

KWALITEITSKADER AMBULANCEZORG OP HET WATER





●
KWALITEITSKADER
AMBULANCEZORG
OP HET WATER

Ambulancezorg Nederland
Versie 2.0, december 2024

INHOUDSOPGAVE

1 Kwaliteitskader Ambulancezorg op het water	4	5 Ketenzorg rond de patiënt	16
1.1 Inleiding	4	5.1 Inleiding	16
1.2 Totstandkoming kwaliteitskader	4	5.2 Ketenpartners binnenwateren	16
1.3 Uitgangspunten van het kwaliteitskader	5	5.3 Ketenpartners buitenwateren en kustgebied	16
1.4 Opbouw kwaliteitskader en leeswijzer	6	5.4 Afspraken met ketenpartners alle gebieden	16
2 De ambulancezorgpatiënt op het water	7	6 Grootschalig incident	19
2.1 Inleiding	7	6.1 Inleiding	19
2.2 De ambulancezorgpatiënt op het water	7	6.2 Grootschalige Geneeskundige Bijstand-gemeentelijk watergebied	19
2.3 Medische inschatting: triage van de zorgvraag	7	6.3 Spoedeisende Medische Hulpverlening bij rampen en crises op de Noordzee	19
2.4 Ambulancezorg volgens het toetsingskader	7		
2.5 Geografische begrenzing van de ambulancezorg	8		
2.6 Werkwijze ambulancezorg op gemeentelijk ingedeeld water	8	7 Kwaliteit van zorg	20
3 Ambulancezorg op gemeentelijk ingedeeld water	10	7.1 Inleiding	20
3.1 Melding	10	7.2 Goede ambulancezorg	20
3.2 Aanname en locatiebepaling	10	7.3 Randvoorwaarden voor goede ambulancezorg op het water	20
3.3 Triage	11	7.4 Leren van (bijna-) incidenten en calamiteiten	21
3.4 Overdracht patiënt elders opgestarte melding	11	Bijlage 1	22
3.5 Doorverwijzing van KWC naar MKA	11	Afkortingen en begrippen	
3.6 Coördinatie proces ambulancezorg op gemeentelijk ingedeeld water	12	Bijlage 2	24
3.7 Coördinatie proces 'inzet langs de waterlijn' of op het strand	12	Verbeterde urgentie indeling	
3.8 Overdracht van water naar land	12	Bijlage 3	25
4 Ambulancezorg op niet gemeentelijk ingedeeld water	14	Flowchart kustwacht	
4.1 Melding	14	Bijlage 4	26
4.2 Aanname en locatiebepaling	14	Werkgroep Kwaliteitskader Ambulancezorg op het water	
4.3 Triage	14	Bijlage 5	27
4.4 Coördinatie ambulancezorg op niet gemeentelijk ingedeeld water	14	Geraadpleegde bronnen, websites, wetten	



1. KWALITEITSKADER AMBULANCEZORG OP HET WATER



1.1 Inleiding

Op het moment dat iemand in Nederland een acute en ernstige zorgvraag heeft, zal veelal het landelijke alarmnummer 112 gebeld worden. Voor burgers is de toegang tot de acute zorg met dit alarmnummer laagdrempelig en benaderbaar. Als op grond van de 112-melding na triage¹ door de centralist van de meldkamer ambulancezorg (MKA) besloten wordt dat een ambulance-inzet moet volgen, vertrouwt de 112-beller erop dat de ambulancezorgprofessionals snel ter plaatse zullen zijn en de patiënt goede zorg krijgt. Hoe anders is dit als degene die de zorg nodig heeft zich niet op het land bevindt, maar ergens op het water is?

Ambulancezorg houdt niet op bij de vloedlijn of de waterkant. Nederland kent vele wateren, van de Noordzee, de Waddenzee en de Friese meren tot aan rivieren als de Maas en Waal. Ook daar leveren Regionale Ambulancevoorzieningen (RAV's) ambulancezorg zoals bedoeld in de Wet Ambulancezorgvoorzieningen (Wazv). Kenmerkend voor ambulancezorg op het water is dat het een ketenproces is, met per RAV-gebied wisselende ketenpartners.

Ambulancezorg Nederland (AZN) heeft in 2009 de richtlijn "Ambulancezorg op het water" opgesteld en twee jaar later een aanvullend protocol. Aanleiding was destijds de behoefte bij de ambulancesector aan partijen die vervoer op het water konden regelen, en aan een uniforme richtlijn met betrekking tot samenwerking tussen de betrokken partijen. In december 2016 is door de minister van Infrastructuur en Milieu, mede namens de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) gesteld² dat de uitgangspunten voor medische hulpverlening op zee vergelijkbaar zijn met de hulpverlening op het land. Dit was naar aanleiding van de uitkomsten van een onderzoek van de Onderzoeksraad voor Veiligheid (OvV) naar een medische hulpverlening op de Noordzee³. De hulpverlening moet effectief, veilig en tijdig zijn. Bovendien is benoemd dat de acute zorg op de Noordzee moet aansluiten op de acute zorg op het land.

En omdat de MKA's zicht hebben op de geldende afspraken, op beschikbaarheid en op bereikbaarheid, is de keuze waar de patiënt naar toegebracht moet worden ondergebracht bij de MKA's.

Op basis van de richtlijn uit 2009 en de beschreven ontwikkelingen is in 2017 het Kwaliteitskader Ambulancezorg op het water opgesteld. Bij het opstellen van dit kwaliteitskader heeft AZN zichzelf de opdracht gegeven om uiterlijk in 2022 vast te stellen of dit kwaliteitskader herzien moet worden. Door twee coronajaren hebben deze werkzaamheden pas later aangevangen. Inmiddels is het proces voor medische meldingen vanaf gemeentelijk ingedeeld water herzien en in een nieuwe flowchart opgenomen (*zie pagina 9*) en is er een instructievideo gemaakt⁴. Dit document is de herziene versie van het Kwaliteitskader Ambulancezorg op het water uit 2017.

1.2 Totstandkoming kwaliteitskader

Een werkgroep met experts uit de ambulancezorg en vertegenwoordigers van de Nederlandse Vereniging van Medisch Managers (NVMMA) en de afdeling ambulancezorg van de beroepsvereniging Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN Ambulancezorg) heeft meegedacht over het Kwaliteitskader Ambulancezorg op het water. De werkgroep heeft bij het actualiseren van het kwaliteitskader gestreefd recht te doen aan de verschillen in de organisatie

1. Triage is het dynamische proces van urgentie bepalen en het vervolgtraject indiceren. Triage dient eenduidig te zijn en afgestemd op de behoefte van de patiënt. De triage eindigt in een indicatiestelling, al dan niet gevolgd door de inzet van een zorgverlener en/of een zorgadvies. Ter ondersteuning van het triageproces maakt de centralist gebruik van een triagemethodiek, het gehanteerde systeem dient te voldoen aan de landelijk vastgestelde criteria. Uniforme Begrippenkader Ambulancezorg. (2021). Ambulancezorg Nederland.
2. Reactie op rapport Zorg tussen wal en schip; 15 december 2016; kenmerk lenM/DSK-2016/288633.
3. Zorg tussen wal en schip. Onderzoek naar een duikongeval en de medische hulpverlening op de Noordzee. (2016). Onderzoeksraad voor Veiligheid.
4. <https://www.ambulancezorg.nl/themas/kwaliteit-van-zorg/ketensamenwerking/ambulancezorg-op-het-water>

van ambulancezorg op de kustwateren, op de buitenwateren⁵ en op de binnenwateren⁶ en de wijze waarop dit van invloed is op de ketensamenwerking. Daarnaast is, net als bij het vorige kwaliteitskader, het patiënten perspectief in alle situaties als uitgangspunt gekozen. In welke zorgketen komt de patiënt die op het water acute zorg nodig heeft? Welke meldersinstructie⁷ is zinvol op een zeilschip? Hoe komt de ambulancezorgprofessionaal bij de patiënt? Welke ketenpartners zijn daarbij nodig? Wie coördineert de acties opdat optimale gezondheidswinst kan worden behaald voor de patiënt op of aan het water met een acute en ernstige zorgvraag?

De werkgroep heeft een eerste actualisatie van het kwaliteitskader gedeeld met de Kustwacht, de Koninklijke Nederlandse Redding Maatschappij (KNRM) en Bristow Search and Rescue. Ketenpartners konden hierop reageren tot 30 september 2024. Op basis van de ontvangen feedback is het definitieve conceptkader opgesteld. Het definitieve conceptkader is vervolgens ter instemming voorgelegd aan het bestuur van de NVMMA op 17 oktober 2024. Daaropvolgend heeft V&VN Ambulancezorg akkoord gegeven op het definitieve conceptkader op 12 november 2024. De ledenvergadering van AZN heeft op 11 december 2024 het Kwaliteitskader Ambulancezorg op het water bestuurlijk vastgesteld.

1.3 Uitgangspunten van het kwaliteitskader

Dit kwaliteitskader maakt duidelijk welke randvoorwaarden gelden opdat ambulancezorg op het water zo georganiseerd kan worden dat er sprake kan zijn van goede ambulancezorg op het water⁸.

Gezien de importantie van het ketenproces dient iedere RAV op grond van het kwaliteitskader concrete afspraken te maken met de regionale en regio-overstijgende ketenpartners opdat de patiënt de juiste zorg kan krijgen binnen de mogelijkheden op en aan het water. Operationeel maatwerk blijft daarbij noodzakelijk. Van belang is om te beseffen dat de patiënt op het water zich vaak niet op één vaste plek bevindt, doch zich - bedoeld of onbedoeld - door of op het water beweegt. Bij ambulancezorg op het water, die aanvangt in de MKA, is veelal sprake van een ketensamenwerking. Tegelijkertijd met het opzetten van de zorgverlening moet mogelijk een reddingsactie gerealiseerd worden, om patiënt en zorgverleners bij elkaar te brengen. De hulpverlening die de reddingsactie omvat zal altijd door ketenpartners worden uitgevoerd.

Als uitvoeringsafspraken in een specifieke casus de zorgverlening bemoeilijken, geldt dat de te behalen gezondheidswinst voor de patiënt van doorslaggevend belang is bij de te maken keuzes. Heldere communicatie tussen ketenpartners onderling is daarbij onmisbaar.

De bijzondere locatie van de patiënt betekent in veel gevallen dat tijdigheid in het kader van goede zorg een andere invulling krijgt. Het streven is om de ambulancezorg op het water zo optimaal mogelijk te organiseren, met inbegrip van de wetenschap dat de complexe locatie tijdigheid in negatieve zin beïnvloedt. Juist daarom is het zowel van belang om best practices te delen binnen de sector én binnen de keten, als dat het noodzakelijk is om knelpunten in de kwaliteit van (keten) zorg te monitoren om een continu verbeterproces te kunnen realiseren. Tenminste jaarlijks overleg met alle betrokken partijen is wenselijk, zowel vanuit kwaliteitsnormen als vanuit het wettelijk toetsingskader⁹. Uiterlijk in 2030 stelt AZN vast of dit kwaliteitskader herzien moet worden.

Met het Kwaliteitskader Ambulancezorg op het water streeft de ambulancezorg sector transparantie na binnen haar sector en voor al haar stakeholders: patiënten, de kustwacht, nautische- en zorgketenpartners, zorgverzekeraars, ministerie van Infrastructuur en Waterstaat (IenW), ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (VWS), en de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ).

Uiterlijk in 2030 stelt AZN vast of dit kwaliteitskader herzien moet worden. Met het Kwaliteitskader Ambulancezorg op het water streeft de ambulancezorg sector transparantie na binnen haar sector en voor al haar stakeholders: patiënten, de kustwacht, nautische- en zorgketenpartners, zorgverzekeraars, ministerie van Infrastructuur en Waterstaat (IenW), ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (VWS), en de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ).

5. Buitenwateren zijn wateren waarvan de waterstand direct invloed ondergaat bij hoge stormvloed, bij hoog opperwater van een van de grote rivieren, bij hoog water van het IJsselmeer of het Markermeer, dan wel bij een combinatie daarvan, alsmede het Volkerak-Zoommeer, het Grevelingenmeer, het getijdedeel van de Hollandsche IJssel en de Veluwerandmeren.
6. Binnenwateren zijn de wateren die in Nederland zijn gelegen binnen de langs de Nederlandse kust gaande lijn. Zie ook de Binnenvaartregeling, artikel 1.2.
7. De zorginstructie en -advisering aan de zorgvrager door de MKA-centralist ter overbrugging van de periode tot een ambulance-eenheid ter plaatse is. De instructie kan zowel medisch-inhoudelijk als van logistieke aard zijn.
8. Zie ook hoofdstuk 7: kwaliteit van zorg.
9. Dit sluit aan op de HKZ-norm "Keten medische hulpverlening op zee". Deze is vastgesteld in december 2017.

1.4 Opbouw kwaliteitskader en leeswijzer

In het kwaliteitskader komen de volgende onderwerpen aan bod:

- de ambulancezorgpatiënt op het water (hoofdstuk 2);
- ambulancezorg op gemeentelijk ingedeeld water (hoofdstuk 3);
- ambulancezorg op niet gemeentelijk ingedeeld water (hoofdstuk 4);
- ketenzorg rond de patiënt (hoofdstuk 5);
- grootschalig incident (hoofdstuk 6);
- kwaliteit van zorg (hoofdstuk 7).

Het Kwaliteitskader Ambulancezorg op het water veronderstelt bij de lezer enige voorkennis van de reguliere ambulancezorg. Sommige situaties die minder vaak voorkomen zijn uitgebreid beschreven om er zeker van te zijn dat de lezer zich een goede voorstelling kan vormen van hetgeen bedoeld is.



2. DE AMBULANCEZORGPATIËNT OP HET WATER



2.1 Inleiding

Dit kwaliteitskader richt zich op de ambulancezorgpatiënt op het water. Wie is de ambulancezorgpatiënt op het water?

Voor betrokken partijen is het van belang dat eenieder een gelijk beeld heeft bij de ambulancezorgpatiënt op het water. Medische inschatting, het toetsingskader en de geografische locatie vormen hier het raamwerk om de ambulancezorgpatiënt te beschrijven. Dat de spoedeisende medische zorgketen verder gaat dan dit raamwerk wordt specifiek toegelicht.

2.2 De ambulancezorgpatiënt op het water

Bij iedereen die zich op het water begeeft, kan een acute zorgvraag ontstaan. De variatie, die zich in zorgvragen voordoet, is vermoedelijk niet heel anders dan die van de zorgvragers op het land: traumazorg, verergering van al aanwezige pathologie of het ontstaan van een onbekende gezondheids crisissituatie. De zorgbehoefte kan huisartsgeneeskundige zorg of ambulancezorg betreffen, doch ook prehospital medisch specialistische zorg zoals die door een Mobiel Medisch Team (MMT¹⁰) geboden wordt. Een zorgvraag kan ontstaan bij de jeugdige kitesurfer voor de Zuid-Hollandse kust, bij de oudere binnenvaartschipper op de Rijn, bij medewerkers op de grote windparken op zee, in de beroepsvaart op de Waddenzee of bij de recreatieve zeezeilers onderweg naar het Kanaal. Veel variabelen zijn te benoemen.

2.3 Medische inschatting: triage van de zorgvraag

Het is van wezenlijke betekenis dat de zorgvraag adequaat wordt getrieerd opdat de juiste zorg tijdig en door de juiste zorgverlener wordt geboden. Dit begint al bij het gegeven of de zorgvrager de meest geschikte ingang naar de acute zorg weet te vinden én kan benutten. De zorgvrager selecteert als het ware zelf al voor, door te kiezen voor contact met bijvoorbeeld de huisarts, met 112 of het Kustwachtcentrum (KWC).

Naast het leggen van telefonisch contact met de eigen huisarts, kan voor sommige zorgvragers het digitaal benaderen van een huisarts een mogelijkheid zijn. Veelal zal het hier gaan om situaties die de zorgvrager als niet-levensbedreigend beoordeelt. De zorgvrager die 112 belt of appt, ziet zich daarentegen vaak geconfronteerd met een (mogelijk) levensbedreigende situatie. De 112-melding vanaf het water of vanaf de wal én die betrekking heeft op een zorgvraag op of aan het water wordt door de centrale van de landelijke 1-1-2 voorziening in Driebergen doorgezet naar de MKA of het KWC. De incidentlocatie die de melder aangeeft is bepalend voor de keuze van doorzetten. Als het gaat om een positie op gemeentelijk ingedeeld water gaat de melding naar de MKA. Een melding gaat naar het KWC als de positie van het incident op het water onduidelijk of niet bekend is of als het gaat om water dat niet gemeentelijk ingedeeld is. In hoofdstuk 3 en 4 worden de verschillen toegelicht.

2.4 Ambulancezorg volgens het toetsingskader

Ambulancezorg is volgens de Nota Goede ambulancezorg (2018, AZN): mobiele zorg die beroepsmatig wordt verleend om een patiënt zorg te verlenen, adequaat te vervoer en/ of door te verwijzen naar een andere zorgverlener voor zijn of haar aandoening of letsel. Hierbij wordt de algemeen beschikbare medische en verpleegkundige/verzorgende kennis in acht genomen. Het hoofddoel van ambulancezorg is het voorkomen of beperken van gezondheidsschade op basis van de zorgbehoefte van de patiënt.

De minister van VWS heeft op grond van de Wazv aanwijzingen gegeven aan RAV's die binnen een specifieke Veiligheidsregio als enige partij reguliere ambulancezorg mogen leveren. Het is aan anderen verboden om reguliere ambulancezorg

¹⁰. Zie: MMT Inzet- en cancelcriteria. Een praktisch handvat voor het inzetten van MMT's en verdeling van verantwoordelijkheden tussen MKA, ambulance en MMT. (2013). Ambulancezorg Nederland en Landelijk Netwerk Acute Zorg.

te leveren. Ambulancezorg loopt vanaf de melding tot en met de overdracht in de keten. De Wazv stelt dat op elke aanvraag om ambulancezorg, de ambulancemeldkamer van de regio waarbinnen de aangevraagde zorg aanvangt, beslist of ambulancezorg nodig is, alsmede door wie en op welke wijze deze zal worden verleend. Het is bij wet verboden om reguliere ambulancezorg te verlenen zonder opdracht van een RAV of met een voertuig dat niet geregistreerd is bij de RAV¹¹, hetgeen niet geldt voor degene die krachtens een overeenkomst met de RAV ambulancezorg verlenen. Daarnaast¹² is gesteld dat de RAV ervoor zorgt dat de meldkamerfunctie (zorgintake, zorgindicatie en uitgifte) door een ambulancezorgprofessional wordt uitgevoerd.

2.5 Geografische begrenzing van de ambulancezorg

Zorg binnen het verzorgingsgebied van de RAV

De locatie ofwel de geografische positie van een patiënt op het water met een acute en ernstige zorgvraag bepaalt in principe of er sprake kan zijn van ambulancezorg op het water. Een RAV is verantwoordelijk voor het leveren van goede zorg aan patiënten in haar verzorgingsgebied. Tot het verzorgingsgebied van de RAV behoren de binnenwateren en een deel van de (ruime) buitenwateren en van het kustgebied (gemeentelijk ingedeeld water). Al het binnenwater in Nederland behoort toe aan het verzorgingsgebied van de diverse RAV's. Voor de (ruime) buitenwateren en het kustgebied is dit gelijk aan de grenzen van de Veiligheidsregio's. Voor het kustgebied gaat het hier over de Noordzee tot en met 1 kilometer uit de kust, gemeten vanuit de basislijn: de laagwaterlijn tot in de zee, zijnde het gemeentelijk gebied waarop de Wet veiligheidsregio's (Wvr)¹³ van toepassing is. Wanneer de patiënt zich buiten het verantwoordelijkheidsgebied van de RAV bevindt, is er sprake van spoedeisende medische hulpverlening die door andere partijen wordt opgestart. Het betreft dan geen reguliere ambulancezorg zoals bedoeld in de Wazv. In hoofdstuk 3 wordt dit uitgebreider toegelicht.

Zorg buiten het verzorgingsgebied van de RAV

Op zee buiten de 1 kilometer-zone én binnen de Nederlandse territoriale wateren¹⁴ en de Nederlandse Exclusieve Economische Zone (EEZ¹⁵) moeten acute zorgvragers ook kunnen rekenen op goede zorg. Buiten de 1 kilometer-zone gaat het dan niet om reguliere ambulancezorg, zoals hiervoor is toegelicht. Gezien het startpunt van de zorgverlening, de incidentlocatie, gaat het nu om spoedeisende medische hulpverlening die in

principe door andere partijen uitgevoerd wordt. Als de patiënt zich verplaatst of wordt verplaatst tijdens de spoedeisende medische hulpverlening en zich daardoor in de 1-kilometer zone gaat bevinden, is het vanuit de gedachte dat de patiënt centraal staat niet logisch om (direct) over te schakelen naar de (organisatie vanuit de) reguliere ambulancezorg. Deze schakel kan beter gemaakt worden wanneer de patiënt op de vaste wal arriveert. In hoofdstuk 4 wordt dit uitgebreider toegelicht.

2.6 Werkwijze ambulancezorg op gemeentelijk ingedeeld water

Op basis van de vorige alinea's is de werkwijze ambulancezorg op gemeentelijk ingedeeld water schematisch uitgewerkt. Het proces van aanneming en plaatsbepaling en het proces van intake en uitgifte zijn schematisch weergegeven in een flowchart, zie onderstaande afbeelding. Deze flowchart wordt in de volgende hoofdstukken verder toegelicht. Inmiddels is de verbeterde urgentie-indeling ambulancezorg uit de flowchart herzien, zie *bijlage 2*.

11. Artikel 6.2, Wet ambulancezorgvoorzieningen.

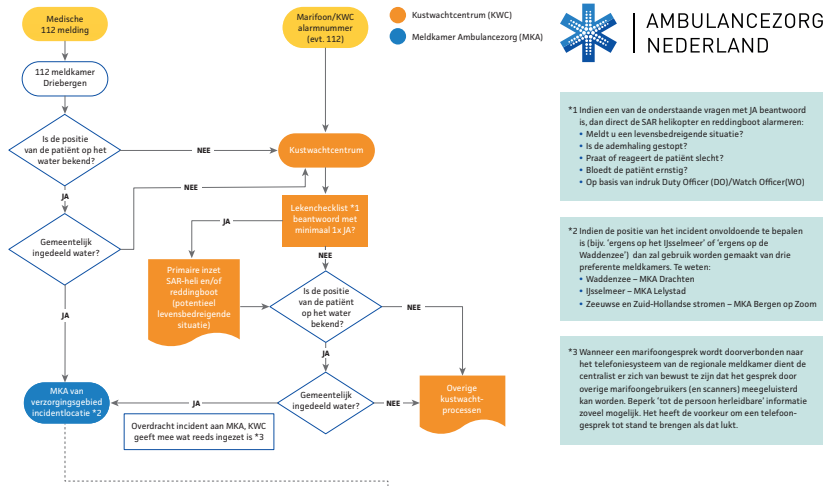
12. Artikel 5.1 a en b, Wet ambulancezorgvoorzieningen.

13. Bij opsporing en redding in de 1-kilometer zone stuurt de gemeente als bevoegd gezag de directeur Kustwacht aan.

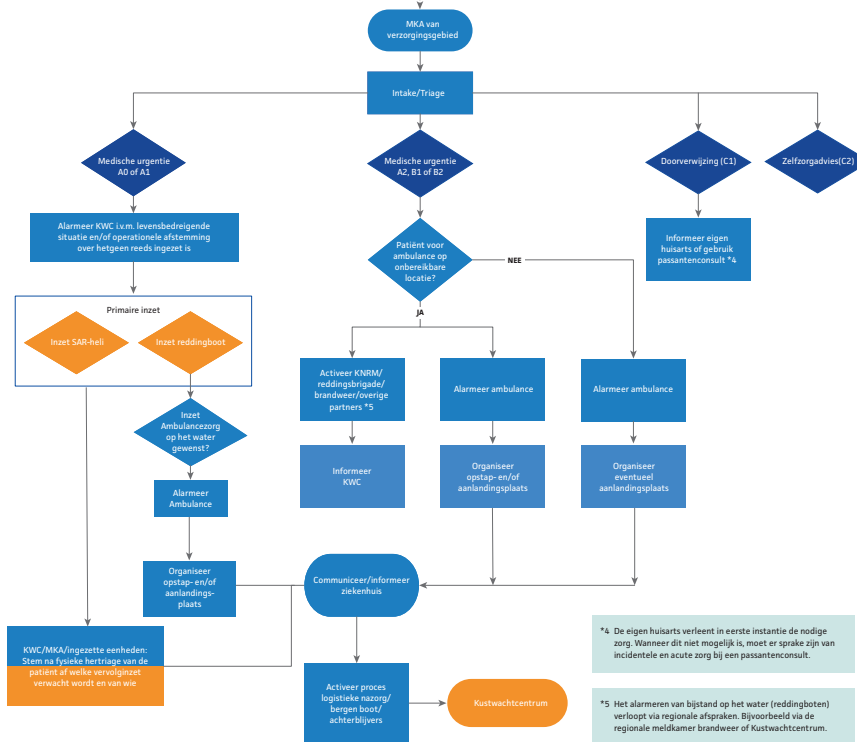
14. Nederlandse territoriale zee: 12 zeemijl zeewaarts, gemeten vanuit de basislijn; inclusief de 1-kilometerzone.

15. De EEZ omvat het gebied 200 mijl vanaf basislijn.

Ambulancezorg op het water Proces aanname en plaatsbepaling



Ambulancezorg op het water Proces intake en uitgifte



Verbeterde urgentie-indeling ambulancezorg		
Spoedeisende ambulancezorg	A0	Directe inzet met grootst mogelijke spoed
	A1	Directe inzet met spoed
	A2	Zo spoedig mogelijke inzet
Niet spoedeisende ambulancezorg	B1	Gepland op bepaald tijdstip hoogcomplex
	B2	Gepland op bepaald tijdstip laag-/middencomplex
Meldkamerzorg	C1	Doorverwijzing, eventueel met inzet zorgtaxi
	C2	Zelfzorgadvies

Figuur 1: Proces aanname en plaatsbepaling en intake en uitgifte bij ambulancezorg op het water



3. AMBULANCEZORG OP GEMEENTELIJK INGEDEELD WATER



3.1 Melding

De medisch-inhoudelijke triage van een 112-melding is, afhankelijk van waar de melding binnenkomt belegd bij de MKA of het KWC. Als het gaat om een positie op gemeentelijk ingedeeld water dan gaat de melding naar de MKA. De MKA-centralisten zijn daarbij getraind in het geven van meldersinstructies en het coördineren van de vervolgstappen in de zorgketen, hetgeen in het belang is van de te behalen gezondheidswinst bij de patiënt. De mogelijkheden en beperkingen van de complexe locatie van de patiënt zijn daarbij van invloed.

112-applicatie (app)

Sinds enige tijd is een 112-app¹⁶ beschikbaar, waarmee een melder via een app 112 kan bellen. De melder kan in de app zelf de keuze maken welke discipline gewenst is en, op basis van de GPS-positie wordt zonder tussenkomst van de 1-1-2 centrale direct de juiste meldkamer gebeld. De positie wordt direct meegezonden. Deze app wordt echter vooralsnog primair aangeboden aan burgers met een hoor- of spraakbeperking, waardoor de app niet breed geïnstalleerd is op smartphones. De app is wel geïnstalleerd en bruikbaar op meldkamers.

3.2 Aanname en locatiebepaling

Bij een melding van een patiënt op het water is het bepalen van de positie van de patiënt in veel gevallen complex. Dit kan bij acute zorgvragen leiden tot onwenselijke (tijds)delay in de ketenzorgverlening, met mogelijk ernstige gevolgen voor de gezondheidssituatie van de patiënt.

Het door de melder kunnen benoemen van de actuele geografische positie aan de hand van GPS-coördinaten is om die reden zinvol bij alle hulpverleningen in afgelegen gebieden, niet alleen op het water. Ontwikkelingen als de app “KNRM-helpt”¹⁷ en de “Vaarwater-app”¹⁸ spelen ook in op deze behoefte. Het exact bepalen van de locatie kan de MKA-centralist, gezien de beschikbare technische ondersteuning op dit gebied, voor een complexe uitdaging zetten. Bij 112-meldingen is een toenemende

behoefte om de geografische positie van een mobiele telefoon, uitgerust met GPS, te kunnen weergeven op de centrale van de landelijke 1-1-2 voorziening en op de MKA.

In de regel zal de landelijke 1-1-2 centrale de melding doorzetten naar de meldkamer van het verzorgingsgebied waar het incident zich, volgens opgave van de melder, voordoet. Het komt regelmatig voor dat de melder zich op afstand van het incident bevindt, dus de positie van de melder is niet altijd ook de positie van het incident. Wanneer de positie van het incident niet goed duidelijk wordt, bijvoorbeeld wanneer sprake is van een incident op open water, dan is het een taak van de 1-1-2 centrale om de locatie zo goed mogelijk te duiden. De centralisten van de 1-1-2 voorziening kunnen steeds vaker gebruik maken van de ‘Advanced Mobile Location’ of kortweg AML-positie die in de regel met het 112 gesprek wordt meegezonden¹⁹. Op basis van de AML-positie wordt dan de juiste meldkamer gekozen om het gesprek naar toe te leiden.

Ondersteuning bij locatiebepaling

In bijzondere gevallen kan de MKA of het KWC onder bepaalde voorwaarden de collega’s van de 1-1-2 centrale vragen om te ondersteunen in de locatiebepaling. Bij incidenten met een hoge urgentie (A0 en A1 urgenties) kan via de 1-1-2 centrale een verzoek

16. <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/alarmnummer-112/vraag-en-antwoord/112-app-van-de-overheid>

17. Zie <https://www.knrm.nl/wat-doet-de-knrm/veiligheid-voor-pleziervaart/knrm-helpt-app>. (...) Omdat de gegevens van het schip bij registratie van de app worden vastgelegd, beschikt de KNRM in geval van nood of assistentie direct over de positie van de hulpvrager, de scheepsnaam, het aantal opvarenden en eventuele thuisblijvers. Dit kan hulpverlening bespoedigen.

18. Zie <https://marrekrite.frl/varen/veiligheid>. De Vaarwater-app van de provincie Friesland heeft o.a. de Marrekrite-nummering van de aanlegplaatsen inzichtelijk weergegeven.

19. Als je 112 belt met je mobiele telefoon krijgt de medewerker van de landelijke 112-centrale je locatiegegevens en mobiele gegevens te zien. Je locatie wordt bepaald door de locatie van de zendmast waarmee je mobiele telefoon is verbonden. Met AML wordt tijdens het gesprek een of meerdere sms-berichten met je locatie naar de centralist gezonden. Ook als de locatievoorzieningen op je telefoon uit staan. AML werkt alleen zo lang je 112 belt, daarna schakelt het zichzelf uit.

worden gedaan bij de Hoofdofficier van Dienst politie van de Landelijke Eenheid (LX) om een SMS met een locatieverzoek naar de mobiele telefoon van de melder te sturen. Dit leidt echter alleen tot de positie van de door de telefoon aangestraalde zendmast. Doordat zendmasten een relatief groot gebied bestrijken geeft dit dus een behoorlijk onnauwkeurige positie. Desondanks kan de ondersteuning in de locatiebepaling nut hebben in enkele gevallen.

3.3 Triage MKA

Binnen de MKA trieert een meldkamercentralist de zorgvraag. Professionele triage van de ernst van gezondheidssituatie van een patiënt of slachtoffer op het water, vraagt om relevante medische kennis. De meldkamercentralist die de intake uitvoert bepaalt met name of en welke zorginzet noodzakelijk is en met welke urgentie de eventuele inzet plaats vindt. Daarbij moet de centralist direct de mogelijkheden en beperkingen van de bijzondere locatie van de patiënt begrijpen, alvorens de juiste meldersinstructie gegeven kan worden en (gelijktijdig) overige zorg- en reddingsprocessen gestart worden. Triage op de MKA is ambulancezorg en als zodanig onderdeel van de spoedeisende medisch zorgketen.

3.4 Overdracht patiënt elders opgestarte melding

Indien er sprake is van spoedeisende medische hulpverlening op het water zonder dat de RAV daarin betrokken is (bijvoorbeeld als de positie van de patiënt op het water onbekend is of als het gaat om een positie op het water dat niet gemeentelijk ingedeeld is), kan een RAV alsnog door een ketenpartner ingeschakeld worden om de betreffende patiënt over te nemen. De ketenpartner benadert hiertoe, zo tijdig als mogelijk is, de MKA. Veelal zal het KWC hierin een rol spelen. Op de MKA zal vervolgens triage plaatsvinden. Op het moment dat de melding bij de MKA getrieerd wordt, is er sprake van ambulancezorg. Aansluitend zal de MKA-centralist overleggen over de verdere zorginzet gebaseerd op de zorgvraag. De MKA coördineert de ambulancezorg tot en met de vooraankondiging aan het ziekenhuis.

Indien een Radio Medische Dienst-arts (RMD-arts) de MKA informeert over een patiënt zal in die situatie de MKA door de RMD-arts op de hoogte worden gebracht of er al contact geweest met een ziekenhuis voor de vervolgzorg. Het KWC zorgt dan voor aanvullende logistieke informatie, zoals bijvoorbeeld de aanlandingsplaats van de KNRM-boot of en de verwachte aankomsttijd, de *Estimated Time of Arrival* (ETA), van de SAR-helikopter.

Het is echter niet per definitie zo dat altijd een ambulance-inzet volgt na triage. De situatie kan zich voordoen dat de ketenpartner van de MKA-centralist het verzoek krijgt, na triage, om zelf het vervoer van de patiënt naar HAP of SEH te regelen. Wanneer er geen ambulancezorg-indicatie is voor de patiënt die net met de SAR-helikopter of KNRM-reddingsboot is opgehaald, is er immers ook geen reden voor overname door een ambulance. Er zijn vooralsnog geen landelijke afspraken over andere invulling in de keten vanuit de MKA. Het KWC regelt, voor deze weinig voorkomende situaties, voor de patiënt een taxi. Deze taxi kan de patiënt dan bijvoorbeeld naar de huisartsenpost brengen.

3.5 Doorverwijzing van KWC naar MKA

Op het moment dat bij het KWC duidelijk is dat de patiënt zich in het RAV-gebied bevindt, zet het KWC de melding door naar de MKA. Dit doorverbinden gebeurt bij voorkeur “warm”, daarmee krijgt de MKA-centralist de melder zelf aan de lijn. Niet in alle gevallen zal dit echter technisch mogelijk zijn. De MKA-centralist besluit op basis van de triage van de informatie die de melder of het KWC heeft, of het medisch inhoudelijk een ambulancezorgmelding betreft. De MKA-centralist kan daarbij, als de melder warm is doorgezet, direct meldersinstructie geven. Conform regionale werkafspraken kan de ambulancezorg op het water gestart worden, al dan niet met inzet van ketenpartners voor de redding en/of transport. Bij het inzetplan dat dan gevolgd wordt, kan bijvoorbeeld een al door het KWC ingezette SAR-Nurse mogelijk de reddingsactie uitvoeren. De MKA-centralist is (en blijft) verantwoordelijk voor de regie bij het vervolg van de ambulancezorg. De ingezette ambulance-eenheid geeft directe patiëntenzorg vanaf het moment dat zij bij de patiënt aanwezig zijn. Het kan voorkomen dat dit pas aanvangt ná de redding door ketenpartners. Met het KWC zijn logistieke afspraken gemaakt om de reddingsactie optimaal te laten verlopen, in overeenstemming met de per RAV vastgelegde werkafspraken.

Medische hulpvragen vanaf het ruime binnenwater worden rechtstreeks door een MKA afgehandeld in overeenstemming met het stroomdiagram Ambulancezorg op het water (*figuur 1*).

Melding via bypass organisatie

Enkele RAV's hanteren binnen een specifieke context regionale afspraken met als doel om juist binnen die specifieke context goede en tijdige patiëntenzorg te kunnen bieden. Deze afspraken liggen regionaal schriftelijk vast en dienen tenminste driejaarlijks geëvalueerd te worden of zoals per samenwerkingsconvenant overeengekomen. Zo heeft bijvoorbeeld Veiligheidsregio

Rotterdam-Rijnmond als Regionale Ambulancevoorziening aanvullende afspraken gemaakt met de havenautoriteit Port of Rotterdam, Divisie Havenmeester omtrent melding aanname via VHF marifoonkanalen, hulpverlening en transport in het havengebied.

3.6 Coördinatie proces ambulancezorg op gemeentelijk ingedeeld water

De coördinatie op varende- en vliegende eenheden ligt tijdens de gehele medische evacuatie (MEDEVAC) bij het KWC. Het KWC heeft alle expertise rondom de logistiek bij inzetten op het water en voert coördinatie op de in te zetten varende- en vliegende eenheden. Een ambulance-eenheid gaat in sommige gevallen aan boord van een reddingboot onderweg naar een patiënt/incident, dit zal de meldkamer ambulancezorg (MKA) coördineren. De schipper van de reddingboot is verantwoordelijk voor de veiligheid van alle opvarenden en kan besluiten dat het ambulance-eenheid niet op kan stappen. Bijvoorbeeld tijdens storm.

Tijdens het benaderen van een patiënt/incident is er volop operationele afstemming tussen de ingezette diensten zoals Search and Rescue (SAR) helikopter, reddingboot, ambulanceteam, KWC en MKA. Voor deze afstemming is waar mogelijk het gebruik van een regionale multidisciplinaire gespreksgroep (RMG) via C2000 voorzien.

Wanneer de patiënt onder behandeling van een ambulanceverpleegkundige of SAR-Nurse is, wordt zo mogelijk de coördinatie van de medische inzet overgedragen aan de (meldkamer) ambulancezorg. De logistieke coördinatie blijft bij het KWC.

De ambulanceverpleegkundige en/of SAR-Nurse kiest een voorkeursbestemming (onder voorbehoud van beschikbaarheid van het ziekenhuis en vlieg/vaar-technische aspecten).

De ambulanceverpleegkundige en/of SAR-Nurse geeft regelmatige SITRAP's aan de MKA over de medische toestand van de patiënt, de gewenste opvang en Estimated Time of Arrival (ETA), en overige operationele informatie. Logistieke informatie wordt ook met het KWC gedeeld.

3.7 Coördinatie proces inzet 'langs de waterlijn' of op het strand

De coördinatie bij een inzet 'langs de waterlijn' of op het strand ligt bij de MKA. Ook wanneer hiervoor KNRM-eenheden en de reddingsbrigade worden ingezet. Er is in deze situaties afgesproken

dat de MKA de KWC informeert omdat de genoemde eenheden onder regie van het KWC staan.

3.8 Overdracht van water naar land

De MKA heeft de taak²⁰ om de keuze van het vervolgtraject in de keten van spoedeisende medische zorgverlening te coördineren. Bij de uitkomst dat een patiënt gepresenteerd moet worden in het ziekenhuis, overlegt de MKA-centralist met de behandelende zorgprofessional welke medisch specialistische zorginzet nodig is. Deze zorgprofessional is de SAR-Nurse aan boord van de SAR-helikopter of de ambulance-eenheid van de RAV. Middels inzet van een ambulance-eenheid kan uitvoering gegeven worden aan de benodigde ambulancezorg. De centralist van de MKA coördineert zowel de medisch-inhoudelijke vooraankondiging met het ziekenhuis als het logistieke proces van de patiënt vanaf het water naar het ziekenhuis. Het is wenselijk de telefonische vooraankondiging naar het ziekenhuis tijdig te realiseren, inclusief de ETA als het gaat om de SAR-helikopter. Soms moet bij het ziekenhuis medische opvang buiten het ziekenhuis ingezet worden voor de overname van de patiënt vanaf de heli-landplaats. Bij een landing van de SAR-helikopter op het helidek van een ziekenhuis moet in de regel tijdig een 'Heli Landing Officer' gewaarschuwd worden om de helikopter op te vangen en de landing te begeleiden.

De MKA dient voor deze coördinatie ook te beschikken over actuele informatie van beschikbaarheid in de ziekenhuizen met daarbij een specificatie voor behandelmogelijkheden zoals in de hyperbare geneeskunde²¹. In Nederland is het Amsterdam UMC locatie AMC het enige ziekenhuis dat ook beademde patiënten kan behandelen met hyperbare zuurstoftherapie. Het Acuuu Zorgportaal geeft actuele stops van de aangesloten ziekenhuizen weer.

Op het moment dat de triage op de MKA niet leidt tot een ambulance-inzet, kan er voor de patiënt nog wel een vervoersbehoefte naar een SEH of HAP zijn, aansluitend op de Medevac. Er zijn vooralsnog geen landelijke afspraken over de mogelijkheden voor een andere invulling van vervoer zonder zorg door de MKA. Wel is taxi-inzet door het KWC te realiseren.

20. Zie paragraaf 1.1 Inleiding: brief van de minister van Infrastructuur en Milieu, d.d. 15 december 2016.

21. AZN heeft een overzicht gemaakt met zorginstellingen met hyperbare geneeskunde, te raadplegen via <https://www.ambulancezorg.nl/themas/kwaliteit-van-zorg/ketensamenwerking/ambulancezorg-op-het-water>.

Noodzaak tot redden voorafgaand aan ambulancezorg

Bij een ambulancezorgmelding waarbij de patiënt zich op of aan het water bevindt, is de RAV door de bijzondere locatie meestal niet de partij die het eerste fysieke contact met de patiënt kan realiseren. Reddingsacties zijn vaak noodzakelijk alvorens de patiënt zorg uit de handen van de ambulancezorgprofessionals kan ontvangen. De primaire verantwoordelijkheid voor het redden van een persoon behoort niet toe aan de ambulancezorg, doch juist het redden kan dus noodzakelijk zijn voordat ambulancezorg ter plaatse bij de patiënt gestart kan worden. Afspraken met ketenpartners zijn nodig om verantwoord invulling te kunnen geven aan deze samenwerking. Daarbij is voor gemeentelijk ingedeeld water de koppeling te maken naar de brandweertzorg²² vanuit de Veiligheidsregio, waarbij (onderdelen van) de brandweertzorg aan een andere, adequaat toegeruste partij overgedragen kan worden. Binnen het verantwoordelijkheidsgebied van de Kustwacht, dat voor een beperkt deel overlapt met dat van de Veiligheidsregio's, kan de ambulancezorg rekenen op een aantal kundige nautische ketenpartners zoals de KNRM, Reddingbrigade Nederland en de Kustwacht. De Kustwacht heeft een wettelijke taak²³ in de SAR-activiteiten. De Veiligheidsregio's waarin KNRM en Kustwacht actief zijn, hebben afspraken gemaakt en vastgelegd in regionale convenanten.

22. Met een formele verantwoordelijkheid bij het college van burgemeester en wethouders. De organisatie en uitvoering wordt geregeld vanuit de Veiligheidsregio. Het dagelijks bestuur van de Veiligheidsregio bepaalt ook bij wie de taak van het redden belegd wordt: bij de brandweer, de Kustwacht of mogelijk een andere (particuliere) partij.
23. Besluit instelling Kustwacht; artikel 6. (2016).



4. AMBULANCEZORG OP NIET GEMEENTELIJK INGEDEELD WATER



4.1 Melding

De medisch-inhoudelijke triage van een 112-melding is, afhankelijk van waar de melding binnenkomt belegd bij de MKA of het KWC.

Een melding gaat naar het KWC als de positie van op het water onbekend is of als het gaat om water dat niet gemeentelijk ingedeeld is.

Bij het KWC worden zorgvragen ook via andere contacten gesteld: via de marifoon, via de satelliettelefoon of met een noodoproep via het Global Maritime Distress and Safety System (GMDSS)²⁴. Het is daarbij mogelijk dat een buitenlands kustwachtcentrum een, soms al getrieerde, zorgvraag doorzet aan het KWC betreffende een patiënt die zich in Nederlands verantwoordelijkheidsgebied bevindt. Op grond van internationale wetgeving zijn de Nederlandse overheid en het KWC verplicht deze aanvragen over te nemen en zorg te bieden. Ook kan de situatie zich voordoen dat een back-up arts vanuit ElementNL-afspraken een al getrieerde zorgvraag via het KWC en de MKA afhandelt voor de respectievelijke nautisch-logistieke en zorginhoudelijk component.

De zorgvrager op de Nederlandse buitenwateren en langs de Nederlandse kust kan slechts beperkt het reguliere telefoonnetwerk benutten. Vaak gebruikt men de *Very High Frequency* (VHF)-marifoon om met de Kustwacht in contact te treden. Dit is ook een optie voor de zorgvrager op het binnenwater als daar het mobiele netwerk niet dekkend is. Bijzondere melders zijn de al genoemde back-uparts vanuit de ElementNL-afspraken en de zorgvrager die gebruik maakt van de satelliettelefoon. Ook kan het voorkomen dat een zorgvrager op de binnenwateren gebruik maakt van de marifoon om contact te maken met de Kustwacht. Met het gebruik van de marifoon op noodkanaal 16 kunnen ook anderen op het water invulling geven aan zorgvraag door de nautische plicht tot hulpverlener die iedereen op het water heeft. Dit kan leiden tot zowel het opstarten van lekenhulpverlening als het in de zorgketen verder informeren over de situatie bij de patiënt.

4.2 Aanneame en locatiebepaling

In de regel wordt de exacte positie van de telefoon waarmee 112 gebeld wordt via Advanced Mobile Location (AML) meegezonden naar de meldkamer. In enkele gevallen gebeurt dit echter niet, bijvoorbeeld wanneer er geen simkaart in de telefoon aanwezig is. In die gevallen kan vanuit de meldkamer het initiatief worden genomen om een zogenaamde Vaststelling Incident Locatie-SMS (VIL)²⁵ naar de betrokken telefoon te sturen. De ontvanger van de SMS dient de toegezonden link te activeren, waarna de exacte GPS positie van de telefoon naar de meldkamer gezonden (indien de telefoon GPS ondersteund en data kan verzenden).

4.3 Triage KWC

Als de zorgvraag op het KWC binnenkomt zal de niet-medisch opgeleide kustwachtcentralist de melding aan de hand van een aantal standaardvragen beoordelen op urgentie²⁶. Indien de kustwachtcentralist heeft vastgesteld dat een zorgvraag urgent is, alarmeert men een Search-And-Rescue-helikopter (SAR-helikopter) met SAR-Nurse én/of een KNRM-boot. Op basis van de informatie die dan bekend is, neemt de SAR-Nurse de materialen mee²⁷.

4.4 Coördinatie proces ambulancezorg op niet gemeentelijk ingedeeld water

Omwille van de complexiteit bij zorgvragen vanaf het water volgt een schets van partijen die buiten het verzorgingsgebied van de RAV operationeel optreden; de keten loopt immers vanaf het water tot op het land. Veelal is de inzet op de Noordzee gecoördineerd

24. GMDSS is het Global Maritime Distress and Safety System, een maritiem communicatiesysteem. GMDSS is verplicht voor beroepsvaart op zee en wordt aanbevolen voor de pleziervaart.

25. Voor de Landelijke Meldkamer Samenwerking (LMS) is de location-based service VIL ontwikkeld voor de 112 meldkamers in Nederland. De VIL stelt melders van incidenten in staat om de GPS locatiegegevens van hun mobiele telefoon uit te wisselen met de 112 meldkamer. Hiermee kan de meldkamer de incident locatie nauwkeuriger vaststellen.

26. Zie bijlage 3: flowchart kustwacht.

27. De beschikbaarheid qua materialen en medische hulpmiddelen van de SAR-helikopter is gelijk aan die van een ALS-ambulance.

door de Kustwacht, in overleg met de RMD-artsen. Andere partijen kunnen hier ook handelend en coördinerend optreden, zoals enkele medical back-up zorgaanbieders vanuit ElementNL-bepalingen. Deze werken vaak met offshore-verpleegkundigen aan boord van platforms en back-up artsen aan de wal. De offshore valt buiten het verzorgingsgebied van de RAV. De offshore maakt bij acute zorgvragen, conform de ElementNL-bepalingen, gebruik van deze back-up artsen die verdere zorgprocedures kunnen opstarten.

De Kustwacht heeft als verantwoordelijkheidsgebied²⁸ de Nederlandse territoriale wateren en de aangrenzende Nederlandse EEZ, het aeronautische werkgebied en het vluchtinformatiegebied Amsterdam. Voor (maritieme) hulpverleningen behoren ook de Waddenzee, het IJsselmeer, de Zeeuwse stromen en de Zuid-Hollandse stromen tot het werkgebied van de Kustwacht. De Kustwacht maakt in de spoedeisende medische hulpverlening voor patiëntenvoer vooral gebruik van SAR-helikopters en reddingboten van de KNRM. De SAR-helikopters vliegen vanaf Den Helder Airport en vliegveld Midden Zeeland. Beide helikopters hebben een SAR-Nurse aan boord. De KNRM is met reddingboten inzetbaar vanaf 45 reddingstations. De bemanning van de reddingboten is op EHBO-niveau opgeleid, aangevuld met trainingen rondom waterongevallen letsels. Minder frequent ondersteunt Reddingbrigade Nederland, welke landelijk 166 brigades heeft, in een spoedeisende medische hulpverlening buiten het verzorgingsgebied van de RAV.

Bij Medevac's op *niet* gemeentelijk ingedeeld water hebben de RMD en/of de SAR-Nurse een belangrijke rol in de informatievoorziening naar de MKA in het werkgebied van het ontvangende ziekenhuis:

- SAR-helikopter/KNRM eenheden stemmen altijd zo snel mogelijk af met de MKA over de voorgenomen verplaatsing, het ziekenhuis van bestemming, de medische toestand van de patiënt, de gewenste opvang en de ETA;
- SAR-helikopter/KNRM stemmen altijd zo snel mogelijk af met de MKA of er ook ambulancecapaciteit gevraagd wordt om een patiënt van de helikopter naar de eerste hulp te verplaatsen.

28. Regeling organisatie Kustwacht Nederland.



5. KETENZORG ROND DE PATIËNT: KETENPARTNERS



5.1 Inleiding

Bij ketenzorg op of aan het water gaat het om samenwerking tussen zorgverleners en/of reddingspartners. Op de binnenwateren is dit een andere keten dan op de ruime buitenwateren en in de kustgebieden. Ketenpartners zijn onmisbare schakels om de redding van een patiënt te realiseren en om gelijktijdig of aansluitend zorg door een ambulance-eenheid te kunnen laten verlenen.

Het redden van een patiënt betekent dat (nautische) ketenpartners de ambulancezorgpatiënt verplaatsen vanaf de incidentlocatie naar de locatie waar een reguliere ambulancezorgaanbieder de ambulancezorg kan starten. (Nautische) ketenpartners zijn tenminste opgeleid als *first responder*²⁹ op EHBO-niveau, waarbij enkele ketenpartners extra geschoold zijn in waterongevallen letsels. Tijdens de redding kan eventueel op afstand handelingsondersteuning gegeven worden aan de ketenpartner door de ambulance-eenheid of door de MKA, al dan niet in afstemming met de Medisch Manager Ambulancezorg (MMA). Het kunnen benutten van goede communicatiemogelijkheden is hiertoe noodzakelijk. Indien een ambulance-eenheid als opstapper meegaat met de (nautische) ketenpartner, is de ambulance-eenheid verantwoordelijk voor de in te zetten patiëntenzorg. In deze zorgketen is de MKA de partij die coördineert waar de patiënt zo nodig gepresenteerd kan worden.

5.2 Ketenpartners binnenwateren

Ketenpartners die gealarmeerd kunnen worden om, voorafgaand aan de ambulancezorg ter plaatse, de redding op binnenwateren uit te voeren zijn:

- de waterbeheerder zoals Rijkswaterstaat, Waterschap, provincie of gemeente;
- de Kustwacht (mogelijke inzet SAR-helikopter);
- de Reddingsbrigade Nederland;
- (rivier-, haven-, strand- of water) politie;
- regionale brandweer;
- andere publieke en private partijen.

Het alarmeren van deze ketenpartners gebeurt door of op verzoek van de MKA. De RAV dient afspraken vast te leggen met de ketenpartners over de inzetmogelijkheden, de opkomsttijd en het zorgniveau als *first responder*. Deze afspraken dienen regelmatig geëvalueerd te worden.

5.3 Ketenpartners buitenwateren en kustgebied

Ketenpartners die gealarmeerd kunnen worden om, voorafgaand aan de ambulancezorg ter plaatse, de redding op de ruime buitenwateren en het kustgebied, uit te voeren zijn met name:

- Reddingsbrigade Nederland³⁰;
- KNRM;
- Kustwacht;
- Zeehavenpolitie.

Het alarmeren van deze ketenpartners gebeurt evenzo door of op verzoek van de MKA. De RAV dient afspraken vast te leggen met de ketenpartners over de inzetmogelijkheden, de opkomsttijd en het zorgniveau als *first responder*. Deze afspraken dienen regelmatig geëvalueerd te worden. Uitzondering hierop is dat de SAR-helikopter ALS zorg biedt.

5.4 Afspraken met ketenpartners alle gebieden

RAV's dienen met de relevante ketenpartners regionale afspraken of regionale uitwerkingen van landelijke afspraken te realiseren bij de volgende thema's:

- aanlandingsplaatsen en ambulancesteigers;
- communicatielijnen en -middelen;
- medische opstappers;
- waterfunctionaris en het Regionaal Overleg Acute Zorgketen (ROAZ), als ketenoverleg.

29. Kwaliteitskader First Responders reanimatiezorg. (2023). Ambulancezorg Nederland.

30. Reddingsbrigade Nederland heeft de focus op inzet < 1 km uit de kust. De KNRM richt zich in het kustgebied met name op inzet > 1 km uit de kust. Samenvatting visie, doelstelling en meerwaarde RVR. (2010). Reddingsbrigade Nederland.

Aanlandingsplaatsen en ambulancesteigers

De voorwaarden en functionele eisen die aan aanlandingsplaatsen en ambulancesteigers worden gesteld³¹, zijn landelijk vastgesteld in het Handboek Incidentbestrijding op het water (NIPV). De locaties van de aanlandingsplaatsen en ambulancesteigers moeten overzichtelijk zijn vastgelegd en bekend zijn op de MKA, bij de ambulance-eenheden en bij de relevante (nautische) ketenpartners.

De (nautische) ketenpartner bepaalt in de operationele setting van welke aanlandingsplaats of ambulancesteiger gebruik wordt gemaakt voor het overdragen van de ambulancezorgpatiënt. Bij de keuze voor een aanlandingsplaats is niet alleen de afstand vanaf de aanwezigheidslocatie van de patiënt naar de overdrachtslocatie op het land van belang. Het vervolg qua (medische) opvangmogelijkheid en doorstroomcapaciteit speelt ook een belangrijke rol. Afstemming met ambulancezorgprofessionals is daarbij noodzakelijk.

Om op landelijk uniforme wijze inzichtelijk te maken wat voor soort aanlandingsplaats het betreft, is ervoor gekozen om de aanlandingsplaatsen in drie categorieën in te delen.

De categorie A aanlandingsplaatsen zijn geschikt voor de opvang van grotere groepen personen c.q. slachtoffers. De categorie B aanlandingsplaatsen zijn geschikt voor de aanlanding van enkele personen c.q. slachtoffers. In de categorie "Overig" zijn plaatsen opgenomen die niet voldoen aan de criteria voor categorie A of B, maar die wel gebruikt kunnen worden als daarvoor doorslaggevende redenen zijn.

Indien een (nautische) ketenpartner de patiënt via het strand of een (brede) oever aanbiedt voor de transfer naar de ambulancezorg wordt op het moment dat de patiënt niet met ambulancevoertuig bereikbaar is, gebruik gemaakt van bijvoorbeeld voertuigen van reddingsbrigades of de KNRM. In deze gevallen kan de ambulance-eenheid aangeven eigen materieel uit de ambulance te willen meenemen. Deze procedure moet ook regionaal zijn vastgelegd met de relevante ketenpartners voor de patiënt, waarvan al bij de melding duidelijk is dat deze zich op het strand of een (brede) oever bevindt en daar niet met het ambulancevoertuig bereikbaar is, zonder dat een (water)redding nodig is. In die situatie kan de MKA ook overwegen of er redenen zijn om het MMT in te zetten.

Communicatielijnen en -middelen

Daar waar in de reguliere ambulancezorg op het land gebruik gemaakt wordt van het landelijke netwerk C2000, kan er in de keten bij de ambulancezorg op het water niet standaard vanuit worden gegaan dat dit aanwezig is en/of volledig dekkend is. Ketenpartners beschikken niet altijd over C2000-communicatieapparatuur en als C2000-communicatieapparatuur wel aanwezig is kan alsnog door de afstand, met name op zee, het C2000 netwerk onvoldoende dekking bieden.

Voor het gebruik van C2000-communicatieapparatuur is voor bepaalde ketenpartners een (regionaal) gelieerde-dienstverleningsovereenkomst noodzakelijk³². De KNRM en Reddingsbrigades kunnen als landelijk respectievelijk regionaal gelieerde gebruik maken van C2000.

In de operationele situatie dat ketenpartners gebruik kunnen maken van C2000, wordt door de meldkamer een regionale multidisciplinaire gespreksgroep (RMG) beschikbaar gesteld. Hier kunnen alle betrokken partners hun randapparatuur naartoe schakelen. Daarmee kan efficiënte communicatie plaatsvinden.

De meeste nautische ketenpartners communiceren echter (ook) via de marifoon/VHF. Op de gewenste momenten kan men via C2000 contact maken met bijvoorbeeld de ambulancezorgprofessionals aan land.

Bij de ketenafspraken is aandacht nodig voor de communicatie. Het moet duidelijk zijn op welke wijze gecommuniceerd wordt tussen de verschillende ketenpartners en met behulp van welke overdrachtsmethodiek, zoals de SBAR. De verantwoordelijkheid voor de communicatie over de vervolgzorg ligt bij de ambulancezorg, die omwille van logistieke mogelijkheden moet kunnen overleggen met de ketenpartner(s). De MKA heeft hierin, gezien het overzicht dat zij heeft op de beschikbaarheid in de ziekenhuizen onder meer door gebruik te maken van het Acut Zorgportaal, een belangrijke rol. Overleg over de actuele behandelcapaciteit bij de instellingen met hyperbare geneeskunde kan bovendien vanuit de MKA worden geïnitieerd³³.

31. Zie Handboek Incidentbestrijding op het water. (2021). Nederlands Instituut Publieke Veiligheid.

32. Zie Beleidsregels Toelating en gebruik C2000 door derden.

33. <https://www.ambulancezorg.nl/themas/kwaliteit-van-zorg/ketensamenwerking/ambulancezorg-op-het-water>.

Medische opstappers

Het is een strategische keuze van een RAV of ambulancezorg-professionals uit de rijdienst bij een zorgvraag op het water ingezet worden als medisch opstapper³⁴ op een reddingboot. Daarbij is van belang om de locatie van de patiënt in ogenschouw te nemen, betreft het een RAV-gebied? Een ambulance-eenheid kan bij een (nautische) ketenpartner, zoals de KNRM, als opstapper aan boord gaan met als doel de patiëntenzorg zo tijdig als mogelijk hoogcomplexere ambulancezorg te kunnen opstarten. Vanuit het patiënten perspectief is de inzet van medische opstappers dan ook wenselijk, omdat daarmee dus eerder hoogcomplexere zorg gegeven wordt dan wanneer de reddingboot zonder medische opstappers de patiënt ophaalt en naar de ambulance-eenheid aan de wal kant brengt. Om verantwoord aan boord te stappen bij een (nautische) ketenpartner dienen de risico's, die dit mogelijk met zich meebrengt, door de schipper van de boot met de ambulance-eenheid te worden gedeeld en afgewogen. Als de schipper van de nautische ketenpartner bepaalt dat de eigen veiligheid van de ambulance-eenheid niet gewaarborgd is, bijvoorbeeld door de weersomstandigheden, kan de schipper de opstappers weigeren. Ook de ambulance-eenheid (of solo-ambulancezorgprofessional) kan zelf besluiten niet aan boord te stappen, bijvoorbeeld als de zij vinden dat zij onvoldoende getraind zijn, als zij hun veiligheid onvoldoende geborgd vinden of als zij zichzelf fysiek zelf niet in staat vinden om aan boord te gaan.

Indien de patiënt ambulancezorg nodig heeft en de omstandigheden zo zijn dat medische opstappers niet op de boot mee kunnen, is het aan de MKA om de zorg onder die omstandigheden zo optimaal mogelijk in te richten. Daarbij is overleg met het KWC, voor het inzetten van de SAR-helikopter met de SAR-Nurse, een van de mogelijke opties.

De RAV is conform de beleidsregels van de Wazv³⁵ verzekerd tegen risico's verbonden aan ambulancezorg. In principe regelen alle betrokken ketenpartners hun eigen verzekering, tenzij anders afgesproken. Zo is de KNRM verzekerd voor alle opvarenden van de reddingboot, inclusief eventuele opstappers.

Waterfunctionaris en ROAZ

Bij een hulpverlening op of aan het water zijn vaak meer en andere partijen betrokken dan bij een hulpverlening op het land. Om in de voorbereiding op deze inzetten alle partijen efficiënt te betrekken en afstemming te organiseren geeft het Handboek

Incidentbestrijding op het water (NIPV) het advies om in iedere coördinerende Veiligheidsregio en vanuit ieder samenhangend risicowatersysteem een regionale waterfunctionaris te stellen. De regionale waterfunctionaris moet voldoende kennis hebben van de (organisatie van) de ambulancezorg en de afspraken die een RAV op het gebied van ambulancezorg op het water heeft afgestemd met ketenpartners en het ROAZ. Dit betekent dat de RAV de waterfunctionaris actief informeert als relevante afspraken wijzigen of erbij komen.

34. Medisch opstapper ambulancezorgprofessional die op verzoek MKA aan een reddingsbootbemanning wordt toegevoegd.

35. Beleidsregels Wazv 2024: https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_755561_22/1/



6. GROOTSCHALIG INCIDENT



6.1 Inleiding

Ambulancezorg op het water kan, gelijk aan de situatie op het land, een incident betreffen waarbij opgeschaald dient te worden.

Grootschalige Geneeskundige Bijstand (GGB) in gemeentelijk watergebied en Spoedeisende Medische Hulpverlening bij rampen en crisis op de Noordzee zijn daar voorbeelden van.

6.2 Grootschalige Geneeskundige Bijstand – gemeentelijk watergebied

Een grootschalig incident wil niet altijd zeggen dat er (meer) eenheden ter plaatse gaan. Dit kan ook alleen het toevoegen van een Officier van Dienst Geneeskundig (OvdG) aan de inzet zijn. Bij ambulancezorg op het water wordt opgeschaald volgens dezelfde principes als op het land. Dit kan zijn volgens GRIP-opschaling of met inzet van de GGB-structuren³⁶.

Primaire triage, zoals beschreven in het Landelijk Protocol Ambulancezorg (LPA) en in de GGB-structuren, kan bij een grootschalige zorginzet op/aan het water door de bijzondere locatie sterk bemoeilijkt worden. Om die reden is periodieke afstemming met de waterfunctionaris noodzakelijk, onder meer opdat er actueel zicht is op inzetmogelijkheden van de verschillende ketenpartners.

6.3 Spoedeisende Medische Hulpverlening bij rampen en crises op de Noordzee

Voor opschaling bij rampen en crises op de Noordzee bestaat een aparte organisatie: het Regionaal Beheersteam Noordzeerampen (RBN)³⁷. Het RBN bestaat uit vertegenwoordigers van de in Kustwachtverband samenwerkende departementen, desgewenst aangevuld met vertegenwoordigers van andere

departementen. Daarnaast kan het voorkomen dat het incident niet meer beheersbaar is in het RBN. In die gevallen worden de beleidsmatige aspecten van de bestrijding behandeld door de Interdepartementale Commissie Crisisbeheersing (ICCb), dat bijeenkomt bij het Nationaal CrisisCentrum (NCC) van het ministerie van Justitie en Veiligheid. Op operationeel niveau vindt dit plaats op het KWC en in het aldaar geactiveerde Operationeel Team. De eerste kilometer van de Noordzee gezien vanaf de kustlijn is gemeentelijk ingedeeld gebied, dus is de Wet veiligheidsregio's en de Gemeentewet van toepassing. Het in de Wet Bestrijding Maritieme Ongevallen (Wet BMO) bepaalde gaat echter voor, ook binnen die eerste kilometer.

36. Zie ook: <https://www.ambulancezorg.nl/themas/kwaliteit-van-zorg/keten-samenwerking/opgeschaalde-ambulancezorg> en <https://www.ggdghor-kennisnet.nl/thema/grootschalige-geneeskundige-bijstand-ggb>.

37. Zie Handboek Incidentbestrijding op het water. (2021). Nederlands Instituut Publieke Veiligheid.



7. KWALITEIT VAN ZORG



7.1 Inleiding

Ambulancezorgprofessionals streven na dat zij onder alle omstandigheden als goed hulpverlener goede zorg verlenen. Dit Kwaliteitskader Ambulancezorg op het water geeft daarbij de randvoorwaarden aan om goede zorg aan de ambulancezorgpatiënt op of aan het water te kunnen bieden. Zowel de Wkkgz als de Nota Goede ambulancezorg bieden hiertoe een heldere basis.

Enkele kwaliteitsaspecten die er in het belang van dit kader toe doen, zijn hieronder toegelicht. In een enkel geval dat de zorg aan de patiënt minder optimaal gegeven is dan beoogd, is van belang dat de RAV de focus weet te leggen op het leren van (bijna-) incidenten en calamiteiten.

7.2 Goede ambulancezorg

De verpleegkundig centralist op de MKA beschikt over voldoende inzichten die nodig voor de specifieke context van een ambulancezorgverlening. De MKA-centralist maakt bij de triage gebruik van een standaard triagemethodiek. De methodiek dient in het inzetvoorstel de regionale organisatie op verantwoorde wijze te borgen.

Voor de ambulancezorgprofessionals ter plaatse biedt het LPA ondersteuning in het maken van weloverwogen beslissingen hoe de zorg aan de patiënt zo optimaal mogelijk kan worden gegeven. Relevante factoren in de concrete situatie kunnen leiden tot een beredeneerd handelen, anders dan het beschreven beleid. Dat laat onverlet dat de protocollen uit het LPA bedoeld zijn om te fungeren als standaard en houvast.

Van de zorginzet dient verslaglegging plaats te vinden. De verslaglegging dient als verantwoording voor het patiëntendossier en kan worden gebruikt voor de overdracht in de zorgketen.

De privacy van patiënten dient optimaal beschermd te worden. Wettelijke kaders en veldnormen borgen dit binnen de zorgverleningsketen. Iedere ketenpartner heeft hierin eigen verantwoordelijkheden.

7.3 Randvoorwaarden voor goede ambulancezorg op het water

Meldkamercentralist

De centralist op de MKA dient, gezien de specifieke context van de organisatie van ambulancezorg op het water, kennis te hebben van de organisatie van de gehele keten. Deze kennis dient aan iedere MKA-centralist te worden aangeboden. De meldkamer centralist dient daarbij voldoende inzicht te hebben in de mogelijkheden en beperkingen van de locatie aan boord van een boot om de juiste meldersinstructie te kunnen geven.

Ambulancezorgprofessionals

De ambulancezorgprofessionals ter plaatse dienen aan de regionale randvoorwaardelijke afspraken te voldoen alvorens zij als medisch opstapper ingezet kunnen worden:

- voldoende kennis van de mogelijkheden om aan boord van een boot zorg te verlenen;
- beschikken over voldoende materiaal voor de duur van de inzet;
- voldoende kennis van zelfredzaamheid in het water in geval van nood;
- beschikken over de juiste persoonlijke beschermingsmiddelen;
- voldoende training gevolgd in bovenstaande voorwaarden om zichzelf in het toepassen daarvan bekwaam te vinden.

Oefenen ketenzorg

De RAV is verantwoordelijk voor het trainen van eigen personeel. Op RAV-niveau zijn afspraken vastgelegd over het oefenen van de ketenzorgprocessen rondom ambulancezorg op het water.

Het aantal en de aard van de oefeningen worden mede bepaald door het aantal en de aard van de werkelijke inzetten. De strategische keuze of ambulancezorgprofessionals als opstappers functioneren speelt daarbij een cruciale rol. Het is van belang om regelmatig samen met (nautische) ketenpartners te oefenen.

7.4 Leren van (bijna-)incidenten en calamiteiten

Iedere RAV geeft mede op basis van de Wkkgz invulling aan kwaliteitsverbetering vanuit zorgevaluatie. Leren van (bijna-) incidenten en calamiteiten is daar een specifiek onderdeel van. Dit vraagt om een veilige organisatiecultuur. Zeker ook in een complexe keten, als die bij (ambulance)zorg op het water. Bij deze acute ketenzorg kunnen zich situaties voordoen die achteraf gezien niet als meest optimale zorg beschouwd worden.

De Kustwacht en de RMD-artsen hebben afgesproken³⁸ om vier keer per jaar bijeenkomsten te organiseren met alle betrokken partijen. Tijdens zo'n Medevac overleg met Kustwacht, KNRM, AZN, Bristow, RMD en ElementNL staan evalueren en leren van de (bijna-)incidenten en calamiteiten centraal. Indien een RAV hierin betrokken is, zal deze RAV zich bij de bijeenkomst aansluiten. De kennisgroep Bovenregionaal van Incidenten Leren (BRIL) ambulancezorg is evenzo een overleg waar binnen de witte kolom RAV-overstijgend geleerd kan worden van elkaars ervaringen op het gebied van incidenten en calamiteiten.

38. Brief van de minister van Infrastructuur en Milieu aan de OvV.
Kenmerk: IenM/DSK-2016/288633.

BIJLAGE 1


AFKORTINGEN EN BEGRIPPEN

ALS	Advanced Life Support
AZN	Ambulancezorg Nederland
Back-up arts	Arts werkzaam als zorgverlener aan de wal voor offshore- personeel aan boord en achterwacht voor offshore-verpleegkundigen
Binnenwateren	Wateren, in Nederland gelegen, binnen de langs de Nederlandse kust gaande lijn
Buitenwateren	Wateren in Nederland waarvan de waterstand direct invloed ondergaat bij hoge stormvloed, bij hoog oppervlakt van een van de grote rivieren, bij hoog water van het IJsselmeer of het Markermeer, dan wel bij een combinatie daarvan, alsmede het Volkerak-Zoommeer, het Grevelingenmeer, het getijdedeel van de Hollandsche IJssel en de Veluwerandmeren
Element NL	Vereniging van Nederlandse Olie en gasbedrijven
ETA	Estimated Time of Arrival
EEZ	Exclusieve Economische Zone
GGB	Grootschalige Geneeskundige Bijstand
GPS	Global Positioning System
GRIP	Gecoördineerde Regionale Incidentbestrijdings Procedure
HAP	Huisartsenpost
KNRM	Koninklijke Nederlandse Redding Maatschappij
KWC	Kustwacht Centrum
LNAZ	Landelijk Netwerk Acute Zorg
LPA	Landelijk Protocol Ambulancezorg
Medevac	Evacuatie van een patiënt op medische gronden, geïnitieerd vanuit een zorgvraag bij het KWC
Medisch opstapper	Ambulancezorgprofessional die op verzoek MKA aan een reddingsbootbemanning wordt toegevoegd
Meldersinstructie	De zorginstructie en -advisering aan de zorgvrager door de MKA-centralist ter overbrugging van de periode tot een ambulance-eenheid ter plaatse is. De instructie kan zowel medisch-inhoudelijk als van logistieke aard zijn
MKA	Meldkamer Ambulancezorg
MMA	Medisch Manager Ambulancezorg
MMT	Mobiel Medisch Team
NIPV	Nederlands Instituut Publieke Veiligheid
NVMMA	Nederlandse Vereniging van Medisch Managers Ambulancezorg
Offshore-verpleegkundige	Verpleegkundige werkzaam aan boord van platforms met offshore-verpleegkundige (ElementNL) opleiding
OvdG	Officier van Dienst Geneeskundig
OvV	Onderzoeksraad voor Veiligheid
RAV	Regionale Ambulancevoorziening
RBN	Regionaal Beheersteam Noordzeerampen
RMD	Radio Medische Dienst (onderdeel van de KNRM)
ROAZ	Regionaal Overleg Acute Zorgketen

SAMIJ	Samenwerkingsregeling Incidentbestrijding IJsselmeergebied
SAR	Search-and-Rescue
SAR-Nurse	Verpleegkundige opgeleid tot ambulanceverpleegkundige, en als zodanig werkzaam op de SAR-helikopter. Dit is geen onderdeel van de RAV-zorgverlening
SBAR	Situatie, Background, Assessment & Recommendation
SEH	Spoedeisende Hulp
VHF	Very High Frequency
VWS	Volksgesondheid, Welzijn en Sport
Wazv	Wet ambulancezorgvoorzieningen
Wkkgz	Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg

BIJLAGE 2

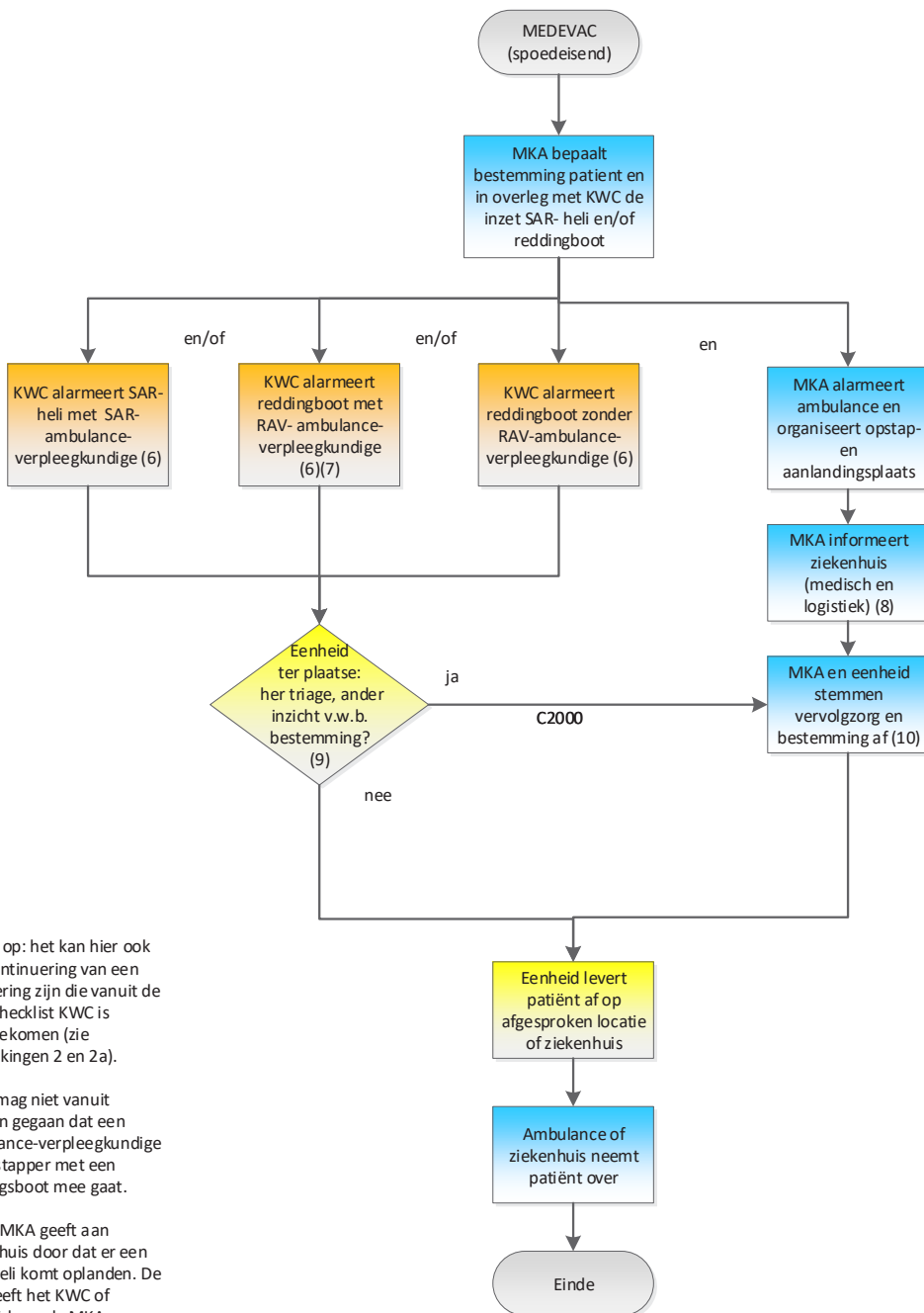
VERBETERDE URGENTIE INDELING

 Nieuwe of verbeterde urgentie-indeling ambulancezorg		
Spoedeisende ambulancezorg	A0	Directe inzet met grootst mogelijke spoed
	A1	Directe inzet met spoed
	A2	Zo spoedig mogelijke inzet
Niet spoedeisende ambulancezorg	B1	Gepland op bepaald tijdstip hoogcomplex
	B2	Gepland op bepaald tijdstip laag- / middencomplex
Meldkamerzorg	C1	Doorverwijzing
	C2	Zelfzorgadvies

BIJLAGE 3

FLOWCHART KUSTWACHT

Flowchart A (deel 2)
 Situatie: schip varend op Noordzee binnen verantwoordelijkheidsgebied Kustwacht



(6) Let op: het kan hier ook een continuering van een alarmering zijn die vanuit de lekenchecklist KWC is voortgekomen (zie opmerkingen 2 en 2a).

(7) Er mag niet vanuit worden gegaan dat een ambulance-verpleegkundige als opstapper met een reddingsboot mee gaat.

(8) De MKA geeft aan ziekenhuis door dat er een SAR- heli komt ophalen. De ETA heeft het KWC of eenheid aan de MKA doorgegeven.

(9) Her triage wordt uitgevoerd door de SAR- of RAV- verpleegkundige.

(10) De SAR of RAV- ambulanceverpleegkundige stemt middels C2000 met de MKA af. Ook de ETA wordt besproken.

BIJLAGE 4

WERKGROEP KWALITEITSKADER AMBULANCEZORG OP HET WATER

Werkgroepleden

B. Pronk (MKA Noord Nederland)

A. van Dijk (MKA RAV Hollands Midden)

J. Valk (MMA UMCG Ambulancezorg)

M. Marcusse (RAV Gooi en Vechtstreek)

R. Bergkamp (RAV Rotterdam-Rijnmond)

R. Weimar (bureau AZN)

R. Wessel (bureau AZN)

C. Heijink (bureau AZN)

BIJLAGE 5

GERAADPLEEGDE BRONNEN, WEBSITES, WETTEN

Geraadpleegde bronnen

- AZN (2021). Uniforme Begrippenkader Ambulancezorg. Ambulancezorg Nederland.
- AZN (2023). Zorginstellingen met hyperbare geneeskunde. Ambulancezorg Nederland.
- AZN, V&VN, NVMMA, NRR en HartslagNu. (2023). Kwaliteitskader First Responders reanimatiezorg. Ambulancezorg Nederland.
- AZN, LNAZ (2013). MMT inzet- en cancelcriteria. Een praktisch handvat voor het inzetten van MMT's en verdeling van verantwoordelijkheden tussen MKA, ambulance en MMT. Ambulancezorg Nederland en Landelijk Netwerk Acute Zorg.
- AZN, NVMMA, V&VN AZ (2017). Kwaliteitskader Ambulancezorg op het water. Ambulancezorg Nederland.
- AZN, NVMMA, V&VN AZ (2023). Landelijk protocol ambulancezorg. Versie 9. Ambulancezorg Nederland.
- Brief van de minister van Infrastructuur en Milieu aan de OvV. Kenmerk: IenM/DSK2016/288633.
- IFV (nu NIPV) (2021). Handboek incidentbestrijding op het water. Instituut Fysieke Veiligheid.
- Onderzoeksraad voor Veiligheid (2016). Zorg tussen wal en schip. Onderzoek naar een duikongeval en de medische hulpverlening.
- Reddingsbrigade Nederland. (2010). Samenvatting visie, doelstelling en meerwaarde RVR. Reddingsbrigade Nederland.

Geraadpleegde websites

Geraadpleegd op 2 september 2024

- <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/alarmnummer-112/vraag-en-antwoord/112-app-van-de-overheid>
- <https://www.knrm.nl/wat-doet-de-knrm/veiligheid-voor-pleziervaart/knrm-helpt-app>
- <https://marrekrite.frl/varen/veiligheid>

Geraadpleegde wetten

Geraadpleegd op 2 september 2024

- Beleidsregel regionale ambulancevoorzieningen 2024
https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_755561_22/1/
- Beleidsregels Toelating en gebruik C2000 door derden
wetten.nl - Regeling - Beleidsregels Toelating en gebruik C2000 door derden - BWBR0026900 (overheid.nl)
- Binnenvaartregeling
<https://wetten.overheid.nl/BWBR0025958/2024-08-29>
- Regeling organisatie Kustwacht Nederland
wetten.nl - Regeling - Regeling organisatie Kustwacht Nederland - BWBR0042251 (overheid.nl)
- Wet ambulancezorgvoorzieningen
<https://wetten.overheid.nl/BWBR0043925/2021-01-01/>

KWALITEITSKADER AMBULANCEZORG
OP HET WATER



Ambulancezorg Nederland

Veerallee 68
8011 AE Zwolle

088 38 38 200

info@ambulancezorg.nl
www.ambulancezorg.nl