig worden overgebracht en er mag geen informatie verloren gaan. Ambulancezorgprofessionals hanteren hierbij een eenduidig instrument. De RAV zorgt ervoor dat haar systemen zijn ingericht op digitale en elektronische registratie en uitwisseling van gegevens, en dat ze voldoen aan de eisen die hieraan worden gesteld.

9.1 Inleiding

De RAV zet zich voortdurend in om de kwaliteit van de zorgverlening te bewaken en verbeteren, en om het zorgaanbod goed te laten aansluiten op de (specifieke) zorgbehoeften van patiënten(groepen).

De RAV werkt hierbij steeds vaker nauw samen met haar ketenpartners.

Waar mogelijk maakt de RAV samen met partners gebruik van innovaties en technologische ontwikkelingen. Belangrijk uitgangspunt is dat vernieuwingen verantwoord en professioneel tot stand komen en bijdragen aan goede zorg. Vooraf is het belang of de noodzaak van een innovatie onderzocht en zijn de verwachte effecten op de zorg(verlening) geformuleerd.

Het kwaliteitssysteem van de RAV voorziet in continue en systematische aandacht voor kwaliteitsbehoud en -verbetering van het zorgaanbod. De RAV volgt bij het opzetten van zorginnovatietrajecten de eisen die het kwaliteitssysteem hieraan stelt.

9.2 Kwaliteitsinformatie

Om de kwaliteit van de zorgverlening te evalueren en verbeteren, registreert de RAV kwaliteitsinformatie in de verschillende fasen van het ambulancezorgproces. Op basis van analyse van deze informatie is bijsturen en verbeteren mogelijk. Daarnaast is kwaliteitsinformatie van belang voor transparantie. Kwaliteit is meer dan logistieke prestaties. Naast logistieke sturingsinformatie genereert de RAV medische inhoudelijke kwaliteitsinformatie. De RAV volgt hierbij de landelijke afspraken. De uitgangspunten voor kwaliteitsinformatie in de sector zijn eenduidigheid en objectiviteit. Eenduidigheid wordt gerealiseerd door toepassing van hetzelfde instrument, dezelfde methode of toetsingscriteria. Objectiviteit wordt gerealiseerd door de toepassing van de instrumenten en de verwerking van de informatie te beleggen buiten de organisatie bij onafhankelijke, deskundige derden.

In de toekomst zal de kwaliteitsinformatie steeds meer gericht zijn op het functioneren van de acute zorgketen. Daarom wordt steeds meer kwaliteitsinformatie van de verschillende zorgpartners aan elkaar gekoppeld en werkt men samen aan het genereren van keteninformatie. Eenheid in taal, methode en het genereren van eenduidige kwaliteitsinformatie ten behoeve van ketenevaluatie en gezamenlijk onderzoek zijn daarbij van groot belang. Ook hier gelden de eisen die worden gesteld aan (elektronische) uitwisseling van gegevens.

9.3 Onderzoek

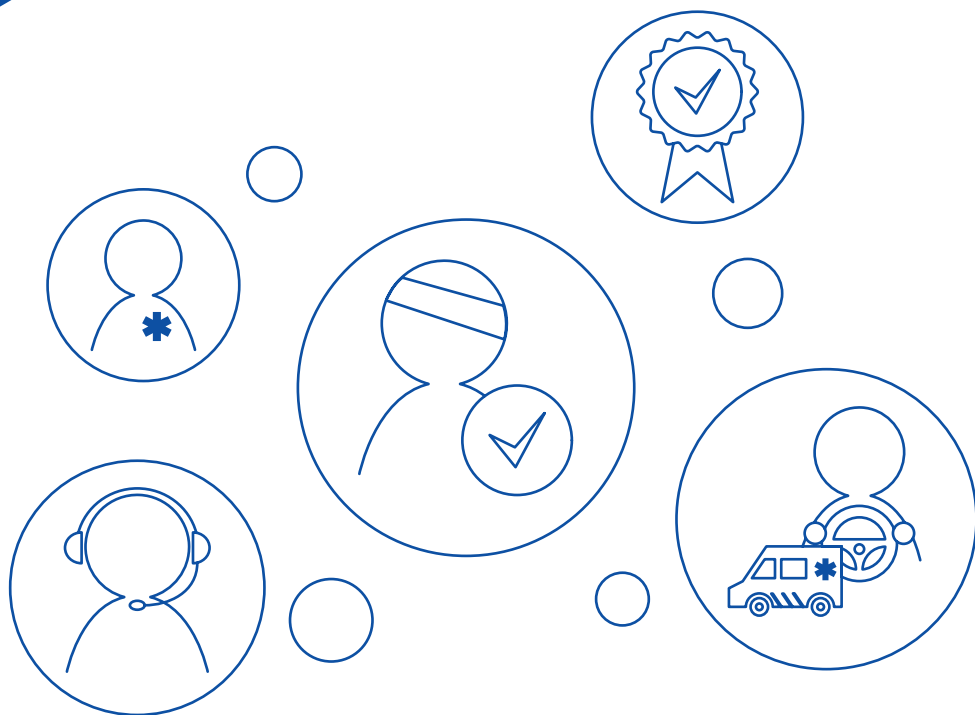
Wetenschappelijk onderzoek draagt belangrijk bij aan de onderbouwing en verbetering van de kwaliteit van het ambulancezorgproces. Hierbij zijn van belang: het bundelen van kennis, samen uitvoeren van wetenschappelijk onderzoek en implementeren van de resultaten. De sector ontwikkelde hiervoor een onderzoeksagenda en stelde implementatiedoelen. De RAV draagt bij aan de sectorale doelstellingen voor wetenschappelijk onderzoek. Als er voor kwaliteitsverbetering en innovatie onderzoek wordt verricht, volgt de RAV (indien van toepassing) de eisen aan ethische toetsing van onderzoeksvoorstellen.

9.4 Meerjarencyclus

De RAV hanteert een meerjarencyclus voor het invullen, evalueren en bijstellen van het (beleids) proces van ambulancezorg. De RAV formuleert een meerjarenvisie op goede ambulancezorg en de manier waarop zij hier concreet invulling aan wil geven.

De ambities van de RAV zijn geformuleerd in doelstellingen die de organisatie ondersteunen bij het systematisch werken aan de realisatie. De rol van zorgketenpartners en de manier waarop samenwerking in de regio vorm krijgt, zijn ook verwoord in het meerjarenbeleid. Periodieke evaluatie en (directie)beoordeling van het gevoerde beleid stellen de RAV in staat om bij te sturen.

10. GOED ZORGBESTUUR



10.1 Inleiding

Goede zorg vraagt om goed bestuur. Goed bestuur kenmerkt zich door:

- openheid en integriteit
- omgevingsbewustzijn en participatie
- doelgerichtheid en doelmatigheid
- lerend en zelfreinigend vermogen
- verantwoording en transparantie

De RAV werkt binnen de kaders van goed bestuur zoals deze vastliggen in verschillende wetten en stelt zich open, transparant en toetsbaar op.

10.2 Transparantie en verantwoording

Vanuit de maatschappelijke positie en verantwoordelijkheid als zorginstelling is de RAV transparant en legt verantwoording af over het beleid en de resultaten. Deze verantwoording voldoet (minimaal) aan de wettelijk eisen.

10.3 Sectorkompas

De sector legt op landelijk niveau verantwoording af over (aspecten van) het ambulancezorgproces. Deze verantwoording vindt plaats met een sectorkompas. Dit maakt landelijke en regionale gegevens over het voorgaande jaar inzichtelijk. Deze registratie van gegevens komt tot stand op basis van een door de sector vastgestelde (kern)set. Volgens de sectorale afspraken levert de RAV de gevraagde gegevens aan.

10.4 Externe beoordeling en certificatie

De RAV beschikt over een kwaliteitsmanagementsysteem. Hiermee kunnen de kwaliteit, informatiebeveiliging en veiligheid van de zorgverlening worden geborgd en continu verbeterd. Met externe toetsing en certificatie van deze systemen wordt een keurmerk afgegeven. Daarmee wordt helder voor afnemers van ambulancezorg (patiënten en ketenpartners) dat de RAV haar zaken op orde heeft. De RAV volgt bij externe certificatie de sectorale afspraken

BIJLAGEN

- Bijlage 1: 'Sector in beweging: van zorg naar ketenzorg'
- Bijlage 2: 'Nationale Beroepscode van Verpleegkundigen en Verzorgenden'
- Bijlage 3: 'Wettelijk kader ambulancezorg'
- Werkgroep nota Goede Ambulancezorg
- Referentielijst



BIJLAGE 1:

'SECTOR IN BEWEGING:
VAN ZORG NAAR KETENZORG'



1.1 Inleiding

In de nota Goede Ambulancezorg beschrijven we wat de ambulancesector verstaat onder goede ambulancezorg. De algemene uitgangspunten voor goede zorg lopen als een rode draad door de nota heen. Deze zijn niet aan tijd gebonden. Het is belangrijk om snel in te spelen op de ontwikkelingen waarmee de sector en de hele zorgketen te maken hebben. Dat doet de sector zoveel mogelijk in samenwerking met zijn ketenpartners. En zoveel mogelijk op regionaal niveau. In een nota die meer de 'stand van zaken' weergeeft, komen deze ontwikkelingen niet goed tot uitdrukking. Deze bijlage beschrijft de belangrijkste ontwikkelingen en de manier waarop de ambulancesector hierop inspelt in samenwerking met zorgketenpartners.

De uitdagingen voor de toekomst zijn verwoord in visiedocumenten en beleidsagenda's of bijvoorbeeld vormgegeven in pilots. In de bijgevoegde referentielijst zijn deze documenten opgenomen.

1.2 Acute zorg in beweging

In de gehele acute zorg tekenen zich een aantal ontwikkelingen af. Onderstaande dominante ontwikkelingen zetten naar verwachting de komende jaren door.

Concentratie en extramuralisering

Het landelijk beleid is gericht op concentratie en specialisatie van ziekenhuiszorg. Concreet betekent dit enerzijds concentratie van hoogcomplexere zorg in meer gespecialiseerde ziekenhuizen. Anderzijds gaat het om het spreiden en gespreid houden van vooral chronische, acute en electieve zorg. Bij deze zorg is het gewenst dat ziekenhuisvoorzieningen in de buurt van de patiënt worden aangeboden. Daarnaast is er steeds vaker sprake van extramuralisering van de zorg. Ten slotte zijn medisch-specialistische behandelingen steeds beter toegankelijk en worden ze ook bij patiënten op hogere leeftijd uitgevoerd. Deze ontwikkelingen leiden tot een steeds kortere behandelduur, een korter verblijf van patiënten in het ziekenhuis en langer thuis kunnen blijven wonen. Tegelijk leiden de ontwikkelingen in de praktijk ook tot een verschuiving van de zorgvraag naar meer acute zorg. Kwetsbare groepen met een onvoldoende vangnet in de thuissituatie doen eerder een beroep op de acute zorg. De concentratie van voorzieningen heeft directe gevolgen voor de ambulancezorg. Er zijn meer bewegingen van patiënten tussen zorginstellingen en de afstanden tussen zorginstellingen nemen toe.

Patiënten veranderen

De zorgvraag neemt niet alleen toe, maar wordt ook steeds complexer. Dit is onder andere het gevolg van multimorbiditeit. Naast het feit dat patiënten steeds vaker kampen met meerdere chronische aandoeningen, veranderen patiënten ook. Ze worden steeds zelfredzamer, weten steeds beter wat ze willen en wensen oplossingen op maat.

Demografische ontwikkelingen

Demografische ontwikkelingen zijn van belang voor de zorg. De bevolking groeit in de komende decennia. Er zijn verschillende scenario's, maar uitgangspunt is een bevolkingsgroei van 1,3 miljoen mensen tot 2040. Feit is dat de bevolking vergrijsst: tot 2040 verdubbelt het aantal ouderen. Tegelijkertijd krimpt de bevolking in de werkende leeftijd. Dit is een van de redenen waarom de arbeidsmarkt steeds krappere wordt en het een steeds grotere uitdaging is om vraag en aanbod van medewerkers in balans te houden.

Regionale verschillen

Er zijn grote regionale verschillen. Dit geldt voor de ontwikkelingen in het zorglandschap, maar ook voor de bevolkingsgroei of -rimp. Dit heeft tot gevolg dat randstedelijke problemen anders van aard en inhoud zijn dan de problematiek in krimpregio's.

Patiënt staat centraal

Vergezicht acute zorg 2025

In 2025 wendt de patiënt met een acute zorgvraag zich tot het regionale loket voor de acute zorg. Achter dit loket zijn diverse individuele zorgaanbieders verenigd in een regionaal acute zorgnetwerk. Individuele zorgaanbieders hebben, waar nodig, afstand gedaan van hun autonomie, in het belang van de juiste zorg aan de patiënt. De patiënt merkt niets van de onderliggende structuren en afspraken. De zorgvraag is het uitgangspunt voor de acute zorgcoördinator, die de patiënt zo snel mogelijk naar de juiste zorgverlener leidt.

Uit: Ambulancezorg 2025: zorgcoördinatie en mobiele zorg. Ambulancezorg Nederland, juli 2017

De algemene overtuiging in de ambulancezorg is dat de patiënt centraal staat. Een van de manieren om dit in de praktijk te bereiken, is denken vanuit patiëntgerichte ketens. Deze beginnen bij de zorgvraag van de patiënt. Dat is kwaliteit: de juiste zorg, passend bij de zorgvraag, op het juiste moment op de juiste plaats. Patiënten verwachten dat zorgverleners goed samenwerken en optimaal gebruikmaken van technologische mogelijkheden. De kwaliteit van de huidige ambulancezorg is van een goed niveau en wordt hoog gewaardeerd door (potentiële) patiënten. Dit blijkt onder andere uit patiënttevredenheidsonderzoeken die sectorbreed worden uitgevoerd en uit het imago-onderzoek ambulancezorg.

Regionale acute zorgnetwerken

De acute zorg van de toekomst is meer dan nu een samenhangend geheel, op regionaal niveau rondom de patiënt georganiseerd. Aanbieders handelen niet meer gesegmenteerd, maar samen en in onderlinge afstemming. Aanbieders zijn bereid om waar nodig een deel van de eigen autonomie af te staan in het belang van de (zorg aan de) patiënt. Wetgeving en financiering van de acute zorg zijn zo aangepast dat deze benadering en handelwijze mogelijk zijn.

1.3 Zorgcoördinatie en mobiele zorg

De acute zorg moet ook in de toekomst een antwoord geven op de toenemende, veranderende en complexere zorgvraag. De ontwikkelingen en consequenties daarvan – denk aan de toenemende logistieke problemen in de acute zorg - brengen de sector tot de overtuiging dat de ambulancezorg nog meer onderdeel van de acute zorg moet worden. Vanuit deze gedachte blijft de sector werken aan de kwaliteit van de ambulancezorg. Dit leidt tot twee kernthema's: zorgcoördinatie en mobiele zorg.

Zorgcoördinatie

Zorgcoördinatie is het samen organiseren en coördineren van de acute zorg op regionale schaal, met de andere aanbieders in de acute zorg. Onderwerpen die hierbij horen:

- Eenduidige toegang tot de acute zorg.
- Gezamenlijke eenduidige triage in de acute zorg.
- Heldere logistiek leidt ertoe dat de juiste zorg op tijd op de juiste plek geboden wordt.
- Ketenkwaliteit, aanbieders leggen verantwoording af aan de hand van samen gedragen keten-indicatoren.
- Zorgaanbieders in de acute zorg delen informatie.
- Gezamenlijke introductie en toepassing van nieuwe technologische mogelijkheden.
- Zorg op afstand, thuis monitoren van patiënten.
- Gezamenlijke benadering van de arbeidsmarktproblematiek in de acute zorg, waaronder het samen opleiden.

Voor de patiënt betekent dit één gezamenlijk (virtueel) loket, waarachter de acute zorgaanbieders vlekkeloos samenwerken en de zorg verlenen die aansluit op zijn of haar vraag. Voor de patiënt is helder welke zorgverlener wanneer en waarover eindverantwoordelijk is. Hij of zij kan vertrouwen op een soepele overdracht van zorg aan de juiste zorgverlener, op het juiste moment in de meest geschikte omgeving. Dit betekent dat de ambulancesector in gesprek gaat met ketenpartners in de acute zorg én met het ministerie van VWS om samen vorm en inhoud te geven aan deze invulling van zorgcoördinatie. Op regionaal niveau gaan regionale ambulancevoorzieningen (RAV's) het gesprek aan met hun zorgpartners. Het Regionaal Overleg Acute Zorgketen (ROAZ) vervult hierin een actieve rol.

Mobiele zorg met én zonder vervoer

Centrale thema's toekomstagenda:

- Zorgcoördinatie en mobiele zorg met en zonder vervoer.
- Samenhang in de acute zorg.
- De ordening van acute zorg en ambulancezorg.
- Arbeidsmarktproblematiek en arbeidsvoorwaarden in de acute zorg.

De RAV's zijn aanbieder van mobiele zorg. Zij brengen de zorg naar de patiënt of (indien nodig) de patiënt naar de zorg. Ambulancezorg is altijd en overal beschikbaar. Kenmerkend voor de huidige ambulancezorg is dat een ambulance-inzet altijd gepaard gaat met een intentie tot vervoer naar (meestal) een zorginstelling. Vervoer is echter altijd ingrijpend voor de patiënt. Er is steeds vaker sprake van inzetten waarbij ter plaatse wel zorg wordt verleend, maar vervoer daarna niet noodzakelijk blijkt. Innovatie en technologische ontwikkelingen maken dit ook steeds meer mogelijk. Er ontstaat een accentverschuiving gecombineerd met een uitbreiding van het ambulancezorg-aanbod: mobiele zorg zonder vervoer. In de komende jaren zal de ambulancesector deze verschuiving in het aanbod van mobiele zorg door RAV's samen met zijn ketenpartners verder vormgeven en beschrijven. Het belang van de patiënt én de keten van acute zorg zijn en blijven het uitgangspunt.

Toekomstagenda

De ontwikkelingen in de acute zorg en de visie hoe hierop in te spelen, vormen het uitgangspunt voor de beleidsmatige en inhoudelijke ontwikkeling van de ambulancesector de komende jaren. Op de agenda voor de komende jaren staan:

- De kernthema's 'zorgcoördinatie' en 'mobiele zorg'.
- De samenhang in de acute zorg.
- De ordening van de acute zorg en ambulancezorg.
- Arbeidsmarktproblematiek en arbeidsvoorwaarden in de acute zorg (paragraaf 4).

Een meerjarenbeleidsplan vormt de concrete doorvertaling van de ontwikkelingen die de sector kan initiëren en uitvoeren. Onderdelen van de toekomstagenda worden samen met de ketenpartners nader ingevuld.

1.4 Arbeidsmarkt en beroepsuitoefening

Ambulancezorg is mensenwerk. De basis van goede ambulancezorg zijn de professionals die deze zorg verlenen. De arbeidsmarktontwikkelingen in de acute zorg vragen om expliciete aandacht en een toekomstbestendige aanpak. In de toekomst gaan we niet meer uit van een structuur, maar van een flexibel bekwaamheids- en opleidingscontinuüm gericht op de zorgvraag. Dit betekent continue aanpassing en afstemming en vergt veel meer flexibiliteit dan het huidige systeem. Niet het bestaande aanbod aan zorg, beroepen en opleidingen vormt het uitgangspunt, maar de toekomstige vraag naar zorg.

Ook in de ambulancezorg speelt de arbeidsmarktproblematiek nadrukkelijk. Er zijn vooral tekorten aan ambulanceverpleegkundigen en verpleegkundig centralisten van de MKA. Uit een sectorale arbeidsmarktanalyse bleek dat het aanbod te beperkt is, waardoor er tekorten ontstaan. De situatie verschilt per regio.

Uit ramingen van de ziekenhuizen blijkt dat er ook in die sector een forse opleidingsinspanning nodig is om voldoende professionals beschikbaar te hebben. Deze professionals vormen ook de potentiële instromers voor de ambulancesector. Het zal dan ook een steeds grotere uitdaging worden om vraag en aanbod van medewerkers in balans te houden. Dit vraagt om een actief arbeidsmarktbeleid, op landelijk en regionaal niveau. De ambulancesector werkt de komende jaren (verder) aan de volgende oplossingen voor de arbeidsmarktkrapte:

- De sector wil de vijver van potentiële instromers vergroten met bredere instroommogelijkheden voor de huidige CZO-opleiding tot ambulanceverpleegkundige.
- De bachelor medisch hulpverlener in de ambulancezorg met een speciaal traineeprogramma draagt bij aan het oplossen van tekorten.
- Intensievere arbeidsmarktcommunicatie promoot de sector en het beroep van ambulanceverpleegkundige, bijvoorbeeld onder scholieren en studenten.

Daarnaast streeft de ambulancesector aantrekkelijk werkgeverschap na door:

- te onderzoeken hoe de arbeidsvoorwaarden en cao beter kunnen aansluiten op de potentiële instromers vanuit de acute zorg. Hierdoor is de sector beter toegerust op in-, door- en uitstroom, gecombineerde banen en (keten)loopbaanstappen.
- vernieuwend hr-beleid te ontwikkelen, met ruimte voor individueel en regionaal maatwerk.
- technologische ontwikkelingen te benutten en hierop goed in te spelen.
- te werken aan betere inzetbaarheid en flexibiliteit van medewerkers en wendbaarheid van de organisatie.
- blijvend aandacht te geven aan duurzame inzetbaarheid en strategisch opleidingsbeleid, aan goede arbeidsomstandigheden en aan gezond en passend roosteren.
- een positieve organisatiecultuur te stimuleren, met aandacht voor houding en gedrag, zelfredzaamheid, werkplezier en leiderschap.

Gezamenlijke aanpak in de keten

De krappe arbeidsmarkt van (gespecialiseerde) verpleegkundigen vraagt om een gezamenlijke benadering in de acute zorg. Het gaat bijvoorbeeld om:

- Gezamenlijke aanpak van de arbeidsmarktkrapte via een zorgbrede arbeidsmarktagenda.
- Promoten van het vakmanschap en de aantrekkelijkheid van de sector, regionaal en landelijk.
- De sector op de kaart zetten bij ketenpartners.
- Mogelijkheden onderzoeken voor functiedifferentiatie die aansluit op de keten.
- Duurzame inzetbaarheid van medewerkers in de zorgketen.
- Vernieuwend hr-beleid, bijvoorbeeld door ketenaanstellingen, loopbaanpaden en innovatie.
- Vergroten van flexibiliteit van medewerkers en wendbaarheid van de organisatie.

BIJLAGE 2: 'NATIONALE BEROEPSCODE VAN VERPLEEGKUNDIGEN EN VERZORGENDEN'



2.1 Inleiding

Het professioneel handelen van ambulancezorgverleners is gebaseerd op de nationale Beroepscode voor Verpleegkundigen en Verzorgenden van de V&VN. Deze beroepscode legt professionele waarden en normen vast voor de uitoefening van het beroep. De beroepscode geeft richtlijnen en ondersteuning aan ambulancezorgverleners voor hun dagelijkse beroepspraktijk. Aan de samenleving als geheel en aan individuele patiënten en cliënten maakt de beroepscode duidelijk wat je van verpleegkundigen en verzorgenden mag verwachten. De nationale beroepscode is geformuleerd tegen de achtergrond van de Universele Verklaring van de Rechten van de Mens, het Verdrag inzake de rechten van het kind en de Nederlandse Grondwet. Ook gebruikt zijn de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG), de overeenkomst inzake geneeskundige behandeling uit het Burgerlijk Wetboek, Boek 7, Titel 7, Afdeling 5 (WGBO), de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Bopz) en de Kwaliteitswet zorginstellingen (Kwh).

2.2 Opzet beroepscode

De beroepscode is ingedeeld in vier hoofdstukken: de uitgangspunten van het beroep en de verpleegkundige/verzorgende in relatie tot de zorgvrager, andere zorgverleners en de samenleving. Dit is ook de indeling van de beroepscode van de International Council of Nurses (ICN). De nationale beroepscode is bedoeld voor verpleegkundigen, verzorgenden, helpenden en andere zorgverleners. Om de leesbaarheid te bevorderen staat er in de artikelen 'als verpleegkundige/verzorgende'. De volledige beroepscode vindt u op www.venvn.nl.

In deze bijlage citeren we de kern van de beroepscode:

1. Uitgangspunten met betrekking tot de beroepsuitoefening

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

2. De verpleegkundige/verzorgende in relatie tot de zorgvrager

- 2.1 Als verpleegkundige/verzorgende heb ik als uitgangspunt dat iedere zorgvrager recht heeft op zorg.
- 2.2 Als verpleegkundige/verzorgende stel ik in de zorgverlening de belangen van de zorgvrager centraal.
- 2.3 Als verpleegkundige/verzorgende stem ik de zorgverlening zoveel mogelijk af op de zorgbehoeften, waarden en normen, culturele en levensbeschouwelijke opvattingen van de zorgvrager.
- 2.4 Als verpleegkundige/verzorgende zorg ik dat er een zorgrelatie met de zorgvrager (en/of zijn vertegenwoordiger) tot stand komt.
- 2.5 Als verpleegkundige/verzorgende erken en respecteer ik de rol van de zorgvrager en zijn naasten als partners in de zorg.
- 2.6 Als verpleegkundige/verzorgende zorg ik ervoor dat de zorgvrager (en/of zijn vertegenwoordiger) de door hem benodigde informatie ontvangt.
- 2.7 Als verpleegkundige/verzorgende vraag ik de zorgvrager (en/of zijn vertegenwoordiger) om toestemming voordat ik tot zorgverlening overga.
- 2.8 Als verpleegkundige/verzorgende ga ik op verantwoorde wijze om met de verslaglegging van gegevens van de zorgvrager in het verpleegkundig of zorgdossier.
- 2.9 Als verpleegkundige/verzorgende ken ik de rechten van de zorgvrager ten aanzien van het verpleegkundig of zorgdossier en ga daar op verantwoorde wijze mee om.
- 2.10 Als verpleegkundige/verzorgende ga ik zorgvuldig om met vertrouwelijke informatie over de zorgvrager.
- 2.11 Als verpleegkundige/verzorgende respecteer en bescherm ik de privacy van de zorgvrager
- 2.12 Als verpleegkundige/verzorgende neem ik in mijn relatie met de zorgvrager professionele grenzen in acht.
- 2.13 Als verpleegkundige/verzorgende heb ik het recht om op grond van gewetensbezwaren te weigeren om mee te werken aan bepaalde handelingen.

3. De verpleegkundige/verzorgende in relatie tot andere zorgverleners

- 3.1 Als verpleegkundige/verzorgende werk ik samen met andere zorgverleners om de zorgvrager de benodigde zorg te geven.
- 3.2 Als verpleegkundige/verzorgende respecteer ik de deskundigheid, ervaring en bijdragen van andere zorgverleners.
- 3.3 Als verpleegkundige/verzorgende overzie en bewaak ik de zorg rond de zorgvrager.
- 3.4 Als verpleegkundige/verzorgende blijf ik bij het overdragen van taken aan andere zorgverleners erop letten dat de kwaliteit van de zorgverlening aan de zorgvrager gewaarborgd is.
- 3.5 Als verpleegkundige/verzorgende neem ik in mijn relatie met andere zorgverleners professionele grenzen in acht.
- 3.6 Als verpleegkundige/verzorgende bescherm ik de zorgvrager tegen onethische, incompetent, onveilige of anderszins tekortschietende zorgverlening van andere zorgverleners.

- 3.7 Als verpleegkundige/verzorgende steun ik andere zorgverleners, die zich volgens de beroepscode willen gedragen, maar daarbij problemen ondervinden.
- 3.8 Als verpleegkundige/verzorgende draag ik bij aan de ontwikkeling, implementatie en evaluatie van het beleid van de instelling of organisatie waar ik werk.

4. De verpleegkundige/verzorgende in relatie tot de samenleving

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

BIJLAGE 3:

'WETTELIJK KADER AMBULANCEZORG'



In deze bijlage vindt u een overzicht van de wetgeving die geldt voor de ambulancezorg. Dit is een belangrijke basis voor de nota Goede Ambulancezorg⁴. De volledige wetteksten staan op www.overheid.nl.

3.1 Tijdelijke wet ambulancezorg

De Tijdelijke wet ambulancezorg (Twaz) geldt sinds 1 januari 2013. Aanvankelijk had de tijdelijke wet een duur van vijf jaar. In 2016 heeft de minister van VWS de duur van de Twaz verlengd tot 2021. Naast verlenging van de Twaz bevat het wetsvoorstel een andere omschrijving van ambulancezorg:

Artikel 1, eerste lid, verandert als volgt:

- Na onderdeel c wordt een onderdeel ingevoegd, luidende:
 - c1. *ambulancezorgprofessional*:
 - zorgprofessional als bedoeld in artikel 10a
- In onderdeel d onder 1°, wordt «hulp te verlenen» vervangen door: hulp te verlenen door een ambulancezorgprofessional of een ambulanceverpleegkundige, en in spoedeisende gevallen hulp te verlenen door een ambulanceverpleegkundige.
- In onderdeel d, onder 2°, wordt «hulp te verlenen via een ambulanceverpleegkundige» vervangen door: hulp te verlenen door een ambulancezorgprofessional of een ambulanceverpleegkundige, en in spoedeisende gevallen hulp te verlenen door een ambulanceverpleegkundige.
- In onderdeel d, onder 2°, wordt «motorvoertuig» vervangen door: voertuig.

In 2017 is het wetsvoorstel 'Verlenging en wijziging Tijdelijke wet ambulancezorg (Twaz)' aangenomen door de Tweede Kamer. Daarmee wordt de Twaz met 3 jaar verlengd tot 1 januari 2021. Met het aannemen van het wetsvoorstel zijn ook een aantal amendementen aangenomen:

- Een amendement dat regelt dat er bij spoedeisende ambulancezorg minimaal een BIG-geregistreerde ambulanceverpleegkundige aanwezig dient te zijn.
- Een amendement dat regelt dat het nieuwe begrip ambulancezorgprofessional niet in een ministeriële regeling, maar bij algemene maatregel van bestuur wordt uitgewerkt.
- Een amendement dat de looptijd van de Tijdelijke wet verlengd tot acht jaar.
- Een amendement met het verzoek het begrip ambulancezorgprofessional zo uit te werken dat 'de wijziging de toestroom van hoogopgeleid ambulancepersoneel bevordert, waarborgt dat zij blijven werken in het B-vervoer en dat daar wenselijk taakdifferentiatie mogelijk wordt gemaakt'.

De Eerste Kamer heeft op 10 oktober 2017 het wetsvoorstel als hamerstuk afgedaan. Het wetsvoorstel is sinds 1 januari 2018 van kracht. In de tussentijdse periode wordt gewerkt aan een nieuwe wettelijke regeling.

4. De Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) is beschreven in hoofdstuk 1 van de nota.

3.2 Wet toelating zorginstellingen (WTZi)

Om zorg te mogen leveren vanuit de Zorgverzekeringswet (Zvw) of de AWBZ, hebben zorginstellingen een toelating nodig. Daarmee kan men nagegaan of de instelling voldoet aan de eisen. Dit is geregeld in de Wet toelating zorginstellingen (WTZi). De belangrijkste eisen van de WTZi zijn: bereikbaarheid van acute zorg en transparantie van de bestuursstructuur en bedrijfsvoering (Good Governance). De RAV valt in de categorie van instellingen die vanuit het uitvoeringsbesluit WTZi in het bezit zijn van een toelating. De beleidsregels bij de WTZi bevatten voor alle aanbieders van acute zorg de plicht om deel te nemen aan een ROAZ. Deze plicht geldt ook voor de RAV.

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

De Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG) heeft tot doel om de kwaliteit van de beroepsuitoefening te bevorderen en bewaken, en de patiënt te beschermen tegen ondeskundig en onzorgvuldig handelen door beroepsbeoefenaren.

Titelbescherming

De Wet BIG regelt in artikel 3 de registratie en titelbescherming van onder andere verpleegkundigen. Een verpleegkundige heeft pas recht op het voeren van zijn of haar titel als hij of zij in het betreffende register (het BIG-register) is ingeschreven.

Er zijn twee redenen waarom een beroep is opgenomen in artikel 3. Enerzijds is dit gekoppeld aan de zelfstandige bevoegdheid om die beroepsbeoefenaren een voorbehouden handeling te laten verrichten. Anderzijds vult het de behoefte in om bepaalde beroepen onder het tuchtrecht in de gezondheidszorg te laten vallen. Bij verzorgenden in de individuele gezondheidszorg is de titelbescherming gebaseerd op artikel 34 van de Wet BIG. Met een Algemene Maatregel van Bestuur zijn daar beschermde opleidingstitels aangewezen. Op die manier is geregeld dat alleen iemand die zo is opgeleid de titel van verzorgende mag voeren in de individuele gezondheidszorg. Er is geen wettelijk geregelde registratie van beroepsbeoefenaren die recht hebben op een opleidingstitel.

Voorbehouden handelingen

Het uitgangspunt van de Wet BIG is dat het handelen in de individuele gezondheidszorg vrij is. Deze vrijheid geldt echter niet voor alle handelingen. Er zijn handelingen die de wetgever zo risicovol vindt, dat hij de uitvoering daarvan voorbehoudt aan artsen: de voorbehouden handelingen (art. 36 Wet BIG). De wet onderscheidt beroepsbeoefenaren die zelfstandig bevoegd zijn om voorbehouden handelingen uit te voeren (zoals artsen) en beroepsbeoefenaren die dit niet zijn (zoals verpleegkundigen). Wie niet zelfstandig bevoegd is, mag voorbehouden handelingen onder bepaalde voorwaarden uitvoeren in opdracht van een zelfstandig bevoegde (een arts).

In de ambulancezorg zijn geen artsen aanwezig die een opdracht, aanwijzingen en instructies kunnen geven aan de ambulancezorgverleners. De wettelijke vereiste opdracht van de arts aan ambulancezorgprofessionals om te handelen en hoe, ligt in de ambulancezorg verankerd in richtlijnen en protocollen. Dit is bepalend voor de verantwoordelijkheden van de RAV-directie en de medisch manager ambulancezorg (MMA) voor de totstandkoming en naleving van en het toezicht op een verantwoorde uitvoering van deze protocollen en standaarden. Zowel landelijk als regionaal.

Functionele zelfstandigheid

Wat betreft het verrichten van voorbehouden handelingen nemen de ambulanceverpleegkundigen een bijzondere positie in vanuit artikel 39 van deze wet. Eén en ander is nader uitgewerkt in het Besluit Functionele Zelfstandigheid. Dit impliceert dat de wet de verpleegkundigen als beroepsgroep zo deskundig vindt, dat zij zonder toezicht of tussenkomst van de arts bepaalde handelingen mogen uitvoeren. Met het oog op het functioneel zelfstandig uitvoeren van voorbehouden (en andere risicovolle) handelingen blijft de opdracht van een arts vereist. Net als de eis van bekwaamheid van de verpleegkundige. Functionele zelfstandigheid van een beroepsgroep betekent niet dat toezicht en tussenkomst van de arts niet meer mogen. De opdrachtgever en -nemer houden ieder hun eigen verantwoordelijkheid voor een zorgvuldige hulpverlening. Het blijft mogelijk dat de opdrachtnemer om toezicht of tussenkomst vraagt, of dat de opdrachtgever daartoe besluit.

3.4 Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO)

In de WGBO zijn de rechten en plichten van cliënt en hulpverlener vastgelegd, die voortvloeien uit de overeenkomst tot een geneeskundige behandeling. De wet regelt onder andere de informatieplicht, de toestemmingsvereiste, de vertegenwoordiging en positie van minderjarigen en de privacy. De WGBO regelt de juridische relatie tussen hulpverlener en cliënt.

Eén aspect daarvan is de in de wet verankerde verplichting voor de hulpverlener om te voldoen aan en te handelen volgens de professionele standaard. In de WGBO is de professionele standaard als volgt verankerd als norm voor het handelen van hulpverleners in art. 7: 453 BW: “De hulpverlener dient bij zijn werkzaamheden de zorg van een goed hulpverlener in acht nemen en handelt daarbij in overeenstemming met de op hem rustende verantwoordelijkheid, voortvloeiende uit de voor hulpverleners geldende professionele standaard”. De WGBO gaat ervan uit dat er een behandelingsovereenkomst ontstaat tussen hulpverlener (centralist, ambulanceverpleegkundige) en de cliënt. De cliënt voor wie een hulpvraag wordt gesteld, gaat een behandelingsovereenkomst aan met de RAV. Deze organisatie dient ervoor te zorgen dat deze overeenkomst doorwerkt in de relatie centralist-cliënt en ambulanceverpleegkundige-patiënt. Uit de wettelijke verankering van de professionele standaard volgt dat de ten behoeve van de centralisten van de MKA en ambulanceverpleegkundigen geformuleerde standaarden en protocollen een belangrijke rol vervullen bij de vraag: is door de centralist van de MKA of de ambulanceverpleegkundige de zorg van een goed hulpverlener betracht, of is deze toerekenbaar tekort geschoten?

Op grond van de bijzondere aard van zijn of haar beroep heeft de hulpverlener een beroepsgeheim. Uit dat beroepsgeheim vloeit een geheimhoudingsplicht voort. Handhaving van het beroepsgeheim is op twee manieren mogelijk. Enerzijds heeft de hulpverlener een zwijgplicht tegenover iedereen behalve de patiënt. Anderzijds beschikt de hulpverlener over het verschoningsrecht dat hij of zij voor de rechter kan inroepen bij een gerechtelijke procedure. De zwijgplicht is onder meer verankerd in artikel 7:457 BW van de WGBO.

3.5 Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen (Wmcz)

Op 1 juni 1996 ging de Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen (Wmcz) in. Deze wet regelt de medezeggenschap van cliënten van een instelling via het bestuur en via een cliëntenraad. De wet regelt hiertoe onder meer de oprichting van een cliëntenraad en de openbaarheid voor cliënten van relevante stukken, zoals het jaarverslag en klachtenreglement. In 2006 veranderde de Wmcz, vooral om de positie van cliëntenraden te versterken.

Volgens de Memorie van Toelichting van de aangepaste wet worden instellingen die op grond van artikel 1, tweede lid van de WTZi zijn aangemerkt als in het bezit van een toelating uitgezonderd van de Wmcz, behalve als het gaat om een instelling waar cliënten gedurende het etmaal verblijven. Het gaat om samenwerkingsverbanden in de huisartsenzorg, verloskundige zorg, kraamzorg, tandheelkundige zorg, paramedische zorg, het verstrekken van hulpmiddelen, het verlenen van farmaceutische zorg, ziekenvervoer, erfelijkheidsadvisering en uitleen verpleegartikelen. Dit betekent dat de RAV niet onder de Wmcz valt.

3.6 Wet op de medische hulpmiddelen (Wmh)

De Wet op de medische hulpmiddelen 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 wordt verstaan het voor medische doeleinden gebruiken van instrumenten, toestellen, apparaten en software 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.
- het toedienen 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. Op maat gemaakte hulpmiddelen moeten ook voldoen aan deze richtlijnen. Voor software is de Europese richtlijn MEDDEV 2.1/6 opgesteld om te bepalen of dit geldt als medisch hulpmiddel. Op 26 mei 2020 wordt de richtlijn 93/42/EEG ingetrokken en opgevolgd door de Verordening (EU) 2017/745.

3.7 Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Bopz)

De Wet BOPZ bestaat uit regelingen die gelden voor een onvrijwillige (gedwongen) opname en voor het verblijf in de instelling. In de ambulancezorg zijn vooral de bepalingen van belang voor gedwongen opname. Het gaat om opname via voorlopige machtiging, inbewaringstelling, de indicatiecommissie of rechterlijke machtiging op eigen verzoek. De RAV maakt afspraken met ggz-instellingen, huisartsen, politie en justitie over de procedure(s) en verantwoordelijkheden bij de begeleiding van deze cliënten.

De Wet Bopz wordt over enige tijd vervangen door de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg. De nieuwe wet wil gedwongen behandeling van mensen met psychische problemen minder ingrijpend maken. Een belangrijk verschil is dat verplichte zorg straks ook buiten een instelling opgelegd kan worden. Het wetsvoorstel is door de Tweede Kamer in 2017 aangenomen en aan de Eerste Kamer aangeboden.

3.8 Wet bescherming persoonsgegevens (Wbp)

De Wet bescherming persoonsgegevens (Wbp) geeft aan wat de rechten zijn van iemand van wie de gegevens worden gebruikt. Ook geeft de wet aan wat de plichten zijn van de organisaties die de gegevens gebruiken. De Wbp stelt eisen aan de verwerking van persoonsgegevens. Een RAV als organisatie:

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

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

Op 1 januari 2016 ging een wijziging in van de Wbp (artikel 34) die de meldplicht regelt voor datalekken. Deze meldplicht houdt in dat organisaties (bedrijven en overheden) die een ernstig datalek hebben zo snel mogelijk een melding moeten doen bij de Autoriteit Persoonsgegevens. In een aantal gevallen moeten zij het datalek ook melden aan de betrokkenen (de mensen van wie persoonsgegevens zijn gelekt). Als er geen melding wordt gemaakt van een datalek kan dit bestraft worden met een bestuurlijke boete van het Cbp.

Op 4 mei 2016 is de AVG gepubliceerd in het Publicatieblad van de Europese Unie. De AVG trad 20 dagen na deze publicatie in werking maar is pas vanaf 25 mei 2018 van toepassing. Hier zit dus 2 jaar tussen. Deze tijd is nodig om organisaties en toezichthouders zich goed te laten voorbereiden op de AVG. Vanaf 25 mei 2018 geldt in de hele EU dezelfde privacywetgeving. De AVG zorgt onder meer voor:

- Versterking en uitbreiding van privacyrechten.
- Meer verantwoordelijkheden voor organisaties.
- Dezelfde stevige bevoegdheden voor alle Europese privacytoezichthouders, bijvoorbeeld om boetes op te leggen tot 20 miljoen euro.

3.9 Wegenverkeerswet (WVW) en Reglement verkeersregels en verkeerstekens (RVV)

De Wegenverkeerswet (WVW) en het Reglement verkeersregels en verkeerstekens (RVV) beschrijven de algemene regels voor het verkeer, specifieke regels voor voorrangsvoertuigen en het gebruik van signalen. Het gebruik van optische en geluidssignalen (OGS) is gebaseerd op artikel 29 van het Reglement verkeersregels en verkeerstekens (RVV). Dit artikel bepaalt dat bestuurders van motorvoertuigen ten dienste van politie en brandweer, ambulances en motorvoertuigen van andere door de minister van Verkeer en Waterstaat aangewezen hulpverleningsdiensten, optische en geluidssignalen mogen voeren om kenbaar te maken dat zij een dringende taak vervullen. Volgens artikel 91 van het RVV mogen deze voertuigen als voorrangsvoertuigen afwijken van de voorschriften van dit RVV, als hun taak dit vereist.

Om RAV-directies en bestuurders van voorrangsvoertuigen te helpen bij het verantwoord toepassen van deze regels, stelde de ambulancesector de brancherichtlijn Optische en geluidssignalen spoedeisende medische hulpverlening op. De brancherichtlijn beschrijft hoe en wanneer optische en geluidssignalen kunnen worden gevoerd. Ook bevat de brancherichtlijn een gedragscode voor bestuurders van voorrangsvoertuigen. Dit om de veiligheid van de cliënt, bestuurder, andere inzittenden en de medeweggebruikers zoveel mogelijk te waarborgen. Inmiddels zijn veel van deze eisen bij wet vastgelegd in de Regeling optische en geluidssignalen en is de brancherichtlijn daar een aanvulling op.

3.10 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 minimumeisen zijn voor hulpverleners (zoals de regionale brandweer en geneeskundige diensten) en het materieel dat zij gebruiken. De basisvereisten zijn essentieel voor de beoogde uniformiteit, die van belang is voor interregionale inzet en bovenregionaal optreden.

De 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. Ook is het een taak van de GHOR om in multidisciplinair verband overheden te adviseren over risicobeheersing.

De Wvr legt vast dat instellingen als bedoeld in de WTZi 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. Het Besluit veiligheidsregio's verplicht de partijen om ten minste afspraken te maken over:

- De procedures die gevolgd worden bij een ramp of crisis, waarbij het in ieder geval gaat over grootschalige alarmering, opschaling, coördinatie, informatiemanagement en evaluatie.
- De manier waarop en de mate waarin personeel en materieel worden ingezet.
- De bereikbaarheid en beschikbaarheid van personeel, ruimte en materieel.

- De manier en frequentie van trainen en oefenen voor het samen optreden bij rampenbestrijding en crisisbeheersing.
- De samenwerking met functionarissen van GGD GHOR Nederland en andere (hulpverlenings) instanties.
- Het onderhoud en beheer van materieel voor de geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen dat eigendom is van de veiligheidsregio of het rijk.

Dit alles wordt op regionaal niveau vastgelegd in een convenant. Op landelijk niveau stelde de sector hiervoor als handreiking een modelconvenant op. De Wvr legt ook de taken en verantwoordelijkheden vast voor het instellen en in stand houden van de meldkamer.

SAMENSTELLING WERKGROEP NOTA GOEDE AMBULANCEZORG



- Piet Huizinga, RAV IJsselland en Ambulance Oost (*voorzitter namens Ambulancezorg Nederland*)
- Ronald de Vos, Ambulancezorg Groningen (*namens Nederlandse Vereniging van Medisch Managers Ambulancezorg*)
- Ricks Meppelder, Witte Kruis (*namens Nederlandse Vereniging van Medisch Managers Ambulancezorg*)
- Reinald Bakker, Witte Kruis (*namens V&VN Ambulancezorg*)
- Marieke Huijskens, Witte Kruis (*namens Ambulancezorg Nederland*)
- Hein van de Werff, Ambulancezorg Groningen (*namens Ambulancezorg Nederland*)
- Andre van Breukelen, GGD Flevoland (*namens Ambulancezorg Nederland*)
- Margreet Hoogeveen, Ambulancezorg Nederland
- Liesbeth Prins, Ambulancezorg Nederland

NOTA
GOEDE
AMBULANCEZORG



AMBULANCEZORG
NEDERLAND

Ambulancezorg Nederland

Veerallee 68
8011 AE Zwolle

088 38 38 200
info@ambulancezorg.nl
www.ambulancezorg.nl