



# Tekstuele toelichting **Sectorkompas 2022**



AMBULANCEZORG  
NEDERLAND

---

Versie 1.0, 11 juli 2023

# Inhoudsopgave

Tekstuele toelichting

## **Algemene informatie Sectorkompas**

1. Totstandkoming
2. Inleiding
3. Overzicht Regionale Ambulancevoorzieningen (RAV's)

## **A. Kwaliteitskader ambulancezorg**

1. Achtergrond
  - 1.1 Inleiding
  - 1.2 Inhoud kwaliteitskader
  - 1.3 Implementatie en doorontwikkeling
  - 1.4 Vergelijkbaarheid en betrouwbaarheid
  - 1.5 Leeswijzer
2. Verdieping pijlers en signalen
  - 2.1 Beschikbare en bereikbare zorg
  - 2.2 Patiënt Centraal
  - 2.3 Veilige Zorg
  - 2.4 Professionaliteit
  - 2.5 Samenwerken
  - 2.6 Continu Verbeteren
  - 2.7 Basis Op Orde

## **B. Beschikbaarheid en Bereikbaarheid**

1. Achtergrond
2. Beschikbaarheid
3. Bereikbaarheid
4. Tijdsgerelateerde aandoeningen CVA en STEMI

## **C. Medewerkers**

1. Achtergrond

## **D. Patiënten**

1. Achtergrond

## **Begrippenlijst**

3  
3  
4  
5  
6  
6  
6  
6  
8  
9  
9  
10  
10  
13  
15  
16  
17  
20  
22  
24  
24  
25  
27  
28  
29  
29  
29  
29  
30



# Algemene informatie Sectorkompas

## Totstandkoming

Voor u ligt de Tekstuele toelichting van het Sectorkompas 2022. Vanaf 2023 worden de gegevens in het Sectorkompas op andere wijze gepresenteerd in vergelijking tot voorgaande jaren. Het Sectorkompas bestaat vanaf heden uit twee onderdelen, die onlosmakelijk met elkaar verbonden zijn:

- De *Tekstuele toelichting* met daarin algemene tekstuele informatie.
- Het *Dashboard* met daarin de tabellen en grafieken met de bijbehorende duiding.

### Verantwoording

Het Sectorkompas is tot stand gekomen onder verantwoordelijkheid van AZN. Daarbij geldt:

- De RAV's zijn verantwoordelijk voor de betrouwbaarheid van de gegevens van de eigen RAV.
- Strategies in Regulated Markets (SiRM) is verantwoordelijk voor het verwerken van de RAV-gegevens met betrekking tot het kwaliteitskader.
- Het RIVM is verantwoordelijk voor het verwerken van de RAV-gegevens met betrekking tot het onderdeel beschikbaarheid en bereikbaarheid.
- AZN is verantwoordelijk voor de inhoud van alle overige tabellen en grafieken, evenals voor alle teksten.
- Veel van de getoonde informatie is tot stand gekomen na toepassing van de meetplannen, vastgesteld door de Algemene Ledenvergadering van AZN.

### Disclaimer

Dit document is met uiterste zorg en aandacht tot stand gekomen. Desondanks kunnen er fouten in staan. Indien u fouten ontdekt of andere vragen heeft, neem dan contact op met Jolanda Rigterink, [j.rigterink@ambulancezorg.nl](mailto:j.rigterink@ambulancezorg.nl) of Margreet Hoogeveen, [m.hoogeveen@ambulancezorg.nl](mailto:m.hoogeveen@ambulancezorg.nl).

De informatie, grafieken en afbeeldingen in deze rapportage mogen niet zonder toestemming van AZN worden gebruikt.





# Algemene informatie Sectorkompas

## Inleiding

Jaarlijks levert Ambulancezorg Nederland (AZN) namens de ambulancesector het Sectorkompas op. Het Sectorkompas bevat informatie over ambulancezorg en is gebaseerd op gegevens aangeleverd door de RAV-regio's. Een Regionale Ambulancevoorziening (RAV) is de partij die verantwoordelijk is voor de ambulancezorg in een betreffende regio.

Het Sectorkompas is bedoeld voor iedereen die op zoek is naar meer informatie over de ambulancezorg. Met het vrijgeven van deze gegevens beoogt de sector transparant te zijn over de belangrijkste kerngegevens en de ontwikkelingen en trends van de afgelopen jaren.

De interpretatie van de getoonde trends en onderlinge vergelijkbaarheid van RAV's vragen om de juiste nuance. De acute zorg en daarmee de ambulancezorg zijn continu in ontwikkeling en dit heeft effect op de getoonde gegevens. Ook de COVID-pandemie heeft de cijfers van afgelopen jaren beïnvloed. Daarnaast zijn er diverse andere aandachtspunten die effect hebben op de getoonde trends onderlinge vergelijkbaarheid van RAV's. Zoals geografische kenmerken, de afstand tussen ziekenhuizen en de nabijheid van een PCI/beroertecentrum. Ook nieuwe werkwijzen en verbeteringen rondom registratie beïnvloeden de uitkomsten. Kortom, het meewegen van de geldende context is essentieel voor het trekken van de juiste conclusies.

Het Sectorkompas is opgebouwd uit vier onderdelen. Elk van deze onderdelen komt zowel terug in de Tekstuele toelichting als in het Dashboard.

### A. Kwaliteitskader ambulancezorg

In samenwerking met diverse partijen is in 2018 het landelijk kwaliteitskader ambulancezorg 1.0 ontwikkeld. Het kwaliteitskader ambulancezorg bevat een samenhangende set van 26 inhoudelijke en procesmatige kwaliteitssignalen. In dit onderdeel staan de resultaten van deze kwaliteitssignalen gepresenteerd.

### B. Beschikbaarheid en Bereikbaarheid

Iedereen moet op elk moment van de dag kunnen rekenen op passende ambulancezorg. Streven is dat patiënten de juiste zorg, op de juiste plek en op het juiste moment ontvangen, passend bij de urgentie van de zorgvraag. De mate waarin de ambulancezorg aan deze zorgvraag kan voldoen is onder andere afhankelijk van het aanbod van ambulance-eenheden en de snelheid waarmee een ambulance na de melding bij de patiënt aanwezig is. Oftewel de beschikbaarheid en de bereikbaarheid. Dit onderdeel bevat hierover meer informatie.

### C. Medewerkers

De ambulancesector wil nu en in de toekomst beschikken over voldoende bekwame en gemotiveerde medewerkers. Het blijkt dat door diverse ontwikkelingen er beperkter aanbod is voor een groeiend aantal vacatures, met als gevolg dat tekorten kunnen ontstaan. In dit onderdeel wordt inzicht gegeven in de trends en ontwikkelingen ten aanzien van medewerkers werkzaam in de ambulancezorg. Daarnaast wordt inzicht gegeven in agressie en geweld waar ambulancezorgprofessionals mee te maken hebben.

### D. Patiënten

Dit onderdeel bevat patiëntgerelateerde informatie zoals ziektebeelden en leeftijd. Deze informatie is van belang omdat het effect heeft op de verleende zorg. Het onderdeel patiënten bevat tevens informatie over het aantal klachten dat de RAV's in 2022 hebben geregistreerd.



# Algemene informatie Sectorkompas

## Overzicht Regionale Ambulancevoorzieningen (RAV's)

### RAV

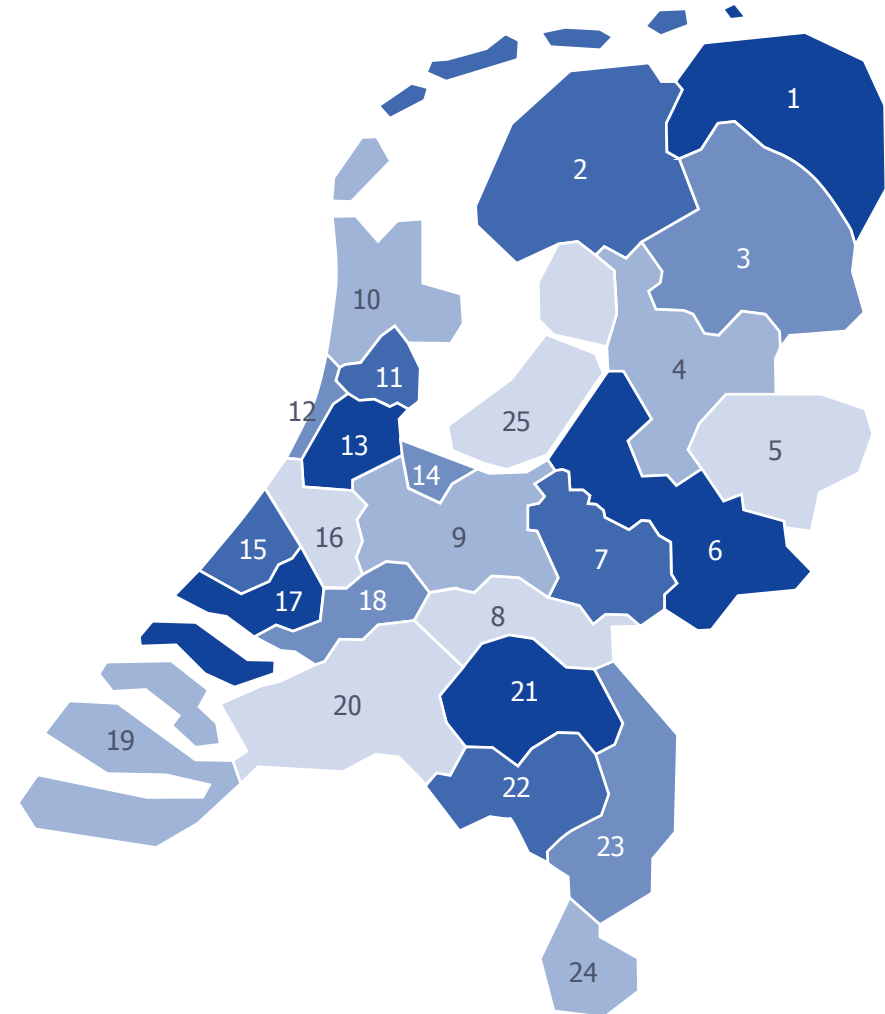
De ambulancezorg in Nederland is regionaal georganiseerd in Regionale Ambulancevoorzieningen (RAV's). De RAV is op grond van de [Wet ambulancezorgvoorzieningen](#) wettelijk aangewezen als de rechtspersoon die ambulancezorg mag verlenen en de meldkamer ambulancezorg in stand moet houden.

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) bepaalt welk [budget](#) elke RAV krijgt om ambulances en personeel beschikbaar te stellen binnen de eigen regio. Het macrobudget voor de ambulancezorg is vastgelegd in de Rijksbegroting, in de begroting van het ministerie van VWS. Het macrokader 2022 bedroeg €785 miljoen.

### RAV-regio's

In 2022 waren er 25 RAV-regio's in Nederland. De indeling in RAV-regio's is gelijk aan die van de Veiligheidsregio's op grond van de [Wet Veiligheidsregio's](#)

- |                                       |                              |
|---------------------------------------|------------------------------|
| 1. Groningen                          | 14. Gooi- en Vechtstreek     |
| 2. Friesland                          | 15. Haaglanden               |
| 3. Drenthe                            | 16. Hollands-Midden          |
| 4. IJsselland                         | 17. Rotterdam-Rijnmond       |
| 5. Twente                             | 18. Zuid-Holland Zuid        |
| 6. Noord- en Oost Gelderland          | 19. Zeeland                  |
| 7. Midden Gelderland                  | 20. Midden-West-Brabant      |
| 8. Gelderland Zuid                    | 21. Brabant Noord            |
| 9. Utrecht                            | 22. Brabant Zuidoost         |
| 10. Noord-Holland Noord               | 23. Noord- en Midden Limburg |
| 11. Zaanstreek-Waterland <sup>1</sup> | 24. Zuid-Limburg             |
| 12. Kennemerland                      | 25. Flevoland                |
| 13. Amsterdam-Amstelland <sup>1</sup> |                              |



1) T/m het Sectorkompas 2018 zijn de gegevens van de RAV's Zaanstreek-Waterland (11) en Amsterdam-Amstelland (13) gecombineerd weergegeven als 11/13 Amsterdam/Waterland. Met ingang van 2019 zijn de gegevens gesplitst. De gesplitste cijfers over de voorgaande jaren van de beide regio's zijn op deze manier aangegeven door de betreffende RAV's (waar nodig in afstemming met het RiVM).



# A. Kwaliteitskader ambulancezorg

## Achtergrond

### 1. Inleiding

In 2018 heeft AZN het landelijk [Kwaliteitskader ambulancezorg 1.0](#) ontwikkeld, in samenwerking met de beroepsvereniging V&VN Ambulancezorg, de Nederlandse Vereniging van Medisch Managers Ambulancezorg, de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, Landelijk Netwerk Acute Zorg, GGD GHOR Nederland, InEen, Zorgverzekeraars Nederland (ZN), Patiëntenfederatie Nederland (PFN) en het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). Het kwaliteitskader is in 2019 door AZN, ZN en PF tripartiet aangeboden aan Zorginstituut Nederland (ZiN) en in maart 2020 opgenomen in het [register van ZiN](#).

### 2. Inhoud kwaliteitskader

#### Pijlers en signalen

Het kwaliteitskader ambulancezorg bevat een samenhangende set inhoudelijke en procesmatige kwaliteitssignalen. Deze zijn gebaseerd op de zeven uitgangspunten van goede ambulancezorg. Deze uitgangspunten zijn uitgebreid beschreven in de [Nota goede ambulancezorg](#), het basiskwaliteitsdocument van de ambulancesector. In [het Kwaliteitskader ambulancezorg](#) zijn deze uitgangspunten vertaald in de volgende pijlers:

1. Beschikbare en bereikbare zorg
2. Patiënt centraal
3. Veilige zorg
4. Professionaliteit
5. Samenwerken
6. Continu verbeteren
7. Basis op orde

Op basis van de uitgangspunten zijn per pijler signalen bepaald die in samenhang iets zeggen over de kwaliteit van de ambulancezorg. Bij het bepalen van de kwaliteitssignalen is gekeken naar het hele proces: van het aannemen en beoordelen van de zorgvraag door de meldkamercentralist ambulancezorg, de zorg aan en het vervoer van de patiënt tot en met de

overdracht van de patiënt aan een andere zorgverlener. Dit heeft geleid tot een set van zowel inhoudelijke als procesmatige kwaliteitssignalen.

Zie pagina 7 voor een overzicht van alle pijlers en bijbehorende signalen.

#### Streefwaarden

De signalen worden voorzien van streefwaarden. Deze geven aan wat de norm voor 'goede ambulancezorg' is. Voor enkele van de eerste dertien meetbare signalen is al een definitieve streefwaarde bepaald. Voor een deel van de signalen is dat op dit moment nog niet mogelijk en daarvoor is een ontwikkeltraject ingericht (zie: implementatie en doorontwikkeling, pagina 8).

Om het leren en verbeteren te bevorderen hanteert de sector in het kwaliteitskader het volgende uitgangspunt. Op basis van de 20% hoogst scorende RAV's, die als best practices zijn te beschouwen, bepalen de RAV's gezamenlijk een voorlopige streefwaarde. In drie jaar tijd wil de sector toegroeien naar definitieve streefwaarden die realistisch en verantwoord zijn. Ook wil de sector in drie jaar komen tot minimale waarden. Dit betekent dat voor de signalen 1-13 in 2023 toegewerkt wordt naar definitieve streefwaarden.



# A. Kwaliteitskader ambulancezorg

## Achtergrond

Het kwaliteitskader ambulancezorg bestaat uit de volgende pijlers en signalen<sup>1</sup>:



### Bereikbare en beschikbare zorg

- Signaal 1a: A1-inzetten responstijdpercentage
- Signaal 1b: A1-inzetten mediane responstijd
- Signaal 2a: A2-inzetten responstijdpercentage
- Signaal 2b: A2-inzetten mediane responstijd
- Signaal 3: B-inzetten: inzetten brengen
- Signaal 4: CVA doorlooptijd A1
- Signaal 5a: STEMI doorlooptijd 45 minuten
- Signaal 5b: STEMI doorlooptijd 60 minuten



### Patiënt centraal

- Signaal 6a: Patiëntervaring spoedeisende ambulancezorg, algemeen
- Signaal 6b: Patiëntervaring spoedeisende ambulancezorg, clusters
- Signaal 6c: Patiëntervaring niet spoedeisende ambulancezorg, algemeen
- Signaal 6d: Patiëntervaring niet spoedeisende ambulancezorg, clusters
- Signaal 7a: Mobiel zorgconsult en opnieuw ambulancezorg binnen 24 uur
- Signaal 7b: Mobiel zorgconsult en opnieuw ambulancezorg binnen 72 uur
- Signaal 14: Patiëntervaring mobiel zorgconsult



### Veilige zorg

- Signaal 8: Infectiepreventie
- Signaal 20: Medische technologie
- Signaal 21: Effectieve inzet verschillende deskundigheden



### Professionaliteit

- Signaal 9: Landelijk assessment
- Signaal 15: Implementatie fundament bekwaamheidsbeleid
- Signaal 10: Ziekteverzuim



### Samenwerken

- Signaal 16a: Ketenpartnertevredenheid
- Signaal 16b: Evaluatie van de spoedzorgketen door de RAV
- Signaal 17: Multitraumapatiënten naar de juiste plek
- Signaal 22: Kwaliteit en interoperabiliteit digitale dossiers
- Signaal 23: Werkdiagnose prehospital sluit aan op diagnose SEH



### Continu verbeteren

- Signaal 11a: Pijnmeting traumapatiënten
- Signaal 11b: Pijnmedicatie traumapatiënten
- Signaal 18: Leveren wetenschappelijke bijdrage
- Signaal 24: Thematisch aandacht voor zorgaspecten



### Basis op orde

- Signaal 12: gecertificeerd kwaliteits- en veiligheidsmanagementsysteem
- Signaal 13: informatiebeveiliging
- Signaal 19: voorbereid op rampen en crises
- Signaal 25: financiële weerbaarheid
- Signaal 26: duurzaamheid (maatschappelijk verantwoord ondernemen)

<sup>1)</sup> De nummering van de signalen is niet volledig opvolgend. Dit is het gevolg van de (door)ontwikkeling van het kwaliteitskader in fasen, waarbij per pijler door de tijd nieuwe signalen zijn toegevoegd.



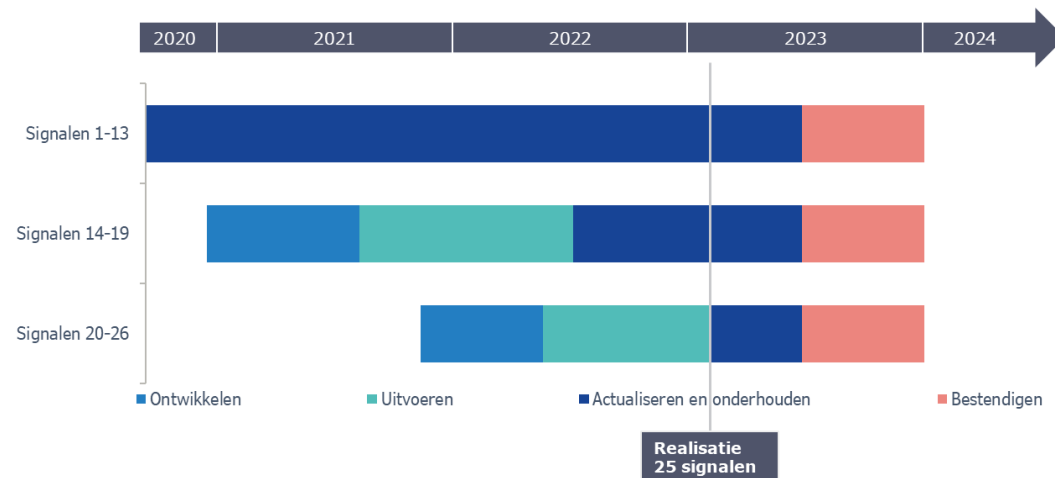
# A. Kwaliteitskader ambulancezorg

Achtergrond

## 3. Implementatie en doorontwikkeling

Sinds 2020 werkt de sector aan de implementatie van het kwaliteitskader ambulancezorg 1.0. In het Kwaliteitskader 1.0 zijn de eerste dertien signalen geoperationaliseerd. Leren en verbeteren staan in dit proces centraal. Het kwaliteitskader 2.0 wordt in 2023 verwacht. Deze versie bevat een volledige set van signalen, definitieve streefwaarden en minimale waarden voor de signalen 1-13 en een nieuw implementatieplan voor de daarop volgende jaren.

De ambulancesector vindt het belangrijk zich transparant en toetsbaar op te stellen. De ambulancezorg vormt een belangrijke schakel in de zorgketen en dient doelmatig en doeltreffend te zijn. Het uitgangspunt daarbij is dat transparantie en toetsbaarheid plaatsvinden in een context waarin ruimte is voor leren en verbeteren. De resultaten dienen daarom ook vanuit het perspectief van leren en verbeteren te worden geïnterpreteerd. Vanuit dit perspectief is ervoor gekozen om waar mogelijk ook in de ontwikkelfase de resultaten van de signalen 14 t/m 26 alvast te presenteren in het Sectorkompas.



### Signalen 1 t/m 13

Voor de signalen 1 t/m 13 is een meetplan vastgesteld. Deze meetplannen zijn op basis van de data 2021 verder aangescherpt. Verder is bij de RAV's aandacht gevraagd voor een goede opvolging van de vastgestelde meetplannen ten behoeve van de vergelijkbaarheid en betrouwbaarheid (zie pagina 9).

### Signalen 14 t/m 19

In 2022 zijn de signalen 15, 16b, 17, 18 en 19 voor het eerst uitgevraagd (zie Sectorkompas 2021). Op basis van analyse van de resultaten 2021 zijn de meetplannen aangescherpt. Voor de signalen 14 (patiëntwaardering bij mobiel zorgconsult) en 16a (ketenpartnertevredenheid) zijn in 2022 meetinstrumenten ontwikkeld. Signaal 14 is in 2022 voor het eerst uitgevraagd, het meetinstrument voor signaal 16a wordt begin 2023 landelijk toegepast.

### Signalen 20 t/m 26

In 2022 zijn de signalen 20 tot en met 26 gerealiseerd. Dit houdt in dat het signaal is geoperationaliseerd en het signaal voor de RAV meetbaar is gemaakt. Bij dit proces zijn stakeholders, ketenpartners en experts uit de sector betrokken. Voor de signalen 20, 21, 22, 23, 25 en 26 is een voorlopig meetplan ontwikkeld. Met deze meetplannen is in de tweede helft van 2022 een veldtest uitgevoerd om de uitvoerbaarheid en vergelijkbaarheid te toetsen. Op basis van de veldtest zijn de meetplannen bijgesteld en afspraken gemaakt over de wijze van registreren en ontsluiten. De eerste meting heeft in 2023 plaatsgevonden. De resultaten en analyse van de resultaten zijn met de data- en kwaliteitsimplementatie experts besproken, waarna sommige RAV's nieuwe/aanvullende data hebben aangeleverd. De eerste resultaten zijn weergegeven in dit Sectorkompas.

Voor de operationalisatie van signaal 24 (thematisch aandacht voor zorgaspecten) is in 2022 een proces ingericht. In 2023 vindt een veldtest plaats, vanaf 2024 wordt het signaal gemeten.





# A. Kwaliteitskader ambulancezorg

Achtergrond

## 4. Vergelijkbaarheid en betrouwbaarheid

De sector heeft ook in 2022 gewerkt aan het analyseren en valideren van de data voor de signalen van het kwaliteitskader. Voor signalen 1 tot en met 19 zijn vervolgstappen gezet om de vergelijkbaarheid en betrouwbaarheid van de data te vergroten. Aandachtspunten die in meer of mindere mate van toepassing zijn op alle 19 signalen betreffen: eenduidige en volledige registratie, uniforme query's en het realiseren van koppelingen tussen datasets. Daarnaast zijn per signaal knelpunten geïdentificeerd en zijn acties uitgezet.

Voor de signalen 20 tot en met 26 zijn op basis van de eerste resultaten eveneens de aandachtspunten geïdentificeerd en verbeteracties afgesproken. De specifieke aandachtspunten zijn, waar relevant, beschreven in het onderdeel 'Verdieping pijlers en signalen'.

### Regionale context

Het Kwaliteitskader ambulancezorg heeft als doel inzicht te geven in de kwaliteit van de ambulancezorg. Een ander doel is om RAV's te stimuleren tot leren en verbeteren. Bij sommige signalen heeft de RAV te maken met externe factoren die de uitkomsten beïnvloeden, waarop de RAV geen invloed heeft. Het betreft regionale context en is met name van toepassing op de tijdsgelateerde signalen CVA (signaal 4) en STEMI (signaal 5). De RAV kan de afstanden tot gespecialiseerde centra niet beïnvloeden, maar deze afstanden zijn wel van invloed op de uitkomsten. Bij de verdieping en rapportage over de signalen 4 en 5 wordt hier uitgebreider aandacht aan besteed (zie pagina 11 en 12).

### Landelijke context

Ook landelijke ontwikkelingen kunnen van invloed zijn op de uitkomsten, zoals de toenemende druk op de acute zorg. In het bijzonder heeft De COVID-pandemie in vele opzichten een impact gehad op ambulancezorgprofessionals en de ambulancezorgverlening, evenals op de randvoorwaarden voor goede ambulancezorg zoals scholing. Ook was er in minder ruimte voor leren van elkaar en verbeteren. In algemene zin heeft dit daarmee ook effect gehad op de

resultaten van het kwaliteitskader. Dit werd met name zichtbaar in de periode 2020-2021, maar werkt bij sommige signalen nog door in 2022.

## 1.5 Leeswijzer

In het Sectorkompas Dashboard staan de resultaten van de signalen gepresenteerd. In het Dashboard wordt bij de presentatie van de resultaten voor de signalen van het kwaliteitskader ambulancezorg in de grafieken gebruik gemaakt van drie categorieën: hoog, midden, laag. Hiervoor worden het 80<sup>e</sup> percentiel (hoog) en 20<sup>e</sup> percentiel (laag) gebruikt.

Bij de signalen waarvoor al een definitieve streefwaarde is vastgesteld, worden de categorieën bepaald op basis van de streefwaarde. Bij de signalen waarvoor nog geen streefwaarde is vastgesteld, worden de categorieën bepaald op basis van de mediaan.

De score hoog, midden en laag dient te worden geïnterpreteerd vanuit kwaliteitsoogpunt; een score hoog betekent dus niet altijd een hoger percentage.



## A. Kwaliteitskader ambulancezorg

Verdieping pijlers en signalen: beschikbare en bereikbare zorg

### 1. Beschikbare en bereikbare zorg

Tijdigheid is één van de aspecten die bijdragen aan de kwaliteit van de ambulancezorg. De ambulancesector vertaalt tijdigheid in verschillende urgenties: A1, A2 en B. De ambulancesector brengt met het kwaliteitskader het aspect tijdigheid op een meer genuanceerde wijze tot uitdrukking, die dienend is aan (de verbetering van) de kwaliteit van ambulancezorg en die toekomstbestendig is.

De pijler beschikbare en bereikbare zorg bestaat uit vijf signalen:

- Signaal 1: A1-inzetten: responstijdpercentage en mediane responstijd (2020)
- Signaal 2: A2-inzetten: responstijdpercentage en mediane responstijd (2020)
- Signaal 3: B-inzetten: inzetten brengen (2020)
- Signaal 4: CVA-doorlooptijd (2020)
- Signaal 5: STEMI-doorlooptijd (2020)

#### **Signaal 1: A1-inzetten – responstijdpercentage en mediane responstijd**

In levensbedreigende situaties, waarbij sprake is van acute bedreiging van vitale functies van de patiënt, of situaties waarin deze bedreiging pas na beoordeling door ambulancezorgprofessionals kan worden uitgesloten, is het van belang dat de ambulance zo snel mogelijk ter plaatse is. Spoedeisende ambulancezorg is een belangrijk onderdeel van de ambulancezorgverlening. Daarom maakt dit signaal onderdeel uit van het kwaliteitskader. Het signaal 'A1-inzetten' bestaat uit het responstijdpercentage (1a) en de mediane responstijd (1b).

#### **Signaal 2: A2-inzetten – responstijdpercentage en mediane responstijd**

In levensbedreigende situaties, waarbij sprake is van acute bedreiging van vitale functies van de patiënt, of situaties waarin deze bedreiging pas na beoordeling door ambulancezorgprofessionals kan worden uitgesloten, is het van belang dat de ambulance zo snel mogelijk ter plaatse is. Spoedeisende ambulancezorg is een belangrijk onderdeel van de ambulancezorgverlening. Daarom maakt dit signaal onderdeel uit van het kwaliteitskader. Het signaal A2-inzetten bestaat uit het responstijdpercentage (2a) en de mediane responstijd (2b).

#### **Signaal 3: B-inzetten – inzetten brengen**

Het signaal 'B-inzetten: inzetten brengen' gaat over niet-spoedeisend ambulancezorg met een tijdsafspraken, bijvoorbeeld voor patiënten die een afspraak in het ziekenhuis hebben voor therapie of behandeling. Het is belangrijk voor deze patiënten dat zij op tijd op hun afspraak zijn. Goede kwaliteit betekent voor de ambulancesector dat ook voor deze groep patiënten de dienstverlening tijdig plaatsvindt. Dit signaal meet het percentage patiënten dat met niet-spoedeisend ambulancezorg binnen de afgesproken tijdspanne (maximaal 30 minuten voorafgaand aan de afspraak) op de plaats van bestemming is gebracht.

Nog steeds hebben vrijwel alle RAV's moeite om de gegevens voor dit signaal te registreren en te ontsluiten. De knelpunten voor de registratie en ontsluiting van de data voor dit signaal, evenals de oplossingsrichtingen, zijn in kaart gebracht en houden verband met de registratie van verschillende gegevens uit dit zorgproces en de koppeling van gegevens. Gezien de ontwikkelstatus van dit signaal is het daardoor nog niet mogelijk resultaten te presenteren.



## A. Kwaliteitskader ambulancezorg

Verdieping pijlers en signalen: beschikbare en bereikbare zorg

### Signaal 4: CVA-doorlooptijd<sup>1</sup>

Het is van groot belang dat een patiënt met een Cerebro Vasculair Accident (CVA) zo snel mogelijk na de eerste tekenen van een CVA in het juiste ziekenhuis is voor adequate behandeling, zoals trombolyse. De tijd die de ambulance nodig heeft om de patiënt naar het juiste ziekenhuis te brengen is bij een CVA van cruciaal belang. Een goede aansluiting op de vervolgketen en het – na overdracht door de ambulancezorg – zo snel mogelijk overnemen van de zorg, is ook van belang. Het gaat immers om ketenzorg.

Dit signaal meet het percentage A1-inzetten<sup>2</sup> waarbij, op grond van tekenen en symptomen passend bij CVA of verdenking CVA, de patiënt mogelijk in aanmerking komt voor trombolyse en/of endovasculaire behandeling en waarbij de patiënt binnen 45 minuten na melding MKA is aangeleverd bij de SEH.

Dit signaal is de eerste stap naar het verbreden tot 'call to needle', in samenwerking met ketenpartners.



⊕ Locatie IAT-centrum

Reistijd naar IAT-centrum per auto (minuten)

< 15

15 - 25

25 - 35

35 - 45

> 45

- 1) IAT staat voor Intra Arteriële Trombectomie.
- 2) De reistijd heeft betrekking op een situatie waarbij er overdag sprake is van een goede doorstroming van het autoverkeer, op een doordeweekse dag. De reistijd per ambulance is in de meeste gevallen korter.
- 3) Bron: SiRM-analyse, juni 2023, o.b.v. de volgende informatie. Reistijden zijn gebaseerd op de reistijdentabel van Geodan, van het middelpunt van een pc4-gebied naar het middelpunt van een ander pc4-gebied. Inwonersaantallen per pc4-gebied zijn gebaseerd op CBS-gegevens. Aan de hand van het inwonersaantal per pc4-gebied en de reistijd per pc4-gebied naar het dichtstbijzijnde IAT-centrum berekenen we, per regio, de gewogen gemiddelde reistijd naar een IAT-centrum.
- 4) Het doel van deze analyse is het bieden van inzicht in de regionale verschillen wat betreft de (gewogen) gemiddelde reistijd naar het dichtstbijzijnde IAT-centrum.

1) Voor een aanvullende toelichting op CVA en STEMI zie pagina 28.

2) Gedurende de ontwikkelfase van het kwaliteitskader wordt onderzocht of ook de doorlooptijd CVA bij A2 meegenomen zou moeten worden in dit signaal. Hiervoor is nader inzicht in de A2-inzetten CVA nodig. Dit gebeurt in het landelijk project Registratie tijdsgelateerde aandoeningen.

3) Kaartjes zijn ter illustratie van de regionale context bij signaal 4 en 5, het is geen exacte onderbouwing van de resultaten bij deze signalen.





## A. Kwaliteitskader ambulancezorg

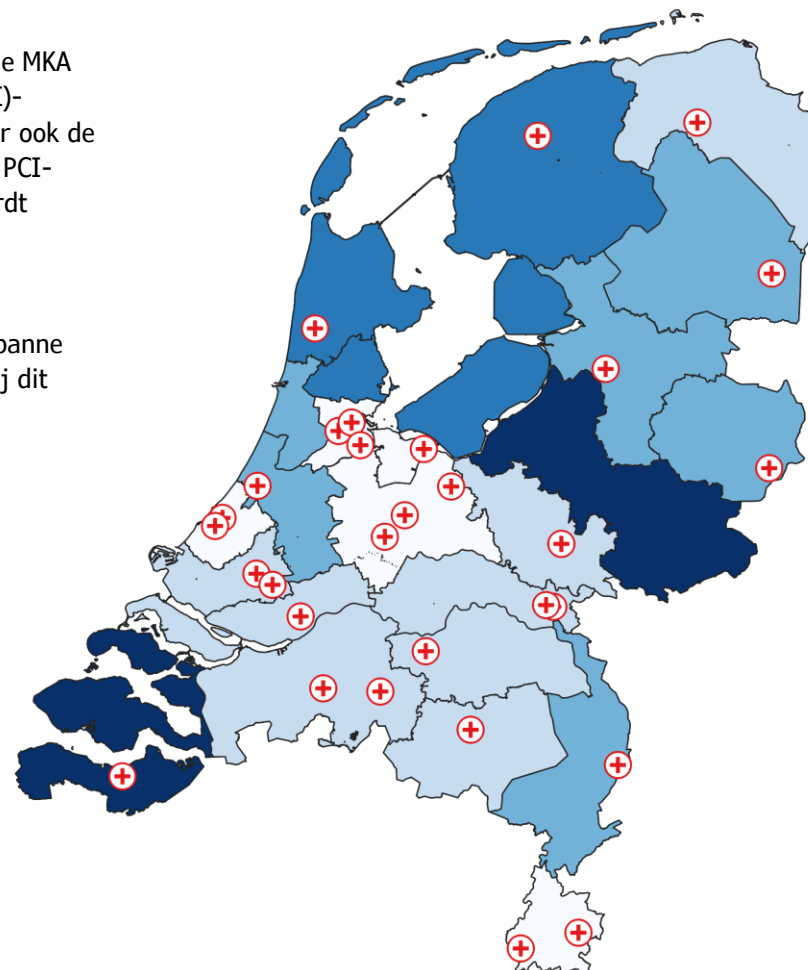
Verdieping pijlers en signalen: beschikbare en bereikbare zorg

### Signaal 5: STEMI-doorlooptijd<sup>1</sup>

Patiënten met een ST-Elevatie Myocard Infarct (STEMI) moeten na melding bij de MKA zo snel mogelijk worden behandeld in een Percutane Coronaire Interventie- (PCI)-centrum. Het PCI-centrum registreert de zogenaamde 'door-to-needle' tijd. Door ook de tijd te meten tussen de melding bij de MKA en het tijdstip van aankomst bij het PCI-centrum ontstaat een vollediger beeld van de snelheid waarmee een patiënt wordt geholpen (de zogenaamde 'onset to balloon time'). Dit is van belang voor de kwaliteitsverbetering binnen de hele keten.

Dit signaal meet het percentage STEMI-patiënten dat binnen een bepaalde tijdspanne vanaf de start van de melding bij de MKA is aangeleverd bij het PCI-centrum. Bij dit signaal worden de percentages voor twee tijdspannes gemeten:

- binnen 45 minuten
- binnen 60 minuten



⊕ Locatie PCI-centrum

Reistijd naar PCI-centrum per auto (minuten)

10 - 14

14 - 18

18 - 22

22 - 26

26 - 30

- 1) PCI staat voor Percutane Coronaire Interventie.
- 2) De reistijd heeft betrekking op een situatie waarbij er overdag sprake is van een goede doorstroming van het autoverkeer, op een doordeweekse dag. De reistijd per ambulance is in de meeste gevallen korter.
- 3) Bron: SIRM-analyse, juni 2023, o.b.v. de volgende informatie. Reistijden zijn gebaseerd op de reistijdentabel van Geodan, van het middelpunt van een pc4-gebied naar het middelpunt van een ander pc4-gebied. Inwonersaantallen per pc4-gebied zijn gebaseerd op CBS-gegevens. Aan de hand van het inwonersaantal per pc4-gebied en de reistijd per pc4-gebied naar het dichtstbijzijnde PCI-centrum berekenen we, per regio, de gewogen gemiddelde reistijd naar een PCI-centrum.
- 4) Het doel van deze analyse is het bieden van inzicht in de regionale verschillen wat betreft de (gewogen) gemiddelde reistijd naar het dichtstbijzijnde PCI-centrum.

1) Voor een aanvullende toelichting op CVA en STEMI zie pagina 28.

2) Kaartjes zijn ter illustratie van de regionale context bij signaal 4 en 5, het is geen exacte onderbouwing van de resultaten bij deze signalen.





## A. Kwaliteitskader ambulancezorg

Verdieping pijlers en signalen: patiënt centraal

### 2. Patiënt centraal

Tijdigheid is een van de aspecten die bijdragen aan de kwaliteit van de ambulancezorg. De ambulancesector vertaalt tijdigheid in verschillende urgenties: A1, A2 en B. De ambulancesector brengt met het kwaliteitskader ambulancezorg het aspect tijdigheid op een meer genuanceerde wijze tot uitdrukking, die dienend is aan (de verbetering van) de kwaliteit van ambulancezorg en die toekomstbestendig is.

De pijler beschikbare en bereikbare zorg bestaat uit drie signalen:

- Signaal 6: Patiëntervaring (niet) spoedeisende ambulancezorg (2019)
- Signaal 7: Mobiel zorgconsult en opnieuw ambulancezorg (2020)
- Signaal 14: Patiëntervaring na mobiel zorgconsult (2021)

#### **Signaal 6: Patiëntervaring (niet) spoedeisende ambulancezorg**

Ervaringen van patiënten met de verleende zorg is belangrijke kwaliteitsinformatie. Patiëntervaringen helpen de RAV om de zorg beter af te stemmen op de verwachtingen die er zijn. Het signaal patiëntwaardering wordt binnen de ambulancezorg gemeten met behulp van de CQ-index voor spoedeisende ambulancezorg en de CQ-index voor niet-spoedeisende ambulancezorg.

Met de beide CQ-indexen worden driejaarlijks de ervaringen van patiënten bij alle RAV's gemeten. Het onderzoek wordt uitgevoerd door het Nivel als onafhankelijke partij.

Door het gelijktijdig uitzetten van de beide vragenlijsten in eenzelfde periode bij alle RAV's, ontstaat een compleet en vergelijkbaar beeld van de kwaliteit van ambulancezorg vanuit cliëntenperspectief. Het onderzoek resulteert in landelijke gemiddelden en een spiegelrapportage op RAV-niveau. Meer informatie over het onderzoek is [hier](#) te vinden.

De kwaliteitsaspecten van de CQI spoedeisende ambulancezorg hebben betrekking op de volgende thema's:

- Meldkamer
- Bejegening
- Handelen
- Communicatie
- Vervoer
- Spoedeisende Hulp (SEH)
- Mobiel zorgconsult

De kwaliteitsaspecten van de CQI niet-spoedeisend ambulancezorg hebben betrekking op vier thema's:

- Vervoer
- Bejegening
- Handelen
- Communicatie Van Het Ambulancepersoneel

Deze vier thema's komen overeen met de thema's van de CQI spoedeisende ambulancezorg. Hierdoor is het mogelijk om de ervaringen van patiënten met de spoedeisende en de niet-spoedeisende ambulancezorg te vergelijken.



## A. Kwaliteitskader ambulancezorg

Verdieping pijlers en signalen: patiënt centraal

### Signaal 7: Mobiel zorgconsult en opnieuw ambulancezorg

Bij een mobiel zorgconsult besluit de ambulancezorgprofessional – na onderzoek, behandeling ter plaatse en zorgadvies – de patiënt thuis te laten. Uit literatuuronderzoek blijkt dat een kleine groep patiënten, waarbij is besloten niet te vervoeren, risico loopt op een verslechtering van het toestandsbeeld waardoor wederom hulp nodig is (herhaalbezoek). Ook blijkt uit onderzoek dat patiënten met ongeplande herhaalbezoeken een grotere kans op complicaties hebben. Een herhaalbezoek door de ambulancezorg hoeft op zich geen indicatie te zijn voor ‘slechtere’ kwaliteit van zorg. Er kan bewust advies gegeven zijn om bij verslechtering van klachten opnieuw contact op te nemen. In het kader van het doel ‘juiste zorg, op het juiste moment, op de juiste plek’, geeft dit signaal de RAV en de ambulancezorgprofessionals inzicht in de (uitkomst van de) verleende zorg ter plaatse en aanknopingspunten voor verbetering.

Dit signaal meet het percentage patiënten dat na een mobiel zorgconsult opnieuw ambulancezorg heeft ontvangen binnen twee tijdsintervallen:

- a. binnen 24 uur en
- b. binnen 72 uur

Er is op dit moment nog weinig inzicht in het aantal en de aard van geplande en ongeplande herhaalbezoeken na mobiel zorgconsult. De sector vindt het belangrijk om hier inzicht in te krijgen. De metingen voor dit signaal in het kwaliteitskader zijn een eerste stap. De komende jaren zullen aanvullende analyses bij dit signaal meer inzicht moeten geven, zodat een verantwoorde en realistische streefwaarde bepaald kan worden. Verschillende RAV's zijn gestart met nadere analyses en onderzoek. Deze richten zich met name op de kenmerken van de herhaalbezoeken. In 2022 is gestart met werksessies waarin de RAV's hun inzichten delen. Het thema ‘mobiel zorgconsult’ maakt ook onderdeel uit van de [landelijke onderzoeksagenda ambulancezorg](#).



### Signaal 14: Patiëntervaring na mobiel zorgconsult

Het mobiel zorgconsult is de afgelopen jaren een belangrijkere vorm van ambulancezorg geworden. Landelijk bestaat nu bijna een derde van alle spoedinzetten uit mobiel zorgconsulten.

Gezien de omvang van de patiëntgroep met een mobiel zorgconsult wil de sector de kwaliteit van zorg voor deze doelgroep beter in beeld krijgen. Hierbij wordt ingegaan op de ervaren kwaliteit van zorg, de mate waarin geleverde zorg voldoet aan de verwachtingen van de patiënt en of de patiënt voldoende wordt geïnformeerd. Een werkgroep vanuit de sector heeft in samenwerking met het Nivel vragen ontwikkeld die inzicht geven in de ervaren kwaliteit van zorg van het mobiel zorgconsult. De vragen zijn toegevoegd aan de CQI Spoedeisende ambulancezorg, onder het thema Mobiel zorgconsult. Het algemene thema ‘mobiel zorgconsult’ omvat de volgende subthema's:

- U hoefde niet mee met de ambulance: heeft het ambulancepersoneel u duidelijk uitgelegd waarom?
- Had u vertrouwen in deze beslissing?
- Had u het gevoel dat u inspraak had bij deze beslissing?
- Heeft u de zorg gekregen die u nodig had?
- Heeft het ambulancepersoneel u informatie gegeven voordat ze vertrokken?
- Wist u door deze informatie waar u op moest letten?
- Heeft het ambulancepersoneel instructies gegeven over wat u(w naasten) konden doen wanneer uw situatie verslechterde?
- Werd(en) u(w naasten) door deze instructies gerustgesteld?



# A. Kwaliteitskader ambulancezorg

Verdieping pijlers en signalen: veilige zorg

## 3. Veilige zorg

Goede ambulancezorg is veilige zorg: gericht op het voorkomen van onveilige situaties en het tot een minimum beperken van schade aan patiënten.

De pijler veilige zorg bestaat uit drie signalen:

- Signaal 8: Infectiepreventie (2020)
- Signaal 20: Medische technologie (2022)
- Signaal 21: Effectieve inzet deskundigheden (2022)

### Signaal 8: Infectiepreventie

De ambulancesector heeft onder begeleiding van de werkgroep Infectiepreventie (WIP) van het RIVM de [Hygiënerichtlijn voor de ambulancezorg opgesteld](#).

Naleving van de hygiënerichtlijn voorkomt onnodige schade aan de patiënt. Het signaal Infectiepreventie richt zich op de implementatie en naleving van de verschillende onderdelen uit de hygiëne-richtlijn: 1) integraal beleid; 2) voorlichting en instructie personeel; 3) protocol en meldprocedure prik-, snij-, bijt- en spatincidenten en 4) vaccinatiestatus.

### Signaal 20: Medische technologie

Ambulances zijn uitgerust met zeer hoogwaardige (medische) technologie. Het is van belang dat deze technologie veilig is, voldoet aan wettelijke vereisten en op een veilige manier gebruikt wordt. Veilige toepassing van medische technologie betekent een veilig product, in handen van een getrainde gebruiker in een omgeving die veilig gebruik kan garanderen. Het signaal maakt inzichtelijk in hoeverre RAV's voldoen aan het [Convenant Veilige toepassing van medische technologie in de medisch specialistische zorg](#)

Het signaal richt zich op de vier onderdelen in het convenant: 1) positie van medische technologie in het kwaliteit- en veiligheidssysteem, 2) invoeringsfase medische technologie, 3) gebruiksfase en 4) afstotingsfase.

Daarbij is van belang dat RAV's compactere organisaties zijn dan ziekenhuizen. Dit betekent dat sommige onderdelen van het convenant niet op iedere RAV van toepassing (kan) zijn, omdat zij bijvoorbeeld niet deelnemen aan klinische studies of het onderhoud door technici hebben uitbesteed. Verder zullen sommige procedures die in het convenant separaat benoemd worden bij RAV's verweven zijn in andere/bredere procedures.

### Signaal 21: Effectieve inzet deskundigheden

Net als veel andere zorginstellingen zijn RAV's bezig met de optimale afstemming van het zorgaanbod op de zorgvraag van de patiënten. Essentie is het voorkomen van (duurdere) zorg, het verplaatsen van zorg (dichter bij mensen thuis) en het vervangen van zorg (door andere zorg zoals eHealth). Ontwikkelingen zoals de verdergaande zorgdifferentiatie van laag- en middencomplexe ambulancezorg is daar een goed voorbeeld van. RAV's komen zo meer tegemoet aan de wensen van de patiënt. Het leveren van de juiste zorg door de juiste zorgverlener kan op verschillende niveaus plaatsvinden. Uitgangspunt daarbij is de zorgvraag van de patiënt. De sector heeft hiervoor het [Raamwerk zorgdifferentiatie](#) opgesteld.

Het meten van hoe effectief RAV's dit doen is uitdagend, omdat daarvoor overeenstemming nodig is over wat effectief is. Bovendien kunnen de verwachtingen t.a.v. effectieve inzet per RAV verschillen, bijvoorbeeld op basis van omvang en/of regionale kenmerken. Als eerste stap wil de sector met dit signaal inzicht geven in de mate waarin RAV's zorgdifferentiatie toepassen en in hoeverre centralisten daarbij worden ondersteund via inzetcriteria. In de toekomst zal dit signaal zich meer richten op het meten van de effectiviteit van ingezette ambulancezorg. Dit is onderdeel van de doorontwikkelagenda voor dit signaal.

Het signaal bestaat uit drie onderdelen: 1) over welke niveaus van ambulances beschikt de RAV (hoog- midden- en laagcomplex), 2) hoe worden deze ambulances ingezet (in % per niveau ten opzichte van het totaal aantal inzetten) 3) beschikt de MKA-centralist over specifieke inzetcriteria per niveau (naast de landelijke inzetcriteria).





# A. Kwaliteitskader ambulancezorg

Verdieping pijlers en signalen: professionaliteit

## 4. Professionaliteit

Goede ambulancezorg wordt verleend door bevoegde en bekwame ambulancezorgprofessionals die handelen volgens de professionele standaard. Professioneel handelen staat aan de basis van de kwaliteit van de zorgverlening aan patiënten.

De pijler beschikbare en bereikbare zorg bestaat uit drie signalen<sup>1</sup>:

- Signaal 10: Ziekteverzuim (2020)
- Signaal 9: Landelijk assessment (2020)
- Signaal 15: Implementatie fundament bekwaamheidsbeleid (2021)

### Signaal 10: Ziekteverzuim

De ambulancesector wil een aantrekkelijke werkgever zijn die ruimte geeft aan medewerkers en hun professionele ontplooiing. Uitval van medewerkers zet de ruimte voor professionele ontplooiing binnen een organisatie onder druk. Een hoog ziekteverzuim kan tevens iets zeggen over de arbeidsomstandigheden voor medewerkers. Ziekteverzuim is gepositioneerd onder de pijler Professionaliteit omdat het iets zegt over de mate waarin een RAV in staat is om te voorkomen dat medewerkers meer dan verwacht uitvallen en daarmee de professionaliteit van de dienstverlening onder druk zetten.

### Signaal 9: Landelijk assessment

Op RAV-niveau worden periodiek de deskundigheid en bekwaamheid van ambulancezorgprofessionals getoetst. Een sectorale afspraak is dat een keer per vijf jaar alle ambulancezorgprofessionals individueel worden getoetst aan het landelijke assessment ambulancezorg of een vergelijkbare gevalideerde bekwaamheidstoets. De uitkomsten van dit assessment helpen de RAV en professionals om met elkaar het gesprek aan te gaan over bekwaamheid. Ook helpt het landelijk assessment om breder binnen de RAV de kwaliteit van het professioneel handelen te verbeteren. Het landelijk assessment is slechts één onderdeel van het sectorale bekwaamheidsbeleid. De andere elementen komen bij signaal 15 (implementatie fundament bekwaamheidsbeleid) aan bod.

1) Signaal 9 en 10 zijn in volgorde omgedraaid, omdat zowel signaal 9 als signaal 15 betrekking hebben op het fundament bekwaamheidsbeleid.



### Signaal 15: Implementatie fundament bekwaamheidsbeleid

Bekwaamheid vormt een belangrijk onderdeel van professionaliteit van de ambulancezorgprofessionals en daarmee van de kwaliteit van de verleende zorg. Bekwaamheid bestaat uit verschillende facetten. Ambulancezorgprofessionals hebben een eigen verantwoordelijkheid voor (behoud van) hun bekwaamheid. Maar ook de MMA en de RAV-directie hebben hierin verantwoordelijkheden.

In het [Fundament voor bekwaamheidsbeleid voor ambulanceverpleegkundigen](#) en in het [Fundament voor bekwaamheidsbeleid verpleegkundig centralist meldkamer ambulancezorg](#) heeft de sector de beschreven uit welke onderdelen het bekwaamheidsbeleid van de RAV dient te bestaan. De concrete invulling van het bekwaamheidsbeleid is aan de RAV.





## A. Kwaliteitskader ambulancezorg

Verdieping pijlers en signalen: professionaliteit

Het signaal 'implementatie Fundament bekwaamheidsbeleid' geeft inzicht in de mate waarin de RAV het Fundament bekwaamheidsbeleid voor ambulanceverpleegkundigen en het Fundament bekwaamheidsbeleid voor verpleegkundig centralisten MKA heeft geïmplementeerd. Het signaal wordt op dit moment gemeten op twee onderdelen als pijlers voor de bekwaamheid van ambulancezorgprofessionals<sup>1</sup> :

a. Scholing

Het onderdeel 'scholing' van het signaal 'implementatie fundament bekwaamheidsbeleid' meet het percentage ambulancezorgprofessionals dat voldoet aan de landelijk gestelde scholingsnorm voor de beroepsgroep<sup>2</sup>. Conform het huidige fundament bekwaamheidsbeleid betreft dat ambulanceverpleegkundigen en verpleegkundig centralisten MKA.

b. Rit-/meldingsevaluatie

Het onderdeel 'rit- en meldingsevaluatie' van het signaal 'implementatie fundament bekwaamheidsbeleid' meet het percentage ambulancezorgprofessionals waarmee in het meetjaar respectievelijk ten minste 3 rit- of meldingsevaluaties zijn uitgevoerd.

1) Een nieuw Fundament bekwaamheidsbeleid is ontwikkeling. Na vaststelling van het nieuwe fundament (naar verwachting medio 2023) wordt dit signaal verder ontwikkeld.

2) Uitgangspunt voor dit signaal is de landelijke scholingsnorm conform de Beroepsnorm deskundigheidsbevordering verpleegkundigen.=





## A. Kwaliteitskader ambulancezorg

Verdieping pijlers en signalen: samenwerken

### 5. Samenwerken

De RAV streeft er naar om samen met (regionale) ketenpartners en patiënten (vertegenwoordigers) de juiste zorg op het juiste moment op de juiste plek aan te bieden. Achter elk signaal in het kwaliteitskader zitten aspecten die iets zeggen over deze samenwerking tussen de RAV en haar partners.

De pijler samenwerken bestaat uit vier signalen:

- Signaal 16: Ketenpartnertevredenheid (2023)
- Signaal 17: Multitraumapatiënten naar juiste plek (2021)
- Signaal 22: Kwaliteit en interoperabiliteit digitale dossiers (2022)
- Signaal 23: Werkdiagnose prehospital sluit aan op diagnose SEH (2022)

Het kwaliteitskader ambulancezorg sluit nauw aan op het [Kwaliteitskader spoedzorgketen](#).

#### Signaal 16: Ketenpartnertevredenheid

Voor het bieden van de juiste zorg, op het juiste moment, op de juiste plek, is goede samenwerking binnen de keten essentieel, bijvoorbeeld door het over en weer bespreken van casuïstiek. Om de kwaliteit van de ambulancezorg en de kwaliteit van de samenwerking te kunnen blijven verbeteren is het van belang te meten hoe ketenpartners de samenwerking met de ambulancezorg ervaren.

Het signaal 'ketenpartnertevredenheid' wordt gemeten via twee onderdelen:

- a. Meting ketenpartnertevredenheid
- b. Evaluatie van de spoedzorgketen door de RAV

Voor het meten van de ketenpartnertevredenheid (a) is in 2022 een landelijk uniform meetinstrument ontwikkeld, in samenwerking met onderzoeksbureau Newcom Research en Consultancy. De eerste landelijke meting vindt begin 2023 plaats. De resultaten van deze meting worden in het Sectorkompas 2024 gepubliceerd.

Om de onderlinge samenwerking en de verleende zorg te verbeteren is structurele evaluatie met ketenpartners essentieel. Evaluatie van de verleende zorg kan op verschillende niveaus plaatsvinden. In het onderdeel 'evaluatie van de spoedzorgketen door RAV' (b) geven de RAV's op drie onderdelen aan of en op welke wijze zij evalueren met ketenpartners, zoals beschreven in het Kwaliteitskader spoedzorgketen:

- Evaluatie met ketenpartners op basis van concrete casuïstiek<sup>1</sup>
- Evaluatie van de regionale spoedzorgketen op basis van proces- en uitkomstindicatoren
- Constructieve deelname ROAZ-overleg.

#### Signaal 17: Multitraumapatiënten naar juiste plek

De kwaliteit van traumazorg is ingebed in de keten van spoedeisende zorgverlening. In Nederland zijn er elf traumazorgregio's met ieder één ziekenhuis met een aanwijzing als traumacentrum 5. Multitraumapatiënten dienen zo snel mogelijk naar het juiste level traumacentrum gebracht te worden. De ambulancezorg speelt hierbij een belangrijke rol als het gaat om de triage, de inzet van een ambulance, MMT of traumahelikopter en de overdracht van de patiënt aan het traumacentrum. Inhoudelijke evaluatie van de zorg voor multitraumapatiënten in ROAZ-verband draagt bij aan concrete verbeteringen van de zorg.

Dit signaal maakt op structuur- en procesniveau inzichtelijk op welke wijze RAV's in hun regio bijdragen aan adequate zorg voor multitrauma patiënten. Het signaal bestaat uit twee onderdelen:

- a. Evalueren functioneren acute zorgketen
- b. Protocol multitrauma

1) Bij de doorontwikkeling van dit signaal zal worden bekeken of het mogelijk is om ook op uitkomstniveau te meten. Hierbij is een belangrijk aandachtspunt dat de ISS score achteraf in het traumacentrum bepaald wordt.



## A. Kwaliteitskader ambulancezorg

Verdieping pijlers en signalen: samenwerken

### Signaal 22: Kwaliteit en interoperabiliteit digitale dossiers

Beschikbaarheid van actuele gegevens van de patiënt tijdens iedere schakel in de spoedzorgketen is essentieel en onmisbaar om kwalitatief hoogstaande spoedzorg te kunnen leveren. In de acute zorgketen zijn in korte tijd vaak meerdere en verschillende zorgaanbieders bij de zorg betrokken en gaat het om voor hen onbekende patiënten. In een groot en toenemend aantal gevallen gaat het om patiënten met complexe aandoeningen. Door het implementeren van de verschillende berichten, uit de [Richtlijn gegevensuitwisseling acute zorg](#) en op basis waarvan Nictiz een interoperabele<sup>1</sup> informatiestandaard heeft ontwikkeld, kunnen verpleegkundig centralisten MKA, ambulancezorgprofessionals, huisartsen en huisartsenposten snel en betrouwbaar gegevens overdragen aan de collega-zorgverleners in de acute zorgketen (bijv. zorgverleners op de SEH). Daarnaast kunnen zij de actuele medische gegevens die nodig zijn voor de behandeling van de patiënt elektronisch met elkaar delen.

Dit signaal geeft inzicht in de implementatiestatus en het gebruik van het digitaal uitwisselen van gegevens met ketenpartners (via zogeheten berichten) vanuit het perspectief van de RAV. Het gaat om 16 van de 22 berichten die in de richtlijn gegevensuitwisseling worden genoemd, waarbij de RAV (ambulance of de meldkamer ambulancezorg) een rol speelt. Voor elk van deze 16 berichten meet het signaal de volgende aspecten:

- Technische en procesmatige implementatie RAV
- Technische implementatie bij relevante ketenpartners
- Daadwerkelijk gebruik/toepassing

NB: Voor een aantal berichten geldt dat technische implementatie door RAV's in 2022 nog niet mogelijk was, omdat hiervoor op landelijk niveau randvoorwaarden georganiseerd moeten worden. Het gaat om berichten 1-5, 7, 13 en 22. Voor deze berichten leveren RAV's tot nadere berichtgeving nog geen gegevens aan. Berichten 12 en 21 zijn wel onderdeel van de gegevensuitvraag, zodat de uitkomsten van de koploperprojecten uit het programma [Met Spoed beschikbaar](#) gevolgd kunnen worden.

### Signaal 23: Werkdiagnose prehospital sluit aan op diagnose SEH

Dit signaal gaat over het gebruik van het feedbackbericht vanuit de SEH ten behoeve van het leren en verbeteren van het stellen van de juiste werkdiagnose door de ambulancezorgprofessionals. Het feedbackbericht is onderdeel van de richtlijn gegevensuitwisseling en is verankerd in de [Wet ambulancezorgvoorzieningen](#)<sup>2</sup>.

Het signaal meet het gebruik van het feedbackbericht en niet de daadwerkelijke match, omdat voor het bepalen van de match eerst nog besluiten moeten worden genomen zoals op welk niveau een match wenselijk is, in hoeverre dat mogelijk is vanwege het verschil in terminologie tussen ambulance en SEH en hoe je omgaat met het feit dat overtriage voor sommige aandoeningen wenselijk is vanuit de ambulance. Dit is daarom opgenomen als aandachtspunt voor de doorontwikkeling van dit signaal. Het doel van het feedbackbericht binnen de RAV is met name kwaliteitsverbetering, op individueel niveau (ambulancezorgprofessional) en – op termijn – op RAV-niveau (leereffect door patroonherkenning).

Dit signaal meet bij hoeveel procent van de patiënten die zijn afgeleverd bij de SEH de RAV een feedbackbericht heeft ontvangen.

1) Het eenduidig vastleggen en delen van informatie.

2) [Memorie van toelichting](#) wetsvoorstel Wet ambulancevoorzieningen – artikel 10



# A. Kwaliteitskader ambulancezorg

Verdieping pijlers en signalen: continu verbeteren

## 6. Continu verbeteren

De kwaliteit van de ambulancezorg dient door de RAV aantoonbaar systematisch bewaakt en waar nodig verbeterd te worden. Door systematisch aandacht te besteden aan de uitvoering en uitkomsten van de ambulancezorgverlening, ontstaat een cyclus van continu leren en verbeteren voor ambulancezorgprofessionals en voor de RAV.

De pijler samenwerken bestaat uit drie signalen:

- Signaal 11: Pijnmeting traumapatiënten (2020)
- Signaal 18: Leveren wetenschappelijke bijdrage (2021)
- Signaal 24: Thematisch aandacht voor zorgaspecten (2024)

### Signaal 11: Pijnmeting traumapatiënten

Adequate pijnbestrijding is een belangrijk aspect van goede zorg. Het meten van de pijnintensiteit is een voorwaarde voor adequate pijnbestrijding. In het Landelijk protocol ambulancezorg (LPA) zijn afspraken gemaakt over de wijze van pijnmeting en waarden waarop pijnstilling wordt gegeven. Door systematisch aandacht te besteden aan de uitvoering en uitkomsten van (aspecten van) de ambulancezorgverlening, kan deze waar nodig bijgesteld worden, op individueel (patiënten)niveau en op RAV-niveau.

Het signaal 'Pijnmeting en –medicatie' bestaat uit twee onderdelen:

- a. Pijnmeting bij traumapatiënten  
Het signaal 'pijnmeting bij traumapatiënten' meet het percentage traumapatiënten bij wie de pijnintensiteit bij aankomst van de ambulance is gemeten met een (verbale) NRS, gezichtjesschaal of VRS-4.
- b. Pijnmedicatie bij traumapatiënten  
Percentage traumapatiënten met een waarde van 4 of hoger op de NRS of gezichtjesschaal of een waarde 'matige of ernstige pijn' op de VRS-4 en die pijnstilling hebben gekregen.



### Signaal 18: Leveren wetenschappelijke bijdrage

Wetenschappelijk onderzoek in de ambulancezorg is essentieel om de kwaliteit van ambulancezorg te verbeteren en verder te professionaliseren. [De Landelijke onderzoeksagenda ambulancezorg](#) geeft richting aan het onderzoek binnen de sector.

Naast onderzoeksthema's bevat de onderzoeksagenda implementatiedoelstellingen:

- Kennis ontwikkelen: onderzoek op de gekozen thema's opzetten en uitvoeren.
- Samenwerken: samen onderzoek uitvoeren en structureel samenwerken met onderzoeksinstituten en kennispartners.
- Kennis delen: elkaar structureel informeren over zowel lopende onderzoeken binnen de ambulancezorg als de resultaten daarvan. Bijvoorbeeld via intranet, website en bijeenkomsten.
- Verbeteren: onderzoeksresultaten implementeren binnen ambulancesector.
- Borgen: structuur voor research & development inrichten en een structureel budget voor onderzoek vrijmaken.

Signaal 18 meet de mate waarin de RAV de implementatiedoelstellingen heeft gerealiseerd.



## A. Kwaliteitskader ambulancezorg

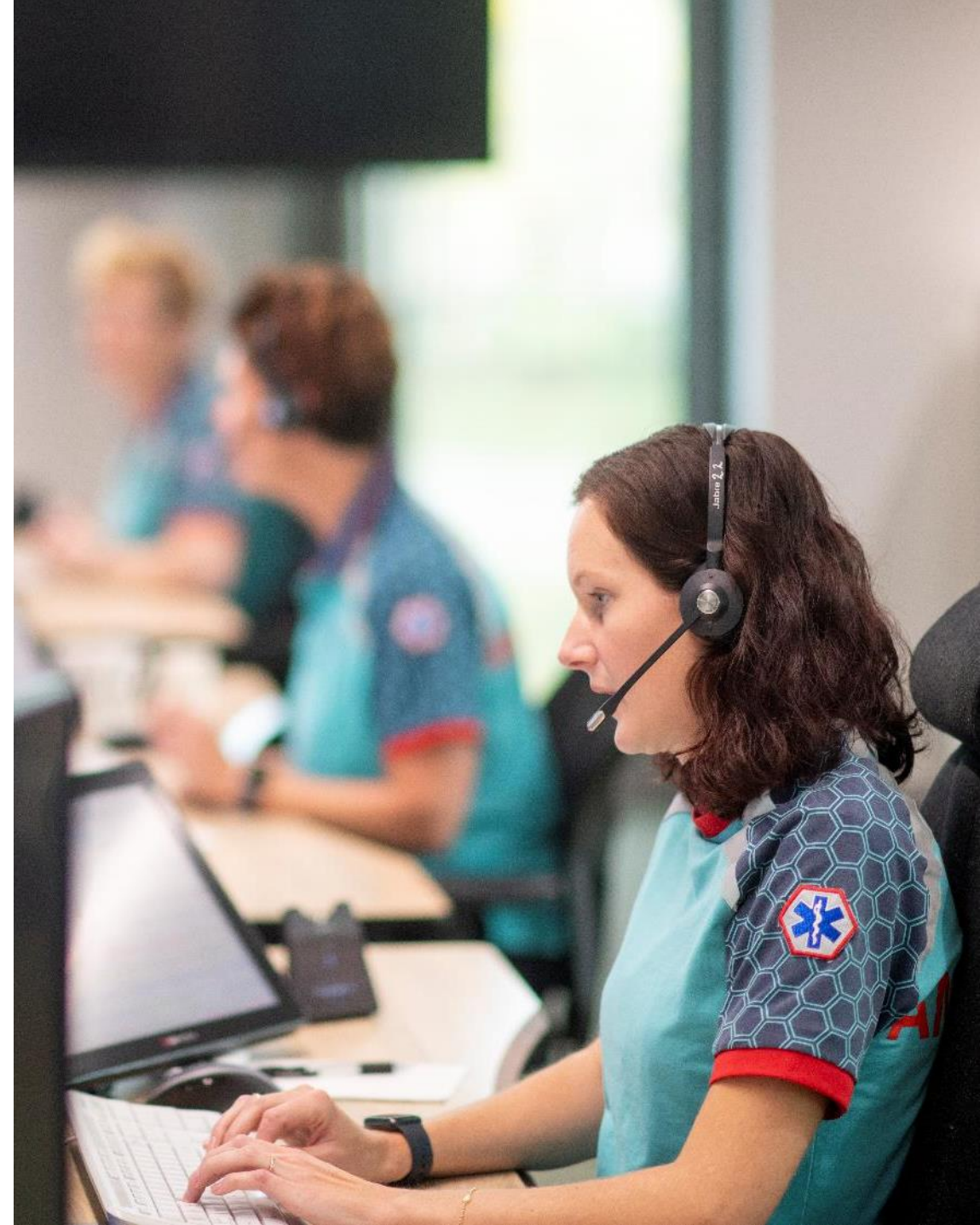
Verdieping pijlers en signalen: continu verbeteren

### Signaal 24: Thematisch aandacht voor zorgaspecten

Bij dit signaal wordt er periodiek gezamenlijk een zorgthema gekozen. Om tot een thema en bijbehorende meetpunten te komen is een proces ingericht, waarbij de nadruk ligt op draagvlak en betrokkenheid van de ambulancezorgprofessionals. Criteria voor de selectie van een thema binnen dit signaal zijn:

- Het is een actueel thema dat breed leeft onder ambulancezorgprofessionals
- Er is veel ruimte voor verbetering en heeft bepaalde urgentie voor reflectie
- Het thema is gericht op het primair zorgproces (specifieke aandoening, patiëntengroep of zorghandeling)
- Het thema komt niet terug in andere signalen of betreft een verdieping.

Op basis van input uit de RAV's (in afstemming met professionals) aan de hand van de criteria, is het thema 'mobiel zorgconsult' geselecteerd. Het thema richt zich op twee onderdelen: informatievoorziening aan patiënten en informatieoverdracht aan ketenpartners. Met inhoudelijke experts in een concept-meetplan voor dit signaal uitgewerkt. In de tweede helft van 2023 vindt met dit meetplan een veldtest plaats.





# A. Kwaliteitskader ambulancezorg

Verdieping pijlers en signalen: basis op orde

## 7. Basis op orde

Goed zorgbestuur betekent dat een aantal basale zaken op orde dient te zijn voor elke RAV. Pas als de basis op orde is, is er ook ruimte om de kwaliteit te kunnen verbeteren. De RAV werkt binnen de kaders van goed bestuur zoals deze vastliggen in verschillende wetten en stelt zich open, transparant en toetsbaar op.

De pijler Continu verbeteren bestaat uit 5 signalen

- Signaal 12: Gecertificeerd kwaliteits- en veiligheidsmanagementsysteem (2020)
- Signaal 13: Informatiebeveiliging (2020)
- Signaal 19: Voorbereid op rampen en crises (2021)
- Signaal 25: Financiële weerbaarheid (2024)<sup>1</sup>
- Signaal 26: Duurzaamheid (maatschappelijk verantwoord ondernemen) (2022)

### Signaal 12: Gecertificeerd kwaliteits- en veiligheidsmanagementsysteem

Een goed functionerend kwaliteits- en veiligheidsmanagementsysteem vormt een belangrijke basis voor de borging en continue verbetering van kwaliteit van de ambulancezorgverlening.

Door middel van externe beoordeling en certificering van het kwaliteits- en veiligheidsmanagementsysteem wordt voor externe partijen inzichtelijk dat de RAV aan kwaliteitseisen voldoet.

### Signaal 13: Informatiebeveiliging

Het veilig verwerken van informatie wordt steeds belangrijker. Het is een sectorale afspraak dat de RAV NEN 7510-gecertificeerd is en de norm heeft geïmplementeerd. De certificatie van RAV's op de NEN 7510 laat zien dat de sector het thema belangrijk vindt en haar verantwoordelijkheid neemt.

### Signaal 19: Voorbereid op rampen en crises

RAV's, ziekenhuizen, GGD GHOR en huisartsenposten bereiden zich gezamenlijk voor op rampen en crises. Met het programma Crisisbeheersing en OTO (Opleiden, Trainen en

Oefenen) wordt de kennis en expertise van hulpverleners verder ontwikkeld. Het OTO beschrijft de verantwoordelijkheden van de verschillende gremia op landelijk en regionaal niveau.

Het signaal 'voorbereid op crises en rampen' geeft een indicatie van de mate waarin RAV's voorbereid zijn op rampen en crises. Het signaal bestaat uit zeven thema's (structuurniveau) met betrekking tot de crisisorganisatie en organisatie van OTO-activiteiten van de RAV:

- Crisisorganisatie
- Organisatie van OTO-activiteiten
- Gebruik landelijke module ambulancebijstand
- Gewondenspreidingsplan
- Bekendheid GGB-structuur
- Convenant/werkafspraken SIS en
- Calamiteitenvoertuig

### Signaal 25: Financiële weerbaarheid

Resultaten worden dit jaar nog niet gepresenteerd.

1) Signaal 25 is nog in ontwikkeling.



## A. Kwaliteitskader ambulancezorg

Verdieping pijlers en signalen: basis op orde

### Signaal 26: Duurzaamheid (maatschappelijk verantwoord ondernemen)

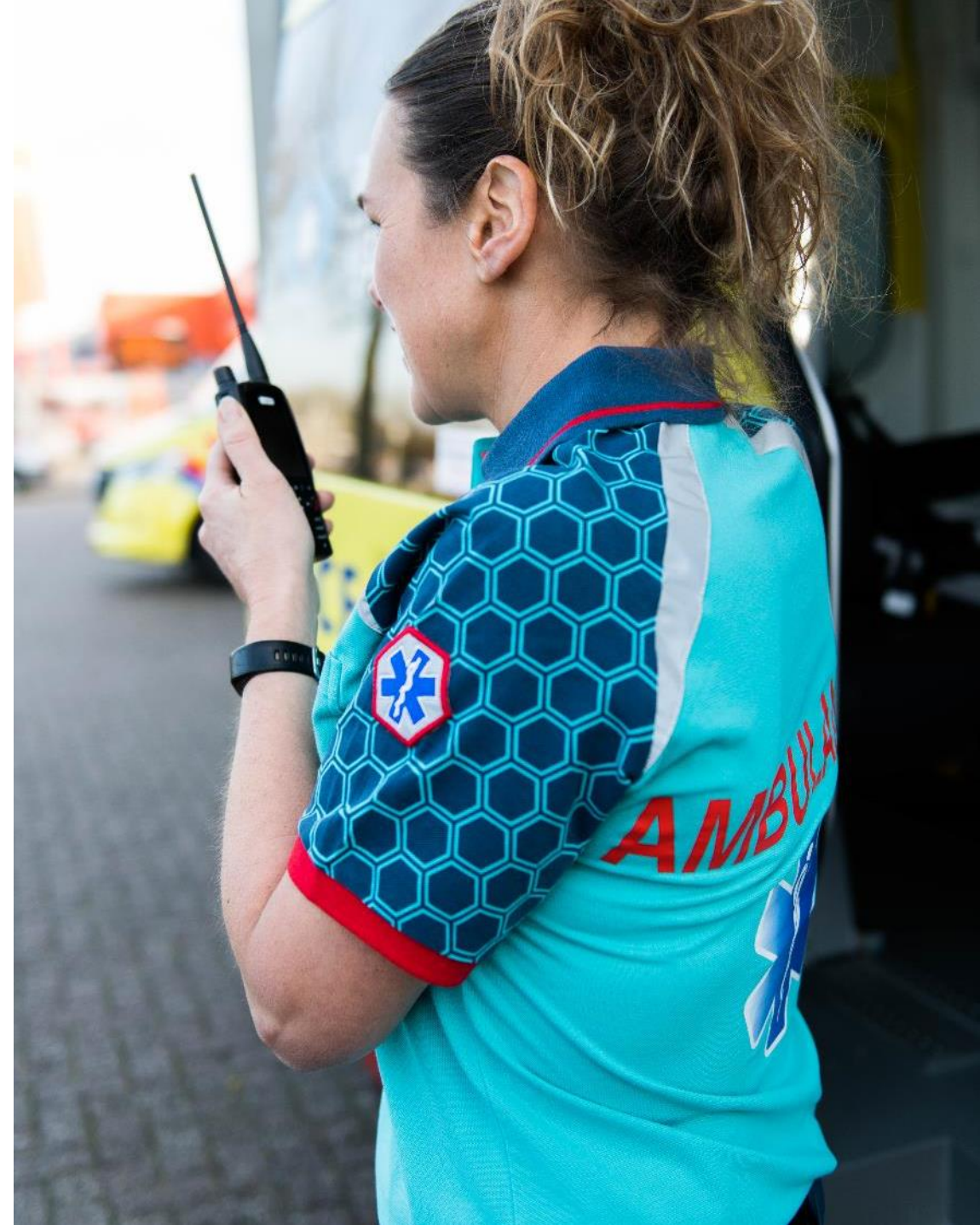
Het leveren van kwaliteit van zorg moet ook aansluiten op maatschappelijk verantwoord ondernemen. Het gaat hierbij om de duurzaamheid van mensen, middelen en technologie, zodat de ambulancesector ook in de toekomst goede kwaliteit van zorg kan blijven leveren. Om deze reden is het signaal "Maatschappelijk verantwoord ondernemen" onderdeel van het kwaliteitskader ambulancezorg.

Er is in 2022 nog geen sectorale visie MVO. Met uitzondering van enkele RAV's zijn er op RAV-niveau ook geen MVO-visies uitgewerkt. Wel zijn veel RAV's bezig met initiatieven met betrekking tot MVO. Om die reden richt het signaal zich in de eerste meetjaren op:

- De ontwikkeling van een MVO-visie door de RAV, en
- Concrete initiatieven, projecten of werkwijzen waarmee RAV's MVO bevorderen.

Om de projecten en initiatieven te inventariseren maken we gebruik van het 3M model, veelgebruikt bij het opstellen van een visie op MVO:

- *Mens* gaat over iedereen die bij de RAV's werkt, gewerkt heeft of zal gaan werken
- *Maatschappij* gaat over de Nederlandse maatschappij
- *Milieu* gaat over het milieu, klimaat en onze leefomgeving



## B. Beschikbaarheid & bereikbaarheid

### Achtergrond

Iedereen moet op elk moment van de dag kunnen rekenen op ambulancezorg als die nodig is. Streven is dat patiënten de juiste zorg, op de juiste plek en op het juiste moment ontvangen, passend bij de urgentie van de zorgvraag. De mate waarin de ambulancezorg aan deze zorgvraag kan voldoen is onder andere afhankelijk van het aanbod van ambulance-eenheden en de snelheid waarmee een ambulance na de melding bij de patiënt aanwezig kan zijn. Oftewel de beschikbaarheid en de bereikbaarheid.

#### Beschikbaarheid

De beschikbaarheid van de ambulancezorg is allereerst zichtbaar in de ambulancecapaciteit die elke RAV inzet. Beschikbaarheid vertaalt zich in het Sectorkompas vervolgens naar het aantal ambulance-inzetten dat in 2022 is uitgevoerd. Hiervoor maakt de sector gebruik van verschillende indelingen<sup>1</sup>. Er is een onderscheid tussen spoedeisende en niet-spoedeisende ambulancezorg.

Bij spoedeisende zorgvragen moet de ambulance zo spoedig mogelijk ter plaatse zijn. De intentie is zorg te verlenen en, indien noodzakelijk, de patiënt te vervoeren. De ambulance rijdt met A1- of A2-urgentie.

Niet-spoedeisende ambulancezorg betreft zorg door een ambulancezorgprofessional aan een patiënt op het woon- of verblijfadres of vervoer met zorg van een patiënt tussen het woon- of verblijfadres of de incident-locatie en een zorginstelling voor diagnostiek, behandeling, opname of ontslag. De ambulance rijdt met B-urgentie en meestal is het mogelijk afspraken over het tijdstip van halen of brengen te maken.

#### Bereikbaarheid

In het Sectorkompas wordt de bereikbaarheid toegelicht aan de hand van de totale duur van een A1 of A2 inzet, onderverdeeld in een aantal tijdsintervallen. De weergave van de tijdigheid in dit document sluit aan op het [Kwaliteitskader ambulancezorg](#) en de [Wet Ambulancezorgvoorzieningen](#) (Wazv).

1) In 2023 wordt er binnen de ambulancesector een [nieuwe urgentie-indeling](#) geïmplementeerd.







## B. Beschikbaarheid & bereikbaarheid

### Beschikbaarheid

Beschikbaarheid gaat over het beschikbare aanbod van ambulance-eenheden conform het dienstrooster in de RAV-regio waarover een centralist van de meldkamer ambulancezorg gedurende een bepaald tijdvak kan beschikken.

Het beschikbare aanbod wordt ingezet naar aanleiding van een concrete zorgvraag voor ambulancezorg, met en zonder spoed (inzetten met A- en B-urgentie). De beschikbaarheid van ambulancezorg is een van de belangrijkste kenmerken van de ambulancezorg. Iedereen moet op elk moment van de dag kunnen rekenen op ambulancezorg als die nodig is.

Daarom staat deze beschikbaarheid (de capaciteit) centraal in de bekostiging van ambulancezorg. Hiervoor [berekent het RIVM](#) jaarlijks hoeveel ambulancecapaciteit in Nederland nodig zijn. Het daadwerkelijke aantal inzetten en de werkelijke ritduur (de productie) zijn bepalend voor die benodigde capaciteit. Deze productie staat centraal in dit Sectorkompas. De beschikbaarheid wordt ingevuld door verschillende soorten diensten (parate dienst, aanwezigheidsdienst en bereikbaarheidsdienst).

In het Sectorkompas Dashboard is het aantal ambulance-inzetten vanuit verschillende perspectieven weergegeven.

#### • Urgentie

##### **A1-inzet**

Een spoedeisende inzet in opdracht van de centralist van de MKA bij een acute bedreiging van de vitale functies van de patiënt of in het geval dat dit gevaar pas na beoordeling door de ambulance-eenheid ter plaatse kan worden uitgesloten. De ambulance-eenheid dient zo snel mogelijk ter plaatse te zijn. De ambulance maakt gebruik van optische en geluidssignalen

##### **A2-inzet**

Een inzet in opdracht van de centralist van de MKA naar aanleiding van een zorgvraag waaruit blijkt dat er geen sprake is van direct levensgevaar, maar waarbij de centralist heeft vastgesteld dat er wel sprake kan zijn van (ernstige) gezondheidsschade en de ambulance-eenheid zo snel mogelijk ter plaatse dient te zijn. De ambulancezorg kan hierbij, onder bepaalde voorwaarden, gebruik maken van optische en geluidssignalen (conform de 'Brancherichtlijn Optische en Geluidssignalen').

##### **B-inzet**

Een B-inzet is een inzet in opdracht van de centralist van de meldkamer ambulancezorg naar aanleiding van een zorgvraag zonder A1- of A2-urgentie, waarbij een tijdstip of tijdblok (tijdvak) is afgesproken voor het halen of brengen.

#### • Soort inzet

##### **Inzet declarabel**

Een inzet waarbij een patiënt wordt vervoerd en die voldoet aan de criteria op basis waarvan de inzet kan worden gedeclareerd bij de zorgverzekeraar.

##### **Mobiel zorgconsult**

Een mobiel zorgconsult is een inzet die wordt uitgevoerd met de intentie tot zorgverlening, waarbij ter plaatse na onderzoek van de patiënt de noodzaak tot vervoer niet gebleken is. Er is altijd sprake van contact met een patiënt. (voorheen: Eerste Hulp Geen Vervoer).

##### **Inzet afgebroken**

Een inzet die wordt uitgevoerd met de intentie tot zorgverlening, waarbij tijdens het aanrijden en voordat de ambulance arriveert op de locatie waar de patiënt zich bevindt, de centralist van de meldkamer ambulancezorg de inzet afbreekt. In geval van pech of een ongeluk met de ambulance, kan de ambulance-eenheid de inzet afbreken.

##### **Loze inzet**

Een inzet die wordt uitgevoerd met de intentie tot zorgverlening, waarbij na aankomst op de (veronderstelde) locatie van de patiënt blijkt dat er geen noodzaak voor zorgverlening (meer) aanwezig is, de patiënt niet aanwezig is of dat het benodigde zorgniveau niet overeenkomt met de gestelde zorgvraag. Een inzet kan pas een inzet loos blijken te zijn nadat de ambulance-eenheid is gearriveerd op de plaats waar de patiënt zou moeten bevinden.

## B. Beschikbaarheid & bereikbaarheid

### Beschikbaarheid

- **Bovenregionaal**

**Regionale inzet**

Inzetten in de eigen RAV-regio.

**Bovenregionale of internationale inzet**

Inzetten van RAV's buiten hun eigen regio. Dus in andere regio's of internationaal.

- **Aanvullend op (reguliere) ambulancezorg**

**Rapid-responder**

De rapid responder is een ambulanceverpleegkundige of bachelor medisch hulpverlener, in dienst van de RAV, die zelfstandig wordt ingezet bij meldingen waarbij de meldkamer ambulancezorg geen vervoer van de patiënt verwacht. De rapid responder kan ter plekke zorg verlenen en indien nodig vervolgzorg door andere zorgverleners in gang zetten.

**MICU**

Bij specialistische IC-inzetten is er meestal sprake van electief IC-transport, dat planbaar is en uitgevoerd wordt met een Mobile Intensive Care Unit (MICU). Het MICU-coördinatiecentrum draagt zorg voor de organisatie van het transport van de volwassen IC-patiënt, voor de begeleiding door een arts (intensivist) en voor de aanvraag van het MICU-transport via de meldkamer ambulancezorg. De RAV draagt zorg voor (de beschikbaarheid van) het MICU-voertuig en voor MICU-chauffeurs.

**First-responder**

De first responder is een hulpverlener die, aanvullend op de ambulancezorg, door de meldkamer ambulancezorg wordt gealarmeerd om in afwachting van de komst van een ambulance-eenheid de hulpverlening (reanimatie) op te starten.



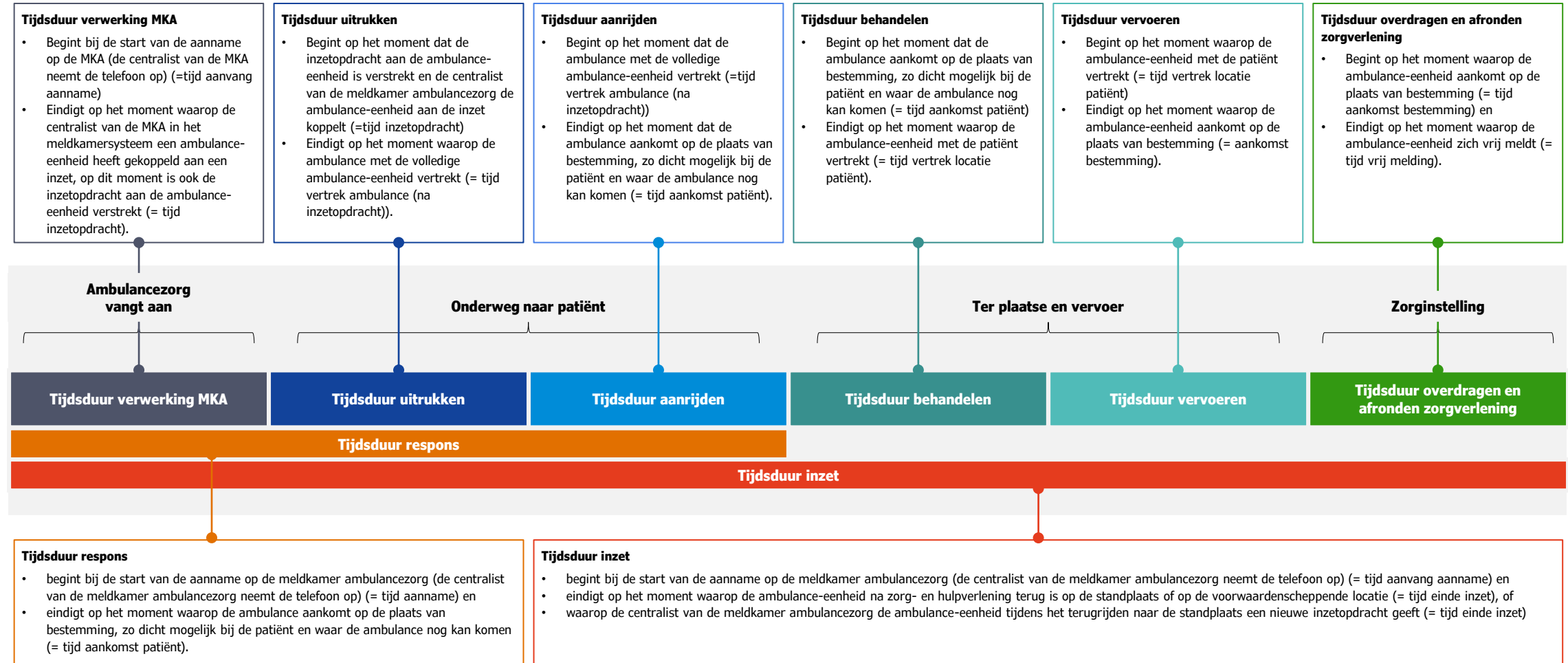


## B. Beschikbaarheid & bereikbaarheid

### Bereikbaarheid

#### Tijdsintervallen

Een ambulance-inzet bestaat uit verschillende kleinere onderdelen, de tijdsintervallen. Hieronder staat schematisch weergegeven welke tijdsintervallen de sector onderscheidt.





## B. Beschikbaarheid & bereikbaarheid

Tijdsgelateerde aandoeningen CVA en STEMI

### Achtergrond

In het inmiddels afgeronde Actieplan Ambulancezorg is afgesproken dat de sector landelijk een registratie opzet van een aantal tijdsgelateerde aandoeningen<sup>1</sup> (CVA, circulatiestilstand, multitrauma en STEMI). Inzicht in de processen, in de vorm van aantallen en tijdsduren, levert belangrijke input op voor procesoptimalisering en kwaliteitsverbetering van de ambulancezorg voor deze specifieke patiëntengroepen. Het uiteindelijke doel is om tot ketenbrede registratie en –inzichten te komen, zoals beoogd in het [Kwaliteitskader spoedzorgketen](#).

De sector is gestart met de registratie van CVA- en STEMI-inzetten. De registratie van de inzetten rond circulatiestilstand en multitrauma zijn nog in ontwikkeling.

### Kwaliteit van zorg staat centraal

Bij de landelijke registratie van de tijdsgelateerde aandoeningen staat de kwaliteit van zorg centraal. De registratie van de tijdsduur is uitsluitend bedoeld om het zorgpad van de patiënt in beeld te brengen, niet om hier een oordeel over te vellen. Er zijn dan ook géén tijdsnormen verbonden aan dit traject.

### Relatie met kwaliteitskader ambulancezorg

De patiëntengroepen CVA en STEMI komen ook terug in het kwaliteitskader ambulancezorg (zie pagina 6). Er is wel een verschil in focus en werkwijze:

- Bij de registratie van de tijdsgelateerde aandoeningen staat *de kwaliteit van de keten centraal*. Het uniform meten van de tijdsgelateerde aandoeningen binnen de ambulancezorg is de eerste stap naar het ketenbreed meten en inzichtelijk maken. Daarbij is het streven een beeld krijgen van het zorgpad van de gehele patiëntengroep. Alle inzetten die CVA- of STEMI-gerelateerd zijn worden dan ook meegenomen
- Bij het kwaliteitskader ambulancezorg staat *de kwaliteit van de ambulancezorg* centraal. Hiervoor is een samenhangende set van signalen ontwikkeld, waar CVA en STEMI onderdeel van uitmaken. Daarnaast is de selectie van CVA- en STEMI-inzetten voor het kwaliteitskader specifieker (bij CVA: alleen patiënten die in aanmerking komen voor thrombolysie.)

1) Voor een aanvullende toelichting op CVA en STEMI zie pagina 11 en 12.

### Regionale verschillen CVA en STEMI

De rapportage 2022 CVA en STEMI geeft inzicht in regionale resultaten. Hieruit blijkt dat er (grote) regionale verschillen zijn. Het aantal ziekenhuizen waar een CVA- of STEMI- patiënt opgevangen kan worden in de RAV-regio en ook de afstand speelt een grote rol.

De RAV kan de afstanden tot gespecialiseerde centra niet beïnvloeden, maar deze afstanden zijn wel van invloed op de uitkomsten. Over het algemeen kan gesteld worden dat de tijdsduur vervoeren in ruraal gebied langer duurt dan in stedelijk gebied.

---

## C. Medewerkers

### Achtergrond

De ambulancesector is een compacte sector met veel ambulancezorgprofessionals die binnen het primaire proces werkzaam zijn. Er zijn relatief weinig staf- en overige functies.

Over de afgelopen jaren laat het aantal medewerkers een stijgende lijn zien, zowel in fte als in aantallen. Het instroompercentage is hoger dan het uitstroompercentage. RAV's hebben door de grote instroom ook voortdurend ambulancezorgprofessionals in opleiding.

In het Sectorkompas Dashboard zijn de gegevens over de medewerkers weergegeven op basis van de formatie, algemene kenmerken, mobiliteit en in opleiding. Tevens bevat dit onderdeel informatie over de geregistreerde agressie- en geweldsincidenten<sup>1</sup> waar ambulancezorgprofessionals mee te maken kunnen krijgen.

---

## D. Patiënten

### Achtergrond

Van alle RAV's is informatie beschikbaar over de patiënten aan wie zij in 2022 ambulancezorg hebben verleend. RAV's houden niet alleen het geslacht bij en bij welk specialisme het ziektebeeld van de patiënt past, maar ook de leeftijd. Dit onderscheid is relevant aangezien per leeftijdsgroep de benodigde zorg verschilt. Voor de behandeling en zorg aan kinderen zijn aparte protocollen ontwikkeld en in de traumatologie zijn er voor ouderen accentverschillen in de te bieden zorg. Het onderdeel patiënten bevat tevens informatie over het aantal klachten dat RAV's registreren.

1) De ambulancesector hanteert als definitie voor agressie en geweld: 'voorvallen waarbij de werknemer psychisch of fysiek wordt lastig gevallen, bedreigd of aangevallen, onder omstandigheden die rechtstreeks verband houden met het verrichten van arbeid'. Dit is conform artikel 4 lid 2 van de Arboret.





# Begrippenlijst

## Definities

### A1-inzet

Een spoedeisende inzet in opdracht van de centralist van de meldkamer ambulancezorg bij een acute bedreiging van de vitale functies van de patiënt of in het geval dat dit gevaar pas na beoordeling door de ambulance-eenheid ter plaatse kan worden uitgesloten. De ambulance-eenheid dient zo snel mogelijk ter plaatse te zijn. De ambulance maakt gebruik van optische en geluidssignalen (conform de 'Brancherichtlijn Optische en Geluidssignalen').

### A2-inzet

Een inzet in opdracht van de centralist van de meldkamer ambulancezorg naar aanleiding van een zorgvraag waaruit blijkt dat er geen sprake is van direct levensgevaar, maar waarbij de centralist heeft vastgesteld dat er wel sprake kan zijn van (ernstige) gezondheidsschade en de ambulance-eenheid zo snel mogelijk ter plaatse dient te zijn. De ambulancezorg kan hierbij, onder bepaalde voorwaarden, gebruik maken van optische en geluidssignalen (conform de 'Brancherichtlijn Optische en Geluidssignalen').

### Agressie en Geweld

voorvallen waarbij de werknemer psychisch of fysiek wordt lastig gevallen, bedreigd of aangevallen, onder omstandigheden die rechtstreeks verband houden met het verrichten van arbeid'. Deze definitie is conform artikel 4 lid 2 van de Arbowet.

### Ambulance

Een ambulance is, conform artikel 1 lid 1 van de Wet ambulancezorgvoorzieningen (Wazv), een voor het vervoer van zieken of gewonden ingericht motorvoertuig, vaartuig of helikopter.

*De ambulance en de inventaris zijn afgestemd op het geldende protocol voor ambulancezorg en voldoen aan relevante wet- en regelgeving. ALS-ambulances (Advanced Life Support) zijn volledig toegerust om hoogcomplexere ambulancezorg te bieden.*

### B-inzet

Een B-inzet is een inzet in opdracht van de centralist van de meldkamer ambulancezorg naar aanleiding van een zorgvraag zonder A1- of A2-urgentie, waarbij een tijdstip of tijdblok (tijdvak) is afgesproken voor het halen of brengen.

### CVA

Cerebro Vasculair Accident (BSA code AAR 029). Acute medische aandoening die gekenmerkt wordt door een plotselinge verstoring van de doorbloeding van de hersenen.

### First responder

De first responder is een hulpverlener die, aanvullend op de ambulancezorg, door de meldkamer ambulancezorg wordt gearmeerd om in afwachting van de komst van een ambulance-eenheid de hulpverlening (reanimatie) op te starten.

*Zowel professionele hulpverleners (huisarts, brandweer, politie) als getrainde burgerhulpverleners kunnen als first responder worden ingezet. De first responder is opgeleid en geoefend in levensreddende handelingen. De RAV bepaalt de inzet van een first responder aan de hand van vooraf gestelde criteria. De alarmering van first responders vindt plaats nadat de meldkamer ambulancezorg een ambulance-eenheid heeft ingezet. Uitgangspunt voor de inzet van de first responder is dat dit nooit mag leiden tot vertraging in de ambulancezorg.*

### Inzet afgebroken

Een inzet die wordt uitgevoerd met de intentie tot zorgverlening, waarbij tijdens het aanrijden en voordat de ambulance arriveert op de locatie waar de patiënt zich bevindt, de centralist van de meldkamer ambulancezorg de inzet afbreekt. In geval van pech of een ongeluk met de ambulance, kan de ambulance-eenheid de inzet afbreken.

### Inzet declarabel

Een inzet waarbij een patiënt wordt vervoerd en die voldoet aan de criteria op basis waarvan de inzet kan worden gedeclareerd bij de zorgverzekeraar.

### Inzet loos

Een inzet die wordt uitgevoerd met de intentie tot zorgverlening, waarbij na aankomst op de (veronderstelde) locatie van de patiënt blijkt dat er geen noodzaak voor zorgverlening (meer) aanwezig is, de patiënt niet aanwezig is of dat het benodigde zorgniveau niet overeenkomt met de gestelde zorgvraag. Een inzet kan pas een inzet loos blijken te zijn nadat de ambulance-eenheid is gearriveerd op de plaats waar de patiënt zou moeten bevinden.

### MICU

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

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

### Mobiel zorgconsult

Een mobiel zorgconsult is een inzet die wordt uitgevoerd met de intentie tot zorgverlening, waarbij ter plaatse na onderzoek van de patiënt de noodzaak tot vervoer niet gebleken is. Er is altijd sprake van contact met een patiënt. (voorheen: Eerste Hulp Geen Vervoer.

1) Dit overzicht bevat de definities van veelvoorkomende begrippen in het Sectorkompas (op alfabetische volgorde). De definities zijn deels afkomstig uit het [Uniform Begrippenkader Ambulancezorg 4.0](#) (UBK) en deels uit de meetplannen. Voor een uitgebreidere lijst van begrippen zie het UBK.



# Begrippenlijst

## Definities

### Niet-spoedeisende ambulancezorg

Zorg door een ambulancezorgprofessional aan een patiënt op het woon- of verblijfadres of vervoer met zorg van een patiënt tussen het woon- of verblijfadres of de incidentlocatie en een zorginstelling voor diagnostiek, behandeling, opname of ontslag. De RAV maakt, waar mogelijk, afspraken met de patiënt dan wel de aanvrager over het tijdstip van halen of brengen en de plaats van bestemming.

### Rapid responder

De rapid responder is een ambulanceverpleegkundige of bachelor medisch hulpverlener, in dienst van de RAV, die zelfstandig wordt ingezet bij meldingen waarbij de meldkamer ambulancezorg geen vervoer van de patiënt verwacht. De rapid responder kan ter plekke zorg verlenen en indien nodig vervolgzorg door andere zorgverleners in gang zetten.

### Spoedeisende ambulancezorg

Bij spoedeisende zorgvragen moet de ambulancezorg zo spoedig mogelijk ter plaatse zijn. De intentie is zorg te verlenen en, indien noodzakelijk, de patiënt te vervoeren. De centralist van de meldkamer ambulancezorg bepaalt op basis van de zorgvraag de urgentie waarmee de ambulance naar de patiënt rijdt. De ambulance-zorgprofessional bepaalt de urgentie van het eventuele vervoer van de patiënt.

*Spoedeisende ambulancezorg kan ieder moment van de dag nodig zijn en is daarmee per definitie niet planbaar. De toestand van de patiënt is bepalend voor wat er gebeurt: zorg verlenen en vervoeren, alleen zorg ter plaatse verlenen of verwijzen naar een andere zorgverlener.*

### Standplaats

Een standplaats is een locatie waar vandaan de ambulance vertrekt, waar voorzieningen zijn voor ambulancezorgprofessionals en waar materieel voorradig is.

### STEMI

ST-Elevatie Myocard Infarct (BSA code AAR 102).

Patiënten die worden aangeboden voor een dotterbehandeling zijn onderdeel van de registratie in het kader van de tijdsgelateerde aandoening STEMI.

### Tijdsduur aanrijden

- Begint op het moment dat de ambulance met de volledige ambulance-eenheid vertrekt (=tijd vertrek ambulance (na inzetopdracht)).
- Eindigt op het moment dat de ambulance aankomt op de plaats van bestemming, zo dicht mogelijk bij de patiënt en waar de ambulance nog kan komen (= tijd aankomst patiënt).

### Tijdsduur behandelen

- Begint op moment dat de ambulance aankomt op de plaats van bestemming, zo dicht mogelijk bij de patiënt en waar de ambulance nog kan komen (= tijd aankomst patiënt).
- Eindigt op het moment waarop de ambulance-eenheid met de patiënt vertrekt (= tijd vertrek locatie patiënt).

### Tijdsduur inzet

- Begint op het moment dat de inzetopdracht aan de ambulance-eenheid is verstrekt.
- Eindigt op het moment waarop de ambulance-eenheid zich vrij meldt.

tijdsduur inzet =

tijdsduur verwerking MKA +

tijdsduur uitrukken +

tijdsduur aanrijden +

tijdsduur behandelen +

tijdsduur vervoeren +

tijdsduur overdragen en afronden zorgverlening

### Tijdsduur melding tot ziekenhuis

- Begint bij de start van de aanname op de meldkamer ambulancezorg (de centralist van de meldkamer ambulancezorg neemt de telefoon op) (=tijd aanvang aanname).
- Eindigt op het moment waarop de centralist van de meldkamer ambulancezorg in het meldkamersysteem een ambulance-eenheid heeft gekoppeld aan een inzet, op dit moment is ook de inzetopdracht aan de ambulance-eenheid verstrekt (= tijd inzetopdracht).

### Tijdsduur overdragen en afronden zorgverlening

- Begint op het moment waarop de ambulance-eenheid aankomt op de plaats van bestemming (= tijd aankomst bestemming).
- Eindigt op het moment waarop de ambulance-eenheid zich vrij meldt (= tijd vrij melding).

1) Dit overzicht bevat de definities van veelvoorkomende begrippen in het Sectorkompas (op alfabetische volgorde). De definities zijn deels afkomstig uit het [Uniform Begrippenkader Ambulancezorg 4.0](#) (UBK) en deels uit de meetplannen. Voor een uitgebreidere lijst van begrippen zie het UBK.



# Begrippenlijst

## Definities

### Tijdsduur respons

- Begint bij de start van de aanname op de meldkamer ambulancezorg (de centralist van de meldkamer ambulancezorg neemt de telefoon op) (= tijd aanname).
- Eindigt op het moment waarop de ambulance aankomt op de plaats van bestemming, zo dicht mogelijk bij de patiënt en waar de ambulance nog kan komen (= tijd aankomst patiënt).

tijdsduur respons =  
tijdsduur verwerking meldkamer ambulancezorg +  
tijdsduur uitrukken +  
tijdsduur aanrijden

### Tijdsduur totaal

- Begint bij de start van de aanname op de meldkamer ambulancezorg (de centralist van de meldkamer ambulancezorg neemt de telefoon op) (= tijd aanvang aanname).
- Eindigt op het moment waarop de ambulance-eenheid na zorg- en hulpverlening terug is op de standplaats of op de voorwaardenscheppende locatie (= tijd einde inzet), of waarop de centralist van de meldkamer ambulancezorg de ambulance-eenheid tijdens het terugrijden naar de standplaats een nieuwe inzetopdracht geeft (= tijd einde inzet).

tijdsduur totaal =  
tijdsduur verwerking meldkamer ambulancezorg +  
tijdsduur uitrukken +  
tijdsduur aanrijden +  
tijdsduur behandelen +  
tijdsduur vervoeren +  
tijdsduur overdragen en afronden zorgverlening

### Tijdsduur uitrukken

- Begint op het moment dat de inzetopdracht aan de ambulance-eenheid is verstrekt en de centralist van de meldkamer ambulancezorg de ambulance-eenheid aan de inzet koppelt (=tijd inzetopdracht).
- Eindigt op het moment waarop de ambulance met de volledige ambulance-eenheid vertrekt (= tijd vertrek ambulance (na inzetopdracht)).

### Tijdsduur vervoeren

- Begint op het moment waarop de ambulance-eenheid met de patiënt vertrekt (= tijd vertrek locatie patiënt).
- Eindigt op het moment waarop de ambulance-eenheid aankomt op de plaats van bestemming (= aankomst bestemming).

### Tijdsduur verwerking meldkamer ambulancezorg

- Begint bij de start van de aanname op de meldkamer ambulancezorg (de centralist van de meldkamer ambulancezorg neemt de telefoon op) (=tijd aanvang aanname).
- Eindigt op het moment waarop de centralist van de meldkamer ambulancezorg in het meldkamersysteem een ambulance-eenheid heeft gekoppeld aan een inzet, op dit moment is ook de inzetopdracht aan de ambulance-eenheid verstrekt (= tijd inzetopdracht).

1) Dit overzicht bevat de definities van veelvoorkomende begrippen in het Sectorkompas (op alfabetische volgorde). De definities zijn deels afkomstig uit het [Uniform Begrippenkader Ambulancezorg 4.0](#) (UBK) en deels uit de meetplannen. Voor een uitgebreidere lijst van begrippen zie het UBK.