



AMBULANCEZORG
NEDERLAND

Kwaliteitskader ambulancezorg 2.0

juni 2024



NVMMA
Nederlandse Vereniging van
Medisch Managers Ambulancezorg



Patiëntenfederatie
Nederland
samen de zorg beter maken



INHOUD

Samenvatting	4
1 Inleiding	5
1.1 Ambulancezorg: zorg in beweging	5
1.2 Waarom een kwaliteitskader ambulancezorg?	6
1.3 De pijlers van goede ambulancezorg	6
1.4 Het ambulancezorgproces	6
1.5 Ontwikkeling kwaliteitskader ambulancezorg 1.0	7
1.6 Signalen en streefwaarden	7
1.7 Implementatie en doorontwikkeling kwaliteitskader ambulancezorg 1.0	8
1.8 Inzicht in de kwaliteit van de ambulancezorg: het Sectorkompas	8
1.9 Van kwaliteitskader 1.0 naar versie 2.0	8
2 Kwaliteitskader ambulancezorg 2.0	10
2.1 Inleiding	10
2.2 Beschikbare en bereikbare ambulancezorg	11
2.3 Patiënt centraal	14
2.4 Veilige ambulancezorg	16
2.5 Professionaliteit	17
2.6 Samenwerken	18
2.7 Continu verbeteren	20
2.8 Basis op orde	22
3. Implementatie versie 2.0	24
3.1 Inleiding	24
3.2 Implementatieplan	24
3.3 Implementeren actuele ontwikkelingen	25
3.4 Evaluatie en doorontwikkeling versie 2.0	25
Bijlage 1. Conversietabel	26
Bijlage 2. Literatuur	28
Bijlage 3. Onderhoudsplan kwaliteitskader ambulancezorg 2.0	30



VOORWOORD

Voor u ligt het kwaliteitskader ambulancezorg 2.0. Dit kwaliteitskader geeft inzicht in de kwaliteit van de ambulancezorg en biedt handvatten voor verbetering.

Het kwaliteitskader kwam tot stand in samenwerking met de beroepsvereniging V&VN Ambulancezorg, de Nederlandse Vereniging van Medisch Managers Ambulancezorg, Zorgverzekeraars Nederland, Patiëntenfederatie Nederland en het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Het kwaliteitskader ambulancezorg versie 2.0 is het resultaat van drie jaar implementeren en doorontwikkelen van het kwaliteitskader ambulancezorg 1.0 en een zorgvuldig evaluatieproces. Daarbij waren cliëntenvertegenwoordigers, professionals, bestuurders en RAV-experts en de tripartiete partijen nauw betrokken.

Het kwaliteitskader 2.0 bestaat uit 23 signalen. Een groot deel van deze signalen is al geïmplementeerd, maar is nu ook voorzien van streefwaarden en minimale waarden. Daarmee zet de sector een grote stap vooruit ten opzichte van het kwaliteitskader 1.0. Een enkel signaal is aangepast op basis van de evaluatie. Voor deze signalen is een implementatieplan ontwikkeld. Tot slot is een belangrijk nieuw signaal toegevoegd, namelijk meldkamerzorg.

De gezamenlijke partijen hebben er vertrouwen in dat dit nieuwe kwaliteitskader nog meer bijdraagt aan inzicht en verantwoording en dat het RAV's nog meer handvatten biedt om te leren en de kwaliteit van de ambulancezorg te blijven verbeteren.

SAMENVATTING

Regionale ambulancevoorzieningen (RAV's) zetten zich samen met hun ketenpartners voortdurend in om de kwaliteit van ambulancezorg te bewaken en te verbeteren. De kwaliteit van de ambulancezorg werd tot de invoering van het kwaliteitskader 1.0. op slechts enkele signalen beoordeeld, zoals de responstijd. Een bredere set van kwaliteitssignalen doet de zorg die ambulancezorg-professionals aan patiënten verlenen meer recht. Dit was voor Ambulancezorg Nederland aanleiding om samen met stakeholders en ketenpartners een kwaliteitskader ambulancezorg te ontwikkelen.

Van versie 1.0 naar 2.0

In 2019 verscheen de eerste versie van het kwaliteitskader ambulancezorg. De gezamenlijke ambitie van de sector en de tripartiete partners was om in 2023 een tweede, meer volwassen versie van het kwaliteitskader te realiseren. Een zorgvuldig evaluatie- en herijkingsproces heeft geresulteerd in een kwaliteitskader ambulancezorg 2.0. Deze versie 2.0 bevat 23 signalen die grotendeels al geïmplementeerd zijn en waar mogelijk zijn voorzien van streefwaarden en minimale waarden. Voor de implementatie van enkele signalen is een implementatieplan opgesteld, dat onderdeel uitmaakt van het kwaliteitskader. Tot slot bevat het kwaliteitskader een onderhoudsplan.

Goede ambulancezorg, van aanname melding tot overdracht

De brede set kwaliteitssignalen in het kwaliteitskader is gebaseerd op de zeven uitgangspunten van goede ambulancezorg: 1) bereikbaar en beschikbaar 2) patiëntgericht 3) veilig 4) professioneel 5) afgestemd met ketenpartners 6) continu geëvalueerd en waar nodig verbeterd en 7) geleverd door organisaties die hun zaken op orde hebben. In het kwaliteitskader zijn deze zeven uitgangspunten geconcretiseerd en toetsbaar gemaakt. Dit resulteert in een brede, samenhangende set van zowel inhoudelijke als procesmatige kwaliteitssignalen. De kwaliteitssignalen hebben betrekking op het volledige ambulancezorgproces: van het aannemen en beoordelen van de zorgvraag door de meldkamercentralist ambulance-



zorg, de beoordeling ter plaatse en de behandeling en het vervoer van de patiënt tot en met de overdracht van de patiënt aan een andere zorgverlener.

Transparant over uitkomsten

De resultaten van de signalen uit het kwaliteitskader van alle RAV's worden jaarlijks gepubliceerd in het Sectorkompas. Het kompas is beschikbaar via de website van Ambulancezorg Nederland¹.

Iedereen die inzicht wil hebben in de kwaliteit van de ambulancezorg van de 25 RAV's, kan deze informatie gebruiken op een manier die past bij hun rol: patiënten, professionals, ketenpartners en stakeholders.

Stimuleren tot continu verbeteren

Naast inzicht en verantwoording, heeft het kwaliteitskader een belangrijke functie in het proces van continu verbeteren. Door te leren van de uitkomsten binnen de eigen organisatie en die van collega-RAV's, door te analyseren en het gesprek met elkaar aan te gaan, werken de RAV's afzonderlijk en de sector in zijn geheel aan het continu verbeteren van de ambulancezorgverlening. In dit proces spelen ketenpartners en stakeholders vanzelfsprekend ook een belangrijke rol.

¹ <https://www.ambulancezorg.nl/themas/sectorkompas-ambulancezorg>

1 INLEIDING

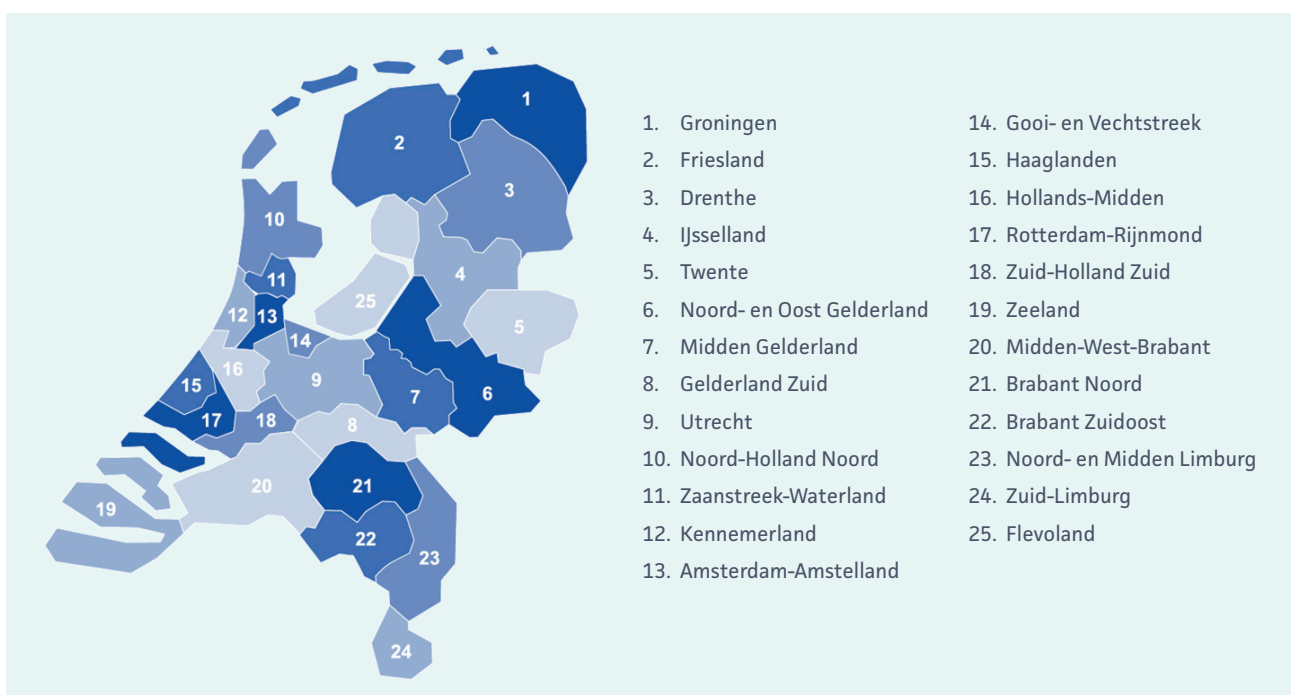
1.1 Ambulancezorg: zorg in beweging

In Nederland zijn ruim negenhonderd ambulances beschikbaar om ambulancezorg te verlenen: 24 uur per dag, 7 dagen per week. Ruim zeventuizend ambulancezorgprofessionals bieden spoedeisende en niet-spoedeisende ambulancezorg. De professionals van de meldkamers ambulancezorg (MKA) geven jaarlijks bijna anderhalf miljoen inzetten uit. Daarvan zijn er ruim 1.100.000 voor spoedeisende medische hulpverlening en ruim 300.000 voor niet-spoedeisende ambulancezorg. Een beperkt deel van de hulpverleningssituaties vindt plaats vanwege grootschalige geneeskundige bijstand. Deze hulpverlening bouwt voort op de hulpverlening in reguliere omstandigheden.

Ambulancezorg wordt verleend door de Regionale Ambulancevoorziening (de RAV), de rechtspersoon die is hiervoor aangewezen op basis van de Wet ambulancezorgvoorzieningen (Wazv). De ambulancezorg in Nederland is regionaal georganiseerd, in 25 RAV-regio's. RAV's voldoen aan hoge kwaliteits- en professionaliteitseisen. Transparantie, kwaliteit, veiligheid, vakbekwaamheid en goed bestuur zijn belangrijke onderdelen van goede ambulancezorg.

Goede ambulancezorg betekent: er altijd zijn als het nodig is en het juiste onderscheid maken tussen spoed en minder spoed, tussen hoog-, midden- en laagcomplexere zorgvragen. Goede ambulancezorg betekent ook: voldoen aan hoge eisen van patiëntveiligheid. Dat vraagt vooral om het permanent opleiden en trainen van ambulancezorgprofessionals.

De ambulancezorg staat samen met ketenpartners voor de opdracht om de volumedruk in de (acute) zorg op te vangen en de keten nog beter te organiseren. De acute zorg moet in de toekomst een antwoord kunnen blijven geven op de toenemende, veranderende en complexere vraag van de patiënt. En er zorg voor dragen dat de juiste zorg, op de juiste plaats, op het juiste moment door de juiste zorgprofessional wordt geboden. Zorgcoördinatie, mobiele zorg thuis, inrichten van ketenbrede zorgpaden, uitwisseling van en toegang tot noodzakelijke patiëntinformatie, gebruik maken van nieuwe en slimmere technologieën, wetenschappelijk onderzoek: ontwikkelingen die essentieel zijn om de ambulancezorg toekomstbestendig te houden. De maatschappelijke opgave om ook als zorgsector een bijdrage te leveren aan duurzaamheid, speelt ook een belangrijke rol. Voor de ambulancezorg betekent dit: als mobiele zorgverlener voortdurend in beweging blijven, letterlijk én figuurlijk.



Figuur 1

1.2 Waarom een kwaliteitskader ambulancezorg?

De ambulancesector heeft het thema kwaliteit hoog op de agenda staan. De kwaliteit van de ambulancezorg wordt bepaald door een breed scala van factoren: bereikbaarheid en beschikbaarheid, veiligheid, patiëntgerichtheid, deskundigheid en bekwaamheid van de ambulancezorg-professionals en de samenwerking met ketenpartners. Maar ook door randvoorwaarden zoals goed bestuur en systematisch werken aan continu verbeteren.

Met het kwaliteitskader ambulancezorg beschrijft de ambulancesector via een samenhangende en brede set van kwaliteitssignalen wat goede ambulancezorg is en is de sector transparant over de geleverde kwaliteit. Het kwaliteitskader biedt daarmee een instrument voor de verantwoording over en beoordeling van de kwaliteit van de ambulancezorg en doet daarmee recht aan de behoeften van patiënten, zorgprofessionals, ketenpartners en stakeholders. Daarnaast stimuleert het kwaliteitskader de individuele RAV's en de sector tot continu leren en blijven verbeteren van de ambulancezorg.

1.3 De pijlers van goede ambulancezorg

De sectorale visie op kwaliteit en de daaraan verbonden wettelijke en sectorale normen, vormen het uitgangspunt voor het kwaliteitskader ambulancezorg. Deze visie en normen zijn beschreven in de nota Goede Ambulancezorg. De nota Goede Ambulancezorg geldt als richtinggevend kader voor alle RAV's. De nota Goede Ambulancezorg beschrijft zeven pijlers van goede ambulancezorg. Het kwaliteitskader ambulancezorg is gebaseerd op deze zeven pijlers:

1. De RAV biedt **bereikbare en beschikbare zorg**.
2. De RAV biedt **patiëntgerichte zorg**, afgestemd op de reële vraag en behoefte van de patiënt.

3. De RAV biedt **veilige zorg**: zorg gericht op het voorkomen van onveilige situaties en die schade aan patiënten tot een minimum beperkt.
4. Ambulancezorg wordt verleend door **bevoegde en bekwame professionals** die handelen volgens de **professionele standaard**.
5. De RAV **werkt samen** met (regionale) ketenpartners en patiënten(vertegenwoordigers): samenwerkingspartners binnen het domein van de acute zorg én de openbare orde en veiligheid.
6. De RAV **monitort aantoonbaar systematisch** de kwaliteit van de ambulancezorg en verbetert de zorg waar nodig.
7. Het RAV-bestuur handelt volgens de eisen van **goed zorgbestuur**.

1.4 Het ambulancezorgproces

Het kwaliteitskader ambulancezorg is van toepassing op zowel spoedeisende als niet-spoedeisende ambulancezorg en richt zich op het gehele ambulancezorgproces. Dit proces bevat de volgende stappen:

- **Zorgintake en -indicatie:** ambulancezorg begint op het moment dat de verpleegkundig centralist van de MKA de melding aanneemt. De centralist beoordeelt de hulpvraag en indiceert of ambulancezorg nodig is en met welke urgentie.
- **Zorgtoewijzing en -coördinatie:** de verpleegkundig centralist van de MKA zorgt ervoor dat de juiste zorg op het juiste moment en op de juiste plaats wordt ingezet en dat betrokken (ambulance)zorgprofessionals de noodzakelijke informatie krijgen.
- **(Zorg)advisering:** de verpleegkundig centralist van de MKA geeft aanwijzingen of instructies aan de melder of zorgvrager in afwachting van de zorgverlening ter plaatse. Dit om de zorgverlening optimaal te laten verlopen. Soms volstaat de zorgverlening met een



Figuur 2

zorgadvies van de centralist of wordt de patiënt of melder doorverwezen naar een andere zorg- of hulpverlener.

- **Ambulancezorgverlening:** de ambulancezorgprofessional onderzoekt de patiënt ter plaatse, stelt een werkdiagnose en behandelt de patiënt. De ambulancechauffeur assisteert tijdens het onderzoek en de behandeling ter plaatse. Als vervoer noodzakelijk is, wordt de patiënt hierop voorbereid. De ontvangende zorginstelling wordt geïnformeerd over de komst van de patiënt. Tijdens het vervoer gaat de behandeling door. Wanneer vervoer noodzakelijk is, zorgt de chauffeur dat dit verantwoord gebeurt.
- **Overdracht:** de ambulancezorgverlening ter plaatse wordt afgerond met een overdracht. Het kan gaan om een overdracht aan andere zorgverleners of aan mantelzorgers, of om informatieoverdracht aan de patiënt zelf. De overdracht vindt mondeling en schriftelijk/digitaal plaats.
- **Nazorg:** wanneer de patiënt, diens naasten of een melder hier behoefte aan hebben, wordt nazorg verleend. Deze nazorg kan bestaan uit het geven van informatie over de verleende zorg of uit een gesprek.

Soms bestaat de verleende zorg uit een deel van deze stappen, zoals een zorgadvies door de verpleegkundig centralist van de MKA of zorgverlening ter plaatse zonder de patiënt te vervoeren (mobiel zorgconsult).

1.5 Ontwikkeling kwaliteitskader ambulancezorg 1.0

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 (NVMMA), de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), het Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ), GGD GHOR Nederland, InEen, Zorgverzekeraars Nederland (ZN), Patiëntenfederatie Nederland (PFN) en het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). De inzichten van alle betrokkenen zijn meegenomen bij de ontwikkeling van het kwaliteitskader².

Het kwaliteitskader 1.0 is in 2019 door AZN, ZN en PFN tripartiet aangeboden aan Zorginstituut Nederland en in maart 2020 opgenomen in het register van ZiN.

1.6 Signalen en streefwaarden

Het kwaliteitskader ambulancezorg is inhoudelijk opgebouwd rondom de pijlers van (de nota) goede ambulancezorg en richt zich op het gehele ambulancezorgproces van zowel de acute als de niet-acute ambulancezorg.

Om de kwaliteit van de ambulancezorg inzichtelijk te maken gaat het kwaliteitskader uit van **kwaliteitssignalen**. Een signaal is een meetbaar element dat een aanwijzing geeft over de kwaliteit van een aspect van de ambulancezorgverlening. Een signaal kan betrekking hebben op de structuur (bijv. een gecertificeerd kwaliteits-/veiligheidsmanagementsysteem), het proces (bijv. pijnregistratie en -behandeling) of de uitkomst (bijv. patiëntervaringen) van een aspect van de ambulancezorgverlening.

De 23 signalen in het kwaliteitskader ambulancezorg 2.0 geven in samenhang een beeld van de kwaliteit van de ambulancezorg, van een RAV. Om vergelijking tussen RAV's mogelijk te maken, wordt elk signaal gemeten met een landelijk uniform meetplan.

Om inzicht te geven in de status van een signaal binnen de RAV wordt voor elk signaal een **streefwaarde** bepaald. Een streefwaarde kan een wettelijke eis zijn of een sectorale afspraak. De ambulancesector heeft bewust gekozen voor streefwaarden in plaats van normen vanuit de overtuiging dat streefwaarden meer stimuleren tot leren en verbeteren. Dit geldt zowel binnen de RAV alsook tussen de RAV's. Streefwaarden doen ook meer recht aan de huidige realiteit waarmee de acute zorg, dus ook de ambulancezorg, te maken heeft en de (regionale) context waarbinnen de RAV ambulancezorg moet leveren. Streefwaarden zijn echter niet vrijblijvend. De RAV verantwoordt zich, onder andere via het sectorkompas (zie 1.8), over de resultaten en de wijze waarop de organisatie werkt aan verbetering. Voor sommige signalen is daarnaast ook nog een **minimale of maximale waarde** bepaald. Deze geldt als onder- of bovengrens.

Voor een signaal waarvoor geen wettelijke eis of sectorale afspraak bestaat, en dus nog geen streefwaarde kan worden bepaald, is een 'leren- en verbeteren-proces' ingericht om te komen tot een realistische en haalbare

² Zie kwaliteitskader 1.0 (2019) paragraaf 1.4. Inzichten ketenpartners

streefwaarde. Dit proces ziet er als volgt uit. Op basis van de resultaten wordt jaarlijks eerst een **voorlopige streefwaarde** bepaald. Hiervoor wordt gekeken naar de 20% hoogst/laagst scorende RAV's, die dienen als 'best practices'. In drie jaar tijd wordt op deze wijze toegewerkt naar een realistische en verantwoorde definitieve streefwaarde (en indien nodig naar een minimale/ maximale waarde).

1.7 Implementatie en doorontwikkeling kwaliteitskader ambulancezorg 1.0

Vanaf 2020 werkt de sector aan de implementatie en doorontwikkeling van het kwaliteitskader. Hiervoor is een zorgvuldig proces ingericht van het operationaliseren van signalen, eenduidig meten, analyseren en actualiseren. Experts uit de RAV's zijn vanaf het begin nauw betrokken bij de implementatie en doorontwikkeling van het kwaliteitskader, evenals de bestuurders en tripartiete partners.

In 2020 is gestart met de implementatie van signalen 1 tot en met 13. Stapsgewijs startte de sector ook met de implementatie van signalen 14 tot en met 19 (2021) en 20 tot en met 26 (2022). Eind 2023 zijn alle 26 signalen van het kwaliteitskader ambulancezorg 1.0 geïmplementeerd. Zie afbeelding 1.

In het kwaliteitskader 1.0 zijn daarnaast jaarlijks voorlopige streefwaarden en verbeteracties bepaald, aan de hand van de vooraf vastgestelde methodiek.

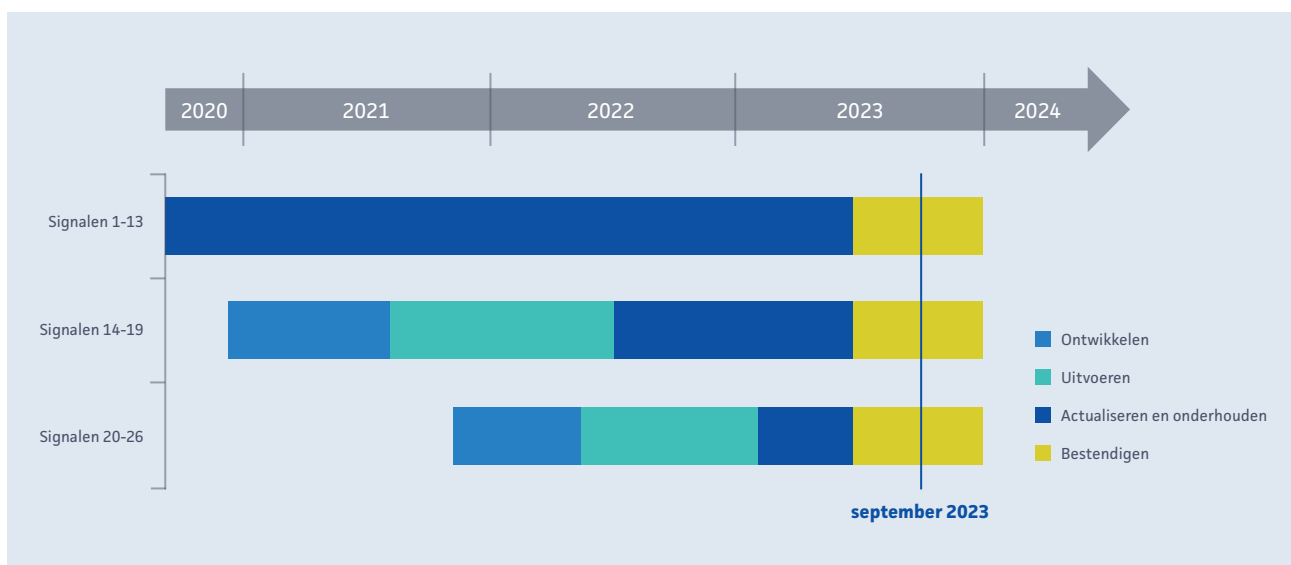
1.8 Inzicht in de kwaliteit van de ambulancezorg: het Sectorkompas

In het landelijke Sectorkompas, dat jaarlijks wordt gepubliceerd, presenteren alle RAV's de uitkomsten van het kwaliteitskader ambulancezorg. Daarnaast bevat het Sectorkompas prestatie-informatie en de belangrijkste kerngegevens van de RAV's. Het Sectorkompas is openbaar en daarmee toegankelijk voor iedereen die op zoek is naar informatie over de (kwaliteits)prestaties van individuele RAV's en de sector: patiënten, ketenpartners en stakeholders.

1.9 Van kwaliteitskader 1.0 naar versie 2.0

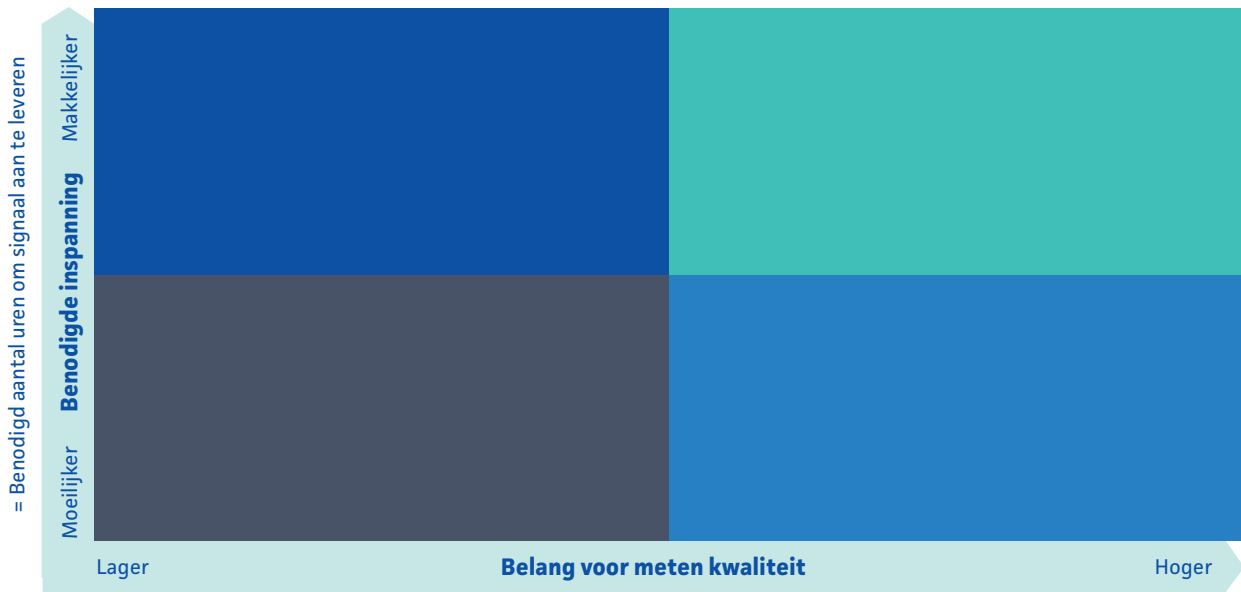
Voor de doorontwikkeling van het kwaliteitskader ambulancezorg versie 1.0 naar versie 2.0 hebben de tripartiete partijen in 2023 een zorgvuldig proces doorlopen.

Middels een online enquête inventariseerden we de ervaringen met het kwaliteitskader 1.0 van de verschillende betrokkenen. De enquête is uitgezet onder de RAV-directeuren, de data- en kwaliteitsimplementatie-experts, voorzitters van RAV-cliëntenraden, V&VN Ambulancezorg, NVMMA en de stakeholders (ZN, PFN, VWS). Ook is gevraagd of de betrokkenen thema's missen in het kwaliteitskader. Aan de direct betrokkenen is nog gevraagd om per signaal aan te geven wat de waarde ervan is in relatie tot kwaliteit en kwaliteitsverbetering, evenals de benodigde (tijds)investering om het signaal te meten



Figuur 3

Meerwaardenmatrix signalen en kwaliteitskader 1.0



Figuur 4

en ontsluiten. De leverde een zogenaamde 'meerwaarde-matrix' op.

De resultaten van deze brede en grondige inventarisatie vormde de basis voor diverse werksessies in het najaar, met de experts, de tripartiete partners en met ambulance-zorgprofessionals. De 'meerwaarde-matrix' vormde met name belangrijke input voor de werksessies en resulteerde

uiteindelijk, in twee cycli, in de inhoud van het kwaliteitskader 2.0, zoals beschreven in hoofdstuk 2.

Daarnaast bepaalden we definitieve streefwaarden en minimale waarden voor de meeste signalen van 1 tot en met 13, op basis van de resultaten (voorlopige streefwaarden) van de voorgaande jaren. Deze waarden zijn onderdeel van het kwaliteitskader versie 2.0.

2 KWALITEITSKADER AMBULANCEZORG 2.0

2.1. Inleiding

Het kwaliteitskader 2.0 bevat 23 signalen. Deze zijn hieronder per pijler weergegeven.

Pijler	Signalen
De RAV levert bereikbare en beschikbare ambulancezorg .	<ol style="list-style-type: none"> 1. A1-inzetten 2. A2-inzetten 3. B-inzetten: inzetten brengen 4. CVA-doorlooptijd 5. STEMI-doorlooptijd 23. Meldkamerzorg
De RAV biedt patiëntgerichte zorg : de zorg is afgestemd op de reële vraag en behoefte van de patiënt.	<ol style="list-style-type: none"> 6. Patiëntervaringen 7. Mobiel zorgconsult en opnieuw ambulancezorg 19. Effectieve inzet deskundigheden
De RAV biedt veilige zorg , gericht op het voorkomen van onveilige situaties en schade aan patiënten tot een minimum beperken.	<ol style="list-style-type: none"> 8. Infectiepreventie 18. Medische technologie
Ambulancezorg wordt verleend door bevoegde en bekwame professionals die handelen volgens de professionele standaard.	<ol style="list-style-type: none"> 9. Bekwaamheidsbeleid
De RAV werkt samen met patiënten(vertegenwoordigers) en regionale ketenpartners binnen het zorgdomein en openbare orde en veiligheid.	<ol style="list-style-type: none"> 14. Ketenpartnertevredenheid 15. Multitraumapatiënten op de juiste plek 20. Kwaliteit en interoperabiliteit digitale dossiers
De RAV monitort de kwaliteit van de ambulancezorg aantoonbaar en systematisch en verbetert waar nodig.	<ol style="list-style-type: none"> 11. Pijnregistratie en -behandeling 16. Leveren wetenschappelijke bijdrage 21. Thematisch aandacht voor zorgaspecten³
Het RAV-bestuur handelt volgens de eisen van goed zorgbestuur .	<ol style="list-style-type: none"> 10. Ziekteverzuim 12. Kwaliteits- en veiligheidsmanagementsysteem 13. Informatiebeveiliging 17. Voorbereid op rampen en crises 22. Maatschappelijk verantwoord ondernemen

In de volgende paragrafen (2.2 tot en met 2.7) lichten we de signalen per pijler nader toe: de relatie met kwaliteit, de manier waarop het signaal is geoperationaliseerd of nog geoperationaliseerd wordt. Tot slot ziet u per signaal de streefwaarde en eventueel de minimale waarde. Als er nog geen streefwaarde is bepaald voor een signaal, staat beschreven wanneer deze uiterlijk wordt vastgesteld.

³ De komende drie jaar is het thema van dit signaal: mobiel zorgconsult: informatieverstrekking aan patiënten en gegevensoverdracht huisarts

2.2. Beschikbare en bereikbare ambulancezorg

Tijdigheid is een van de aspecten die bijdragen aan de kwaliteit van ambulancezorg. De pijler 'Beschikbare en bereikbare ambulancezorg' brengt het aspect tijdigheid op een brede en meer genuanceerde wijze tot uitdrukking. Deze pijler bestaat uit de volgende signalen:

1. A1-inzetten
2. A2-inzetten
3. B-inzetten: inzetten brengen
4. CVA-doorlooptijd
5. STEMI-doorlooptijd
23. Meldkamerzorg



Toelichting signalen	Wat meet de RAV?	Streefwaarde en minimale/maximale waarde
<p>1. A1-inzetten</p> <p>In situaties waarbij er sprake is van acute bedreiging van vitale functies van de patiënt, of situaties waarin deze bedreiging pas na beoordeling door ambulancezorgprofessionals kan worden uitgesloten, een A1-urgentie, is het van belang dat de ambulance zo snel mogelijk (binnen 15 minuten) ⁴ ter plaatse is.</p>	<p><u>1a. Responstijdpercentage</u> Het aantal minuten waarin 95% van de A1- inzetten ter plaatse is.</p> <p><u>1b. Mediane responstijd</u></p>	<p><u>1a. Responstijdpercentage</u></p> <p><i>Streefwaarde:</i> Binnen 15 minuten is 95% van de A1-inzetten ter plaatse.</p> <p><i>Maximale waarde:</i> Binnen 17 minuten is 95% van de A1-inzetten ter plaatse.</p> <p><u>1b. Mediane responstijd</u> Geen streefwaarde en maximale waarde.</p>
<p>2. A2-inzetten</p> <p>In situaties waarin er geen sprake is van direct levensgevaar, maar er wel sprake kan zijn van (ernstige) gezondheidsschade voor de patiënt, of het vermoeden daarvan, een A2-urgentie, is het van belang dat de ambulance zo snel mogelijk (binnen 30 minuten) ⁵ ter plaatse is.</p>	<p><u>2a. Responstijdpercentage</u> Het aantal minuten waarin 95% van de A2- inzetten ter plaatse is.</p> <p><u>2b. Mediane responstijd</u></p>	<p><u>2a. Responstijdpercentage</u></p> <p><i>Streefwaarde:</i> Binnen 30 minuten is 95% van de A2-inzetten ter plaatse.</p> <p><i>Maximale waarde:</i> Binnen 32 minuten is 95% van de A2-inzetten ter plaatse.</p> <p><u>2b. Mediane responstijd</u> Geen streefwaarde en maximale waarde.</p>

⁴ Conform de Wet ambulancezorgvoorzieningen hebben RAV's hebben de plicht om ervoor te zorgen dat onder normale omstandigheden in ten minste 95% van A1-meldingen een ambulance na aanname van de melding ter plaatse is. De implementatie en evaluatie van de verbeterde urgentie-indeling kan in de toekomst mogelijk leiden tot aanpassing.

⁵ Voor een A2-inzet geldt geen wettelijke norm, maar is er wel een dat de RAV er naar streeft dat onder normale omstandigheden de ambulance bij een A2-melding binnen 30 minuten na aanname van de melding er plaatse is. De implementatie en evaluatie van de verbeterde urgentie-indeling kan in de toekomst mogelijk leiden tot aanpassing van deze afspraak.

<p>3. B-inzetten: brengrit op tijd Ook bij nietspoedeisende (planbare) ambulancezorg, de Binzetten, is tijdigheid van belang. Bij B-inzetten met een tijdsafpraak, bijvoorbeeld een afspraak in het ziekenhuis voor een therapie of behandeling, is het voor zowel de patiënt als de behandelend zorgverlener belangrijk dat de patiënt op tijd op de afspraak is.</p>	<p>Het percentage B-inzetten met een tijdsafpraak, dat binnen de afgesproken tijdsperiode (max. 30 minuten van tevoren tot het moment van de afspraak) op de plaats van bestemming (hoofdingang ziekenhuis) is gebracht.</p>	<p>Voor dit signaal is nog geen streefwaarde bepaald. Volgens het vastgestelde proces (zie 1.6) wordt toegewerkt naar een definitieve streefwaarde (en maximale waarde) in 2026.</p>
<p>4. CVA-doorlooptijd Patiënten met een herseninfarct (CVA) moeten zo snel mogelijk na de eerste symptomen worden behandeld in een centrum voor acute beroertezorg (trombolysie (IVT) of trombectomie (EVT))⁶. De ambulancezorg speelt een belangrijke rol in dit tijdkritische ketenzorgproces.</p>	<p>Het percentage patiënten (A1-inzet) waarbij op grond van tekenen en symptomen passend bij (verdenking op) herseninfarct (CVA) de patiënt mogelijk in aanmerking komt voor IVT en/of EVT en waarbij de patiënt binnen 45 minuten na melding MKA is aangeleverd bij een acuut beroerte/EVT-centrum.</p>	<p><i>Streefwaarde</i> 80% van de patiënten (A1-inzet o.b.v. verdenking herseninfarct (CVA)) wordt binnen 45 minuten na melding bij MKA aangeleverd bij een acuut beroerte/EVT-centrum.</p> <p><i>Minimale waarde</i> 70% van de patiënten (A1- inzet o.b.v. verdenking CVA) wordt binnen 45 minuten na melding bij MKA aangeleverd bij een acuut beroerte/EVT-centrum.</p>
<p>5. STEMI-doorlooptijd Patiënten met een ST-elevatie myocardinfarct (STEMI) moeten zo snel mogelijk worden behandeld in een centrum voor percutane coronaire interventie (PCI)⁷. De ambulancezorg speelt een belangrijke rol in dit tijdkritische ketenzorgproces.</p>	<p>Het percentage patiënten (A1-inzet) met werkdiagnose STEMI dat binnen 60 minuten na melding MKA is aangeleverd bij een PCI- centrum.</p>	<p><i>Streefwaarde</i> 90% van de patiënten met werkdiagnose STEMI wordt binnen 60 minuten na melding bij MKA aangeleverd bij een PCI-centrum.</p> <p><i>Minimale waarde</i> 75% van de patiënten met werkdiagnose STEMI wordt binnen 60 minuten na melding bij MKA aangeleverd bij een PCI-centrum.</p>

⁶ Richtlijnen geven een totale tijd in de keten tussen eerste contact met een zorgverlener en start behandeling van maximaal 4,5 tot en met 6 uur (afhankelijk van behandelkeuze).

⁷ Richtlijnen geven een totale tijd in de keten tussen eerste contact met een zorgverlener en start behandeling van maximaal 1,5 uur.

<p>23. Meldkamerzorg</p> <p>De meldkamer ambulancezorg (MKA) van de RAV is het eerste aanspreekpunt voor 112-meldingen van burgers en (spoed)aanvragen van verwijzers. Zorgvragen worden op de MKA getrieerd om tot een toestandsbeeld, urgentiebepaling en inzet te komen. Ook kan triage leiden tot een zelfzorgadvies of doorverwijzing naar een andere zorgverlener. Goede meldkamerzorg is essentieel voor de kwaliteit van de ambulancezorg.</p>	<p>Dit signaal wordt in 2024 geoperationaliseerd en geïmplementeerd. Vanaf 2025 wordt dit signaal door de RAV gemeten.</p>	<p>Na de operationalisatie van het signaal meldkamerzorg wordt vastgesteld hoe de streefwaarde/ minimale waarde voor dit signaal wordt bepaald.</p>
---	--	---

2.3. Patiënt centraal

Ambulancezorgprofessionals leveren patiëntgerichte zorg: de zorg is afgestemd op de vraag en behoefte van de patiënt. Het hoofddoel van ambulancezorgverlening is om adequate mobiele zorg te verlenen aan patiënten. De ambulancesector wil continu de kwaliteit verbeteren door aan te sluiten bij reële verwachtingen van patiënten in relatie tot mogelijke gezondheidsrisico's. Deze pijler bestaat uit de volgende signalen:

- Signaal 6: Patiëntervaringen
- Signaal 7: Mobiel zorgconsult en opnieuw ambulancezorg
- Signaal 19: Effectieve inzet deskundigheden



Toelichting signalen	Wat meet de RAV?	Streefwaarde en minimale/maximale waarde
<p>6. Patiëntervaringen</p> <p>Patiëntervaringen helpen de RAV om de zorg beter af te stemmen op de verwachtingen en aspecten die voor de patiënt van belang zijn. Dit signaal heeft betrekking op spoedeisende zorg (inclusief mobiel zorgconsult), niet-spoedeisende en meldkamerzorg.</p>	<p>De RAV meet driejaarlijks de patiëntervaringen⁸ op de onderdelen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Spoedeisend - algemeen en kwaliteitsclusters. 2. Niet-spoedeisend/planbaar - algemeen en kwaliteitsclusters. 3. Mobiel zorgconsult - algemeen en kwaliteitsaspecten. 	<p><u>Onderdeel 1 en 2</u></p> <p><i>Streefwaarden:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Algemene waardering: minimaal 8. • Voor de kwaliteitsclusters: minimaal 3,7. <p><u>Onderdeel 3</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Voor het cluster mobiel zorgconsult: minimaal 3,7.
<p>7. Mobiel zorgconsult en opnieuw ambulancezorg</p> <p>Bij een mobiel zorgconsult laat de ambulancezorgprofessional na onderzoek, behandeling en zorgadvies, de patiënt thuis. Dit signaal geeft ambulancezorgprofessionals en de RAV inzicht in de (uitkomst van de) verleende zorg en aanknopingspunten voor verbetering.</p>	<p>Het percentage patiënten dat na een mobiel zorgconsult (EHGV) opnieuw ambulancezorg heeft ontvangen binnen 24 uur.</p> <p>De totaalscores worden vanaf 2024 onderverdeeld naar 'reden tweede inzet'. In de onderverdeling worden ongeplande herconsulten ook meegenomen.</p>	<p>Voor dit signaal geldt (nog) geen streefwaarde.</p>

⁸ Voor het meten van de patiëntervaringen neemt de RAV driejaarlijks deel aan het landelijke onderzoek patiëntervaringen. Dit onderzoek wordt uitgevoerd door het Nivel, met behulp van de Consumer Quality Index (CQI) spoedeisende ambulancezorg en niet-spoedeisende ambulancezorg.

<p>19. Effectieve inzet deskundigheden</p> <p>Uitgangspunt voor de ambulancezorg is 'juiste zorg op het juiste moment, op de juiste plek'. De RAV kan verschillende niveaus van ambulancezorg inzetten: hoog-, midden- en laag-complexe ambulancezorg.⁹ Evaluatie van de effectiviteit van de ingezette zorg draagt bij aan de verbetering van de ambulancezorgverlening.</p>	<p>Percentage van (spoed)inzetten waarbij de (urgentie van de) inzet door de MKA overeenkomt met zorgniveau/vervoersurgentie ter plaatse¹⁰.</p>	<p>Voor dit signaal is nog geen streefwaarde bepaald. Volgens het vastgestelde proces (zie 1.6) wordt toegewerkt naar een definitieve streefwaarde (en minimale waarde) in 2026.</p>
---	--	--

⁹ In het Raamwerk zorgdifferentiatie. Ambulancezorg: juiste zorg door juiste zorgverlener (2023) heeft de sector vastgelegd voor welk niveau van zorgvragen welk niveau van ambulancezorg wordt ingezet en aan welke eisen deze niveaus minimaal dienen te voldoen.

¹⁰ Dit signaal wordt in 2024 geoperationaliseerd en geïmplementeerd. Vanaf 2025 wordt dit signaal door de RAV gemeten.

2.4. Veilige ambulancezorg

Goede ambulancezorg is veilige zorg, de zorg is gericht op het voorkomen van onveilige situaties en het tot een minimum beperken van schade aan patiënten. Deze pijler bestaat uit twee signalen:

- Signaal 8: Infectiepreventie
- Signaal 18: Medische technologie



Toelichting signalen	Wat meet de RAV?	Streefwaarde en minimale/maximale waarde
<p>8. Infectiepreventie</p> <p>Goede infectiepreventie is essentieel binnen de ambulancezorg. Het naleven van de hygiënerichtlijn voor de ambulancezorg voorkomt onnodige schade aan de patiënt.</p>	<p>De mate waarin de hygiënerichtlijn voor de ambulancezorg binnen de RAV is geïmplementeerd. Het signaal bestaat uit vier onderdelen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Integraal beleid. 2. Voorlichting en instructie personeel. 3. Protocol en meldprocedure prik-, snij-, bijt- en spatincidenten. 4. Vaccinatiestatus. 	<p><i>Streefwaarde</i> 100%: De RAV heeft alle onderdelen uit de richtlijn geïmplementeerd binnen de organisatie.</p>
<p>18. Medische technologie</p> <p>Ambulances zijn uitgerust met zeer hoogwaardige technologie. Het is van belang voor de patiëntveiligheid dat deze technologie veilig is, voldoet aan wettelijke eisen en op een veilige manier wordt gebruikt door professionals. Het convenant 'Veilige toepassing medische technologie in de medische specialistische zorg' draagt hier aan bij.</p>	<p>De mate waarin de onderdelen uit het convenant 'Veilige toepassing medische technologie in de medische specialistische zorg' binnen de RAV is geïmplementeerd. Dit bestaat uit vier onderdelen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Positie medische technologie in het kwaliteit- en veiligheidssysteem. 2. Invoeringsfase. 3. Gebruiksfase. 4. Afstotingsfase. 	<p><i>Streefwaarde:</i> 100%: De RAV heeft alle onderdelen uit het convenant geïmplementeerd binnen de organisatie.</p>

2.5. Professionaliteit

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 'Professionaliteit' bestaat uit één signaal:

- Signaal 9: Bekwaamheid



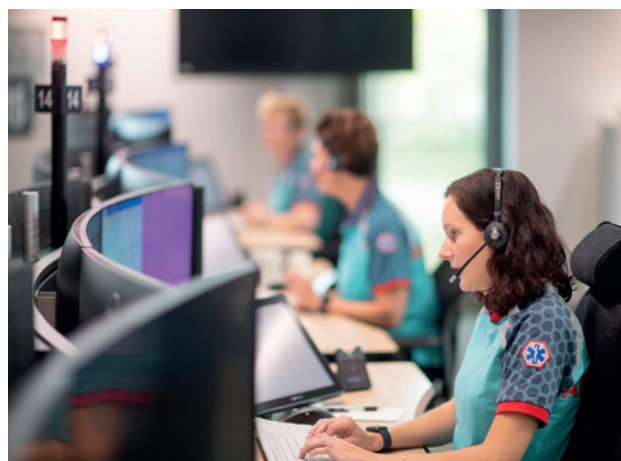
Toelichting signalen	Wat meet de RAV?	Streefwaarde en minimale/maximale waarde
<p>9. Bekwaamheid</p> <p>De bekwaamheid van ambulancezorg professionals is van essentieel belang voor de kwaliteit van de ambulancezorg. Het sectorale beleid en de bekwaamheidseisen voor de verschillende functies binnen de ambulancezorg, zijn vastgelegd in het Fundament voor bekwaamheidsbeleid¹¹.</p>	<p>Het signaal bestaat uit drie onderdelen uit het fundament bekwaamheidsbeleid:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Het percentage ambulancezorgprofessionals dat het landelijk assessment heeft gevolgd of een vergelijkbare gevalideerde bekwaamheidstoets, conform de vijfjaarscyclus. 2. Het percentage ambulancezorgprofessionals dat voldoet aan de landelijk gestelde scholingsnorm voor de beroepsgroep. 3. Percentage ambulancezorgprofessionals waarmee in het meetjaar respectievelijk ten minste drie rit- of meldingsevaluaties zijn uitgevoerd. 	<p><i>Streefwaarde</i></p> <p>voor alle onderdelen: 100%.</p>

¹¹ Het Fundament bekwaamheidsbeleid (2018) wordt geactualiseerd. Het nieuwe Fundament zal medio 2024 gereed zijn. Wijzingen in het nieuwe Fundament worden verwerkt in dit signaal.

2.6. Samenwerken

De RAV streeft ernaar 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 'Samenwerking' sluit onder meer aan op het kwaliteitskader spoedzorgketen en bestaat uit drie signalen:

- Signaal 14: Ketenpartnertevredenheid
- Signaal 15: Multitraumapatiënten naar juiste plek
- Signaal 20: Kwaliteit en interoperabiliteit digitale dossiers



Toelichting signalen	Wat meet de RAV?	Streefwaarde en minimale/maximale waarde
<p>14. Ketenpartnertevredenheid</p> <p>Goede samenwerking tussen de RAV en ketenpartners is essentieel voor de kwaliteit van de ambulancezorg. Het periodiek evalueren van de ervaren kwaliteit van de samenwerking, geeft aanknopingspunten voor verbetering.</p>	<p>De RAV meet eens per drie jaar de ketenpartnertevredenheid met het landelijk instrument¹².</p>	<p>De streefwaarde wordt bepaald in 2026, op basis van de resultaten van de tweede meting.</p>
<p>15. Multitraumapatiënten naar juiste plek</p> <p>De kwaliteit van traumazorg is ingebed in de acute zorgketen. Vanaf 1 januari 2025 moeten alle zorgregio's kunnen voldoen aan de norm dat minimaal 90% van de multitraumapatiënten direct in een level 1-traumacentrum terecht komt. Hoewel de ISS pas achteraf en vaak met aanvullende diagnostiek in het ziekenhuis bepaald kan worden, draagt de toepassing van het traumaprotocol door ambulancezorg-professional bij aan juiste zorg op de juiste plek.</p>	<p>Het signaal bestaat uit twee onderdelen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Percentage patiënten met RTS<12 of PTS<9 dat door de RAV naar een traumacentrum (level 1-ziekenhuis) is vervoerd. 2. Deelname medisch manager ambulancezorg (MMA) aan werkgroep in ROAZ-verband ter evaluatie opvang multitraumapatiënten. 	<p><i>Streefwaarde</i></p> <p><u>Onderdeel 1</u> 90% in 2024; 95% in 2025.</p> <p><u>Onderdeel 2</u> 100%</p> <p><i>Minimale waarde</i> Wordt nader bepaald op basis van de resultaten in 2024 en 2025.</p>

¹² Het landelijk ketenpartnertevredenheidsonderzoek is in samenwerking met de RAV's ontwikkeld door Newcom Research & Consultancy.

<p>20. Kwaliteit en interoperabiliteit zorgdossiers</p> <p>Het digitaal uitwisselen van patiëntgegevens tussen de RAV en ketenpartners is van belang voor de kwaliteit en continuïteit van de zorgverlening.</p> <p>In de landelijke Richtlijn Gegevensuitwisseling acute zorg is vastgelegd welke gegevens op welke momenten tussen de RAV, huisartsen(posten) en ziekenhuizen worden uitgewisseld.</p>	<p>De mate waarin de voor ambulancezorg relevante berichten uit de Richtlijn Gegevensuitwisseling acute zorg zijn geïmplementeerd in systemen (technisch), kennis (proces) en werkwijzen (gebruik).</p>	<p><i>Streefwaarde</i></p> <p>100%:</p> <p>De RAV heeft alle voor de ambulancezorg relevante berichten uit de richtlijn geïmplementeerd.</p>
---	---	--

2.7. 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 'Continu verbeteren' bestaat uit drie signalen:

- Signaal 11: Pijnmeting traumapatiënten
- Signaal 16: Leveren wetenschappelijke bijdrage
- Signaal 21: Thematisch aandacht voor zorgaspecten



Toelichting signalen	Wat meet de RAV?	Streefwaarde en minimale/maximale waarde
<p>11. Pijnregistratie en -behandeling bij traumapatiënten</p> <p>Adequate pijnbestrijding is een belangrijk onderdeel van kwaliteit van de ambulancezorg. Het meten van de pijnintensiteit is een voorwaarde voor adequate pijnbestrijding. In het landelijk protocol ambulancezorg (LPA) ¹³ zijn afspraken gemaakt over de wijze van pijnmeting en -behandeling.</p>	<p>Het signaal bestaat uit twee onderdelen:</p> <p><u>1. Pijnregistratie</u> Percentage traumapatiënten bij wie de pijnintensiteit bij aankomst van de ambulance is gemeten met een (verbale) NRS, gezichtjesschaal of VRS-4.</p> <p><u>2. Pijnbehandeling</u> 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.</p>	<p><u>1. Pijnregistratie</u> <i>Streefwaarde</i> Bij 90% van de traumapatiënten is de pijnintensiteit gemeten. <i>Minimale waarde:</i> Bij 50% van de traumapatiënten is de pijnintensiteit gemeten.</p> <p><u>2. Pijnbehandeling</u> <i>Streefwaarde</i> 95% van de traumapatiënten met een waarde van 4 of hoger heeft pijnstilling gekregen. <i>Minimale waarde</i> 85% van de traumapatiënten met een waarde van 4 of hoger heeft pijnstilling gekregen.</p>

¹³ In 2024 wordt dit signaal aangepast aan het nieuwe protocol Pijn uit het geactualiseerde Landelijk protocol 9 ambulancezorg (2023).

<p>16. Leveren wetenschappelijke bijdrage</p> <p>Wetenschappelijk onderzoek draagt bij aan de verbetering van de kwaliteit van de ambulancezorg. De sector heeft een landelijke onderzoeksagenda 2021-2026 ontwikkeld en implementatiedoelstellingen vastgesteld.</p>	<p>De mate waarin de RAV bijdraagt aan de implementatiedoelstellingen voor vijf onderdelen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Borgen onderzoekstaken binnen de RAV. 2. Ontwikkelen kennis binnen de RAV. 3. Bijdragen aan onderzoeksagenda 2021-2026. 4. Samenwerken op thema onderzoek in een netwerk. 5. Delen kennis via wetenschappelijke publicatie en/of ander platform. 	<p><i>Streefwaarde</i> 100%: De RAV draagt bij aan de implementatiedoelstellingen voor alle onderdelen.</p>
<p>21. Thematisch aandacht voor zorgaspecten</p> <p>Om de drie jaar wordt sectoraal een actueel zorgthema (primair proces) geselecteerd dat leeft in de sector en waarvoor nog veel verbeterpotentieel te realiseren valt. Voor dit zorgthema doorloopt de RAV gedurende drie jaar het proces van 'meten-leren-verbeteren-meten'. Voor 2023 tot en met 2025 is het thema 'Mobiel zorgconsult, informatievoorziening patiënt en gegevensoverdracht ketenpartners' vastgesteld.</p>	<p>Het signaal bestaat uit twee onderdelen:</p> <ol style="list-style-type: none"> <u>1. Informeren patiënt</u> Percentage mobiel zorgconsulten waarbij patiënt schriftelijk informatie heeft ontvangen. <u>2. Gegevensoverdracht huisarts</u> Percentage mobiel zorgconsulten waarbij de RAV een digitaal bericht naar de huisarts heeft verstuurd. 	<p>Voor dit signaal verandert de inhoud elke drie jaar. Er wordt daarom geen definitieve streefwaarde vastgesteld. Wel wordt gedurende drie jaar aan de hand van jaarlijkse scores gezamenlijk en op RAV-niveau gewerkt aan verbetering. De 20% hoogst scorende RAV's fungeren daarbij als 'best practice'.</p>

2.8. 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 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 ‘Basis op orde’ bestaat uit vijf signalen:

- Signaal 10: Ziekteverzuim
- Signaal 12: Gecertificeerd kwaliteits- en veiligheidsmanagementsysteem
- Signaal 13: Informatiebeveiliging
- Signaal 17: Voorbereid op rampen en crises
- Signaal 22: Maatschappelijk verantwoord ondernemen



Toelichting signalen	Wat meet de RAV?	Streefwaarde en minimale/maximale waarde
<p>10. Ziekteverzuim</p> <p>Uitval van medewerkers zet de beschikbaarheid van de ambulancezorg en de ruimte voor professionele ontplooiing binnen een organisatie onder druk. En is daarmee van invloed op de kwaliteit van de ambulancezorgverlening.</p>	<p>Percentage ziekteverzuim totaal.</p>	<p><i>Streefwaarde</i> 5%</p> <p><i>Maximale waarde</i> 7%</p>
<p>12. Kwaliteits- en veiligheidsmanagementsysteem</p> <p>Een goed functionerend kwaliteits- en veiligheidsmanagementsysteem vormt een belangrijke basis voor de borging en continue verbetering van kwaliteit van de ambulancezorgverlening. Het is een sectorale afspraak dat de RAV beschikt over een gecertificeerd kwaliteits- en veiligheidsmanagementsysteem.</p>	<p>De RAV voldoet aan de certificatieverplichting op basis van ISO/KMS/VMS.</p> <p>De RAV benoemt drie thema's die in het meetjaar specifiek de aandacht hebben gehad.</p>	<p><i>Streefwaarde</i> 100%</p> <p>De RAV heeft een gecertificeerd kwaliteits- en veiligheidsmanagementsysteem.</p>
<p>13. Informatiebeveiliging</p> <p>Het veilig verwerken van informatie wordt steeds belangrijker. Het is een sectorale afspraak dat de RAV de NEN 7510-norm heeft geïmplementeerd en gecertificeerd is. Daarmee onderstreept de sector het belang van de bescherming van informatiebeveiliging.</p>	<p>De RAV voldoet aantoonbaar (via certificatie) aan de NEN 7510-norm (informatiebeveiliging in de zorg).</p> <p>De RAV benoemt drie thema's die in het meetjaar specifiek de aandacht hebben gehad.</p>	<p><i>Streefwaarde</i> 100%</p> <p>De RAV voldoet aantoonbaar aan de NEN 7510-norm.</p>

<p>17. Voorbereid op rampen en crises</p> <p>Het is van belang voor de kwaliteit van de zorgverlening tijdens rampen en crises dat de RAV zich samen met ketenpartners (ziekenhuizen, GGD, en huisartsenposten) hierop voorbereid. Het landelijk kader Opleiden, Trainen en Oefenen (OTO) beschrijft de verantwoordelijkheden van de verschillende gremia op landelijk en regionaal niveau.</p>	<p>Mate waarin de RAV is voorbereid op rampen en crises vanuit acht onderdelen binnen zeven thema's:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Crisisorganisatie, 2. organisatie van OTO-activiteiten. 3. Gebruik landelijke module ambulancebijstand. 4. Gewondenspreidingsplan. 5. Bekendheid GGB- structuur. 6. Convenant/werkafspraken Slachtoffer informatiesysteem (SIS). 7. Calamiteitervoertuig. 	<p><i>Streefwaarde</i></p> <p>100%: de RAV heeft alle onderdelen binnen de organisatie geïmplementeerd.</p>
<p>22. Maatschappelijk verantwoord ondernemen</p> <p>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.</p>	<p>De RAV heeft een door het bestuur vastgestelde visie op maatschappelijk verantwoord ondernemen die integraal onderdeel is van beleid.</p>	<p><i>Streefwaarde</i></p> <p>100%.</p>

3. IMPLEMENTATIE VERSIE 2.0

3.1. Inleiding

Voor de implementatie van het kwaliteitskader 2.0 onderscheiden we drie categorieën signalen:

- a. Geborgde signalen: deze signalen uit het kwaliteitskader 1.0 zijn al geïmplementeerd binnen de RAV's. De registratie, analyse en rapportage over deze signalen in het Sectorkompas wordt gecontinueerd.
- b. Herijkte signalen: deze signalen uit het kwaliteitskader 1.0 zijn zodanig aangepast, dat een operationalisatie en veldtest nodig is. Dit vindt plaats in 2024, waarna implementatie en registratie plaatsvindt.
- c. Nieuw signaal: dit signaal moet geoperationaliseerd worden (wat gaan we meten?) en er is een veldtest nodig (kunnen we dit signaal eenduidig meten?). Dit gebeurt in 2024, waarna implementatie en registratie plaatsvindt.

3.2. Implementatieplan

Het implementatieplan voor versie 2.0 bestaat uit het reguliere proces voor de geborgde signalen, het implementatieproces voor de herijkte signalen en het nieuwe signaal. Hieronder beschrijven we het proces inclusief planning. In figuur 5 is het proces schematisch weergegeven.

a. Geborgde signalen 1.0

Voor deze signalen wordt het geborgde proces uit kwaliteitskader 1.0 gecontinueerd door te onderhouden en te actualiseren. Dit houdt in:

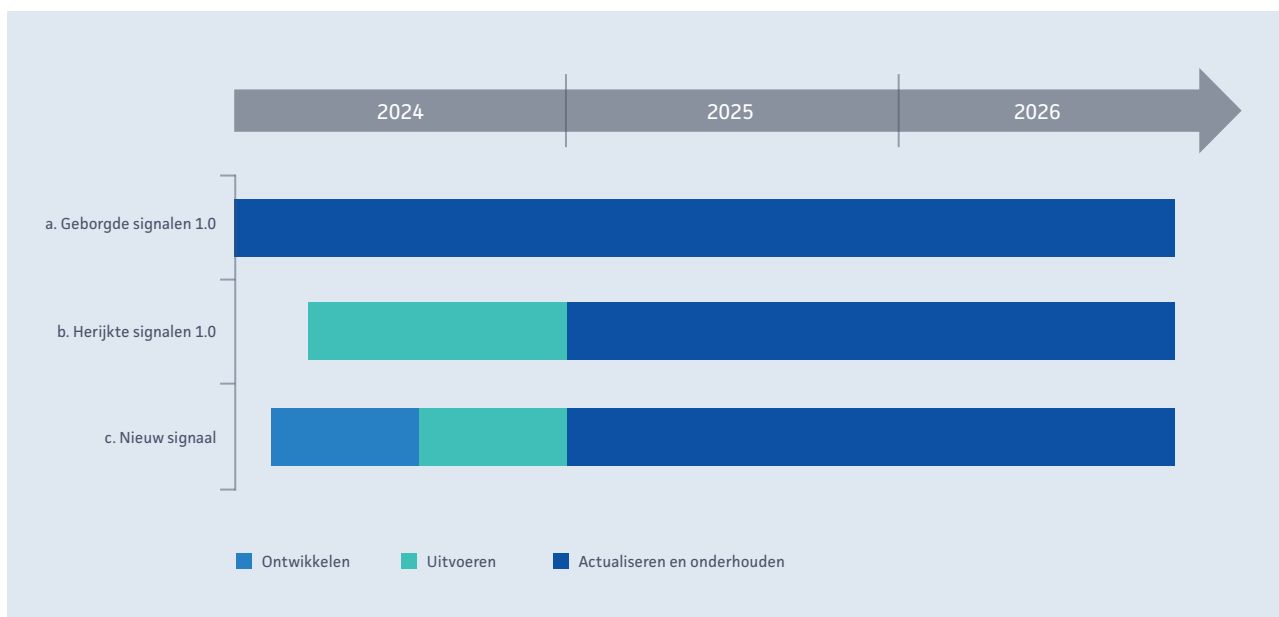
- Uitvragen gegevens bij de RAV.
- Valideren en interpreteren van de resultaten.
- Definitief vaststellen van de resultaten en publicatie in het sectorkompas.
- Het meetplan wanneer nodig bijstellen voor de volgende meting.

b. Herijkte signalen 1.0

Voor deze signalen voert de sector in 2024 de volgende activiteiten uit:

- Operationaliseren van de herijkte signalen, opstellen voorlopig meetplannen.
- Uitvoeren veldtest (gegevens uitvragen, verzamelen, analyseren en valideren).
- Vaststellen definitieve meetplannen.

Actualiseren en onderhouden vindt plaats vanaf 2025. In 2025 wordt het signaal geregistreerd door de RAV, publicatie in het Sectorkompas vindt plaats vanaf 2026.



Figuur 5

c. Nieuw signaal

Voor het nieuwe signaal voert de sector in 2024 de volgende activiteiten uit:

- Operationaliseren van het nieuwe signaal, opstellen voorlopig meetplan.
- Uitvoeren veldtest (gegevens uitvragen, verzamelen, analyseren en valideren).
- Vaststellen definitief meetplan.

Actualiseren en onderhouden vindt plaats vanaf 2025. In 2025 wordt het signaal geregistreerd door de RAV, publicatie in het Sectorkompas vindt plaats vanaf 2026.

3.3. Implementeren actuele ontwikkelingen

Tijdens het implementatieproces kan het nodig zijn om actuele ontwikkelingen te verwerken in het kwaliteitskader. Denk aan de verbeterde urgentie-indeling, wijzigingen in sectorale protocollen of ketenafspraken. In overleg met de betrokken experts uit de sector en de tripartiete partijen zullen deze ontwikkelingen worden geïmplementeerd. Dit is onderdeel van het onderhoudsplan, dat partijen samen hebben opgesteld (zie bijlage 3).

3.4. Evaluatie en doorontwikkeling versie 2.0

Het kwaliteitskader ambulancezorg 2.0 wordt drie jaar na vaststelling door partijen gezamenlijk geëvalueerd. Op basis van de uitkomsten van deze evaluatie besluiten we welke aanpassingen gewenst zijn. Aanpassingen worden verwerkt in een kwaliteitskader versie 3.0 Deze afspraak is onderdeel van het onderhoudsplan.

BIJLAGE 1. CONVERSIETABEL

Signalen kwaliteitskader 1.0	Signalen kwaliteitskader 2.0
Bereikbare en beschikbare zorg	
1. A1-inzetten 1a. responstijdpercentage 1b. mediane responstijd 2. A2-inzetten 2a. responstijdpercentage 2b. mediane responstijd 3. B-inzetten: inzetten brengen 4. CVA-doorlooptijd 4a. A1 binnen 45 minuten 4b. A2 binnen 60 minuten 5. STEMI-doorlooptijd 5a. A1 binnen 45 minuten 5b. A1 binnen 60 minuten	1. A1-inzetten 1a. responstijdpercentage 1b. mediane responstijd 2. A2-inzetten 2a. responstijdpercentage 2b. mediane responstijd 3. B-inzetten: inzetten brengen 4. CVA-doorlooptijd 4a. A1 binnen 45 minuten 5. STEMI-doorlooptijd 5a. A1 binnen 60 minuten 23. Meldkamerzorg
Patiënt centraal	
6. Patiëntervaringen 6a. spoedeisende ambulancezorg - algemeen 6b. spoedeisende ambulancezorg - clusters 6c. planbare ambulancezorg - algemeen 6d. planbare ambulancezorg - clusters 7. Mobiel zorgconsult en opnieuw ambulancezorg 7a. binnen 24 uur 7b. binnen 72 uur	6. Patiëntervaringen 6a. spoedeisende ambulancezorg - algemeen 6b. spoedeisende ambulancezorg - clusters 6c. planbare ambulancezorg - algemeen 6d. planbare ambulancezorg - clusters 6e. mobiel zorgconsult 7. Mobiel zorgconsult en opnieuw ambulancezorg 7a. binnen 24 uur 19. Effectieve inzet deskundigheden
Veilige zorg	
8. Infectiepreventie 20. Medische technologie	8. Infectiepreventie 18. Medische technologie
Professionaliteit	
9. Landelijk assessment 15. Fundament bekwaamheidsbeleid 10. Ziekteverzuim	9. Bekwaamheid
Samenwerken	
16. Ketenpartnertevredenheid 16a. ketenpartnertevredenheid 16b. evaluatie van de spoedzorgketen door RAV 17. Multitraumapatiënten op de juiste plek 22. Kwaliteit en interoperabiliteit digitale dossiers 23. Werkdiagnose sluit aan op diagnose SEH	14. Ketenpartnertevredenheid 15. Multitraumapatiënten op de juiste plek 20. Kwaliteit en interoperabiliteit digitale dossiers

Continu verbeteren

11. Pijnregistratie en -behandeling traumapatiënten	11. Pijnregistratie en -behandeling
11a. pijnregistratie traumapatiënten	16. Leveren wetenschappelijke bijdrage
11b. pijnbehandeling traumapatiënten	21. Thematisch werken aan zorgaspecten
18. Leveren wetenschappelijke bijdrage	
24. Thematisch werken aan zorgaspecten	

Basis op orde

12. Kwaliteits- en veiligheidsmanagementsysteem	10. Ziekteverzuim
13. Informatiebeveiliging	12. Kwaliteits- en veiligheidsmanagementsysteem
19. Voorbereid op rampen en crises	13. Informatiebeveiliging
22. Duurzaamheid (maatschappelijk verantwoord ondernemen).	17. Voorbereid op rampen en crises
25. Financiële weerbaarheid	22. Maatschappelijk verantwoord ondernemen

BIJLAGE 2. LITERATUUR

Ambulancezorg Nederland (2013). Uniform begrippenkader ambulancezorg.

Ambulancezorg Nederland (2017). Ambulancezorg in 2025: zorgcoördinatie en mobiele zorg.

Ambulancezorg Nederland (2022) Implementatieplan onderzoeksagenda ambulancezorg 2021-2026.

Ambulancezorg Nederland (2023). Sectorkompas 2022. Tekstuele toelichting en dashboard.

Ambulancezorg Nederland, Zorgverzekeraars Nederland, Ministerie van VWS (2018). Actieplan Ambulancezorg.

Ambulancezorg Nederland, Hogeschool van Arnhem en Nijmegen lectoraat acute intensieve zorg (2021). Ambulancezorg gevoed door onderzoek. Herijken en actualiseren naar een Landelijke Onderzoeksagenda Ambulancezorg 2021-2026.

Ambulancezorg Nederland, Nederlandse Vereniging van Medisch Managers Ambulancezorg, V&VN Ambulancezorg (2015). Fundament voor bekwaamheidsbeleid ambulanceverpleegkundige.

Ambulancezorg Nederland, Nederlandse Vereniging van Medisch Managers Ambulancezorg, V&VN Ambulancezorg (2016). Fundament voor bekwaamheidsbeleid verpleegkundig centralist meldkamer Ambulancezorg.

Ambulancezorg Nederland, Nederlandse Vereniging van Medisch Managers Ambulancezorg, V&VN Ambulancezorg (2018). Nota Goede Ambulancezorg.

Ambulancezorg Nederland, Nederlandse Vereniging van Medisch Managers Ambulancezorg, V&VN Ambulancezorg (2020). Kwaliteitskader laag- en middencomplexe ambulancezorg.

Ambulancezorg Nederland, Nederlandse Vereniging van Medisch Managers Ambulancezorg, V&VN Ambulancezorg (2021). Landelijk protocol laag- en middencomplexe ambulancezorg.

Ambulancezorg Nederland, Nederlandse Vereniging van Medisch Managers Ambulancezorg, V&VN Ambulancezorg (2023). Landelijk Protocol Ambulancezorg 9.0.

Ambulancezorg Nederland, Nederlandse Vereniging van Medisch Managers Ambulancezorg, V&VN Ambulancezorg (2024). Juiste zorg door de juiste zorgverlener: raamwerk zorgdifferentiatie.

Ambulancezorg Nederland, Nederlandse Vereniging van Medisch Managers Ambulancezorg, V&VN Ambulancezorg, Zorgverzekeraars Nederland, Patiëntenfederatie Nederland (2019). Kwaliteitskader ambulancezorg 1.0.

Actiz, Ambulancezorg Nederland, InEen, Landelijk Netwerk Acute Zorg, Zorgverzekeraars Nederland (2023), Advies landelijke inrichting zorgcoördinatie Het perspectief voor toekomstbestendige acute zorg.

Ebben, R., Hesselink, G., Berben, S., Vloet, L. (2019). Van divergentie naar convergentie. Resultaten van een delphi-studie naar urgentie-indeling in de ambulancezorg en eerstelijnszorg.

Engelaar M., Zagt D., Bos N. (2022). Kwaliteit van ambulancezorg vanuit het perspectief van patiënten.

HKZ, NEN (2021). HKZ 146-Ambulancezorg.

Landelijk Netwerk Acute Zorg, Ambulancezorg Nederland, GGD GHOR Nederland, Landelijke Huisartsen Vereniging, Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra, Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, InEen (2016). Kwaliteitskader Crisisbeheersing en OTO2.0.

Landelijk Netwerk Acute Zorg, Ambulancezorg Nederland, GGD GHOR Nederland, Landelijke Huisartsen Vereniging, Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra, Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, InEen (2016). Handreiking OTO: Evalueren van incidenten, leren om te verbeteren.

Landelijk Netwerk Acute Zorg, Ambulancezorg Nederland, Federatie van Medisch Specialisten, InEen, Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra, Nederlands Huisartsengenootschap, Nederlandse Vereniging van Spoedeisende Hulp Artsen, Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, Patiëntenfederatie Nederland, Verplegenden & Verzorgenden Nederland, Zorgverzekeraars Nederland (2019). Kwaliteitskader Spoedzorgketen.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2021). Wet ambulancezorgvoorzieningen. <https://wetten.overheid.nl/BWBR0043925/2023-10-05>.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2023). Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg. <https://wetten.overheid.nl/BWBR0037173/2023-10-05>.

Nederlands huisartsengenootschap (2022). Richtlijn gegevensuitwisseling acute zorg.

NEN (2020) NEN 7510: Informatiebeveiliging in de zorg.

Rolink, M., Bos, N., Boer de, D. (2019). Urgentie in de ambulancezorg en de acute eerstelijns zorgketen. Een verantwoording voor de urgentie-indeling.

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, Landelijk Centrum Hygiëne en Veiligheid (2021). Hygiënerichtlijn voor de ambulancezorg.

SiRM. Strategies in Regulated Markets (2022). Slimmer en sneller wanneer écht nodig. Impactanalyse nieuwe urgentie-indeling ambulancezorg.

Zorginstituut Nederland (2023). Advies bevordering implementatie multitraumanorm: Verder weg omdat het beter is!

BIJLAGE 3.

ONDERHOUDSPLAN KWALITEITSKADER AMBULANCEZORG 2.0

Inleiding

Het kwaliteitskader ambulancezorg 2.0 kwam tot stand in samenwerking met Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland afdeling Ambulancezorg (V&VN Ambulancezorg), de Nederlandse Vereniging van Medisch Managers Ambulancezorg (NVMMA), Patiëntenfederatie Nederland (PFN), Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS).

AZN, NVMMA, V&VN Ambulancezorg, PFN en ZN zijn de aanbieders van het kwaliteitskader ambulancezorg aan Zorginstituut Nederland. Wij hechten er waarde aan om afspraken te maken over de manier waarop wij samen het kwaliteitskader 2.0 onderhouden. Deze afspraken worden vastgelegd in dit onderhoudsplan.

Waar in dit onderhoudsplan wordt gesproken over 'partijen', bedoelen we: AZN, NVMMA, V&VN Ambulancezorg, PFN en ZN.

Het kwaliteitskader ambulancezorg 2.0

Het kwaliteitskader ambulancezorg bestaat uit een set kwaliteitssignalen en een implementatieplan. Het implementatieplan beschrijft de activiteiten die nodig zijn om de signalen uit versie 2.0 eenduidig te kunnen meten en ontsluiten. Een deel van de signalen in het kwaliteitskader versie 2.0 is voorzien van streefwaarden en - indien van toepassing - minimale waarden. Voor de signalen waarvoor nog geen streefwaarden/minimale waarden zijn vastgesteld, bevat het kwaliteitskader een realisatietermijn.

Het onderhoudsplan

Het implementatieproces is in het kwaliteitskader zelf beschreven. De uitkomsten van dit proces kunnen consequenties hebben voor het kwaliteitskader ambulancezorg. Het is van belang dat partijen samen bespreken wat de consequenties zijn en hoe deze verwerkt worden in het kwaliteitskader ambulancezorg. Het onderhoudsplan beschrijft hoe partijen hier invulling aan geven.

1. Afspraken over het implementatieplan

Partijen bespreken jaarlijks de voortgang en uitkomsten van acties zoals beschreven in het implementatieplan. We besluiten samen welke uitkomsten leiden tot aanpassing van het kwaliteitskader ambulancezorg 2.0 en op welke wijze. Het kwaliteitskader wordt hierop aangepast.

2. Afspraken over nieuwe ontwikkelingen binnen de ambulance- of acute zorg

De (acute) zorg is continu in beweging. Zowel binnen de ambulancezorg als binnen de keten zijn grote ontwikkelingen gaande. Dit kan leiden tot nieuwe richtlijnen, standaarden of wetgeving. Deze kunnen van invloed zijn op het kwaliteitskader ambulancezorg. Partijen spreken hierover af dat dit, via AZN, wordt gemeld bij alle betrokken partijen. We overleggen dan of de ontwikkeling leidt tot een (tussentijdse) aanpassing van het kwaliteitskader, implementatieplan en/of de doorontwikkelagenda.

3. Evaluatie kwaliteitskader ambulancezorg 2.0

Het kwaliteitskader ambulancezorg 2.0 wordt drie jaar na vaststelling door partijen gezamenlijk geëvalueerd. Op basis van de uitkomsten van deze evaluatie besluiten we welke aanpassingen gewenst zijn. Aanpassingen worden verwerkt in een kwaliteitskader versie 3.0 of als addendum toegevoegd aan het kwaliteitskader 2.0.

4. Evaluatie onderhoudsplan

Dit onderhoudsplan is gericht op de implementatie en het onderhouden van het kwaliteitskader ambulancezorg 2.0. Wanneer het kwaliteitskader 2.0 wordt geëvalueerd, wordt ook het onderhoudsplan geëvalueerd en indien nodig aangepast.

5. Coördinatie afspraken onderhoudsplan

De coördinatie van de afspraken in dit onderhoudsplan worden belegd bij AZN, penvoerder van het kwaliteitskader ambulancezorg.



AMBULANCEZORG
NEDERLAND

Tekst: AZN

Eindredactie: Vigor & Zest

Vormgeving: Madelief Brandsma

Copyright © 2024 Ambulancezorg Nederland. Alle rechten voorbehouden.

Dit document, de inhoud en/of lay-out ervan mag niet worden gewijzigd en/of aangepast, gedeeltelijk of geheel worden gekopieerd en/of opgenomen in andere werkstukken zonder de voorafgaande schriftelijke toestemming van Ambulancezorg Nederland.