

# KWALITEITSKADER AMBULANCEZORG





AMBULANCEZORG  
NEDERLAND



NVMMA  
Nederlandse Vereniging van  
Medisch Managers Ambulancezorg



Patiëntenfederatie  
Nederland  
samen de zorg beter maken



In samenwerking met :

- GGD GHOR Nederland
- InEen
- Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ)
- Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ)
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS)

Met ondersteuning van KPMG.



## KWALITEITSKADER AMBULANCEZORG

Ambulancezorg Nederland  
Versie 1.0, oktober 2019

# INHOUDSOPGAVE

<b>Voorwoord</b>	<b>4</b>
<b>Samenvatting</b>	<b>6</b>
<b>1. Inleiding</b>	<b>7</b>
1.1 Waarom een kwaliteitskader ambulancezorg?	7
1.2 Welke ketenpartners zijn betrokken bij het kwaliteitskader ambulancezorg?	7
1.3 Wat zijn de uitgangspunten van het kwaliteitskader?	7
1.4 Meetinstrument en doorontwikkeling	8
1.5 Selectie van de signalen	8
1.6 Inzicht per ketenpartner	9
<b>2. Het kwaliteitskader ambulancezorg</b>	<b>11</b>
2.1 Inleiding	11
2.2 Toelichting uitgangspunten en signalen	13
<b>3. Implementatieplan</b>	<b>19</b>
3.1 Inleiding	19
3.2 Implementatieplan	20
<b>4. Doorontwikkelagenda</b>	<b>27</b>
4.1 Inleiding	27
4.2 Doorontwikkelagenda	28
Bijlage 1	32
Verantwoording	
Bijlage 2	35
Betrokken organisaties	
Bijlage 3	37
Literatuur	
Bijlage 4	39
Onderhoudsplan kwaliteitskader ambulancezorg 1.0	

# VOORWOORD



**Voor u ligt het kwaliteitskader ambulancezorg 1.0. Het kwaliteitskader ambulancezorg geeft inzicht in de kwaliteit van de ambulancezorg en biedt handvatten voor verbetering.**

**Met deze versie 1.0 zet de ambulancesector een nieuwe stap in haar kwaliteitsbeleid en -denken. Meer samenhang, meer focus en beter afgestemd op de keten. Hiermee wil de ambulancezorg bijdragen aan de gezamenlijke ambitie van partners in de acute zorgketen: de juiste zorg bieden, van de juiste kwaliteit, door de juiste professional op het juiste moment.**

Eerder heeft de ambulancesector de uitgangspunten voor goede ambulancezorg bepaald. Deze zijn beschreven in de nota Goede Ambulancezorg. Het kwaliteitskader 1.0 maakt deze uitgangspunten concreter, is een eerste beoordelingskader en biedt een agenda voor de doorontwikkeling in de periode 2020 tot en met 2022.

Het kwaliteitskader is tot stand gekomen in samenwerking met de beroepsvereniging V&VN Ambulancezorg, de Nederlandse Vereniging van Medisch Managers Ambulancezorg, de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, Landelijk Netwerk Acute Zorg, GGD GHOR Nederland, InEen, Zorgverzekeraars Nederland, Patiëntenfederatie Nederland en het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

## **Verbreden en samenhang**

Kwaliteit binnen de ambulancesector is jarenlang uitsluitend beoordeeld op aanrijtiden. Op tijd rijden is zeker een belangrijk aspect bij de dienstverlening. Maar kwaliteit van ambulancezorg is meer dan dat. Daarnaast vraagt 'tijdigheid' om een meer genuanceerde benadering dan alleen de beoordeling of de ambulance bij een spoedrit binnen 15 minuten ter plaatse was.

Het kwaliteitskader 1.0 legt een basis voor een volwassen beoordelingskader van de kwaliteit van de ambulancezorg.

Waarin alle aspecten die bijdragen aan kwaliteit van zorg worden (mee)gewogen. Gelijkaardig én in samenhang.

## **Leren en verbeteren**

Naast deze brede benadering voor kwaliteitsbeoordeling van de ambulancezorg is een belangrijk doel van het kwaliteitskader: leren en verbeteren. Het kwaliteitskader moet dit stimuleren. Onder andere door zorguitkomsten die ertoe doen voor patiënten, zichtbaar te maken. De eerste stappen hiervoor zijn al gezet in versie 1.0. En dit krijgt nadrukkelijker de aandacht bij de doorontwikkeling van het kwaliteitskader. Een belangrijk punt van aandacht is dat het kwaliteitskader en het gebruik van het kader ruimte biedt om te leren en te verbeteren.

## **Doorontwikkeling**

We hebben ervoor gekozen om de informatiestandaard nog niet toe te voegen. Dat zal in de volgende fase gebeuren. Nu is er binnen de ambulancezorg en bij ketenpartners overeenstemming over wat ertoe doet om de kwaliteit te beoordelen. De volgende stap is om daarmee de informatiestandaard vast te stellen. Bovendien is er nog geen sprake van een strak normenkader, omdat voor de meeste signalen nog niet inzichtelijk is hoe die in de praktijk uit gaan pakken. De komende drie jaar staan dan ook in het teken van de doorontwikkeling van het kwaliteitskader. In deze tijdsperiode werkt de ambulancesector met streefwaarden in plaats van harde normen. Om te ervaren wat realistisch en haalbaar is voor de sector. Harde normen dragen bovendien niet bij aan het leren en verbeteren.

Omdat leren en verbeteren te bevorderen is voor de meeste signalen uitgegaan van de mediaan. Doornaar de uitbijterste kijken (20% aan de linkerkant en 20% aan de rechterkant van de normaalverdeling) wil de ambulancesector het gesprek aangaan met diverse betrokkenen: binnen RAV's, tussen de RAV's én met betrokken ketenpartners. Om zo van elkaar te leren en te

verbeteren. De uitbijters aan de rechterkant dienen in het leer- en verbeterproces als best practices om de komende drie jaar te komen tot streefwaarden. De uitbijters aan de linkerkant van de mediaan moeten in het leer- en verbeterproces de komende drie jaar gaan leiden tot een heldere set van minimale waarden.

De data over 2019 helpt de ambulancesector om zicht te krijgen op waar de sector in 2020 staat. 2020 is daarmee het jaar waar transparantie van de gegevens de norm gaat worden. Het jaar 2020 is ook bedoeld om verder met elkaar het gesprek aan te gaan over wat goede ambulancezorg is. Op basis van de gegevens uit 2020 bepaalt de sector in samenspraak met de ketenpartners wat de streefwaarden voor 2021 gaan worden. Per jaar wordt gekeken wat de leerpunten zijn en hoe dit van invloed is op de doorontwikkeling van het kwaliteitskader. Zo groeit de sector doornaaar een volwassen kwaliteitskader met een stabiele normenset.

### **Leeswijzer**

In hoofdstuk 1 wordt de aanleiding, het doel en de opbouw van het kwaliteitskader ambulancezorg beschreven. Ook de keuze voor de signalen komen aan bod. Deze signalen worden in hoofdstuk 2 nader toegelicht. In hoofdstuk 3 komt het implementatieplan aan bod en in hoofdstuk 4 de doorontwikkelagenda.

# SAMENVATTING



**Regionale ambulancevoorzieningen (RAV's) en ambulancezorgprofessionals zetten zich, samen met hun ketenpartners, voortdurend in om de kwaliteit van ambulancezorg te bewaken en te verbeteren. De kwaliteit van de ambulancezorg wordt momenteel echter op slechts enkele signalen beoordeeld, zoals de aanrijtijd. Een bredere set van kwaliteitssignalen doet de zorg die ambulancezorgprofessionals aan patiënten verlenen meer recht. Dit is voor Ambulancezorg Nederland aanleiding geweest om samen met verschillende partners het eerste kwaliteitskader ambulancezorg te ontwikkelen dat 26 signalen, een implementatieplan en een doorontwikkelagenda bevat.**

## Goede zorg

De brede set kwaliteitssignalen in het kwaliteitskader zijn gebaseerd op de zeven uitgangspunten van goede zorg (Nota goede ambulancezorg, 2018): 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 concreter en toetsbaar gemaakt.

## Het volledige ambulanceproces

Bij het bepalen van de kwaliteitssignalen is gekeken naar het hele ambulanceproces: het aannemen en beoordelen van de zorgvraag door de meldkamer centralist ambulancezorg, de zorg aan- en het vervoer van de patiënt tot en met de overdracht van de patiënt aan een andere zorgverlener. Dit heeft geleid tot een samenhangende set van zowel inhoudelijke als procesmatige kwaliteitssignalen. Deze signalen maken de kwaliteit van de ambulancezorg, geleverd door ambulancezorgprofessionals en RAV's, en de samenwerking met ketenpartners inzichtelijk en toetsbaar.

## 26 signalen

In het kwaliteitskader 1.0 zijn 13 signalen geoperationaliseerd die in 2020 meetbaar zijn. In hoofdstuk 2 worden deze signalen toegelicht. De komende drie jaar worden streefwaarden en minimale waarden aan deze signalen gekoppeld. Hoofdstuk 3 bevat hiervoor een implementatieplan. De andere 13 signalen worden de komende drie jaar geoperationaliseerd. Hiervoor is een doorontwikkelagenda opgesteld in hoofdstuk 4, met een signaalbeschrijving, de termijn waarop dit signaal is geoperationaliseerd en de benodigde acties.

## Samenwerking

Het kwaliteitskader ambulancezorg is ontwikkeld in samenwerking met de beroepsvereniging V&VN Ambulancezorg, de Nederlandse Vereniging van Medisch Managers Ambulancezorg, de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, Landelijk Netwerk Acute Zorg, GGD GHOR Nederland, InEen, Zorgverzekeraars Nederland, Patiëntenfederatie Nederland en het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

## Doorontwikkeling

Het kwaliteitskader 1.0 is een nieuwe stap voorwaarts om de kwaliteit van de ambulancezorg inzichtelijk te maken, te verantwoorden en waar nodig te verbeteren. Vanaf 2020 zijn deze stappen, en de uitkomsten, transparant. De vervolgstappen in de jaren daarna zullen leiden tot versie 2.0. Deze versie bevat in 2023 definitieve normen, een volledige set van signalen en een nieuw implementatieplan voor de daarop volgende jaren.



# 1. INLEIDING



## 1.1 Waarom een kwaliteitskader ambulancezorg?

**Ambulancezorg Nederland (AZN) zet zich samen met haar ketenpartners voortdurend in om de kwaliteit van de ambulancezorgverlening te bewaken en te verbeteren. Een kwaliteitskader legt daarvoor een belangrijke basis. De visie van de ambulancesector op goede ambulancezorg<sup>1,2</sup> is gebaseerd op zeven uitgangspunten en wordt verwoord in de nota Goede Ambulancezorg. Deze zeven uitgangspunten zijn in dit kwaliteitskader ambulancezorg geoperationaliseerd. Omdat samenwerking in de acute keten van belang is, sluit het kwaliteitskader ambulancezorg aan op het kwaliteitskader Spoedzorgketen.**

De kwaliteit van de ambulancezorg wordt momenteel door slechts enkele signalen beschreven, zoals de aanrijtijd. Een bredere, meer samenhangende set van kwaliteitssignalen doet meer recht aan de zorgverlening. Dit kwaliteitskader omschrijft ook het meetinstrument op basis waarvan de signalen van een score voorzien worden. Hiervoor is aangesloten bij het ambulanceproces zodat er zoveel mogelijk gebruik gemaakt kan worden van informatie die de sector al verzamelt. Omdat dit nuttig is voor de ambulancezorgprofessionals zelf. Dit betreft informatie uit het gehele ambulancezorgproces, van triage tot warme overdracht naar de volgende schakel in de zorgketen.

De opkomst van technologische ontwikkelingen maakt het mogelijk om kwaliteitsinformatie meer continu te monitoren. En daarmee ook de leercurve meer kort-cyclisch te maken. Ook zijn er meer mogelijkheden om zorggegevens van ambulancezorgprofessionals te koppelen aan zorginformatie uit de keten. Tedenken valt aan informatie vanuit de huisartsenposten en de ziekenhuizen. Dit alles met als gezamenlijke doel: de juiste zorg leveren, door de juiste zorgverlener, op de juiste plaats, op het juiste moment.

## 1.2 Welke ketenpartners zijn betrokken bij het kwaliteitskader ambulancezorg?

Het kwaliteitskader ambulancezorg is tot stand gekomen met betrokkenheid van en in samenwerking met de volgende ketenpartners:

- Ambulancezorg Nederland (AZN)
- Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland Ambulancezorg (V&VN Ambulancezorg)
- Nederlandse Vereniging van Medisch Managers Ambulancezorg (NVMMA)
- Patiëntenfederatie Nederland
- InEen
- Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ)
- GGD GHOR Nederland
- Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ)
- Zorgverzekeraars Nederland (ZN)
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS)

## 1.3 Wat zijn de uitgangspunten van het kwaliteitskader?

Het kwaliteitskader ambulancezorg maakt de kwaliteit van ambulancezorg inzichtelijk en meetbaar. Het kader bevat een samenhangende set inhoudelijke en procesmatige kwaliteitssignalen. En richt zich op spoedeisende en planbare ambulancezorg én op de aansluiting op de keten. De basis van het kwaliteitskader wordt gevormd door de visie van de ambulancesector op 'goede ambulancezorg', beschreven in de nota Goede Ambulancezorg. Deze nota is gebaseerd op de volgende uitgangspunten:

- de RAV biedt bereikbare en beschikbare zorg;
- de ambulancezorg door de RAV is patiëntgericht: de zorg is afgestemd op de reële vraag en behoefte van de patiënt;

1. Ambulancezorg Nederland (2017), Ambulancezorg in 2025: Zorgcoördinatie en mobiele zorg.
2. Ambulancezorg Nederland, Nederlandse Vereniging van Medisch Managers Ambulancezorg en V&VN Ambulancezorg (2018), Nota Goede ambulancezorg.

- de ambulancezorg door de RAV is veilig: gericht op onveilige situaties voorkomen en schade aan patiënten tot een minimum beperken;
- de ambulancezorg door de RAV wordt verleend door bevoegde en bekwame professionals die handelen volgens de professionele standaard;
- de RAV werkt samen met (regionale) ketenpartners en patiënten (vertegenwoordigers): samenwerkingspartners binnen het domein van de acute zorg én de openbare orde en veiligheid;
- de kwaliteit van de ambulancezorg door de RAV wordt aantoonbaar systematisch gemonitord en waar nodig en mogelijk verbeterd;
- het bestuur van de RAV handelt volgens de eisen van goed zorgbestuur.

#### 1.4 Meetinstrument en doorontwikkeling

Het kwaliteitskader ambulancezorg is gebaseerd op de hierboven genoemde uitgangspunten, de toekomstvisie op ambulancezorg en de visie op ketenkwaliteit. Die visie is verwoord en geoperationaliseerd in het kwaliteitskader spoedzorgketen. De basis van het kwaliteitskader 1.0 wordt gevormd door signalen die nu al beschikbaar zijn. Het meetinstrument is gebaseerd op deze signalen. In de doorontwikkelagenda staat beschreven welke signalen nader moeten worden uitgewerkt en welke acties daarvoor nodig zijn.

De signalen in het kwaliteitskader 1.0 worden concreet operationeel door een meetinstrument. Het meetinstrument laat zien hoe de kwaliteit van de ambulancezorg in Nederland zich ontwikkelt. Die ontwikkeling wordt zichtbaar met de resultaten van de vastgestelde set van signalen. De uitkomsten vanuit het meetinstrument worden gepubliceerd, het meetinstrument zelf is voor RAV-gebruik. Het meetinstrument wordt nog waardevoller als de signalen in samenhang met elkaar worden gezien. Daarnaast moet ook de informatiestandaard<sup>3</sup> nog worden ontwikkeld. Het gehele ontwikkeltraject is erop gericht om in 2023 het kwaliteitskader op een volwassen niveau te krijgen.

#### 1.5 Selectie van de signalen

In het kwaliteitskader werken we met signalen. Door de verschillende signalen in samenhang te bezien ontstaan nieuwe inzichten. Op basis hiervan kunnen we het gesprek voeren over de kwaliteit van de ambulancezorg. En kan de gewenste richting van de kwaliteitsverbetering worden bepaald.

Omdat een selectie van de signalen te komen is eerst uitgebreid literatuuronderzoek gedaan. Vervolgens zijn alle betrokken ketenpartners gevraagd aanvullende input te leveren. Vooral om te controleren of de belangrijkste documenten over de kwaliteit van ambulancezorg in Nederland zijn geraadpleegd. Vervolgens zijn er focusgroepen georganiseerd om bij ambulancezorgprofessionals te toetsen wat zij belangrijk vinden als het gaat om de kwaliteitsmeting. Een expertgroep heeft een eerste stap gezet om een samenhangende set van signalen samen te stellen. De signalen zijn uiteindelijk via een trechtermethode tot stand gekomen: bij elke stap is het aantal relevante samenhangende signalen verder teruggebracht. Een uitgebreide verantwoording van het proces is te vinden in bijlage 1.

In elke fase van het ontwikkelproces om tot het kwaliteitskader te komen, stond een aantal eisen centraal. De signalen moeten:

- aansluiten op wat er binnen de sector al beschikbaar is (o.a. sectorkompas);
- herkenbaar zijn voor ambulancezorgprofessionals, aansluiten op de praktijk;
- in samenhang een objectief en helder beeld geven van de kwaliteit van ambulancezorg;
- aansluiten op ambities van de sector, in samenwerking met ketenpartners;
- aansluiten bij de visie op risicogestuurd toezicht van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ).

Uiteindelijk bestaat het kwaliteitskader ambulancezorg uit 26 signalen. Het meetinstrument bevat 13 signalen en de doorontwikkelagenda bevat ook 13 signalen. Deze indeling is gemaakt op basis van realisatie, haalbaarheid en beschikbare middelen in de tijd. Het implementatieplan bestaat uit dezelfde 13 signalen die in het meetinstrument zitten. En die voor 1 januari 2020 onder regie van Ambulancezorg Nederland operationeel gemaakt worden. In samenwerking met V&VN Ambulancezorg en de NVMMA en in afstemming met ketenpartners.

Enkele van deze signalen worden na 2020 nog doorontwikkeld. Want de signalen uit het implementatieplan winnen aan waarde als RAV's de informatie straks ook koppelen aan relevante contextinformatie. Zo kunnen ze bijvoorbeeld demografische verschillen tussen RAV's beter duiden.

3. Zie de website van Zorginstituut Nederland.



## 1.6 Inzicht per ketenpartner

Ambulancezorg is een belangrijke schakel in de spoedzorgketen. Samenwerking met verschillende ketenpartners is daarom van groot belang. Zodat we inhoudelijk op elkaar aansluiten.

Het kwaliteitskader ambulancezorg besteedt daarom aandacht aan de behoeftes van de verschillende ketenpartners.

Hieronder is beschreven welke specifieke inzichten het kwaliteitskader ambulancezorg de afzonderlijke ketenpartner oplevert. Dit is gebaseerd op gesprekken die met de partners zijn gevoerd. En op de input die zij hebben geleverd in de begeleidingscommissie tijdens het ontwikkelproces (zie *bijlage 1 verantwoording*).

### Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland Ambulancezorg (V&VN Ambulancezorg)

- Continu verbeteren heeft een belangrijke plek gekregen in het kwaliteitskader. Bij continu verbeteren zijn belangrijke protocollen benoemd die relevant zijn voor de patiënt. Het patiëntenperspectief en zorguitkomsten moeten ook benadrukt worden bij de verdere uitwerking.
- V&VN Ambulancezorg heeft een belangrijke bijdrage geleverd aan het uitgangspunt professionaliteit. Waardoor het kwaliteitskader draait om protocollen en richtlijnen volgen én hoe protocollen en richtlijnen de ambulancezorgprofessionals kunnen ondersteunen in hun dagelijkse werk.
- Ambulancezorgprofessionals moeten op verschillende niveaus verder kunnen professionaliseren. Dit kan met aandacht voor de effectieve inzet van verschillende deskundigheden. En door ervoor te zorgen dat de geleverde zorg optimaal is afgestemd op de actuele zorgbehoefte van de patiënt.

### Nederlandse Vereniging van Medisch Managers Ambulancezorg (NVMMA)

- Gezamenlijk streven om structureel de mogelijkheid te bieden voor feedback. Op de medisch-inhoudelijke werkdiagnose vanuit de ambulance en de medisch-inhoudelijke handelingen van de ambulancezorgprofessionals.
- Wetenschappelijke innovatie moet een prominent plek in het kwaliteitskader krijgen. Waardoor alle RAV's worden opgeroepen om hier een bijdrage aan te leveren.
- Het Fundament voor Bekwaamheidsbeleid in het kwaliteitskader legt de basis om de kwaliteit van zorg medisch-inhoudelijk verder te blijven professionaliseren.

### Patiëntenfederatie Nederland

- Voor verbetering van de ambulancezorg is transparantie over de kwaliteit van de zorg een eerste stap. Met het ontwikkelen van het kwaliteitskader neemt Ambulancezorg Nederland het initiatief voor deze transparantie en kwaliteitsverbetering.
- Met het kwaliteitskader wordt voor patiënten duidelijk wat zij kunnen verwachten in de ambulancezorg. Er zijn kaders beschreven voor belangrijke zaken als veiligheid, beschikbaarheid en professionaliteit van de zorgprofessionals.
- In het kwaliteitskader is nadrukkelijk aandacht voor de noodzakelijke samenwerking in de keten en wordt aangesloten bij de afspraken uit het kwaliteitskader Spoedzorgketen.

### InEen

- Betere aansluiting van de ambulancesector op de eerste lijn.
- Gemaakte samenwerkingsafspraken met de ambulancezorg kunnen we beter monitoren.
- Verbetering van de informatievoorziening tussen eerste-lijnszorg en ambulancezorg.

### Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ)

- Duidelijkere inbedding van de ambulancezorg in de acute keten (positie in ROAZ).
- Sterkere aansluiting op het kwaliteitskader Spoedzorgketen.
- Beter inzicht krijgen in of de patiënt naar de juiste plek wordt gebracht door ketenafspraken te monitoren rond bijvoorbeeld specifieke patiëntengroepen.

### Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ)

- Gezamenlijk streven om structureel de mogelijkheid te bieden voor feedback. Op de medisch-inhoudelijke werkdiagnose vanuit de ambulance en de medisch-inhoudelijke handelingen van de ambulancezorgprofessionals.
- Verbetering van de informatievoorziening tussen ziekenhuizen en ambulancezorg.
- Het kwaliteitskader is beperkt gebleven tot de belangrijkste indicatoren. Dit sluit aan bij de ambities van de ziekenhuissector om de administratieve lasten te beperken.

### GGD GHOR Nederland

- Inzicht in de kwaliteit van de ambulancezorg als basis voor goede ambulancezorg tijdens opgeschaalde situaties.
- Expliciete aandacht voor de voorbereiding en training rondom zorg bij rampen en crises.

### **Zorgverzekeraars Nederland (ZN)**

- Met de introductie van het kwaliteitskader worden voor de ambulancesector streefwaarden expliciet gemaakt.
- We leggen een basis om kwaliteit van zorg veel genuanceerder te bespreken bij de inkoop ervan.
- Alle signalen zijn straks ook per RAV beschikbaar. Waardoor we RAV's met elkaar kunnen vergelijken en 'good practices' inzichtelijk worden.

### **Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS)**

- Dit kwaliteitskader helpt het ministerie om haarsysteemverantwoordelijkheid vorm te geven. Met het kwaliteitskader kan de kwaliteit van ambulancezorg in Nederland worden gemonitord.
- Het kwaliteitskader sluit aan bij andere beleidsthema's van het ministerie. Zoals de administratieve lasten beperken, de zorg verder digitaliseren en innovatie bevorderen. En zorgen dat de juiste zorg, op het juiste moment, op de juiste plek wordt aangeboden.



## 2. HET KWALITEITSKADER AMBULANCEZORG

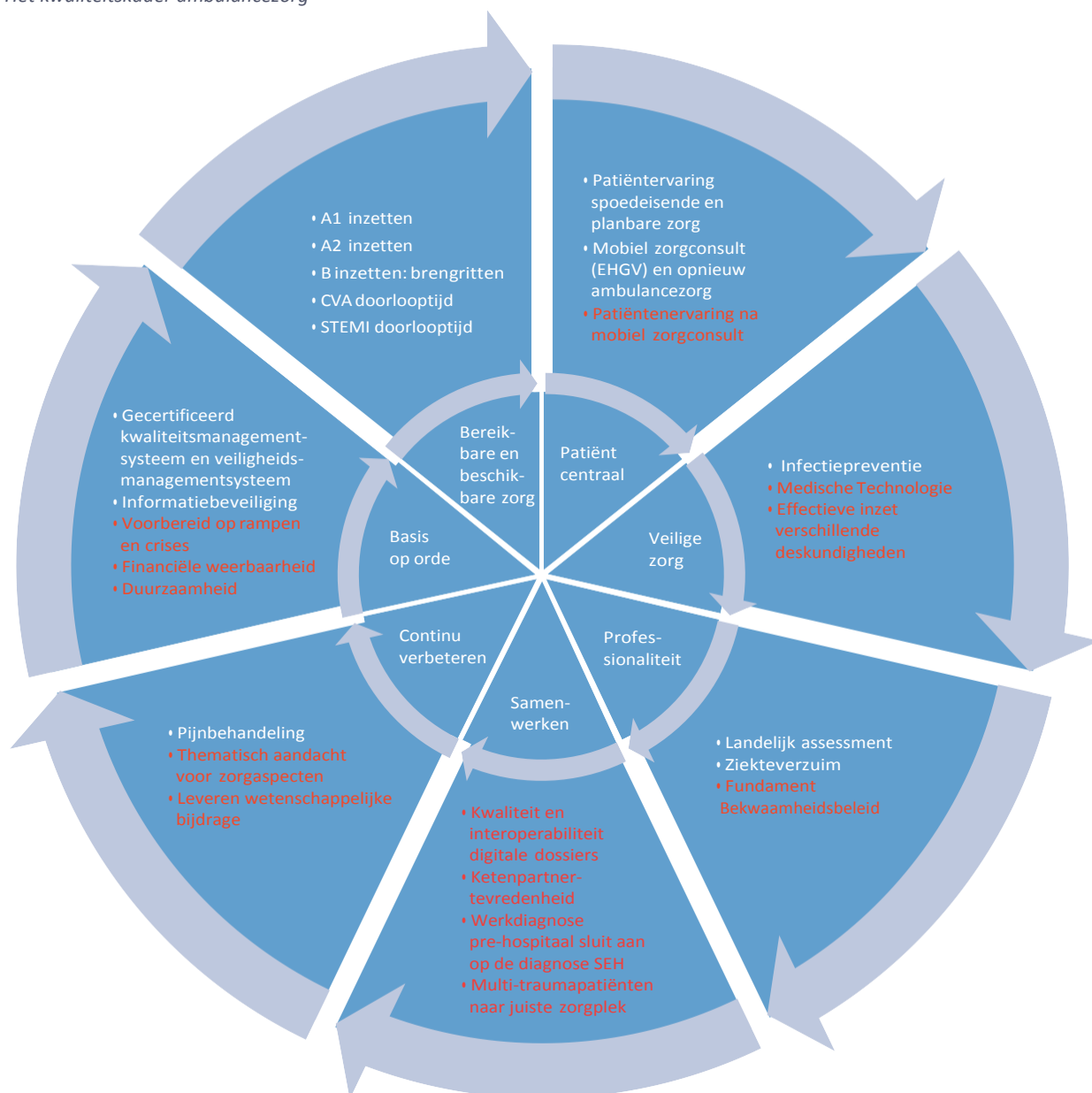


### 2.1 Inleiding

Het kwaliteitskader ambulancezorg is in zijn geheel weergegeven in figuur 1. De *witgekleurde* signalen in het figuur zijn de signalen die onderdeel zijn van het implementatieplan en die vanaf 2020 worden gemeten. De *roodgekleurde* signalen

zijn de signalen die zijn opgenomen in de doorontwikkelagenda. In de volgende overzichten zijn de signalen verder uitgewerkt en is de relatie met de zeven uitgangspunten voorgoede ambulancezorg beschreven.

Figuur 1: Het kwaliteitskader ambulancezorg




In dit hoofdstuk wordt uitgelegd waarom de uitgangspunten voor goede ambulancezorg betrokken zijn in het kwaliteitskader, waarom er gekozen is voor de signalen, hoe de signalen worden geoperationaliseerd en waar de sector naartoe werkt als (streef) waarde. In veel gevallen is er nog geen streefwaarde opgenomen. De komende jaren zijn voor deze signalen nog aanvullende acties nodig om de streefwaarden definitief vast te kunnen stellen. Dit is een groeiproces, maar geen vrijblijvend proces. Door naar de uitbijters te kijken (20% aan de linkerzijde en 20% aan de rechterzijde van de normaalverdeling) gaan de RAV's het gesprek aan met elkaar en met de betrokken ketenpartners. Met als doel te leren en te verbeteren. De uitbijters aan de rechterkant dienen in het leer- en verbeterproces als best practices om de komende drie jaar toe te werken naar definitieve streefwaarden.

Naast een streefwaarde wordt ook bepaald wat de minimale waarde is. In hoofdstuk 3 wordt uitgewerkt welke acties nodig zijn en welke termijnen daaraan worden verbonden. De navolgende tabellen in dit hoofdstuk beperken zich tot de witte signalen uit figuur 1 van de vorige pagina. Dit zijn namelijk de signalen die worden uitgewerkt in het implementatieplan. De rode signalen uit figuur 1 worden behandeld in de doorontwikkelagenda in hoofdstuk 4.

## 2.2. TOELICHTING UITGANGSPUNTEN EN SIGNALLEN

Uitgangspunten en signalen	Waarom	Operationalisatie	(Streef)waarde
<p><b>1. Bereikbare en beschikbare zorg</b></p>	<p><b>Tijdigheid is een van de aspecten die bijdragen aan de kwaliteit van ambulancezorg. De ambulancesector vertaalt tijdigheid in verschillende urgenties: A1, A2 en B.</b></p> <p><b>De ambulancesector wil in dit kwaliteitskader het aspect tijdigheid op een meer genuanceerde wijze tot uitdrukking brengen die dienend is aan (de verbetering van) de kwaliteit van ambulancezorg en die toekomstbestendig is.</b></p>		
<p>A1 inzetten*</p>	<p>In levensbedreigende situaties, waarbij sprake is van acute bedreiging van vitale functies van de patiënt, of situaties waarin deze bedreiging pas na beoordeling door ambulancezorgprofessionals kan worden uitgesloten, is het van belang dat de ambulance zo snel mogelijk ter plaatse is.</p> <p>Spoedeisende ambulancezorg is een belangrijk onderdeel van de ambulancezorgverlening. Het is van belang om dit signaal meer in samenhang te zien met andere signalen. Ook is het van belang de norm van 15 minuten te nuanceren en meer in de context te plaatsen.</p>	<p><b>Responstijdpercentage:</b> Het aantal minuten waarin 95% van de A1- inzetten ter plaatse is. Er worden drie categorieën gedefinieerd: 1. &lt; 15 minuten 2. 15 tot 17 minuten 3. &gt; 17 minuten</p> <p><b>Mediane responstijd:</b> De mediane responstijd A1-inzetten.</p>	<p><b>Responstijdpercentage:</b> Binnen 15 minuten is 95% van de A1-inzetten ter plaatse.</p> <p><b>Mediane responstijd:</b> De hoogst scorende RAV's (de 20% 'uitschieters' aan de rechterkant van de mediaan) vormen de best practices. De waarde(n) van deze best practices bepalen de streefwaarde voor het volgende jaar. Zo wordt in 3 jaar tijd toegewerkt naar een definitieve streefwaarde en minimale waarde in 2023 (of eerder wanneer dat realistisch is).</p>
<p>A2 inzetten</p>	<p>Er is bij een A2-urgentie sprake van situaties waarin geen sprake is van direct levensgevaar, maar er kan wel sprake zijn van (ernstige) gezondheidsschade voor de patiënt, of het vermoeden daarvan. Ook als de situatie niet direct levensbedreigend is, is het van belang dat de ambulance zo snel mogelijk ter plaatse is.</p>	<p><b>Responstijdpercentage:</b> Het aantal minuten waarin 95% van de A2-inzetten ter plaatse is. Er worden drie categorieën gedefinieerd: 1. &lt; 30 minuten 2. 30-32 minuten 3. &gt; 32 minuten</p> <p><b>Mediane responstijd:</b> De mediane responstijd A2-inzetten.</p>	<p><b>Responstijdpercentage:</b> Binnen 30 minuten van de A2- inzetten is 95% ter plaatse.</p> <p><b>Mediane responstijd:</b> De hoogst scorende RAV's (de 20% 'uitschieters' aan de rechterkant van de mediaan) vormen de best practices. De waarde(n) van deze best practices bepalen de streefwaarde voor het volgende jaar. Zo wordt in 3 jaar tijd toegewerkt naar een definitieve streefwaarde en minimale waarde in 2023 (of eerder wanneer dat realistisch is).</p>

\* Deze indicatoren worden na 2020 verder doorontwikkeld op basis van het Nivel onderzoek naar urgentieclassificaties.


Uitgangspunten en signalen	Waarom	Operationalisatie	(Streef)waarde 
B inzetten: brengritten	<p>Bij dit signaal gaat het om planbare ambulancezorg, met een tijdsafspraken (in het belang van de patiënt). Bijvoorbeeld patiënten die een afspraak in het ziekenhuis hebben voor een therapie of behandeling. Voor deze patiënten is het van belang dat zij op tijd op hun afspraak zijn.</p> <p>Goede kwaliteit betekent voor de ambulancesector dat ook voor deze groep patiënten de dienstverlening tijdig is.</p>	<p>Percentage patiënten dat met gepland vervoer binnen de afgesproken tijdspanne (30 minuten vantevoren tot het moment van de afspraak) op de plaats van bestemming is gebracht.</p>	<p>De hoogst scorende RAV's (de 20% 'uitschieters' aan de rechterkant van de mediaan) vormen de best practices. De waarde(n) van deze best practices bepalen de streefwaarde voor het volgende jaar. Zo wordt in 3 jaartijd toegewerkt naar een definitieve streefwaarde en minimale waarde in 2023 (of eerder wanneer dat realistisch is).</p>
CVA doorlooptijd	<p>Het is van groot belang dat een patiënt met een CVA zo snel mogelijk na de eerste tekenen van een CVA in het juiste ziekenhuis voor adequate behandeling, zoals trombolysie. De tijd die de ambulance nodig heeft om de patiënt naar het juiste ziekenhuis te brengen is bij een CVA dus van cruciaal belang. De aard van het CVA bepaalt het juiste ziekenhuis en de juiste behandeling.</p> <p>Dit signaal is de eerste stap naar het verbreden tot 'call to needle', in samenwerking met ketenpartners.</p>	<p>Percentage A1-inzetten / A2-inzetten waarbij op grond van tekenen en symptomen passend bij CVA of verdenking CVA, de patiënt mogelijk in aanmerking komt voor trombolysie en/of endovasculaire behandelingen waarbij de patiënt binnen 45/60 minuten na melding MKA is aangeleverd bij de SEH.</p>	<p>De hoogst scorende RAV's (de 20% 'uitschieters' aan de rechterkant van de mediaan) vormen de best practices. De waarde(n) van deze best practices bepalen de streefwaarde voor het volgende jaar. Zo wordt in 3 jaartijd toegewerkt naar een definitieve streefwaarde en minimale waarde in 2023 (of eerder wanneer dat realistisch is).</p>
STEMI doorlooptijd	<p>STEMI patiënten moeten na melding bij de MKA zo snel mogelijk worden behandeld in een PCI-centrum. Het PCI-centrum registreert de 'door-to-needle' tijd. Door ook de tijd te meten tussen de melding bij de MKA en tijdstip van aankomst bij het PCI-centrum ontstaat een vollediger beeld van de snelheid waarmee een patiënt wordt geholpen (onset to balloon time).</p> <p>Dit is van belang in verband met de kwaliteitsverbetering binnen de hele keten.</p>	<p>Percentage STEMI- patiënten dat binnen de streeftijden aankomen bij het PCI-centrum.</p>	<p>De hoogst scorende RAV's (de 20% 'uitschieters' aan de rechterkant van de mediaan) vormen de best practices. De waarde(n) van deze best practices bepalen de streefwaarde voor het volgende jaar. Zo wordt in 3 jaartijd toegewerkt naar een definitieve streefwaarde en minimale waarde in 2023 (of eerder wanneer dat realistisch is).</p>

Uitgangspunten en signalen	Waarom	Operationalisatie	(Streef)waarde
<b>2. Patiënt centraal</b>	<b>De ambulancezorg door de RAV is patiëntgericht: de zorg is afgestemd op de vraag en behoefte van de patiënt. Het hoofdoel van de 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.</b>		
Patiëntervaring: spoedeisende en planbare ambulancezorg	Ervaringen van patiënten met de verleende zorg is belangrijke kwaliteitsinformatie. Ervaringen van patiënten helpen de RAV om de zorg beter te richten op de verwachtingen die er zijn. We maken daarbij een onderscheid tussen spoedeisende en planbare ambulancezorg. Het gaat bij ervaringen niet alleen om het behalen van een hoog cijfer maar ook wat de score zegt over de zorgverleningen en de mogelijkheden om de zorgverlening te kunnen verbeteren.	Patiëntervaring op twee aspecten: spoedeisend - algemeen en clusters (vierpuntsschaal) planbaar - algemeen en clusters (vierpuntsschaal) gemeten met de CQI.	Patiënten beoordelen hun ervaring gemiddeld minimaal met een 8. Op algemene waarderingen voor alle clusters: (vierpuntsschaal) minimaal 3,7.
Mobiel Zorgconsult (EHGV) en opnieuw ambulancezorg	Het mobiele zorgconsult (EHGV) neemt binnen de ambulancezorg toe. De ambulancezorgprofessional laat bij het mobiele zorgconsult, na onderzoek en behandeling en zorgadvies, de patiënt thuis. In het kader van het doel 'juiste zorg, op het juiste moment, op de juiste plek', geeft dit signaal de RAV en de ambulancezorgprofessionals inzicht in de (uitkomst van de) verleende zorg ter plaatse en aanknopingspunten voor verbetering.	Percentage patiënten dat na een mobiel zorgconsult (EHGV) opnieuw ambulancezorg heeft ontvangen (binnen 24 en 72 uur).	De hoogst scorende RAV's (de 20% 'uitschieters' aan de rechterkant van de mediaan) vormen de best practices. De waarde(n) van deze best practices bepalen de streefwaarde voor het volgende jaar. Zo wordt in 3 jaartijd toegewerkt naar een definitieve streefwaarde en minimale waarde in 2023 (of eerder wanneer dat realistisch is).
<b>3. Veilige zorg</b>	<b>De ambulancezorg door de RAV is veilig: gericht op het voorkomen van onveilige situaties en het tot een minimum beperken van schade aan patiënten.</b>		
Infectiepreventie	In de hygiënerichtlijn voor de ambulancezorg zoals beschreven in LPA, is aangegeven waar de RAV en de ambulancezorgprofessionals aan moeten voldoen om infecties te voorkomen. Het naleven van de hygiënerichtlijn voor de ambulancezorg voorkomt onnodige schade aan de patiënt.	Mate waarin de hygiënerichtlijn voor de ambulancezorg wordt nageleefd.	De hygiënerichtlijn wordt 100% nageleefd.

Uitgangspunten en signalen	Waarom	Operationalisatie	(Streef)waarde
<b>4. Professionaliteit</b>	<b>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.</b>		
Landelijk assessment	Op RAV-niveau wordt periodiek de deskundigheid en bekwaamheid van ambulancezorgprofessionals getoetst. Een sectorale afspraak is dat 1 keer per 5 jaar alle ambulance professionals individueel worden getoetst aan het landelijke assessment ambulancezorg of een vergelijkbare gevalideerde bekwaamheidstoets. De uitslagen van deze scores helpen de RAV en professionals om met elkaar het gesprek aan te gaan over bekwaamheid. Maar ook om breder binnen de RAV de kwaliteit van het professioneel handelen te verbeteren. Het landelijk assessment is slechts één onderdeel van het Fundament voor Bekwaamheidsbeleid. In de doorontwikkelagenda komende andere elementen aan bod.	Percentage van ambulancezorgprofessionals dat het landelijk assessment heeft gevolgd of een vergelijkbare gevalideerde bekwaamheidstoets, conform de vijfjaarscyclus.	100% van de ambulancezorgprofessionals heeft het landelijk assessment gevolgd of een vergelijkbare gevalideerde bekwaamheidstoets, conform de vijfjaarscyclus.
Ziekteverzuim	De ambulancesector wil een aantrekkelijke werkgever zijn die ruimte geeft aan medewerkers en hun professionele ontplooiing. Uitval van medewerkers zet de ruimte voor professionele ontplooiing binnen een organisatie onder druk. Een hoog ziekteverzuim kan tevens iets zeggen over de arbeidsomstandigheden voor medewerkers. Ziekteverzuim is gepositioneerd onder professionaliteit omdat het iets zegt over de mate waarin een RAV in staat is om te voorkomen dat medewerkers meer dan verwacht uitvallen en daarmee de professionaliteit van de dienstverlening onder druk zet.	Percentage ziekteverzuim opgesplitst naar kort, middel, lang.	De hoogst scorende RAV's (de 20% 'uitschieters' aan de rechterkant van de mediaan) vormen de best practices. De waarde(n) van deze best practices bepalen de streefwaarde voor het volgende jaar. Zo wordt in 3 jaartijd toegewerkt naar een definitieve streefwaarde en minimale waarde in 2023 (of eerder wanneer dat realistisch is).



Uitgangspunten en signalen	Waarom	Operationalisatie	(Streef)waarde
5. Samenwerken	<p>De RAV en ambulancezorgprofessionals werken samen met (regionale) ketenpartners en patiënten(vertegenwoordigers). Hieronder vallen samenwerkingspartners binnen het domein van de acute zorg én de openbare orde en veiligheid. Achter elk signaal in het meetinstrument zitten aspecten die ook iets zeggen over samenwerking. De RAV neemt haar verantwoordelijkheid en rol in de kwaliteit van de samenwerking en de ketenzorg, via het kwaliteitskader spoedzorgketen.</p> <p>Om meer expliciet aandacht te besteden aan samenwerking voor de nabije toekomst zijn een aantal signalen geoperationaliseerd in de doorontwikkelagenda.</p>		
6. Continu verbeteren	<p>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.</p>		
Pijnbehandeling	<p>Adequate pijnbestrijding is een belangrijk aspect van goede zorg. Het meten van de pijnintensiteit is een voorwaarde voor adequate pijnbestrijding. In het landelijk protocol ambulancezorg (LPA) zijn afspraken gemaakt over de wijze van pijnmeting en waarden waarop pijnstilling wordt gegeven. Door systematisch aandacht te besteden aan de uitvoering en uitkomsten van (aspecten van) de ambulancezorgverlening, kan deze waar nodig bijgesteld worden. Op individueel (patiënten)niveau en op RAV- niveau.</p>	<p>A. Percentage traumapatiënten bij wie de pijnintensiteit bij aankomst van de ambulance is gemeten met een (verbale) NRS, gezichtjesschaal of VRS-4.</p> <p>B. 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>Voor A en B geldt: De hoogst scorende RAV's (de 20% 'uitschieters' aan de rechterkant van de mediaan) vormen de best practices. De waarde(n) van deze best practices bepalen de streefwaarde voor het volgende jaar. Zo wordt in 3 jaartijd toegewerkt naar een definitieve streefwaarde en minimale waarde in 2023 (of eerder wanneer dat realistisch is).</p>

Uitgangspunten en signalen	Waarom	Operationalisatie	(Streef)waarde 
<b>7. Basis op orde</b>	<b>Goed zorgbestuur betekent dat een aantal basale zaken op orde dient te zijn voor elke RAV. Pas als de basis op orde is, is er ook ruimte om de kwaliteit te kunnen verbeteren. De RAV werkt binnen de kaders van goed bestuur zoals deze vastliggen in verschillende wetten en stelt zich open, transparant en toetsbaar op.</b>		
Gecertificeerd kwaliteitsmanagement-systeem en veiligheidsmanagement-systeem	Een goed functionerend kwaliteits- en veiligheidsmanagement-systeem vormt een belangrijke basis voor de borging en continue verbetering van kwaliteit van de ambulancezorgverlening. Doormiddel van externe beoordelingen certificering van het kwaliteits- en veiligheidsmanagementsysteem wordt voor externe partijen inzichtelijk dat de RAV aan kwaliteitseisen voldoet. De belangrijkste verbeterpunten worden geïnventariseerd om sectorbreed een analyse te maken van wat er nodig is om de kwaliteit als ambulancesector te verbeteren.	De RAV voldoet aan de certificatieverplichting op basis van ISO/KMS/VMS.	100% van de RAV's heeft een gecertificeerd kwaliteitsmanagement- en veiligheidsmanagementsysteem
Informatie - beveiliging	Het veilig verwerken van informatie wordt steeds belangrijker. Het is een sectorale afspraak dat de RAV NEN 7510-gecertificeerd is en de norm heeft geïmplementeerd. De certificatie van RAV's op de NEN 7510 laat zien dat de sector het thema belangrijk vindt en haar verantwoordelijkheid neemt.	De RAV voldoet aantoonbaar (via certificatie) aan de NEN 7510-norm (informatie-beveiliging in de zorg).	100% van de RAV's voldoet aantoonbaar aan de NEN 7510-norm.



## 3. IMPLEMENTATIEPLAN



### 3.1 Inleiding

**Het implementatieplan beschrijft de 13 signalen die zijn opgenomen in het kwaliteitskader 1.0. Het implementatieplan is samen met het meetinstrument en de doorontwikkelagenda onderdeel van het kwaliteitskader ambulancezorg.**

Voor ieder signaal zijn de streefwaarde, status van de streefwaarde, te ondernemen acties, de betrokken partijen en de implementatietermijn beschreven. Voor veel signalen is een zogenaamde "nieuwe streefwaarde" van toepassing.

Dit betekent dat deze streefwaarde nog niet bekend of vastgelegd was voor het operationaliseren van het kwaliteitskader ambulancezorg. En dat deze nader gedefinieerd dient te worden in de loop van 2019. De data over 2019 gaat de ambulancesector helpen om zicht te krijgen op waar de sector in 2020 staat. 2020 is daarmee het jaar waar transparantie van de gegevens de norm gaat worden. En is bedoeld om met elkaar het gesprek aan te gaan over wat goed is voor de sector.


Op basis van de gegevens uit 2020 bepaalt de sector in samenspraak met de ketenpartners wat de streefwaarden voor 2021 gaan worden. De 20% 'uitschieters' aan derechtere kant van de mediaan vormen daarbij als best practices de basis voor het bepalen van de streefwaarde. De mediaan is het middelste getal als je de getallen op volgorde van klein naar groot zet. Dit dient slechts als hulplijn om de linker- en derechtere helft van de normaalverdeling te scheiden. Door de uitersten in de verdeling te evalueren, ontstaat een continu proces van leren en verbeteren. Per jaar zal gekeken worden wat de leerpunten zijn en hoe dit van invloed is op de doorontwikkeling van het kwaliteitskader. Zo ontwikkelt de sector in drie jaar door naar een volwassen kwaliteitskader met een stabiele normenset met streefwaarden en minimale waarden.

Het implementatieplan is opgebouwd vanuit de zeven uitgangspunten voor goede ambulancezorg. Deze zijn ook terug te vinden in de binnenste cirkel van figuur 1 'Het kwaliteitskader ambulancezorg' in hoofdstuk 2. Het implementatieplan zal in nauwe samenspraak met de volgende mede-ondertekenaars van het kwaliteitskader worden uitgewerkt: V&VN Ambulancezorg, de Nederlandse Vereniging van Medisch Managers Ambulancezorg, Patiëntenfederatie Nederland en Zorgverzekeraars Nederland. De overige ketenpartners worden uiteraard bij de verschillende onderdelen betrokken. De 13 signalen uit het implementatieplan worden in dit hoofdstuk nader toegelicht.

### 3.2 IMPLEMENTATIEPLAN

Bereikbare en beschikbare zorg					
Signaal	Streefwaarde	Status van streefwaarde	Te ondernemen acties voor implementatie	Betrokken partijen	Termijn
1. A1-inzetten*	<p><i>Responstijdpercentage:</i> Binnen 15 minuten is 95% van de A1- inzetten ter plaatse.</p> <p><i>Mediane responstijd:</i> De hoogst scorende RAV's (de 20% 'uitschieters' aan de rechterkant van de mediaan) vormen de best practices. De waarde(n) van deze best practices bepalen de streefwaarde voor het volgende jaar. Zo wordt in 3 jaar tijd toegewerkt naar een definitieve streefwaarde en minimale waarde in 2023 (of eerder wanneer dat realistisch is).</p>	Bestaande streefwaarde	Uitwerken van de streefwaarden A1-inzetten in de bestaande meetplannen en sectorrapportage.	AZN in samenwerking met V&VN Ambulancezorg, NVMMA, ZN en VWS.	<p><i>Responstijdpercentage:</i> 2020</p> <p><i>Mediane responstijd:</i> 2023</p>
2. A2-inzetten	<p><i>Responstijdpercentage:</i> Binnen 30 minuten van de A2-inzetten is 95% ter plaatse.</p> <p><i>Mediane responstijd:</i> De hoogst scorende RAV's (de 20% 'uitschieters' aan de rechterkant van de mediaan) vormen de best practices. De waarde(n) van deze best practices bepalen de streefwaarde voor het volgende jaar. Zo wordt in 3 jaar tijd toegewerkt naar een definitieve streefwaarde en minimale waarde in 2023 (of eerder wanneer dat realistisch is).</p>	Bestaande streefwaarde	Uitwerken van de streefwaarden A2-inzetten, in de bestaande meetplannen en sectorrapportage.	AZN in samenwerking met V&VN Ambulancezorg, NVMMA, ZN en VWS.	<p><i>Responstijdpercentage:</i> 2020</p> <p><i>Mediane responstijd:</i> 2023</p>

\* Deze indicatoren worden na 2020 verder doorontwikkeld op basis van het Nivel-onderzoek naar urgentieclassificaties.

Signaal	Streefwaarde	Status van streefwaarde	Te ondernemen acties voor implementatie	Betrokken partijen	Termijn
3. B-inzetten*	De hoogst scorende RAV's (de 20% 'uitschieters' aan de rechterkant van de mediaan) vormen de best practices. De waarde(n) van deze best practices bepalen de streefwaarde voor het volgende jaar. Zo wordt in 3 jaar tijd toegewerkt naar een definitieve streefwaarde en minimale waarde in 2023 (of eerder wanneer dat realistisch is).	Nieuwe streefwaarde	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beoordelen bestaand meetplan op actualiteit en waar nodig aanpassen.</li> <li>• Intern meetsysteem RAV geschikt maken voor het meten van dit signaal (deze actie is te ondernemen door ieder individueel RAV-bestuur).</li> <li>• Experts betrekken bij het vaststellen van de streefwaarde.</li> </ul>	 <p>AZN in samenwerking met V&amp;VN Ambulancezorg, NVMMA en ZN.</p>	2023
4. CVA: Doorlooptijd**	De hoogst scorende RAV's (de 20% 'uitschieters' aan de rechterkant van de mediaan) vormen de best practices. De waarde(n) van deze best practices bepalen de streefwaarde voor het volgende jaar. Zo wordt in 3 jaar tijd toegewerkt naar een definitieve streefwaarde en minimale waarde in 2023 (of eerder wanneer dat realistisch is).	Nieuwe streefwaarde	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beoordelen bestaand meetplan op actualiteit en waar nodig aanpassen</li> <li>• Intern meetsysteem RAV geschikt maken voor meten dit signaal (deze actie is te ondernemen door ieder individueel RAV-bestuur).</li> <li>• Experts betrekken bij vaststellen streefwaarde.</li> </ul>	<p>AZN, V&amp;VN Ambulancezorg en NVMMA. In overleg met NVZ, LNAZ en Patiëntenfederatie Nederland.</p>	2023

\* Deze signalen worden na 2020 verder doorontwikkeld op basis van de uitkomsten van het Nivel-rapport over urgentieclassificaties.

\*\* Deze signalen worden na 2020 verder doorontwikkeld in de keten van "call to door" naar "call to needle" (CVA) en van "call to door" naar "onset to balloon" (STEMI).

Signaal	Streefwaarde	Status van streefwaarde	Te ondernemen acties voor implementatie	Betrokken partijen	Termijn
5. STEMI Doorlooptijd**	De hoogstscorende RAV's (de 20% 'uitschieters' aan de rechterkant van de mediaan) vormen de best practices. De waarde(n) van deze best practices bepalen de streefwaarde voor het volgende jaar. Zo wordt in 3 jaar tijd toegewerkt naar een definitieve streefwaarde en minimale waarde in 2023 (of eerder wanneer dat realistisch is).	Nieuwe streefwaarde	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Afspraken maken over gehanteerde tijdsperiode(s) om het signaal te meten: &lt;45 minuten, 45-60 minuten, &gt;60 minuten</li> <li>• Op basis van nieuwe afspraken het bestaande meetplan actualiseren.</li> <li>• Ernaar toewerken dat gemaakte afspraken gaan passen bij de werkprocessen in de ambulancezorg.</li> <li>• Experts betrekken bij het vaststellen van een streefwaarde.</li> </ul>	AZN, V&VN Ambulancezorg en NVMMA. In overleg met NVZ, LNAZ en Patiëntenfederatie Nederland.	2023

### Patiënt centraal

Signaal	Streefwaarde	Status van streefwaarde	Te ondernemen acties voor implementatie	Betrokken partijen	Termijn
6. Patiëntervaring: spoedeisende en planbare ambulancezorg	Patiënten beoordelen hun ervaring gemiddeld minimaal met een 8. Op algemene waardering en voor alle clusters: (vierpuntsschaal) minimaal 3,7.	Nieuwe streefwaarde	Met Nivel afspraken maken over hoe het leren en verbeteren met behulp van de CQI-resultaten kan worden bevorderd.	AZN in samenwerking met V&VN Ambulancezorg, NVMMA en Patiëntenfederatie Nederland.	2020

\*\* Deze indicatoren worden na 2020 verder doorontwikkeld in de keten van "call to door" naar "call to needle" (CVA) en van "call to door" naar "onset to balloon".

Signaal	Streefwaarde	Status van streefwaarde	Te ondernemen acties voor implementatie	Betrokken partijen	Termijn
7. Mobiel zorgconsult (EHGV) en opnieuw ambulancezorg	De hoogst scorende RAV's (de 20% 'uitschieters' aan de rechterkant van de mediaan) vormen de best practices. De waarde(n) van deze best practices bepalen de streefwaarde voor het volgende jaar. Zo wordt in 3 jaar tijd toegewerkt naar een definitieve streefwaarde en minimale waarde in 2023 (of eerder wanneer dat realistisch is).	Nieuwe streefwaarde	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Afspraken maken over de te hanteren tijdsperiode(s).</li> <li>• Het huidige meetplan beoordelen op actualiteit en waar nodig aanpassen.</li> <li>• Het interne meetsysteem van RAV geschikt maken om dit signaal te meten (deze actie is te ondernemen door ieder individueel RAV-bestuur).</li> <li>• Verkennen of er een rol is voor shared decision making.</li> <li>• Experts betrekken bij vaststellen streefwaarde.</li> </ul>	AZN in samenwerking met V&VN Ambulancezorg, NVMMA en Patiëntenfederatie Nederland.	2023

### Veilige zorg

Signaal	Streefwaarde	Status van streefwaarde	Te ondernemen acties voor implementatie	Betrokken partijen	Termijn
8. Infectiepreventie	De hygiënerichtlijn wordt 100% nageleefd.	Nieuwe streefwaarde	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Operationaliseren op welke wijze de RAV's kunnen aantonen dat zij de hygiënerichtlijn voor de ambulancezorg naleven.</li> </ul>	AZN in samenwerking met V&VN Ambulancezorg en NVMMA.	2020

Professionaliteit					
Signaal	Streefwaarde	Status van streefwaarde	Te ondernemen acties voor implementatie	Betrokken partijen	Termijn
9. (landelijk) Assessment met gevalideerd instrument	100% van de ambulancezorgprofessionals heeft het landelijk assessment gevolgd of een vergelijkbare gevalideerde bekwaamheidstoets, dit conform de vijfjaarscyclus.	Nieuwe streefwaarde	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Het Fundament voor Bekwaamheidsbeleid en de Beroepsnorm Deskundigeidsbevordering worden betrokken.</li> <li>• Operationaliseren op welke wijze de RAV's kunnen aantonen dat de ambulancezorgprofessionals het (landelijk) assessment hebben gevolgd conform de vijfjaarscyclus.</li> <li>• Gezamenlijk een meetplan opstellen.</li> </ul>	AZN in samenwerking met V&VN Ambulancezorg en NVMMA.	2020
10. Ziekteverzuim	De hoogst scorende RAV's (de 20% 'uitschieters' aan de rechterkant van de mediaan) vormen de best practices. De waarde(n) van deze best practices bepalen de streefwaarde voor het volgende jaar. Zo wordt in 3 jaar tijd toegewerkt naar een definitieve streefwaarde en minimale waarde in 2023 (of eerder wanneer dat realistisch is).	Nieuwe streefwaarde	Continueren van bestaande sectorale afspraken over registratie en aanleveren data.	AZN	2023

## Samenwerken

In de nota Goede Ambulancezorg wordt uitgebreid stilgestaan bij het thema "samenwerken". Alleen door goed samen te werken kan de sector leren en verbeteren en de kwaliteit van ambulancezorg op een hoger niveau brengen. Het kwaliteitskader ambulancezorg sluit om deze reden aan bij de behoeftes van haar ketenpartners. Samen met haar ketenpartners wil de sector ernaar streven de juiste zorg, op het juiste moment, op de juiste plek aan te bieden. Tevens wil de sector met dit signaal haar rol vervullen en verantwoordelijkheid nemen binnen de keten op het gebied van samenwerken en daarbij aansluiten bij de punten uit het kwaliteitskader Spoedzorgketen en het actieplan Ambulancezorg. Daarnaast zijn er ook nog enkele specifieke signalen toegevoegd op het gebied van samenwerken, zoals bijvoorbeeld STEMI- en CVA-doorlooptijden.



## Continu verbeteren

Signaal	Streefwaarde	Status van streefwaarde	Te ondernemen acties voor implementatie	Betrokken partijen	Termijn
11. A. Pijnregistratie traumapatiënten B. Pijnbehandelina	Voor A en B geldt: De hooast scorende RAV's (de 20% 'uitschieters' aan de rechterkant van de mediaan) vormen de best practices. De waarde(n) van deze best practices bepalen de streefwaarde voor het volaende jaar. Zo wordt in 3 jaar tijd toeaewerkt naar een definitieve streefwaarde en minimale waarde in 2023 (of eerder wanneer dat realistisch is).	Nieuwe streefwaarde	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Een werkgroep buigt zich over de context van dit signaal en beoordeelt het vastgestelde meetplan op actualiteit en past dit waarnodig aan.</li> <li>• De RAV maakt haar intern registratiesysteem geschikt om dit signaaltekunnenmeten. Deze acties specifiek voor RAV's.</li> <li>• Experts betrekken bij vaststellen streefwaarde.</li> </ul>	AZN in samenwerking met V&VN Ambulancezora en NVMMA.	2023

## Basis op orde

Signaal	Streefwaarde	Status van streefwaarde	Te ondernemen acties voor implementatie	Betrokken partijen	Termijn
12. Kwaliteitsmanagementsysteem en veiligheidsmanagementsysteem op orde	100% van de RAV's hebben een gecertificeerd kwaliteitsmanagement en veiligheidsmanagementsysteem.	Bestaande streefwaarde	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De drie belangrijkste bevindingen voor verbeteringen uit het certificeringstraject worden via een vast format aangeleverd.</li> <li>• Uitwerken van het format en de criteria voor de bevindingen (met oog op eenduidigheid).</li> </ul>	AZN in samenwerking met V&VN Ambulancezorg en NVMMA.	2020

Signaal	Streefwaarde	Status van streefwaarde	Te ondernemen acties voor implementatie	Betrokken partijen	Termijn
13. Informatie-beveiliging op orde	100% van de RAV's voldoet aantoonbaar aan de NEN 7510-norm.	Bestaande streefwaarde	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De drie belangrijkste bevindingen voor verbeteringen uit het certificeringstraject worden via een vast format aangeleverd.</li> <li>• Uitwerken van het format en de criteria voor de bevindingen (met oog op eenduidigheid).</li> </ul>	AZN in samenwerking met V&VN Ambulancezorg en NVMMA.	2020



# DOORONTWIKKELAGENDA



## 4.1 Inleiding

**In de doorontwikkelagenda zijn 13 signalen opgenomen die nog niet gerealiseerd kunnen worden voor 2020. Maar die wél van belang zijn voor een evenwichtig kwaliteitskader. Bij deze signalen zijn aanvullende maatregelen, acties en besluiten nodig. De signalen in de doorontwikkelagenda zijn net zoals de signalen uit het implementatieplan gekoppeld aan de zeven uitgangspunten voor goede ambulancezorg. Samen vormen de signalen uit het meetinstrument, het implementatieplan en de doorontwikkelagenda het kwaliteitskader 1.0.**

Het kwaliteitskader bestaat uit een krachtige samenhangende set signalen die aansluiten bij de zeven uitgangspunten voor goede ambulancezorg. Het kwaliteitskader maakt de kwaliteit van de ambulancezorg inzichtelijk als er voldoende sterke (en samenhangende) signalen uitgewerkt zijn op alle zeven uitgangspunten. Er kunnen in de loop der tijd signalen van de doorontwikkelagenda gehaald worden. Maar dan moeten daar geschikte alternatieven voor in de plaats komen.

De kolom 'datum realisatie' geeft aan wanneer het signaal is geoperationaliseerd en het signaal voor de RAV meetbaar is gemaakt. Een voorbeeld: als bij 'datum realisatie' 2021 staat, gaat het om een signaal dat vanaf 2022 kan worden gemeten op basis van data uit 2021. De doorontwikkelagenda zal in nauwe samenspraak met V&VN Ambulancezorg, NVMMA, Patiëntenfederatie Nederland en ZN worden uitgewerkt.

De relevante ketenpartners worden uiteraard op de verschillende onderdelen betrokken.

De 13 signalen uit de doorontwikkelagenda worden op de volgende pagina's nader toegelicht.

## 4.2 DOORONTWIKKELAGENDA

Signaal	Waarom dit signaal?	Relatie met uitgangspunt	Datum realisatie	Te ondernemen acties voor doorontwikkeling
1. Patiëntenervaring na mobiel zorgconsult	Aanvullende informatie over de geleverde kwaliteit van zorg vanuit het perspectief van de patiënt. Dit is nodig om te kunnen leren en verbeteren en indien nodig beter aan te sluiten bij de verwachtingen en behoeften van patiënten. Tevens is dit aanvullende en meer diepgaande informatie dan alleen de CQ-index voor een specifieke doelgroep.	Patiënt centraal	2021	AZN neemt in samenwerking met V&VN Ambulancezorg, NVMMMA en de Patiëntenfederatie Nederland het initiatief om tot verdere operationalisatie van dit signaal te komen en afspraken te maken over uniforme wijze van meten.
2. Medische technologie	Ambulances zijn uitgerust met zeer hoogwaardige technologie waaraan vereisten verbonden zijn. Het is van belang dat deze technologie veilig is en voldoet aan wettelijke vereisten.	Veilige zorg	2022	Toetsingskader ontwikkelen om vast te kunnen stellen dat medische technologie per RAV voldoende is geborgd en voldoet aan de wettelijke vereisten.
3. Effectieve inzet verschillende deskundigheden	Uitgangspunt voor de ambulancezorg is 'juiste zorg op het juiste moment, op de juiste plek'. Sinds een aantal jaren worden verschillende niveaus van ambulancezorg ingezet. Zo kent de sector naast reguliere ambulances ook zorgambulances en zijn er in diverse RAV's pilots met andere differentiaties. Het doel hiervan is het zo goed mogelijk afstemmen van de zorg op de zorgbehoefte van de patiënt. Zorgcoördinatie speelt hierbij ook een belangrijke rol.	Veilige zorg	2022	Starten met uitwisselen van "good practices" aangedragen vanuit de RAV's.  AZN, V&VN Ambulancezorg en NVMMMA vormen samen met de Patiëntenfederatie Nederland en ZN een werkgroep die op boven-regionaal niveau deze "good practices" vertaalt in een meetbaar signaal.

## DOORONTWIKKELAGENDA

Signaal	Waarom dit signaal?	Relatie met uitgangspunt	Datum realisatie	Te ondernemen acties voor doorontwikkeling
4. Implementatie Fundament voor Bekwaamheidsbeleid (o.a. zorgevaluatie)	<p>Met dit signaal wil de ambulancesector het professioneel handelen van zorgprofessionals zichtbaar maken en ruimte voor professionaliteit bevorderen.</p> <p>Bekwaamheid vormt een belangrijk onderdeel van professionaliteit. Ambulancezorgprofessionals hebben een eigen verantwoordelijkheid voor (behoud van) hun bekwaamheid. Maar ook de MMA en de RAV-directie hebben hierin verantwoordelijkheden. Het Fundament voor Bekwaamheidsbeleid beschrijft de alle facetten van bekwaamheid, de onderdelen waaruit bekwaamheidsbeleid binnen de RAV dient te bestaan en de verantwoordelijkheidsverdeling. De concrete invulling is aan de RAV.</p>	Professionaliteit	2021	<p>Implementatie van (alle onderdelen van) het Fundament Bekwaamheidsbeleid door de RAV's.</p> <p>NVMMA en V&amp;VN Ambulancezorg werken samen met AZN een kader uit waarmee inzichtelijk wordt gemaakt of het Fundament voor Bekwaamheidsbeleid door de RAV is geïmplementeerd en op welke wijze.</p> <p>De Beroepsnorm Deskundigheidsbevordering wordt hier expliciet bij betrokken.</p>
5. Kwaliteit en interoperabiliteit digitale dossiers	<p>Dit signaal gaat over het digitaal uitwisselen van gegevens tussen ketenpartners. Interoperabiliteit gaat de ambulancesector helpen om de uitwisseling van gegevens tussen RAV's te bevorderen. En richt zich op de uitwisseling tussen ketenpartners. Daarnaast is het een wettelijke verplichting om de kwaliteitsstandaard te formaliseren. Met een interoperabele kwaliteitsstandaard kan in de toekomst ook beter worden aangesloten op toegankelijke informatievoorziening voor de burger.</p>	Samenwerken	2022	<p>Informatiestandaard ontwikkelen voor eenheid van taal en het bevorderen van interoperabiliteit.</p> <p>AZN neemt het initiatief om in samenwerking met V&amp;VN Ambulancezorg, de NVMMA en relevante ketenpartners dit signaal nader uit te werken/ operationaliseren. In samenwerking met het NICTIZ verkent AZN welke acties nodig zijn voor het ontwikkelen van een informatiestandaard.</p>
6. Ketenpartner-tevredenheid	<p>Voor het bieden van de juiste zorg, op het juiste moment, op de juiste plek, is goede samenwerking binnen de keten essentieel, bijvoorbeeld door het over en weer bespreken van casuïstiek. Om de kwaliteit van de ambulancezorg en de kwaliteit van de samenwerking te blijven verbeteren is het van belang te meten hoe ketenpartners de samenwerking met de ambulancezorg ervaren.</p>	Samenwerken	2021	<p>AZN, V&amp;VN Ambulancezorg, NVMMA ontwikkelen samen met ketenpartners een meetinstrument om ketenpartner-tevredenheid te kunnen meten. Hierbij wordt aangesloten bij de afspraken uit het kwaliteitskader Spoedzorgketen.</p>

## DOORONTWIKKELAGENDA

Signaal	Waarom dit signaal?	Relatie met uitgangspunt	Datum realisatie	Te ondernemen acties voor doorontwikkeling
 <p>7. Werkdiagnose pre-hospitaal sluit aan op diagnose SEH</p>	<p>Terugkoppeling van informatie over de verleende zorg vanuit het ziekenhuis naar de ambulancezorg draagt bij aan het leren en verbeteren door ambulancezorgprofessionals.</p> <p>Feedbackinformatie vanuit de SEH naar de ambulancezorg geeft de ambulancezorg-professional inzicht of de juiste werkdiagnose is gesteld en de verleende zorg effectief is geweest.</p>	Samenwerken	2022	<p>AZN, V&amp;VN Ambulancezorg en NVMMA verkennen in overleg met ketenpartners en andere betrokkenen de wettelijke ruimte en mogelijkheden om dit signaal invulling te geven.</p> <p>Vervolgens wordt in samenwerking met de relevante ketenpartners het signaal geoperationaliseerd.</p>
8. Multi-trauma-patiënten naar de juiste zorgplek	<p>De kwaliteit van traumazorg is ingebed in de keten van spoedeisende zorgverlening.</p> <p>In Nederland zijn diverse (gespecialiseerde) traumacentra. Multitraumapatiënten dienen zo snel mogelijk naar het juiste level traumacentrum gebracht te worden.</p> <p>De ambulancezorg speelt hierbij een belangrijke rol als het gaat om de triage, de inzet van een ambulance en de overdracht van de patiënt aan het traumacentrum.</p>	Samenwerken	2021	<p>In de keten worden afspraken gemaakt wat 'juiste zorg, op het juiste moment, op de juiste plek' inhoudt voor multi-trauma-patiënten.</p> <p>Het te ontwikkelen signaal moet zichtbaar maken of afspraken worden nageleefd zodat multi-traumapatiënten adequate zorg krijgen. Belangrijk hierbij is dat informatie kan worden uitgewisseld tussen de ketenpartners.</p>
9. Thematisch aandacht voor zorgaspecten	<p>Protocollen dienen als professionele standaard en ondersteunen ambulancezorg-professionals bij het verlenen van de juiste zorg aan patiënten.</p> <p>Door de verleende zorg en de zorguitkomsten inzichtelijk te maken, kunnen ambulancezorg-professionals reflecteren op hun handelen. Dit draagt bij aan leren en verbeteren.</p> <p>Periodiek (jaarlijks, of langer indien wenselijk) wordt hiervoor in gezamenlijkheid een zorgthema gekozen.</p>	Continu verbeteren	2022	<p>V&amp;VN Ambulancezorg en NVMMA selecteren in overleg met AZN, Patiëntenfederatie Nederland en ZN zorgthema's die relevant en actueel zijn en die aansluiten op de zorgpraktijk van ambulancezorgprofessionals.</p> <p>Er wordt een werkwijze ontwikkeld om tot een passend en meetbaars signaal te komen. Zorguitkomsten die ervoor patiëntentoe doen het gebruik van routinedata nemen daarin een belangrijke plaats in.</p>

## DOORONTWIKKELAGENDA

Signaal	Waarom dit signaal?	Relatie met uitgangspunt	Datum realisatie	Te ondernemen acties voor doorontwikkeling
10. Leveren wetenschappelijke bijdrage	Er zijn continu nieuwe wetenschappelijke inzichten om de kwaliteit van de ambulancezorg te verbeteren. De ambulancesector wil hieraan zelf ook bijdragen. En opgedane evidence based inzichten zo snel mogelijk toepassen in de eigen zorgprocessen. Ook moet het mogelijk zijn om inzichten vanuit de praktijk via wetenschappelijk onderzoek verder te ontwikkelen en te voorzien van onderbouwing.	Continu verbeteren	2021	AZN, V&VN Ambulancezorg en de NVMMMA werken dit signaal in samenwerking met de wetenschapscommissie verder en ketenpartners verder uit.
11. Voorbereid op rampen en crises	Ziekenhuizen, GGD, RAV's en huisartsenposten bereiden zich gezamenlijk voor op rampen en crises. Met het programma Crisisbeheersing en OTO (Opleiden, Trainen en Oefenen) wordt de kennis en expertise van hulpverleners verder ontwikkeld. Het OTO beschrijft de verantwoordelijkheden van de verschillende gremia op landelijk en regionaal niveau.  Het is van belang dat inzicht wordt gegeven in welke mate de sector is voorbereid op rampen en crises.	Basis op orde	2021	Aansluiten op activiteiten van LNAZ op programma Crisisbeheersing en OTO. Gezamenlijke doorontwikkeling van het zelfevaluatie instrument OTO zodat dit ook signaal kan vormen voor de kwaliteit van ambulancezorg.
12. Financiële weerbaarheid	De financiële positie van een organisatie heeft invloed op het leveren van goede kwaliteit. Op dit moment is de financiële positie van de RAV's onderling niet goed vergelijkbaar. Door die vergelijkbaarheid wel te creëren, kan vroegtijdig aandacht kan worden besteed aan de financiële positie in relatie tot de kwaliteit van zorg.	Basis op orde	2022	Het ontwikkelen van een financiële indicatoren op RAV-niveau te vergelijken. Gericht op de stabiliteit en toekomstbestendigheid van het RAV in relatie tot de kwaliteit van zorg.
13. Duurzaamheid (maatschappelijk verantwoord ondernemen)	Het leveren van kwaliteit van zorg moet ook aansluiten op maatschappelijk verantwoord ondernemen. Het gaat hierbij om de duurzaamheid van mensen, middelen en technologie. Zodat de ambulancesector ook in de toekomst goede kwaliteit van zorg kan blijven leveren.	Basis op orde	2022	Ontwikkelen van landelijke beleidsvisie op maatschappelijk verantwoord ondernemen en hierop het signaal afstemmen.

# BIJLAGE 1

## VERANTWOORDING

In het kwaliteitskader ambulancezorg zijn de zeven uitgangspunten uit de nota Goede Ambulancezorg nader geoperationaliseerd. Dit heeft geresulteerd in een implementatieplan met bijbehorend meetinstrument en een doorontwikkelagenda. In deze bijlage geven wij de verantwoording over het ontwikkelproces van het kwaliteitskader ambulancezorg.

### Werkwijze

Voor de ontwikkeling van het kwaliteitskader ambulancezorg zijn zeven stappen doorlopen. Deze stappen zijn weergegeven in de "roadmap" in figuur 2. Het uitgangspunt van deze gefaseerde werkwijze was om gedurende het ontwikkeltraject te "trechteren". Dit houdt in dat is begonnen met een brede analyse met als resultaat een zeer uiteenlopende set van signalen en streefwaarden. Vervolgens is bij iedere stap de set met signalen getoetst en aangescherpt om zo tot een minimale set van signalen en streefwaarden te komen. Het toetsen en aanscherpen van de set signalen ging als volgt: op basis van interviews met ketenpartners, focusgroepen met

ambulanceprofessionals, expertmeetings en inputrondes bij ledenavonden van zorgprofessionals en kwaliteitsfunctionarissen.

### Begeleidingsgroep en stuurgroep

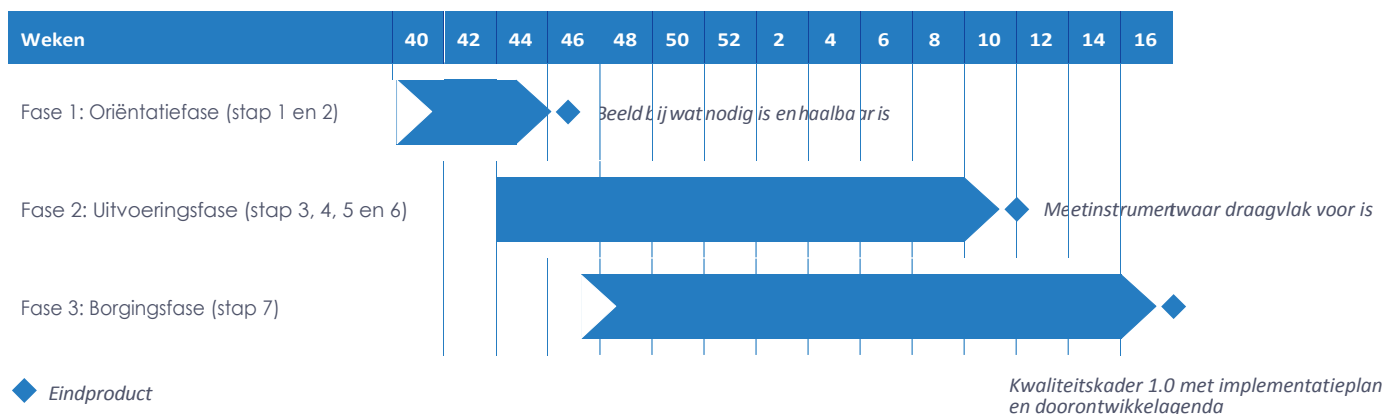
Tijdens het ontwikkelproces is gewerkt met een begeleidingsgroep en een stuurgroep. De begeleidingsgroep bestond uit een afvaardiging van de verschillende ketenpartners uit de spoedzorgketen: V&VN Ambulancezorg, NVMMA, Patiëntenfederatie Nederland, LNAZ, NVZ, InEen, GGD GHOR Nederland, ZN en het ministerie van VWS. Het doel van deze groep was om het proces te monitoren, draagvlak te creëren en input voor het kwaliteitskader op te halen bij de eigen achterban. Conform het oorspronkelijke plan is de begeleidingsgroep bij elkaar gekomen na stap 1, 3, 5 en 7. De stuurgroep bestond uit twee bestuurders van AZN en het projectteam. Het doel van de stuurgroep was om het proces te monitoren en inhoudelijke keuzes te maken gedurende het ontwikkelproces. De stuurgroep is conform planning bijeen gekomen na stap 1, 3, 5 en 7.

Figuur 2: Roadmap-stappen voor ontwikkelproces kwaliteitskader ambulancezorg





Figuur 3: Tijdschema



## De zeven stappen

Hieronder is aan de hand van de zeven stappen het ontwikkelproces van het kwaliteitskader ambulancezorg beschreven.

### Stap 1: Creëren van overzicht

Eris gestart met een (literatuur) onderzoek. Om alle beschikbare documentatie die samenhangt met de zeven uitgangspunten uit de nota Goede Ambulancezorg te vatten in een overzicht. In totaal zijn 26 documenten bestudeerd. Dat resulteerde in een zeer brede eerste set van signalen en streefwaarde(n). Deze documenten zijn terug te vinden in de literatuurlijst (bijlage 3).

### Stap 2: Interview ketenpartners

Een volgende stap was de inzichten van ketenpartners verbinden aan de brede set van signalen uit stap 1. Er zijn met alle betrokken ketenpartners individuele gesprekken gevoerd. De ketenpartners waren V&VN Ambulancezorg, NVMMA, Patiëntenfederatie Nederland, LNAZ, GGD GHOR Nederland, InEen, NVZ, ZN en het ministerie van VWS. In totaal zijn 10 personen geïnterviewd. Bovendien is er een thema-avond verzorgd waar bij leden van AZN aanwezig waren. Het tussenresultaat leverde diverse nieuwe inzichten en aandachtspunten op die relevant waren voor de diverse signalen.

### Stap 3: Selectie van samenhangende signalen

Vervolgens maakten we een selectie van representatieve signalen die ook in samenhang tot elkaar aan waarde winnen. Daarvoor maakten we gebruik van focusgroepen en een expertpanel. Vijf focusgroepen hebben plaatsgevonden. Hierbij waren de volgende disciplines vertegenwoordigd:

- ambulanceverpleegkundigen
- ambulancechauffeurs
- medisch managers ambulancezorg
- verpleegkundig centralisten MKA
- zorgambulancebegeleiders.

In de focusgroepen zijn in totaal 20 ambulancezorgprofessionals geïnterviewd. Het tussenresultaat was een versmalling van de set van samenhangende signalen. Het doel van stap 3 was om de signalen aan te laten sluiten op de werkwijze van zorgprofessionals. De set van signalen uit de focusgroepen is vervolgens getoetst bij de expertgroep.

Ook is er in stap 3 een inputronde georganiseerd voor de kwaliteitsfunctionarissen van de RAV's. Tevens is een presentatie gegeven aan leden van V&VN Ambulancezorg (ongeveer 70 personen). Dit was bedoeld om draagvlak te creëren en om input voor zorginhoudelijke signalen te verzamelen.

Met de input vanuit het expertpanel, de kwaliteitsfunctionarissen en de leden van V&VN Ambulancezorg maakten we een bijgestelde set van samenhangende signalen. Deze bijgestelde set is vervolgens getoetst in de begeleidingsgroep en besproken in de stuurgroep. Op basis hiervan is een aangepaste set signalen vastgesteld en vervolgens nogmaals getoetst bij de expertgroep.

### Stap 4: Opstellen eerste opzet meetinstrument

Op basis van de input en resultaten uit stap 3 is een eerste opzet van het meetinstrument en implementatieplan gemaakt. Deze eerste versies zijn getoetst bij de RAV-directeuren tijdens een thema-avond van AZN. Vervolgens zijn het implementatieplan en het meetinstrument ook getoetst in de derde

begeleidingsgroep en besproken in de derde stuurgroepbijeenkomst. Dit heeft geleid tot verdere aanscherping van de signalen uit het implementatieplan en suggesties voor de doorontwikkeling van het meetinstrument.

#### **Stap 5: Toetsen**

Op basis van de stappen 1 tot en met 4 is een concept opgesteld van het implementatieplan en de doorontwikkelagenda. Dit concept is voorgelegd aan de betrokken ketenpartners via een consultatieronde. Deze consultatieronde heeft plaatsgevonden in de periode van 19 april 2019 tot 10 mei 2019.

#### **Stap 6: Opstellen tweede opzet meetinstrument**

Op basis van de consultatieronde in stap 5 is een definitieve conceptversie van het implementatieplan en de doorontwikkelagenda geschreven. Deze versie is nogmaals voorgelegd aan de leden van de begeleidingscommissie. Tevens is het meetinstrument voor de tweede keer aangescherpt op basis van de laatste aanpassingen in het kwaliteitskader.

#### **Stap 7: Ontwikkelen implementatieplan en definitieve besluitvorming**

Op basis van de consultatieronde is het implementatieplan aangepast. Op 12 juni 2019 heeft het bestuur van AZN het kwaliteitskader ambulancezorg vastgesteld in de algemene ledenvergadering (ALV). Na akkoord van alle partijen die het kwaliteitskader mede-ondertekenen wordt het kwaliteitskader ambulancezorg versie 1.0 aangeboden aan Zorginstituut Nederland.

# BIJLAGE 2

## BETROKKEN ORGANISATIES

Bij het opstellen van het kwaliteitskader ambulancezorg zijn de volgende landelijke organisaties betrokken:

- Ambulancezorg Nederland (AZN)
- Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland Ambulancezorg (V&VN Ambulancezorg)
- Nederlandse Vereniging van Medisch Managers Ambulancezorg (NVMMA)
- Patiëntenfederatie Nederland
- InEen
- Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ)
- GGD GHOR Nederland

- Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ)
- Zorgverzekeraars Nederland (ZN)
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS).

De projectgroep bestond uit Margreet Hoogeveen (AZN), Jeroen Geelhoed (KPMG) en Debby Schleeper (KPMG).

De volgende personen (*zie volgende pagina's*) zijn direct betrokken geweest bij het ontwikkelproces van het kwaliteitskader ambulancezorg door deelname aan stuurgroep, begeleidingsgroep, focusgroepen en expertpanel.

### Deelnemers Stuurgroep

Naam	Organisatie
Piet Huizinga	Ambulancezorg Nederland (AZN)
Robin Alma	Ambulancezorg Nederland (AZN)
Margreet Hoogeveen	Ambulancezorg Nederland (AZN)
Jeroen Geelhoed	KPMG
Debby Schleeper	KPMG

### Deelnemers Begeleidingsgroep

Naam	Organisatie
Menoës Geraets	Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland Ambulancezorg (V&VN Ambulancezorg)
Ricks Meppelder	Nederlandse Vereniging van Medisch Managers Ambulancezorg (NVMMA)
Alexander Veen	Nederlandse Vereniging van Medisch Managers Ambulancezorg (NVMMA)
Edith Dekker	Patiëntenfederatie Nederland
Maaïke Schapendonk	Zorgverzekeraars Nederland (ZN)
Astrid Scholl	InEen
Arold Reusken	Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ)
Lotte van Galen	Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ)
Matthijs Leurink	GGD GHOR Nederland
Rolien Pruis	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS)
Mitzi Mulder	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS)

## Deelnemers Focusgroepen

Naam	Functie
Viktor Koot	ambulancechauffeur
Natasja Barends	ambulanceverpleegkundige
Peter de Fijter	ambulanceverpleegkundige
Hans de Vries	ambulanceverpleegkundige
Oscar Francissen	ambulanceverpleegkundige
Rene Purgay	ambulanceverpleegkundige
Jorik Sweenen	ambulanceverpleegkundige
Gert-Jan van der Steeg	ambulanceverpleegkundige
Kitty van der Veen	ambulanceverpleegkundige
Xavier R.J. Moors	medisch manager ambulancezorg
David Harten	physician assistant
Herman Oosterik	verpleegkundig centralist MKA
Gerard Pijnenburg	verpleegkundig centralist MKA
Hugo Brounen	verpleegkundig specialist
Geertje Geuzebroek	verpleegkundig specialist
Geert Hengstman	verpleegkundig specialist
Juliette Hereijgers	verpleegkundig specialist
David IJben	verpleegkundig specialist
Marlou Bootsma-Liesveld	verzorgende planbare ambulancezorg
Chantal Gommans	verzorgende planbare ambulancezorg

## Deelnemers Expertgroep

Naam	Functie
Robert van Barneveld	directeur zorg UMCG Ambulancezorg
Gerard Berendschot	staffunctionaris beleid en kwaliteit Ambulance IJsselland
Ina Bolt	ambulanceverpleegkundige UMCG Ambulancezorg en secretaris V&VN Ambulancezorg
Chris Bruggeman	manager medisch stafbureau RAV Brabant Midden West Noord
Roelof Lettinga	medisch manager ambulancezorg UMCG Ambulancezorg
Nico Tonjes	verpleegkundig specialist Ambulance IJsselland en voorzitter V&VN Ambulancezorg
Trudie van Duin	programmamanager Ambulancezorg Nederland
Remco van Zijl	bureau medische zaken Ambulancezorg Limburg-Noord

# BIJLAGE 3

## LITERATUUR

- Ambulancezorg Nederland. (2013). Uniform begrippenkader ambulancezorg.
- Ambulancezorg Nederland. (2017). Ambulancezorg in 2025: zorgcoördinatie en mobiele zorg.
- Ambulancezorg Nederland. (2018). Sectorkompas 2017. [www.ambulancezorg.nl/themas/sectorkompas-ambulancezorg](http://www.ambulancezorg.nl/themas/sectorkompas-ambulancezorg).
- Ambulancezorg Nederland, Zorgverzekeraars Nederland, Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport. (2018). Actieplan Ambulancezorg. [www.rijksoverheid.nl/documenten/convenanten/2018/11/12/actieplan-ambulancezorg](http://www.rijksoverheid.nl/documenten/convenanten/2018/11/12/actieplan-ambulancezorg).
- 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. (2016). Landelijk Protocol Ambulancezorg 8.1.
- Ambulancezorg Nederland, Nederlandse Vereniging van Medisch Managers Ambulancezorg, V&VN Ambulancezorg. (2017). Kwaliteitskader Zorgambulance.
- Ambulancezorg Nederland, Nederlandse Vereniging van Medisch Managers Ambulancezorg, V&VN Ambulancezorg. (2018). Nota Goede Ambulancezorg.
- FMT Gezondheidszorg. (2015). Acut zorgportaal: als elke seconde telt. Via [www.spoedzorgnet.nl/sites/default/files/documents/2015-10\\_fmt\\_gezondheidszorg\\_als\\_elke\\_seconde\\_telt\\_0.pdf](http://www.spoedzorgnet.nl/sites/default/files/documents/2015-10_fmt_gezondheidszorg_als_elke_seconde_telt_0.pdf).
- Jansen, T., Hoon, S. de, Hek, K., Verheij, R. (2017). Ontwikkelingen op de huisartsenpost, veranderingen in zorgvraag en gezondheidsproblemen in 2013-2015. [www.nivel.nl/nl/publicatie/ontwikkelingen-op-de-huisartsenpost-veranderingen-zorgvraag-en-gezondheidsproblemen-2013](http://www.nivel.nl/nl/publicatie/ontwikkelingen-op-de-huisartsenpost-veranderingen-zorgvraag-en-gezondheidsproblemen-2013).
- 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 Crisisbeheersingen 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 Specialist, 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.
- Maas, van der J., Rutten, M., Smits, M., Boven, van K., Giesen, P. (2018). Spoedzorg in de Huisartsenpraktijk. Huisartsen Wetenschap. [www.henw.org/artikelen/spoedzorg-de-huisartsenpraktijk](http://www.henw.org/artikelen/spoedzorg-de-huisartsenpraktijk).
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2012). Tijdelijke wet ambulancezorg. [wetten.overheid.nl/BWBR0031557/2019-04-02](http://wetten.overheid.nl/BWBR0031557/2019-04-02).
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2016). Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg. [www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/kwaliteit-van-de-zorg/wet-kwaliteit-klachten-en-geschillen-zorg](http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/kwaliteit-van-de-zorg/wet-kwaliteit-klachten-en-geschillen-zorg).
- Nictiz, Ambulancezorg Nederland, Nederlandse Vereniging van Spoedeisende Hulp Artsen, Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen. (2011). Handleiding Basisdataset Ambulance- Spoedeisende hulp. [www.nictiz.nl/wp-content/uploads/2011/03/RP10095-Handleiding-basisdataset-e-Spoed-AMB-SEH](http://www.nictiz.nl/wp-content/uploads/2011/03/RP10095-Handleiding-basisdataset-e-Spoed-AMB-SEH).
- Nictiz, Ambulancezorg Nederland, InEen, NedHis, Nederlands Huisartsen Genootschap, Nederlandse Vereniging van Spoedeisende Hulp Artsen, Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen. (2014). Richtlijn gegevensuitwisseling huisarts-huisartsenpost-ambulancedienst-afdeling spoedeisende hulp, versie 3.0. <https://www.nictiz.nl/wp-content/uploads/2018/03/Richtlijn-acute-zorg-2014-versie-3.0>.
- Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. (2018). Referentiekader spreiding en beschikbaarheid ambulancezorg 2018. [www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2018/11/07/referentiekader-spreiding-en-beschikbaarheid-ambulancezorg-2018](http://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2018/11/07/referentiekader-spreiding-en-beschikbaarheid-ambulancezorg-2018).
- Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, Landelijk Centrum Hygiëne en Veiligheid. (2017). Hygiënerichtlijn voor de ambulancezorg. [www.ambulancezorg.nl/themas/kwaliteit-van-zorg/protocollen-en-richtlijnen/overzicht-kwaliteitskaders-protocollen-en-richtlijnen](http://www.ambulancezorg.nl/themas/kwaliteit-van-zorg/protocollen-en-richtlijnen/overzicht-kwaliteitskaders-protocollen-en-richtlijnen).
- Van de Ven, D., Bos, N. & De Boer, D. (2017). Kwaliteit van ambulancezorg vanuit perspectief van cliënten. [www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Rapport\\_Ambulancezorg\\_vanuit\\_patientenperspectief](http://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Rapport_Ambulancezorg_vanuit_patientenperspectief).
- Zorginstituut Nederland. (2015). Spoed moet goed: indicatoren en normen voor zes spoedzorgindicaties. <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2016/01/28/spoed-moet-goed-indicatoren-en-normen-voor-zes-spoedzorgindicaties>.
- Zorginstituut Nederland. (2018). ICHOM de heilige graal of routekaart naar meer uitkomst informatie? <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/rapport/2018/06/28/ichom-als-versnelling>.

# BIJLAGE 4

## ONDERHOUDSPLAN KWALITEITSKADER

### AMBULANCEZORG 1.0

#### Inleiding

Het kwaliteitskader ambulancezorg 1.0 is tot stand gekomen in samenwerking met Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland afdeling Ambulancezorg (V&VN Ambulancezorg), de Nederlandse Vereniging van Medisch Managers Ambulancezorg (NVMMA), Patiëntenfederatie Nederland, Zorgverzekeraars Nederland (ZN), InEen, Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ), GGD GHOR Nederland en het Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport. Met dit kwaliteitskader 1.0 zijn de eerste stappen gezet om de komende drie jaar toe te groeien naar een volwassen kader.

AZN, NVMMA, V&VN Ambulancezorg, Patiëntenfederatie Nederland en ZN zijn aanbieders van het kwaliteitskader ambulancezorg aan Zorginstituut Nederland. Zij hechten er waarde aan om afspraken te maken over de wijze waarop zij gezamenlijk het kwaliteitskader doorontwikkelen en onderhouden. Waar in dit onderhoudsplan wordt gesproken over 'partijen' wordt bedoeld: AZN, NVMMA, V&VN Ambulancezorg, Patiëntenfederatie Nederland en Zorgverzekeraars Nederland.

#### Het kwaliteitskader ambulancezorg 1.0

Het kwaliteitskader ambulancezorg bestaat uit een set kwaliteitssignalen, een implementatieplan en een doorontwikkelagenda. Het implementatieplan beschrijft de activiteiten die nodig zijn om de signalen uit versie 1.0 eenduidig te kunnen meten. Deze staan per signaal beschreven. Ook beschrijft het implementatieplan de streefwaarden of de wijze waarop naar definitieve streefwaarden wordt toegewerkt. Deze zijn in 2023 gerealiseerd.

De doorontwikkelagenda beschrijft signalen die in 2021 en 2022 nog worden ontwikkeld. Per signaal is beschreven hoe deze signalen nader uitgewerkt en meetbaar worden gemaakt, wie het initiatief neemt en welke partijen betrokken worden.

#### Het onderhoudsplan

Het proces van implementeren en doorontwikkelen is in het kwaliteitskader zelf beschreven. De uitkomsten van dit ontwikkelproces kunnen consequenties hebben voor het kwaliteitskader ambulancezorg. Het is van belang dat partijen gezamenlijk bespreken wat de consequenties zijn en hoe deze verwerkt worden in het kwaliteitskader ambulancezorg.

Het onderhoudsplan beschrijft hoe partijen hier in gezamenlijkheid invulling aan geven.

#### 1. Afspraken met betrekking tot het implementatieplan

a. Partijen bespreken jaarlijks de voortgang en uitkomsten van acties zoals beschreven in het implementatieplan. Gezamenlijk wordt besloten welke uitkomsten leiden tot aanpassing van het kwaliteitskader ambulancezorg 1.0 en op welke wijze. Het kwaliteitskader wordt hierop aangepast.

#### 2. Afspraken met betrekking tot de doorontwikkelagenda

a. Partijen bespreken jaarlijks de voortgang en de uitkomsten van de acties in de doorontwikkelagenda. In 2021 en 2022 zal dit leiden tot nieuwe signalen, met streefwaarden. Ook dient voor deze signalen een implementatieplan te worden opgesteld.

De nieuwe signalen, streefwaarden en implementatieplan worden in gezamenlijkheid vastgesteld.

#### 3. Afspraken met betrekking tot nieuwe ontwikkelingen binnen de ambulancezorg of keten

a. 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, anders dan nu is voorzien in het implementatieplan en de doorontwikkelagenda. Partijenspreken hierover af dat dit, via AZN, wordt gemeld bij alle betrokken partijen. Overleg vindt dan plaats of de ontwikkeling leidt tot een (tussentijdse) aanpassing van het dan geldende kwaliteitskader, implementatieplan en/of de doorontwikkelagenda.

#### **4. Evaluatie onderhoudsplan**

a. Het voorliggende onderhoudsplan is gericht op de doorontwikkeling van het kwaliteitskader ambulancezorg 1.0. naar een nieuwe, meer volwassen versie van het kwaliteitskader ambulancezorg 2.0. in 2023. Met de vaststelling van het kader 2.0 wordt het onderhoudsplan geëvalueerd en op nieuwe versie van het kader aangepast.

#### **5. Coördinatie afspraken onderhoudsplan**

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



KWALITEITSKADER  
AMBULANCEZORG



AMBULANCEZORG  
NEDERLAND

**Ambulancezorg Nederland**

Veerallee 68  
8011 AE Zwolle

088 38 38 200

[info@ambulancezorg.nl](mailto:info@ambulancezorg.nl)  
[www.ambulancezorg.nl](http://www.ambulancezorg.nl)