



Beleidsregels van de Minister van
Volksgezondheid, Welzijn en Sport
kenmerk CZ-3082275, ter uitvoering van
artikel 6, derde lid, van de Tijdelijke wet
ambulancevoorziening

Datum **20 SEP. 2011**

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,

Gelet op artikel 6, derde lid, van de Tijdelijke wet ambulancezorg;

Besluit:

HOOFDSTUK I ALGEMEEN

Artikel 1

Ten behoeve van de aanwijzing als Regionale Ambulancevoorziening, bedoeld in artikel 6, eerste en tweede lid, van de Tijdelijke wet ambulancezorg worden naast de eisen in artikel 6, eerste en tweede lid, van de Tijdelijke wet ambulancezorg, de eisen gehanteerd, zoals voor een Regionale Ambulancevoorziening opgenomen in de hierna volgende artikelen.

Artikel 2

In de hierna volgende artikelen wordt verstaan onder:

- a. A1-rit: een spoedeisende rit in opdracht van de centralist in geval van acute bedreiging van de vitale functies van de patiënt of in het geval dit gevaar pas na beoordeling door het ambulanceteam ter plaatse kan worden uitgesloten;
- b. ambulancebijstandsplan: protocol inzake de organisatie van de bovenregionale bijstand van ambulances;
- c. directeur publieke gezondheid: de directeur publieke gezondheid, bedoeld in artikel 14 van de Wet publieke gezondheid;
- d. gewondenspreidingsplan: overzicht van de medische behandelcapaciteit van ziekenhuizen;
- e. partners in de zorgketen: huisartsen, verloskundigen, GGZ-instellingen en ziekenhuizen, inclusief de traumacentra, in de regio;
- f. referentiekader spreiding en beschikbaarheid: referentiekader spreiding en beschikbaarheid als bedoeld in de bijlage bij deze beleidsregels;
- g. ROAZ: het Regionaal Overleg Acute Zorg, ingesteld ingevolge artikel 4 van de Wet toelating zorginstellingen;
- h. triage: selectie en rangschikking van zieken of gewonden ten behoeve van een snelle hulpverlening.

HOOFDSTUK II

LANDELIJKE EISEN AMBULANCEZORG

§ 1 Algemeen

Artikel 3

De Regionale Ambulancevoorziening is in Nederland gevestigd.

Artikel 4

De Regionale Ambulancevoorziening verkeert in een dusdanig financiële staat dat deze de continuïteit van de ambulancezorg niet in gevaar brengt.

Artikel 5

De Regionale Ambulancevoorziening voldoet aan de geldende wet- en regelgeving en aan de door de beroepsgroep ontwikkelde richtlijnen en professionele standaarden, zoals vastgelegd in de landelijke richtlijnen voor de meldkamer en de ambulancezorg.

Artikel 6

Voor zover de Regionale Ambulancevoorziening de ambulancezorg, dan wel een deel ervan, laat uitvoeren door een derde, zorgt de Regionale Ambulancevoorziening ervoor dat deze derde handelt volgens de eisen die voor de Regionale Ambulancevoorziening zijn gesteld.

§ 2 De cliënt

Artikel 7

1. De Regionale Ambulancevoorziening geeft in overleg met de zorgverzekeraars in de regio uitvoering aan het referentiekader spreiding en beschikbaarheid voor wat betreft de spreiding van standplaatsen en de beschikbaarheid van ambulances.

2. De Regionale Ambulancevoorziening kan in overleg met de zorgverzekeraars in de regio gemotiveerd afwijken van de spreiding van standplaatsen van het referentiekader spreiding en beschikbaarheid, mits de spreiding van de standplaatsen zodanig is dat in de desbetreffende regio minstens 97% van de bevolking binnen 15 minuten responstijd kan worden bereikt door een ambulance.

3. De Regionale Ambulancevoorziening beschikt over voldoende capaciteit om het referentiekader spreiding en beschikbaarheid uit te voeren en kan in overleg met de zorgverzekeraars in de regio gemotiveerd afwijken van de beschikbaarheid van ambulances van het referentiekader spreiding en beschikbaarheid, mits de bereikbaarheid is gewaarborgd.

4. De Regionale Ambulancevoorziening zorgt ervoor dat onder normale omstandigheden in ten minste 95% van de A1-meldingen een ambulance binnen 15 minuten na aanname van de melding ter plaatse is. De Regionale ambulancevoorziening kan hier in overleg met de zorgverzekeraars in de regio gemotiveerd vanaf wijken.

5. De Regionale Ambulancevoorziening heeft over de normen voor de wachttijden van het planbare vervoer afspraken met de zorginstellingen in de regio. De planning van het planbare vervoer wordt ondersteund door een adequaat werkend geautomatiseerd systeem.

6. De Regionale Ambulancevoorziening analyseert de oorzaken van overschrijding van de 15 minuten responstijd en neemt maatregelen om deze zoveel mogelijk te voorkomen.

Artikel 8

1. De Regionale Ambulancevoorziening past zorgdifferentiatie toe onder de volgende voorwaarden:

- a. er zijn inzetcriteria vastgesteld die bepalen welk niveau van zorg onder welke omstandigheden geldt als verantwoorde ambulancezorg, en
- b. zorgdifferentiatie gaat niet ten koste van de inzetbaarheid van materieel en personeel die nodig zijn om verantwoorde ambulancezorg te leveren in normale en opgeschaalde omstandigheden.

2. De Regionale Ambulancevoorziening levert veilige ambulancezorg. Daartoe is een veiligheidsmanagementsysteem aanwezig.

§ 3 Prijs en doelmatigheid

Artikel 9

1. De Regionale Ambulancevoorziening heeft een meerjarenbegroting, gekoppeld aan een meerjarenbeleidsplan, het zogenaamde Regionaal Ambulanceplan (RAP), waarmee de financiën en het beleid voor de langere termijn kan worden overzien en tijdig worden bijgestuurd.

2. De Regionale Ambulancevoorziening stelt jaarlijks een plan op. Hierin worden inhoud en financiën gekoppeld. In de aan het jaarplan gekoppelde begroting worden de inkomsten en uitgaven, die direct zijn toe te rekenen aan ambulancezorg, inzichtelijk gemaakt.

3. In de begroting en de financiële administratie zijn uitgaven en ontvangsten ten behoeve van ambulancezorg duidelijk traceerbaar naar bron en bestemming en onderscheiden van eventuele andere bedrijfsmatige activiteiten.

4. De Regionale Ambulancevoorziening heeft afgeleid van het jaarplan financiële drie-, vier-, of zesmaandelijke rapportages, waarbij inhoud aan financiën is gekoppeld en de rechtspersoon beschikt over een planning en controlecyclus.

§ 4 Samenwerking in de zorgketen en met buur- en grensregio's

Artikel 10

De Regionale Ambulancevoorziening neemt deel aan het ROAZ en voert de adviezen van het ROAZ inzake het oplossen van knelpunten in de acute zorg uit, voor zover dit past binnen de (financiële) mogelijkheden en verantwoordelijkheden.

Artikel 11

1. Ten behoeve van het leveren van verantwoorde zorg heeft de Regionale Ambulancevoorziening schriftelijke afspraken met:

- a. de partners in de zorgketen, waarbij in de schriftelijke afspraken met de ziekenhuizen in ieder geval de beschikbare opnamecapaciteit en de overdracht van patiënten wordt betrokken en met de huisartsen de inzet en beschikbaarheid tijdens de ANW-uren,
- b. de naburige Regionale Ambulancevoorzieningen over in ieder geval de open grens benadering en de onderlinge assistentie,
- c. de Belgische of Duitse meldkamers en ambulancediensten indien de regio van de Regionale Ambulancevoorziening aan de regio van een buitenlandse ambulancedienst grenst, en
- d. de directeur publieke gezondheid over mogelijke dienstverlening voor speciale evenementen.

2. De Regionale Ambulancevoorziening voert minimaal halfjaarlijks overleg over de afspraken, bedoeld in het eerste lid, en evalueert deze.

§ 5 Het personeel

Artikel 12

1. De Regionale Ambulancevoorziening beschikt over kwalitatief en kwantitatief voldoende deskundig personeel om verantwoorde ambulancezorg te kunnen leveren.

2. Ter uitvoering van het bepaalde in het eerste lid past de Regionale Ambulancevoorziening in ieder geval een opleiding- en bekwaamheidsbeleid toe, gebaseerd op een meerjarenopleidingsplan.

3. Het management van de Regionale Ambulancevoorziening is van onbesproken gedrag.

4. De veiligheid van het personeel tijdens de uitoefening van hun functie in de publieke ruimte wordt structureel door de Regionale Ambulancevoorziening geïnventariseerd en minimaal vierjaarlijks wordt een risico-inventarisatie en -evaluatie uitgevoerd.

5. De tevredenheid van het personeel wordt door de Regionale Ambulancevoorziening minimaal vierjaarlijks onderzocht.

§ 6 De organisatie

Artikel 13

De Regionale Ambulancevoorziening is ingericht voor het leveren van doelmatige en doeltreffende ambulancezorg, waarbij de verantwoordelijkheidsverdeling bij alle processen is beschreven, inclusief de overleg- en besluitvormingsstructuur. In ieder geval is de Regionale Ambulancevoorziening bestuurlijk zodanig georganiseerd dat slagvaardige besluitvorming over de (daadwerkelijke) uitvoering van de ambulancezorg onder alle omstandigheden is gegarandeerd.

Artikel 14

De Regionale Ambulancevoorziening heeft een gecertificeerd kwaliteitszorgsysteem voor ambulancezorg.

Artikel 15

De Regionale Ambulancevoorziening is verzekerd tegen risico's verbonden aan ambulancezorg.

Artikel 16

De Regionale Ambulancevoorziening beschikt over de benodigde informatievoorzieningen om te kunnen communiceren met andere Regionale Ambulancevoorzieningen en partners in de keten van zorg.

§ 7 De meldkamer ambulancezorg

Artikel 17

Indien sprake is van een bovenregionale meldkamer ambulancezorg worden afspraken gemaakt over het centrale aanspreekpunt voor de directeur publieke gezondheid.

Artikel 18

1. De Regionale Ambulancevoorziening heeft schriftelijke afspraken met het bestuur van de veiligheidsregio, bedoeld in artikel 9 van de Wet veiligheidsregio's, en het regionale college, bedoeld in artikel 22 van de Politiewet 1993, over de bestuurlijke en operationele samenwerking in de meldkamer.

2. De afspraken, bedoeld in het eerste lid, betreffen in ieder geval:

- a. de verdeling van taken in de meldkamer,
- b. de bijdrage van de Regionale Ambulancevoorziening aan het informatiemanagement,
- c. het gebruik en het beheer van de technische infrastructuur,
- d. de bescherming van patiëntgerelateerde gegevens,
- e. de financiering van de gemeenschappelijk kosten, en
- f. het continuïteitsplan voor de meldkamer.

Artikel 19

1. De Regionale Ambulancevoorziening controleert en verbetert continu de selectie en triage bij de ambulancezorg.

2. De Regionale Ambulancevoorziening zorgt ervoor dat in de meldkamer de zorgintake en de zorgindicatie geschiedt door een op grond van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg geregistreerde verpleegkundige.

§ 8 Opschaling

Artikel 20

1. De Regionale Ambulancevoorziening heeft schriftelijk afspraken met de directeur publieke gezondheid over het multidisciplinaire oefenen, de inzet bij evenementen en de voorbereiding op de inzet bij een ramp of crisis.

2. De afspraken, bedoeld in het eerste lid, betreffen:

- a. de procedures die worden gevolgd bij een ramp of crisis, waarbij in ieder geval wordt ingegaan op de aspecten alarmering, opschaling, coördinatie, informatiemanagement en evaluatie,
- b. de wijze waarop en de mate waarin personeel en materieel wordt ingezet,
- c. de bereikbaarheid en de beschikbaarheid van personeel, ruimte en materieel,
- d. de wijze van trainen en oefenen met het oog op het gezamenlijk optreden bij de rampenbestrijding en crisisbeheersing en de frequentie waarin getraind en geoefend wordt,
- e. de samenwerking tussen de Regionale Ambulancevoorziening, de directeur publieke gezondheid, de regionale zorginstellingen en andere relevante hulpverleningsinstanties werkzaam in de regio, en
- f. het onderhoud en beheer van materiaal voor de geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen.

Artikel 21

De Regionale Ambulancevoorziening heeft een ambulancebijstandsplan, actueel regionaal gewondenspreidingsplan en slachtoffervolgsysteem.

HOOFDSTUK IV REGIONALE EISEN AMBULANCEZORG

Artikel 22

1. Voor de Veiligheidsregio Limburg Noord geldt de eis dat de betreffende Regionale Ambulancevoorziening meewerkt aan een geïntegreerde meldkamer,

voor zover dit niet strijdig is met geldende wet- en regelgeving en past binnen de budgettaire kaders van de betreffende rechtspersoon.

2. Voor de Veiligheidsregio Zuid-Limburg geldt de eis dat de betreffende Regionale Ambulancevoorziening ervaring heeft met internationale, grensoverschrijdende ambulancezorg en in staat is om te werken volgens de protocollen en afspraken zoals deze zijn vastgelegd in het samenwerkingsdocument "Eumed Euregio Maas-Rijn van 2007".

3. Voor de Veiligheidsregio Haaglanden en de Veiligheidsregio Amsterdam-Amstelland geldt dat op de meldkamer 7 x 24 uur minimaal twee op grond van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg geregistreerde verpleegkundigen aanwezig zijn die verantwoordelijk zijn voor de zorgintake en de zorgindicatie.

Artikel 23

Indien het bij koninklijke boodschap van 8 augustus 2011 ingediende voorstel van wet houdende tijdelijke bepalingen over de ambulancezorg (Tijdelijke wet ambulancezorg), (Kamerstukken II 2010/11, 32 854) tot wet is of wordt verheven en die wet in werking treedt, treden deze beleidsregels op hetzelfde tijdstip in werking en werken zij terug tot en met 1 december 2011.

Deze beleidsregels worden met de bijlage en de toelichting in de Staatscourant geplaatst.

De Minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,



rw. drs. E.I. Schippers

TOELICHTING

ALGEMEEN

Deze beleidsregels geven uitvoering aan artikel 6, derde lid, van de Tijdelijke wet ambulancezorg (hierna: Twaz). Hiermee wordt beoogd helderheid te bieden voor de rechtspersonen die op grond van artikel 6, eerste en tweede lid, van de Tijdelijke wet ambulancezorg in aanmerking komen om te worden aangewezen als Regionale Ambulancevoorziening, welke verdere eisen (dan die genoemd in artikel 6, eerste en tweede lid) worden gehanteerd bij de aanwijzing door de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (hierna: de minister).

De in deze beleidsregels opgenomen artikelen bevatten de basiseisen voor het verrichten van adequate ambulancezorg door een Regionale Ambulancevoorziening (hierna: RAV). Deze zullen in ieder geval ook worden opgenomen in de ministeriële regeling op grond van artikel 7, eerste lid, van de Twaz. Het gros van de eisen is landelijk. Voor vier regio's zijn daarnaast ook regionale eisen gesteld voor de meldkamer, overeenkomstig de wensen van de betreffende besturen van de veiligheidsregio's. Deze zullen op grond van artikel 7, tweede lid, van de Twaz ook worden opgenomen in de ministeriële regeling.

De rechtspersonen die per 1 december 2011 op grond van de Wet ambulancevervoer in een regio als enige vergunninghouder functioneren, zullen schriftelijk worden uitgenodigd om een verklaring in te dienen, waaruit blijkt dat zij per die datum voldoen aan de eisen in deze beleidsregels. Indien zij nog niet voldoen, zal worden verzocht om een implementatieplan waaruit blijkt dat zij dat per datum van inwerkingtreding van de Twaz wel zullen doen.

Het voorgaande geldt ook voor de regio's waar op 1 december 2011 uitvoering wordt gegeven aan artikel 6, eerste lid, onder b of c, van de Twaz (= samenwerkingsverband tussen bestaande vergunninghouders). De rechtspersoon die op grond van dit artikel in aanmerking wil komen voor de aanwijzing zal tevens schriftelijk worden uitgenodigd de statuten en eventuele onderliggende uitvoeringsovereenkomsten in te dienen om onder meer te toetsen of aan artikel 6 van de Twaz wordt voldaan.

ARTIKELSGEWIJS

Artikel 3

De eis voor vestiging in Nederland vloeit voort uit de waarborgen voor een goede handhaving van het bepaalde bij en krachtens de Twaz.

Artikel 4

Een RAV dient financieel gezond te zijn. Wanneer een RAV financiële problemen heeft, kan de continuïteit van de ambulancezorg in gevaar komen. Dit is bijzonder ongewenst aangezien ambulancezorg onderdeel is van acute zorg. Acute zorg dient 7 x 24 uur beschikbaar te zijn, de continuïteit daarvan mag nimmer in gevaar komen.

Artikel 5

Op de ambulancezorg zijn een groot aantal wetten van toepassing. Dit zijn onder meer de volgende wetten:

- Arbeidsomstandighedenwet.
- Burgerlijk Wetboek (Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst),
- Kwaliteitswet zorginstellingen,
- Wegenverkeerswet,
- Wet bescherming persoonsgegevens,
- Wet klachtrecht cliënten zorgsector,
- Wet marktordening gezondheidszorg,
- Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen,
- Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg, en
- Wet toelating zorginstellingen,
- Wet op de collectieve arbeidsovereenkomst.

Vanzelfsprekend dient deze wetgeving door een RAV te worden nageleefd. Datzelfde betreft de naleving van de professionele standaarden van de beroepsgroep. De bedoelde standaarden zijn ontwikkeld binnen de sector. De professionele standaarden bieden ondersteuning in complexe situaties en geven duidelijkheid over de wijze waarop gehandeld dient te worden.

Artikel 6

De Twaz staat het toe dat een RAV (een deel van) de ambulancezorg door (een) derde(n) laat uitvoeren. Indien een RAV daarvan gebruik maakt, dienen de eisen die voor de RAV gelden door de RAV te worden opgelegd aan degene die wordt ingehuurd (bij gebreke waarvan ook in sancties wordt voorzien).

Artikel 7

Het is van groot belang dat spoedeisende ambulancezorg tijdig beschikbaar is. Als veldnorm wordt binnen de beroepsgroep gehanteerd dat in spoedeisende gevallen een ambulance binnen 15 minuten na de melding ter plaatse moet zijn. Indien een patiënt binnen 15 minuten bereikbaar moet zijn, heeft dat gevolgen voor de spreiding van de standplaatsen en de beschikbaarheid van ambulances.

In de bijlage bij deze beleidsregels is het referentiekader spreiding en beschikbaarheid opgenomen. Daarin worden de gebieden aangewezen waar een standplaats van een ambulance kan zijn, alsmede hoeveel ambulances er beschikbaar zouden moeten zijn voor die standplaatsen, om aan de doelstelling van het referentiekader te voldoen. De doelstelling van het landelijk Referentiekader Spreiding en Beschikbaarheid Ambulancezorg 2008 was om ten aanzien van de spreiding 97% van de inwoners binnen 15 minuten responstijd. Ten aanzien van de beschikbaarheid was de doelstelling om voldoende capaciteit te voorzien zodanig dat in 95% van de spoedeisende ritten er een ambulance voor inzet beschikbaar was. De basis van het referentiekader is een modelmatige doorrekening die is uitgevoerd door het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), waarin op basis van een aantal uitgangspunten en aannames, met gebruik van ritstatistiek de benodigde ambulancecapaciteit per regio, dagsoort en dagdeel is berekend. Bij de toetsing van de dekkingsgraad van het spreidingsplan wordt uitgegaan van de paraatheid vanaf de standplaats.

Het referentiekader is geen blauwdruk. De werkelijke vestiging van een standplaats is ter vaststelling door een RAV in samenspraak met de zorgverzekeraars in de regio. Hierdoor kan ervoor worden gekozen om in een

bepaald gebied geen standplaats in te richten, omdat naar de mening van een RAV op andere wijze in verantwoorde zorg kan worden voorzien. Voorwaarde bij het inrichten van de standplaatsen is wel dat de spreiding zodanig is dat een dekkingsgraad van tenminste 97% van de bevolking in de desbetreffende regio binnen 15 minuten responstijd haalbaar is. De beschikbaarheid van het aantal reguliere ambulances in de regio mag ook afwijken van het referentiekader, eveneens in samenspraak met de zorgverzekeraar. Daarbij kan het efficiënt zijn om in bepaalde gevallen 'rapid responders' in te zetten, zoals motorambulances of solo-ambulances, maar ook zogenaamde 'low-care-ambulances'. Het is primair de verantwoordelijkheid van een RAV om te bepalen of de inzet van 'rapid responders' en 'low-care-ambulances' leidt tot het leveren van verantwoorde ambulancezorg.

Artikel 8

Ambulancezorg varieert van hoog complexe tot laag complexe zorg. Spoedeisende zorg is niet per definitie hoog-complexe zorg en planbare zorg is niet altijd laag-complexe zorg. RAV'en kunnen daarom in zorg differentiëren om zo de zorg af te stemmen op de reële behoefte van de cliënt ten behoeve van een optimale inzet van de zorgcapaciteit. Indien een RAV differentieert in zorg, dienen daar binnen de organisatie wel criteria voor te bestaan, opdat de cliënt verzekerd is van de juiste zorg op het juiste moment. Zorgdifferentiatie dient immers niet te leiden tot een verschraving van het aanbod, waardoor bijvoorbeeld ten tijde van opschaling onvoldoende personeel en materieel beschikbaar is om aan de vraag naar ambulancezorg te voldoen.

Artikel 9

Het opstellen van een meerjarenbegroting, gekoppeld aan een meerjarenbeleidsplan, het zogenaamde Regionaal Ambulanceplan (RAP) is noodzakelijk voor het bestuur van een Regionale Ambulancevoorziening om de financiën en het beleid voor de langere termijn te overzien en tijdig bij te sturen. Het opstellen van de jaarlijkse begroting is gekoppeld aan het inhoudelijke jaarplan ter uitwerking van het meerjarenbeleidsplan. Deze plannen en daaraan gekoppelde begrotingen zijn onderdeel van een gestructureerde periodieke managementrapportage.

Artikel 10

Op basis van beleidsregels die op grond van de artikelen 4 en 13 van de Wet toelating zorginstellingen tot stand zijn gekomen, zijn de ziekenhuizen met erkenning traumacentrum gehouden een overleg tot stand te brengen, het regionaal overleg acute zorgketen (ROAZ). In dat overleg komen de belangrijkste aanbieders van acute zorg bij elkaar met als doel ervoor te zorgen dat een patiënt die acute zorg nodig heeft zo snel mogelijk op de juiste plaats terecht komt. Een RAV is een belangrijke aanbieder van acute zorg en daarmee een belangrijke partner in het ROAZ.

Binnen een traumaregio kunnen verschillende RAV'en actief zijn, omdat de traumaregio's niet congruent zijn aan de RAV-regio's. In dat geval stemmen de RAV'en in de desbetreffende traumaregio onderling af hoe zij de vertegenwoordiging voor een ROAZ regelen. Per traumaregio dient er minimaal één RAV-vertegenwoordiger deel te nemen aan het ROAZ.

Gegeven de doelstelling van het ROAZ (patiënt op het juiste moment op de juiste plaats) richt het ROAZ zich onder meer op het afstemmen van activiteiten van de verschillende aanbieders van acute zorg, het inzichtelijk maken van de behandelcapaciteit van iedere aanbieder en het in kaart brengen van de witte vlekken in bereikbaarheid. Binnen dat kader is door het Landelijk Netwerk Acute zorg in samenspraak met de ambulancesector een landelijke set van criteria ontwikkeld voor de inzet van Mobiel Medische Teams (MMTs) voor de meldkamers ambulancezorg. Deze criteria worden binnenkort in de sector toegepast.

Artikel 11

Acute zorg beschouwd als een keten. De ambulancezorg beweegt zich tussen de schakels van deze zorgketen en speelt daarin een cruciale rol daar waar het gaat om een optimale doorgeleiding van cliënten. Voor het goed functioneren hiervan is goede samenwerking essentieel. Deze samenwerking dient enerzijds gericht te zijn op het waarborgen en optimaliseren van de continuïteit van de zorgverlening in de (acute) zorgketen (spoedeisende zorg dient 7 x 24 uur beschikbaar te zijn). Anderzijds dient de samenwerking erop gericht te zijn dat de cliënt de juiste zorg ontvangt op het juiste moment, afgestemd op zijn reële behoefte. Afspraken over de samenwerking zijn hiervoor noodzakelijk.

Eerste lid, onderdeel a

Het feit dat de ambulancezorg zich tussen de schakels van de acute zorgketen bevindt, maakt dat de ambulancezorg met veel verschillende partners te maken heeft. Onderscheiden worden in ieder geval de volgende partners in de keten van acute zorg: huisarts/huisartsenpost, verloskundige, ziekenhuis (waaronder mede de traumacentra) en de GGZ-instellingen. Afspraken met deze en andere partners in de keten van acute zorg kunnen betrekking hebben op een grote variëteit aan onderwerpen. Afspraken die voor het verrichten van verantwoorde ambulancezorg primair van belang zijn, zijn afspraken met ziekenhuizen over de overdracht van patiënten, de opnamecapaciteit en de wachttijden voor het planbare vervoer. Bij de huisartsen gaat het in ieder geval om de inzet en beschikbaarheid tijdens de avond- nacht en weekenduren. Dat laat echter onverlet dat er ook over andere zaken afspraken gemaakt kunnen worden, zoals de zorginhoudelijke aspecten.

Eerste lid, onderdeel b

Bij het tot stand komen van het referentiekader spreiding en beschikbaarheid, zoals opgenomen in de bijlage bij deze beleidsregels, is uitgegaan van een zogenoemde open grensbenadering. Dat betekent dat geen rekening is gehouden met regiogrenzen, maar dat de meest doelmatige indeling voor standplaatsen en ambulances is gekozen. Dit betekent tevens dat in voorkomende gevallen een ambulance naar een incident in een andere RAV-regio moet, omdat op dat moment deze ambulance de dichtstbijzijnde ambulance is. Een scenario dat de regiogrenzen in tact had gelaten, had veel meer standplaatsen en ambulances nodig. De open grensbenadering heeft tot gevolg dat RAV'en nauw moeten samenwerken. Samenwerkingsafspraken moeten de cliënt de optimale zorg garanderen wanneer die zich in de ene regio bevindt en de dichtstbijzijnde ambulance in een andere regio. Op sectoraal niveau zijn hierover afspraken gemaakt in het 'Beleidsdocument Dynamisch ambulancemanagement'. Iedere RAV wordt geacht zich aan dit document te conformeren en de vastgelegde procedures te gebruiken.

Samenwerkingsafspraken zijn ook nodig in kader van het verlenen van bijstand in het geval van crises en ongevallen. In dat geval moet de RAV kunnen beschikken over ambulances van naburige regio's om aan de vraag naar spoedeisende ambulancezorg te kunnen voldoen.

Eerste lid, onderdeel c

Met name in de RAV-regio's die zijn gelegen aan de landsgrenzen met Duitsland en België kan het voorkomen dat een Nederlandse ambulance in Duitsland of België moet worden ingezet (of andersom). Een andere mogelijkheid is dat een Nederlandse ambulance gebruik moet maken van het Duitse of Belgische grondgebied (of andersom) om sneller ter plaatse te kunnen zijn. Hierover dienen afspraken te worden vastgelegd met de Duitse of Belgische meldkamers en ambulancediensten die het aangaat. Ambulancezorg Nederland heeft hiertoe de richtlijn 'Grensoverschrijdende communicatie bij spoedeisende medische hulpverlening door Nederlandse ambulancevoertuigen in Duitsland en België' opgesteld. Deze richtlijn is bedoeld als ondersteuning bij het gebruik van de communicatie-apparatuur ten behoeve van grensoverschrijdende spoedeisende medische hulpverlening door Nederlandse ambulancevoertuigen in de Duitse en Belgische grensregio's, op aanvraag van respectievelijk Duitsland en België. De richtlijn beschrijft de algemene procedure met betrekking tot de communicatie. Op basis van regionale afspraken kan de procedure worden aangepast of aangevuld.

Daarnaast is over grensoverschrijdende samenwerking op 8 december 2009 een regeling overeengekomen tussen België en Nederland over de grensoverschrijdende ambulancezorg. Doel van de regeling is om belemmeringen voor grensoverschrijdend vervoer aan weerszijden van de Belgisch-Nederlandse grens weg te nemen, zodat – in het belang van de patiënt – op een snelle, doeltreffende en efficiënte wijze, spoedeisende ambulancezorg kan worden gerealiseerd.

Eerste lid, onderdeel d

De directeur publieke gezondheid (die leiding geeft aan de GHOR) is verantwoordelijk voor de advisering aan gemeenten wat betreft de geneeskundige hulpverlening bij grootschalige evenementen. Ook andere organisaties dan een RAV kunnen worden ingeschakeld voor de geneeskundige eerste hulp bij evenementen. Deze organisaties kunnen echter geen ambulancezorg verlenen. Wat het niveau is van de gewenste geneeskundige hulpverlening en welke organisatie hiervoor wordt ingeschakeld, zal afhankelijk zijn van het type evenement.

Artikel 12

Eerste lid

Een RAV moet voldoende personeel tot zijn beschikking hebben om verantwoorde ambulancezorg te kunnen verrichten. Dat geldt zowel ten aanzien van de taken van de meldkamer als de taken van het ambulancepersoneel. Een RAV is als zorginstelling immers zowel verantwoordelijk voor het in stand houden van de meldkamer ambulancezorg als het daadwerkelijk verlenen van zorg. Dat betekent dat de RAV voor beide taken de beschikking zal moeten hebben over voldoende personeel.

Naast de kwantiteit van het personeel is ook de kwaliteit van het personeel van belang. In het document "Nota verantwoorde ambulancezorg" worden met

betrekking tot het verrichten van ambulancezorg drie kernfuncties onderscheiden: de verpleegkundig centralist MKA, de ambulanceverpleegkundige en de ambulancechauffeur. Voor elk van de kernfuncties is de gewenste minimale deskundigheid, in termen van (basis)opleiding en noodzakelijke kennis en vaardigheden, door de sector vastgelegd. Daarbij is er een ontwikkeling gaande naar functiedifferentiatie, om de deskundigheid van het personeel zo goed mogelijk af te stemmen op de reële behoefte van de cliënt. Door functiedifferentiatie krijgt de behandeling van de cliënten in de ambulancezorg meer en meer een doelgroep gericht profiel.

Tweede lid

Een RAV dient te zorgen voor een opleiding- en bekwaamheidsbeleid waaruit blijkt op welke wijze kennis en vaardigheden van het (reeds) gekwalificeerde personeel worden onderhouden. In het opleidingsplan moet duidelijk worden wanneer en op welke wijze het plan wordt uitgevoerd. Zo moet het duidelijk zijn hoeveel scholingsdagen individuele medewerkers genieten en wat de inwerkplannen zijn ten aanzien van nieuw personeel. Ook moeten de opleidingskosten worden aangegeven.

Onderdeel van het opleidingsplan en bekwaamheidsbeleid is ook de opleiding en training van de centralisten. Dit vloeit voort uit de verantwoordelijkheid van een RAV voor de instandhouding van de meldkamer ambulancezorg.

In het bekwaamheidsbeleid is beschreven hoe een RAV omgaat met autorisatie van bekwaamheid, toezicht op bekwaamheid, behoud van bekwaamheid, maar ook te treffen maatregelen bij gebleken onbekwaamheid. Het bekwaamheidsbeleid verdient aandacht, omdat ambulanceverpleegkundigen en verpleegkundig centralisten hun vaardigheden op peil moeten houden om bekwaam te blijven. Indien de dagelijkse praktijk niet voldoende is om de vaardigheden op peil te houden, dienen aanvullende maatregelen te worden getroffen. Daarbij valt te denken aan trainingen en scholing. Zowel een RAV als een individuele professional hebben een verantwoordelijkheid in het verkrijgen en behouden van bekwaamheid. Bekwaamheid is tevens relevant in het kader van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg. Verpleegkundigen die werkzaam zijn in de ambulancezorg dienen in het kader van die wet geregistreerd te zijn. Voor registratie geldt als vereiste dat de verpleegkundige bekwaam is.

Een RAV is eindverantwoordelijk voor het leveren van verantwoorde ambulancezorg. Derhalve dient een RAV de medische verantwoordelijkheid voor de zorg integraal te waarborgen. Eén van de eisen die aan het medisch management wordt gesteld binnen de sector, is dat er toezicht is op de bekwaamheid van de ambulancezorgverleners. Zo dient er te worden toegezien op de uitvoering van het medische beleid en de toepassing van protocollen. Dit betreft niet alleen de ambulancezorg door de ambulanceverpleegkundige en -chauffeur, maar ook de zorgintake en de zorgindicatie door de centralist van de meldkamer ambulancezorg.

Vierde lid

Het is de afgelopen jaren herhaaldelijk voorgekomen dat ambulancemedewerkers tijdens de uitvoering van hun werk gehinderd worden door agressief gedrag. Veelal is dit gedrag afkomstig van omstanders, al dan niet direct betrokkenen bij of familieleden van de patiënt, maar ook de patiënt zelf kan zich agressief

gedragen. De agressie is niet alleen gericht jegens de ambulancemedewerkers op straat, de ambulanceverpleegkundige en de ambulancechauffeur, maar kan zich ook richten op de centralist van de meldkamer tijdens het telefonisch contact. In 2006 heeft Ambulancezorg Nederland het actieprogramma 'geweld tegen werknemers met een publieke taak' onderschreven. In dit kader zijn in 2007 afspraken gemaakt omtrent de registratie van agressie-incidenten jegens ambulancemedewerkers. Deze registratie wordt gecoördineerd door Ambulancezorg Nederland. Landelijk is een agressieprotocol (als onderdeel van het 'Werkpakket psychische belasting ambulancezorg') beschikbaar. Deze is te beschouwen als een gedragshandleiding voor beroepsbeoefenaren binnen de ambulancezorg.

Een RAV dient beleid te formuleren inzake de ondersteuning van medewerkers die geconfronteerd worden met agressie-incidenten. Daarnaast heeft een RAV aandacht voor de eigen mogelijkheden om het aantal agressie-incidenten zoveel mogelijk terug te dringen en om agressie jegens ambulancemedewerkers te voorkomen.

Een RAV registreert ieder agressie-incident jegens de eigen medewerkers. Via deze registratie wordt bijgehouden wat voor incident het betreft, waar en wanneer dit heeft plaatsgevonden, wie de dader van het incident is, wat de oorzaken van het incident geweest (kunnen) zijn en welke maatregelen getroffen zijn. Deze maatregelen betreffen zowel de juridische en eventueel strafrechtelijke afwikkeling, als de maatregelen die een RAV zelf heeft getroffen ter ondersteuning van de betreffende medewerker.

Een RAV dient, naast de eigen registratie van incidenten, mee te werken aan de landelijke gegevens verzameling ten behoeve van het landelijke actieprogramma.

Artikel 13

Op grond van de Kwaliteitswet zorginstellingen moet een zorgaanbieder zorg dragen voor een zodanige toedeling van verantwoordelijkheid dat een en ander leidt of redelijkerwijs moet leiden tot verantwoorde ambulancezorg. In aanvulling daarop dient een RAV deze verantwoordelijkheidstoedeling ook daadwerkelijk beschreven te hebben, waarbij een RAV zodanig is georganiseerd dat slagvaardige besluitvorming voor de uitvoering van de ambulancezorg onder alle omstandigheden wordt gegarandeerd. Hierbij gaat het erom dat het bestuur van een RAV snel knopen kan doorhakken. Dit is met name relevant in de situatie dat er in een regio nog meerdere partijen zijn die op grond van artikel 6 eerste lid, onder b, van de Twaz een samenwerkingsverband vormen. Zo kunnen bijvoorbeeld twee bestaande ambulancevervoerders besluiten een organisatie op te richten die als RAV zou moeten functioneren. In een dergelijke organisatie, die als samenwerkingsverband functioneert, zullen niet snel knopen worden doorgehakt indien alle besluiten met unanimiteit van stemmen dienen te worden genomen, zeker niet indien voor besluitvorming bovendien noodzakelijk is dat het voltallige bestuur aanwezig is. Dat is geen gewenste situatie. Een slagvaardige organisatie vereist een slagvaardig bestuur in alle omstandigheden.

Verder is ook het volgende van belang. Indien een RAV voor de daadwerkelijke uitvoering van de ambulancezorg gebruik maakt van een andere organisatie of organisaties (via inhuur), dient in de overeenkomst met die organisatie(s) te worden voorzien dat de RAV zodanige invloed heeft op het handelen van die

organisatie(s), dat de RAV de eindverantwoordelijkheid voor het leveren van ambulancezorg daadwerkelijk waar kan maken (bij gebreke waarvan ook in sancties wordt voorzien).

Van belang voor de organisatie is ook dat in de Wet toelating zorginstellingen een aantal eisen aan het bestuur van zorginstellingen wordt gesteld. Op grond van deze eisen dienen zorginstellingen onder meer een toezichthoudend orgaan te hebben dat de dagelijkse leiding controleert en advies geeft. Iemand mag niet tegelijk in het toezichthoudende orgaan en de dagelijkse leiding zitten. Daarnaast is wettelijk voorgeschreven dat leden van het toezichthoudende orgaan geen directe belangen bij de zorginstelling mogen hebben. In het wetsvoorstel Wet cliëntenrechten zorg (Kamerstukken II 2009/10, 32402) worden de bevoegdheden en verantwoordelijkheden van het bestuur en het toezichthoudende orgaan uitgebreid. Deze eisen aangaande goed bestuur gelden ook voor een RAV, met uitzondering van de gemeentelijke gezondheidsdiensten als bedoeld in artikel 14 van de Wet publieke gezondheid.

Artikel 14

Dat de kwaliteit van een RAV systematisch bewaakt en verbeterd moet worden, volgt uit artikel 3 van de Kwaliteitswet zorginstellingen. Omdat de kwaliteit van zorg systematisch wordt bewaakt en verbeterd, dient een RAV een gecertificeerd kwaliteitszorgsysteem te hebben. De Stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector (HKZ) heeft voor de ambulancezorg een speciaal certificatieschema vastgesteld (www.hkz.nl). Dat certificatieschema heeft betrekking op zowel de meldkamer als het daadwerkelijk verlenen van ambulancezorg. Indien een RAV in het bezit is van een geldig HKZ-certificaat, voldoet deze aan deze eis. Een ander certificaat is evenwel ook acceptabel, zolang het kwaliteitssysteem maar door een onafhankelijke instantie, zoals de Stichting Raad voor Accreditatie te Utrecht, is beoordeeld.

Artikel 15

Een RAV dient zich adequaat verzekerd te hebben tegen alle risico's die verbonden zijn aan ambulancezorg. Hierbij kan gedacht worden aan onder meer de volgende verzekeringen:

- verzekering voor het wagenpark (inclusief rechtsbijstand en ongevalleninzittenden),
- instrument- en apparatuurverzekering voor de inventaris van ambulances,
- ongevallenverzekering voor medewerkers (inclusief stagiaires, oproepkrachten, en dergelijke),
- aansprakelijkheidsverzekering tegen alles wat kan voortkomen uit bedrijfsactiviteiten (personen- en zaakschade),
- verzekeringen voor bestuurdersaansprakelijkheid, werkgeversaansprakelijkheid bestuurders motorrijtuigen, bedrijfsaansprakelijkheid, aansprakelijkheid medewerkers binnen functie, aansprakelijkheid BIG-geregistreerden (buiten functie),
- werkgeversaansprakelijkheidsverzekering met betrekking tot werkgeversaansprakelijkheid bestuurders motorrijtuigen,
- opstal-, inventaris/inboedel-, bedrijfsgebouwen- bedrijfsschade-, brandverzekeringen, verzekeringen voor computers en electronica, en
- rechtsbijstandsverzekeringen voor medewerkers en voor het bedrijf.

Artikel 16

Communicatie in de spoedeisende zorg is cruciaal. Verschillende ICT toepassingen maken permanente verbinding met partners in de zorgketen en buurregio's mogelijk. Zo is het voor zorginhoudelijke communicatie van groot belang dat (huis)artsen, meldkamerpersoneel en uitvoerend ambulancepersoneel snel en betrouwbaar incidentgegevens overdragen ten behoeve van de spoedeisende hulp. In de ambulance en bij de afdeling spoedeisende hulp van het ziekenhuis dienen artsen en verpleegkundigen de medische status van de patiënt te kunnen inzien. In dit kader is door de sector onder meer de richtlijn 'Gegevensuitwisseling HA-AMB-SEH' opgesteld. Andere patiëntgegevens dan die welke noodzakelijk zijn voor de behandeling van de patiënt, mogen overigens op grond van het Burgerlijk Wetboek en de Wet bescherming persoonsgegevens niet worden uitgewisseld.

Niet alleen de zorginhoudelijke communicatie is van belang, maar ook de communicatie over de ondersteunende processen. Zo is dynamisch ambulancemanagement niet mogelijk zonder dat alle RAV'en een systeem hebben waarmee ze elkaars ambulances op het scherm in de meldkamer kunnen zien.

Specifieke ICT-toepassingen zijn opgenomen in de richtlijnen van Ambulancezorg Nederland, met name in de richtlijn 'Dynamisch ambulancemanagement'. In deze richtlijn is onder meer opgenomen dat iedere RAV de meest actuele versie van het Nationaal Nummerplan Ambulancezorg heeft doorgevoerd, dat alle meldkamers ambulancezorg zijn aangesloten op het Acute Zorgnetwerk en dat een RAV het AVLS/GIS operationeel heeft met aansluiting op de landelijke servers van Ambulancezorg Nederland.

Artikel 17

Op grond van de Wet veiligheidsregio's kunnen de besturen van meerdere veiligheidsregio's besluiten gebruik te maken van één meldkamer. In dat geval zijn er meerdere RAV'en in één meldkamer. Deze RAV'en maken afspraken wie in dat geval het aanspreekpunt is voor de directeur publieke gezondheid.

Artikel 18

Op grond van de Wet veiligheidsregio's draagt het bestuur van de veiligheidsregio er zorg voor dat er één meldkamer wordt ingesteld en in stand gehouden ten behoeve van de brandweertaak, de geneeskundige hulpverlening, de ambulancezorg en de politietaak, met dien verstande dat een RAV zorg draagt voor het in stand houden van het eigen deel van de meldkamer. Dit betekent dat het bestuur van de veiligheidsregio beslist over de locatie van de meldkamer, zorg draagt voor het beheer van het gebouw en voor de ondersteunende infrastructuur (verbindingen, meldkamersystemen). Daarnaast beslist een RAV over de operationele inzet van mensen en middelen bij de dagelijkse inzet en draagt een RAV zorg dat er beschikking is over adequate materiële en personele middelen ten behoeve van deze taak.

Voor deelname aan de gemeenschappelijke meldkamer door een RAV moeten op een aantal terreinen met het bestuur van de veiligheidsregio afspraken worden gemaakt. Zo ook over het informatiemanagement. Daarbij gaat het er onder andere om welke informatie met betrekking tot de meldingen/incidenten geregistreerd moet worden, hoe deze informatie geregistreerd moet worden, wie inzicht heeft in deze informatie en hoe deze is beveiligd.

Artikel 19

Dit artikel is gericht op het verbeteren van de effectiviteit van de triage. Dit is van belang omdat de uitkomst van de triage bepaalt of het een spoedrit is of niet, of de patiënt moet worden doorverwezen naar een andere zorgverlener in de keten (bijvoorbeeld de huisarts) of dat het een loze melding is. Ook is de triage van belang voor een goede overdracht van de patiënt voor de volgende zorgverlener in de keten. Verbeteren van de kwaliteit van de triage kan onder meer door na te gaan of de indicatiestelling door de centralist, de indicatiestelling door de ambulanceverpleegkundige en de diagnose door het ziekenhuis overeen kwamen.

Daarnaast dient er bijzondere aandacht te zijn voor diegene die de triage verricht. Triage dient, gezien de kennis die nodig is dit adequaat te kunnen verrichten in beginsel uitgevoerd te worden door een op grond van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg geregistreerde verpleegkundige die daarnaast als verpleegkundig centralist is opgenomen in het door de sector vastgestelde kwaliteitsregister. Er zijn echter ook niet-verpleegkundig centralisten werkzaam in de meldkamer. Deze worden voornamelijk ingezet op het logistieke proces van uitgifte van ambulanceritten.

Er bestaan verschillende systemen op grond waarvan de triage in de meldkamer wordt uitgevoerd, te weten: ProQA, de Nederlandse Triage Standaard (NTS) en Landelijke Standaard Meldkamer Ambulancezorg (LSMA). Op dit moment wordt een onderzoek gestart naar deze verschillende triagesystematieken. Doel van het onderzoek is onder meer na te gaan wat de huidige ervaren knelpunten zijn en wat de kwaliteit is van triage met ProQA, NTS en LSMA. Met het onderzoek wordt beoogd de toekomstige kwaliteit van de triage in de meldkamer te verbeteren en te komen tot één triagesystematiek. Wanneer deze standaard gereed is, zal deze door alle RAV'en moeten worden toegepast.

Artikel 20

Op grond van artikel 7, tweede lid, van de Twaz, kan het bestuur van de veiligheidsregio eisen vaststellen waaraan de RAV dient te voldoen ten aanzien van de meldkamer ambulancezorg. Deze eisen hebben betrekking op de voorbereiding en het daadwerkelijk optreden in het kader van de geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen. Op grond van deze bevoegdheid hebben de besturen van de veiligheidsregio's onder de coördinatie van het Veiligheidsberaad een pakket van eisen ingediend, dat betrekking heeft op alle regio's. Dit wordt wel aangeduid als het basispakket. In samenspraak en in overeenstemming met het bestuur van GHOR-Nederland is dit basispakket verwerkt in artikel 21.

De uitwerking van deze eisen vereist regionaal maatwerk en daarover zullen tussen de directeur publieke gezondheid (als vertegenwoordiger van het bestuur van de veiligheidsregio) en de RAV nadere schriftelijke afspraken gemaakt moeten worden. Voor het maken van deze afspraken (inclusief de bekostiging) hebben GHOR-NL en Ambulancezorg Nederland een handreiking gemaakt. Het is aan regionale partijen om dit nader voor de specifieke regionale situatie in te vullen.

Een tweetal veiligheidsregio's, Haaglanden en Amsterdam, hebben aangegeven dat in de afspraken tussen de directeur publieke gezondheid en de RAV specifiek aandacht moet worden besteed aan de zogenoemde "tussencategorie". Dit houdt verband met het gegeven dat er in Haaglanden en Amsterdam veel

gebeurtenissen zijn, zoals het bezoek van staatshoofden of een topconferentie, die niet tot de categorie 'evenement' of 'voorbereiding op een crisis of ramp' te rekenen zijn, maar waarvoor wel extra inzet van de RAV benodigd is. In de afspraken zal dan geregeld moeten zijn onder welke omstandigheden extra inzet wordt gevraagd van de RAV en welke tarieven daarvoor moeten worden gehanteerd.

Artikel 21

Met het slachtoffersysteem worden patiënten (slachtoffers) geregistreerd en kunnen zij worden gevolgd opdat duidelijk is waar de patiënt zich bevindt en wat het letsel is. Met het ambulancebijstandsplan wordt ingegaan op de waarborgen voor voldoende beschikbaarheid van ambulances ten tijde van rampen en crises.

Artikel 22

Het bepaalde in het eerste lid heeft betrekking op het participeren van een RAV in een meldkamer. Het bepaalde in het tweede lid is een verbijzondering van het bepaalde in artikel 12. Het bepaalde in het derde lid betreft de permanente aanwezigheid in de meldkamer ambulancezorg van twee op grond van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg geregistreerde verpleegkundigen.

Artikel 23

Deze beleidsregels kunnen pas in werking treden op het moment dat de grondslag hiervoor juridisch bestaat en dat is het moment van in werking treden van de Tijdelijke wet ambulancezorg. Zij werken dan terug tot het tijdstip, genoemd in artikel 6, eerste en tweede lid, van de Tijdelijke wet ambulancezorg.

De Minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,



mr. drs. E.I. Schippers