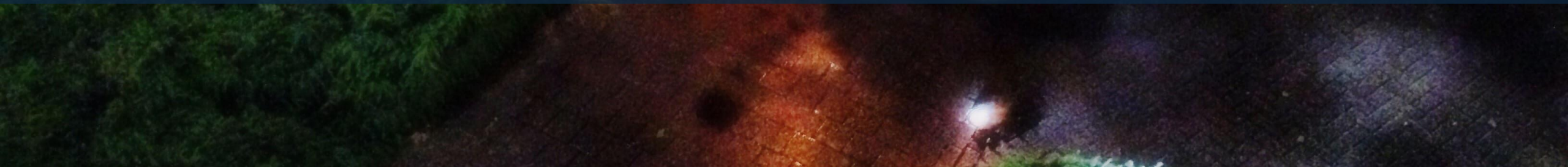


Kadernota Begroting 2026

Gemeenschappelijke Regeling

Regionale Ambulancevoorziening Brabant Midden-West-Noord





Inleiding

Het beeld dat wij als ambulancevoorziening enkel patiënten voor acute zorg vervoeren naar het ziekenhuis, is de laatste jaren veranderd. In ons meerjarenbeleidsplan benoemen wij al ons te gaan richten op zorgdifferentiatie, waarbij het ons doel is om de juiste zorg tijdig te bieden op de juiste plaats. In sommige gevallen betekent dit dat, op geplande basis, een patiënt vervoerd wordt tussen twee ziekenhuizen bijvoorbeeld. Dat wordt verzorgd door onze Midden-Complexe Ambulances (“MCA”). Dit ontzorgt de reguliere ALS-ambulances. Verder werken we ook al enige jaren met Verpleegkundig Specialisten en Physician Assistants die zelfstandig inzetbaar zijn.

Kortom: we brengen altijd de juiste zorg naar de patiënt, waarbij we in sommige gevallen ook de patiënt naar de zorg zullen brengen.

Een recent initiatief dat hierbij past, is de pilot voor troponinemetingen. Troponine is het eiwit dat vrijkomt in het bloed bij een infarct. Hoe hoger die waarde, des te meer risico op een infarct. Deze waarde wordt standaard in het ziekenhuis gemeten. Maar bij de Regionale Ambulancevoorziening Brabant Midden-West-Noord (de “RAV”) zijn we gestart met een nieuw zorgpad: het prehospitaal meten van troponine bij patiënten met pijn op de borst. Het doel is om meer patiënten veilig thuis te laten bij een lage verdenking van een acuut hartprobleem. We verwachten dat dit ook een positief effect heeft op beschikbare ambulances en drukverlaging in de zorgketen. De pilot in Breda verloopt naar tevredenheid. We verwachten dit in 2025 organisatiebreed te kunnen uitrollen.

(Bron: https://www.ravbrabantmwn.nl/troponinemeting/)

Ambulancezorg betreft uiteraard niet alleen de rijdienst, maar ook de meldkamers in Bergen op Zoom en Den Bosch. De ontwikkelingen in het veld vergen dat we anders en slimmer gaan werken. Daartoe ontplooien we initiatieven zoals verlengde triage en een AI-tool voor de uitgifte van ambulanceritten. Op technologische ontwikkelingen als deze komen we later in deze kadernota op terug.

Meerjaren-beleidsplan 2026-2029

Hiervoor benoemden we al ons meerjarenbeleid. Momenteel zijn we druk bezig met het schrijven van een nieuw beleidsplan dat op 1 januari 2026 in werking zal treden.

We vinden het erg belangrijk dat dit tot stand komt in overleg met medewerkers en stakeholders. Voor de medewerkers hebben we, onder begeleiding van een ervaren marketing- en communicatiebureau, op verschillende plekken in ons werkgebied goedbezochte interactieve werksessies georganiseerd. Ook hebben we een representatieve selectie gemaakt van stakeholders, met wie we interviews houden.

Het nieuwe beleidsplan wordt in de vergadering van het Algemeen Bestuur in juli 2025 vastgesteld. In ons meerjarenbeleid blijft voorop staan dat we de juiste zorg op het juiste moment moeten kunnen bieden. De ontwikkelingen rondom zorgcoördinatie bevorderen de samenwerking tussen de verschillende partners in een regio, zodat schaarse middelen zo efficiënt en effectief mogelijk kunnen worden ingezet.



Drie hoofdthema’s

Gelet op de ontwikkelingen en uitdagingen die voor ons staan, zullen we ook in 2026 blijven werken aan de drie hoofdthema’s:

‘A Great Place to Work’

Naar verwachting houden de uitdagingen op de arbeidsmarkt voorlopig nog aan. In ons nieuwe meerjarenbeleid zullen we dan ook aandacht besteden hieraan. Hoe blijven we een goede plek om te werken voor onze huidige collega’s, en hoe zijn we aantrekkelijk voor een nieuwe generatie medewerkers? Een positieve werkomgeving draagt bij aan de tevredenheid en het welzijn van medewerkers, wat op zijn beurt de kwaliteit van de zorg die zij leveren kan verbeteren. Een organisatie die wordt gezien als ‘a great place to work’ kan talent aantrekken en behouden. Voor de (acute) zorg is dat extra van belang, omdat zorg mensenwerk is. Een positieve werkomgeving draagt bij aan motivatie en productiviteit, en daarmee uiteindelijk aan betere patiëntenzorg. Kortom, het streven naar ‘a great place to work’ is niet alleen gunstig voor de medewerkers van de RAV, maar ook voor de patiënten die zij bedienen. Het is een investering in de mensen die de zorg verlenen, wat uiteindelijk leidt tot een betere zorgverlening.

Netwerksamenwerking

De ontwikkelingen rondom zorgcoördinatie vergen van alle zorgaanbieders in onze regio dat we optimaal gaan samenwerken als partner in het zorgnetwerk. Ketenpartners binnen de zorg worden dan ook netwerkpartners. Voor de RAV is dit ook van belang, aangezien in de acute zorg veel verschillende partijen betrokken zijn bij de zorg voor patiënten. Denk hierbij aan ziekenhuizen, huisartsen, specialisten en andere zorgverleners zoals de GGZ.

Een effectieve samenwerking tussen deze partijen kan de kwaliteit en efficiëntie van de zorg verbeteren. Door samen te werken in een netwerk, kunnen deze partijen informatie en middelen delen, wat kan leiden tot betere coördinatie van de zorg. Bovendien kan samenwerking bijdragen aan innovatie en continue verbetering in de zorg. Door samen te werken, kunnen partijen van elkaar leren, best practices delen, en gezamenlijk oplossingen ontwikkelen voor gemeenschappelijke uitdagingen.

Kortom, netwerksamenwerking is niet alleen belangrijk voor de efficiëntie en effectiviteit van de zorg die de RAV levert, maar ook voor de tevredenheid van de patiënten en de continue verbetering en innovatie in de zorg. Het is een cruciaal onderdeel van het streven naar kwaliteit in de acute zorg. Uiteindelijk draagt het bij aan een zo’n optimaal mogelijke aanwending van onze schaarse, gezamenlijke middelen.

Organisatieontwikkeling

Dit is een belangrijk onderwerp voor de RAV. Zowel de eigen interne organisatie (sterke groei en managementwisselingen), als de buitenwereld (veranderende zorgvraag / sector, invloed van technologie, krappe arbeidsmarkt) is sterk veranderd de afgelopen tijd. Deze verandering zet zich bovendien voort. De RAV past haar organisatie en haar processen hierop aan, met als doel de interne en externe samenwerking te verbeteren. Dit is nodig om de patiënt duurzaam de beste zorg op de juiste plek en het juiste moment te kunnen bieden. Het stelt de RAV ook in staat om effectief te reageren op veranderingen in de gezondheidszorgsector, zoals nieuwe technologieën, veranderende patiëntbehoeften en beleidswijzigingen. Kortom, organisatieontwikkeling is niet alleen belangrijk voor de groei en het succes van de RAV, maar ook voor het waarborgen van de kwaliteit en effectiviteit van de zorg die zij levert.

Technologische ontwikkelingen

In deze kadernota staan we in het bijzonder nog stil bij technologische ontwikkelingen. Hiervoor benoemden we al diverse uitdagingen en ontwikkelingen waarvoor we staan. Denk hierbij aan de krappe arbeidsmarkt, de uitdagingen binnen de zorg (steeds ouder wordende mensen, in combinatie met multimorbiditeit), en de noodzaak om onze zorg anders te organiseren.

Functiedifferentiatie is een belangrijke factor die ons hierbij helpt. In de inleiding van deze kadernota benoemden wij al enkele initiatieven die wij hiertoe hebben ontplooid aan de kant van onze rijdienst. Verderop in deze kadernota gaan we in op functiedifferentiatie op de meldkamers.

Hiermee zijn we er echter nog niet. Dat geldt voor onze gehele organisatie. Dus niet alleen voor de collega's van de rijdienst en meldkamers, maar ook voor onze collega's die op kantoor de primaire bedrijfsvoering mogelijk maken. Voor alle collega's geldt dat de komende jaren ingezet blijft worden op diverse ontwikkelingen. Denk hierbij aan AI-tools op de meldkamer, VR-oplossingen voor opleiding en training, nieuwe apps voor rijdienstcollega's, etc.

Komende tijd zal dan ook onderzoek worden gedaan naar de verdere toepassingsmogelijkheden van AI in de ambulancezorg. Het doel van dit onderzoek is het verkennen en evalueren van de toepassingsmogelijkheden van AI in de ambulancezorg, met de focus op het verminderen / verlichten van administratie en het ondersteunen van het proces. Overigens wordt niet ingezet op klinische beslissingsondersteuning.

Kortom, technologische ontwikkeling zorgt ervoor dat we met een beperkt toenemende groep collega's het sterk toenemende takenpakket zo efficiënt en effectief mogelijk kunnen blijven uitvoeren.





Zorgcoördinatie

Met zorgcoördinatie streven de (acute) zorgaanbieders in onze provincie naar een (verdere) bevordering van de samenwerking tussen de verschillende partners in een regio, zodat schaarse middelen zo efficiënt en effectief mogelijk kunnen worden ingezet.

Voor zorgcoördinatie is onze provincie opgedeeld in de vier zorgkantoorregio's; drie daarvan vallen binnen ons werkgebied (West-Brabant, Midden-Brabant en Noord-Oost-Brabant). Vanuit het Regionaal Overleg Acute Zorg (ROAZ) is een werkgroep opgericht, onder begeleiding van het Netwerk Acute Zorg Brabant (NAZB). Doel van deze werkgroep is te komen tot een plan te maken voor de implementatie van zorgcoördinatie in de regio en daarna de implementatie te begeleiden. Deze werkgroep bestaat uit vertegenwoordigers van de betrokken partners in de acute zorg, waaronder de RAV. De huisartsen zijn penvoerder.

In de afgelopen maanden is veel gebeurd. De snelle toets voor zorgcoördinatie is goedgekeurd, een belangrijke mijlpaal! Voor de vier regio's worden diverse bijeenkomsten georganiseerd. Het zijn inspirerende bijeenkomsten waaraan de verschillende zorgverleners, ieder vanuit de eigen deskundigheid, met veel enthousiasme hun waardevolle bijdrage leveren. De diverse huidige processen van triage, spoedzorg en vervolgzorg zijn in kaart gebracht. De daarbij behorende knelpunten zijn geïdentificeerd. In alle regio's wordt toegewerkt naar het verwerken van de opgehaalde knelpunten tot concrete verbeterinitiatieven. Deze zullen worden gebundeld in een transformatieplan zorgcoördinatie voor ROAZ Brabant.

Naast de actieve participatie in werkgroepen om zorgcoördinatie vorm te geven, werkt de RAV ook intern al jaren aan de voorwaarden die zorgcoördinatie mogelijk moeten maken. Denk hierbij aan functiedifferentiatie, het verkennen van nieuwe zorgpaden, het intensiveren van de contacten met ketenpartners, de implementatie van de richtlijn gegevensuitwisseling acute zorg (voorheen 'MetSpoedBeschikbaar') en de implementatie van de verbeterde urgentie-indeling. Wij zullen dit ook de komende jaren met veel enthousiasme blijven doen.

Wat mag de patiënt van ons verwachten? (i)

De RAV stelt de patiënt centraal: optimale waardecreatie voor de patiënt is ons streven. We leveren mobiele zorg: de juiste ambulancezorg, op het juiste moment, op de juiste plaats en door de juiste hulpverlener. Dit betekent dat we in ieder geval de zorg naar de patiënt brengen, en waar nodig ook de patiënt naar de zorg. Door zorg- en functiedifferentiatie is deze zorg steeds beter afgestemd op de vraag van de patiënt.

De RAV heeft de kwaliteit van zorg hoog in het vaandel staan. De eerder beschreven ontwikkelingen dragen daar aan bij. Wat ook essentieel is voor de kwaliteit van zorg is het evalueren van de geleverde zorg. Sinds 2015 vindt intercollegiale zorgevaluatiebegeleiding (ZEB) plaats. Via ZEB wordt het handelen van onze ambulanceverpleegkundigen en medisch hulpverleners geëvalueerd door middel van een methodiek, die afkomstig is uit de luchtvaart en inmiddels zeer effectief is gebleken. In 2019 is de methodiek uitgebreid naar het handelen van ambulancechauffeurs. Naar verwachting zal ZEB de komende jaren breder worden uitgerold binnen onze organisatie.

Verder zijn we trots om te kunnen melden dat we zijn gestart met een patiëntenservicebureau. Dit zal de komende jaren verder worden uitgebouwd.

(Bron: https://www.ravbrabantmwn.nl/patientenservicebureau/)

Kwaliteitskader Ambulancezorg 2.0

In 2019 zette de ambulancesector een grote stap voorwaarts met de ontwikkeling van het kwaliteitskader ambulancezorg 1.0. Niet langer werd de kwaliteit van de ambulancezorg beoordeeld op alleen de aanrijtijden. In een brede set van kwaliteitssignalen werd beschreven wat goede ambulancezorg is.

In het afgelopen jaar is gewerkt aan een tweede, meer volwassen, versie van het eerste kwaliteitskader. Deze versie is tot stand gekomen in samenwerking met een brede vertegenwoordiging van ambulancezorgprofessionals, RAV-experts, RAV-bestuurders, cliëntenvertegenwoordigers en het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). Het vernieuwde kwaliteitskader bevat 23 signalen, die grotendeels al geïmplementeerd zijn. De set aan kwaliteitseisen is gebaseerd op de zeven pijlers van goede ambulancezorg; 1) bereikbaar en beschikbaar, 2) patiëntgericht, 3) veilig, 4) professioneel, 5) afgestemd met ketenpartners, 6) continu geëvalueerd en waar nodig verbeterd, 7) geleverd door organisaties die hun zaken op orde hebben. Een signaal is een meetbaar element dat een aanwijzing geeft over de kwaliteit van een aspect van de ambulancezorgverlening. De signalen hebben betrekking op het volledige ambulancezorg proces; van het aannemen en beoordelen van de zorgvraag door de meldkamercentralist, de beoordeling ter plaatse en de behandeling en het vervoer van de patiënt tot en met de overdracht van de patiënt aan een andere zorgverlener.

Uit de toelichting op voornoemde bepaling uit de Regeling ambulancezorg-voorzieningen blijkt dat tijdigheid slechts een van de aspecten is van de kwaliteit van ambulancezorg. Daarom wordt in voornoemde bepaling verwezen naar het Kwaliteitskader Ambulancezorg van brancheverenigingAZN. Inmiddels is sprake van versie 2.0, waarin 23 signalen worden uitgewerkt. Jaarlijks wordt hierover in het Sectorkompas Ambulancezorg verantwoording afgelegd (telkens over het afgelopen jaar).

Verbeterde urgentie-indeling

Wij informeerden u eerder al over de verbeterde urgentie-indeling, een ontwikkeling die past bij een bredere blik op ‘kwaliteit’ binnen de ambulancezorg. Daarbij past ook de verbeterde urgentie-indeling van onze ritten.

Deze verbeterde indeling kent zeven in plaats van drie urgentieniveaus en onderscheidt niet alleen spoedeisende en niet-spoedeisende ambulancezorg, maar ook meldkamerzorg. Het doel van de nieuwe urgentie-indeling is om in geval van echte spoed, in levensbedreigende situaties waarin tijd er echt toe doet, sneller bij de patiënt te zijn en in gevallen waarin dat mogelijk is, iets meer tijd te nemen voor de triage, zodat de patiënt direct op de juiste plek terecht komt en de best passende zorg krijgt.

Met behulp van de nieuwe urgentie-indeling is de RAV beter in staat de juiste zorg op de juiste plaats te realiseren. Momenteel wordt gewerkt aan de implementatie van de C1 en C2-urgenties. Naar verwachting is dit in 2026 volledig operationeel.

Prestaties en paraatheid

De jaarlijkse bekostiging van de RAV’en is afhankelijk van de prestaties die zij leveren. Momenteel zijn de responstijden en beschikbaarheid van ambulancepersoneel daarbij nog belangrijk. Daarvoor geldt op het niveau van de werkgebieden van de Veiligheidsregio’s, een inspanningsverplichting voor wat betreft responstijden. Ook geldt een resultaatsverplichting met betrekking tot een juiste spreiding van ambulanceposten over de gebieden.

Responstijd valt in drie delen uiteen: meldkamertijd, uitruktijd en aanrijdtijd. Voor de urgentieclassificatie A1 werd uitgegaan van de volgende verdeling: 2 minuten meldkamertijd, 1 minuut uitruktijd en 12 minuten aanrijdtijd. Inmiddels is de oude classificatie A1 opgedeeld in A0 en een nieuwe A1.

Wat mag de patiënt van ons verwachten? (ii)

Voor A0 geldt voornoemde verdeling van 2 minuten, 1 minuut en 12 minuten. Voor de nieuwe A1-classificatie geldt een meldkamertijd van 4 minuten, een uitruktijd van 1 minuut en een rijdtijd van 12 minuten (dus 17 minuten in totaal).

Op landelijk niveau wordt soms de vraag gesteld of niet op fijnmaziger niveau gekeken moet worden naar de prestaties in de ambulancezorg, dan op het niveau van de Veiligheidsregio’s.

Nog afzien van het feit dat, zoals hiervoor al benoemd, kwaliteit breder is dan alleen prestaties, staan wij ook anderszins niet achter deze systematiek. Er wordt op Veiligheidsregioniveau gemeten omdat daarmee het goed en in samenhang functioneren van de verschillende crisisdiensten wordt ondersteund. Monitoren of verantwoorden op lokaal niveau sluit daar niet op aan. Om lokaal paraat te staan voor inzetten binnen de streefnorm, moet er een aanzienlijke hoeveelheid extra ambulances worden ingezet. Ook moeten dan veel ambulanceverpleegkundigen worden onttrokken uit andere sectoren van de zorg. Vervolgens neemt het aantal inzetten per ambulance flink af. Uit het oogpunt van efficiëntie en kwaliteit wordt daarom plaatsgebonden verantwoording niet wenselijk geacht.

Wat mag de maatschappij van ons verwachten?



Verantwoordelijkheid

Naast de zorg voor de patiënt die bij ons op de eerste plaats staat, voelen wij ook een grote verantwoordelijkheid ten opzichte van de maatschappij. Wij zijn een publieke organisatie en gaan efficiënt en verantwoord om met de middelen die aan ons zijn toevertrouwd. Daarnaast dragen wij graag bij om samen met onze partners in de acute zorgketen te onderzoeken hoe de bereikbaarheid, betaalbaarheid en kwaliteit van de acute zorg in de toekomst voor iedereen behouden blijft. Dit is een grote maatschappelijke uitdaging, die alleen in samenwerking met alle betrokkenen het hoofd kan worden geboden.

Financieel

Sinds de oprichting van onze Gemeenschappelijke Regeling in 2005 werken wij met een begroting die volledig is gedekt door het aan ons toegekende budget vanuit de zorgverzekeraars en hebben wij geen financiële bijdrage van de deelnemende gemeenten nodig gehad. De RAV is een financieel gezonde organisatie, die efficiënt en verantwoord omgaat met publieke middelen. Ook in 2026 wordt geen gemeentelijke bijdrage gevraagd.

Duurzaamheid

Onze organisatie is verweven met duurzaamheid. Onze RAV verwacht twee nieuwe vestigingen op te leveren in 2026. Naast gebruiksgemak voor onze rijdienst en moderne voorzieningen voor onze kantoorcollega’s, staan eisen rondom duurzaamheid hierbij hoog in het vaandel. Verder wordt gewerkt aan een duurzaam wagenpark. Denk hierbij aan de elektrificatie van de ambulances en het overige wagenpark.

Wat mogen onze (toekomstige) collega’s van ons verwachten?

Functiedifferentiatie. Zoals we aan het begin van deze kadernota al opmerkten, is de afgelopen jaren veel ingezet op functiedifferentiatie aan de zijde van de rijdienst; naast onze reguliere ALS-ambulances, werken we momenteel naar volle tevredenheid met MC-ambulances, voor – kort gezegd – planbaar (niet-acuut) vervoer. Verder werken we ook met Verpleegkundig Specialisten, Physician Assistants en Medisch Hulpverleners. Daarnaast leggen we momenteel de basis voor functiedifferentiatie aan de meldkamerkant. De 112-centralist wordt duurzaam ingebed in onze organisatie. In de loop van 2025 gaan we werken met functies als Klinisch Coördinator en Coördinerend Verpleegkundig Centralist. Wij merkten het eerder in deze nota al op; personeelsmanagement kan niet worden los gezien van technologische ontwikkelingen. We verwachten bijvoorbeeld dat begin 2025 de meldkamercentralisten volledig worden ondersteund bij de uitgifte van ambulances door een AI-tool. Verder streven we ernaar dat er halverwege 2026 een aanvullend triagesysteem zal werken voor verlengde triage.

Opleiding. Een belangrijk aandachtspunt voor ons is de instroom van nieuwe medewerkers. Dit kan de maximale scholingscapaciteit van de RAV beperken (bijvoorbeeld door de numerus fixus op de BMH-opleidingen). Onze RAV heeft haar eigen, landelijk gecertificeerde, opleiding voor ambulanceverpleegkundigen en -chauffeurs. In de opleiding voor ambulanceverpleegkundigen worden zowel gespecialiseerde als niet-gespecialiseerde verpleegkundigen opgeleid. In het hebben van een eigen opleiding zijn we uniek in Nederland. Daar zijn we trots op! Dit biedt ons regie op startmomenten en op de inhoud van de opleiding.

Qua ambulanceverpleegkundigen en medisch hulpverleners, streeft de RAV ernaar om zo veel mogelijk mensen aan te nemen. Wij hopen dat het lukt om in 2025 tussen de 20 en 30 nieuwe collegae als verpleegkundigen/medisch hulpverleners te kunnen aannemen. Op geleide daarvan zullen wij ook chauffeurs aannemen. Met dit aantal kunnen we het normale verloop opvangen en iets groeien. De eerste tekenen zijn gunstig. In april en oktober 2025 starten onze opleidingsgroepen en medische hulpverleners kunnen flexibel instromen. We streven ernaar deze ontwikkeling in 2026 door te zetten.

Naast het opleiden van nieuwe medewerkers, ontplooien we ook andere initiatieven. In ons werkgebied zijn verschillende initiatieven voor DUO-banen (waaronder met het ETZ in Tilburg, het Bravis-ziekenhuis in Bergen op Zoom en Bernhoven in Uden). Hierdoor kunnen SEH/IC-verpleegkundigen voor een deel van de tijd worden ingezet als ambulanceverpleegkundige, en andersom.

Verder wordt gewerkt aan loopbaan- en loopbaancoachingsbeleid. Ook zijn loopbaanpaden ontwikkeld zodat verdere doorgroei en doorontwikkeling binnen onze organisatie kan worden gestimuleerd. Denk hierbij aan het faciliteren van doorgroei van chauffeur naar verpleegkundige, of van verpleegkundige naar Verpleegkundig Specialist.

Meerjarenbeleidsplan & MTO. Voor onze RAV was 2024 onder ander een belangrijk jaar vanwege het uitgevoerde medewerkerstevredenheidsonderzoek (“MTO”) en het feit dat we zoveel mogelijk collega’s hebben betrokken bij de voorbereidingen voor het nieuwe meerjarenbeleidsplan. Dit zijn onderwerpen die de komende tijd hoog op onze agenda staan. Halverwege 2025 zal het nieuwe meerjarenbeleidsplan worden vastgesteld, in welk traject we de medewerkers zullen blijven betrekken. Ook houden we de medewerkers actief op de hoogte van de ontwikkelingen die voortkomen uit het MTO.

Tot slot

De in deze nota geschetste kaders worden verder uitgewerkt in de conceptbegroting 2026, die uiterlijk 5 april 2025 zal worden aangeboden aan de raden van de gemeenten die deelnemen in de Gemeenschappelijke Regeling ‘Regionale Ambulance-voorziening Brabant Midden-West-Noord’.




AMBULANCE