

LANDELIJKE RICHTLIJN VOOR SAMENWERKING HAP + RAV



AMBULANCEZORG
NEDERLAND

ineer
ORGANISEERT DE EERSTE LIJN

TLP:WHITE

INHOUDSOPGAVE

Inleiding	4
1 Randvoorwaarden	5
1.1 Juiste zorg op de juiste plek door de juiste zorgverlener	5
1.2 Urgentie verdeling	5
1.3 Anvragen vervolgzorg door ketenpartner	6
1.4 Soorten ambulancezorg	6
1.5 Afspraken inzetverdeling bij capaciteitstekort	6
2 Overdrachtsmomenten	7
2.1 Doorzetten van patiëntgegevens	7
2.2 Na telefonische triage door de triagist huisartsenpost	7
2.3 Na een visite door de huisarts	9
2.4 Na inzet van de huisarts als first responder	9
2.5 Na een consult op de huisartsenpost	9
2.6 Tijdens de telefonische triage door de ambulancezorgprofessional (RAV-centralist) van de meldkamer ambulancezorg	9
2.7 Na een mobiel zorgconsult	10
Bijlage 1	11
Voorbeeld ambulanceaanvragen	
Bijlage 2	12
Raamwerk juiste zorg door de juiste hulpverlener	

INLEIDING

Doel van de landelijke richtlijn samenwerking HAP+RAV is voor het vastleggen, onderhouden en verbeteren van samenwerkingsafspraken tussen huisartsenposten (HAP) en Regionale Ambulancezorg Voorzieningen (RAV) in de regio's. Aangegeven wordt op welke onderdelen samenwerking gewenst is en hoe deze samenwerking eruit zou kunnen zien. Er zijn regio's waar de HAP en RAV samen een convenant hebben opgesteld, voorbeeld van een convenant is op te vragen bij InEen of AZN.

Deze richtlijn HAP + RAV gaat uit van samenwerking tussen deze twee organisaties. Het uitgangspunt van de samenwerking is altijd de zorgvraag van de patiënt. Doel is de zorg voor de patiënt met een acute zorgvraag zo te organiseren dat de zorgvraag pre-hospitaal optimaal wordt beantwoord. De samenwerking staat dus altijd ten dienste van de patiënt. In deze landelijke richtlijn zijn de randvoorwaarden en overdrachtmomenten beschreven voor een goede samenwerking tussen de HAP en RAV.

De afgelopen jaren hebben RAV's en HAP's intensief samengewerkt om zorgcoördinatie op te zetten. Zorgcoördinatie is het 24/7 gezamenlijk organiseren en coördineren van de acute zorg op regionale schaal door verschillende zorgaanbieders (RAV, HAP, acute VVT, acute GGZ), zodat er samenhang ontstaat. Het betreft alle activiteiten gericht op het regisseren, afstemmen en bewaken van de organisatie en de uitvoering van de zorgverlening aan de patiënt met een acute zorgvraag. Het gemeenschappelijke doel is dat de patiënt met een acute zorgvraag de juiste zorg door de juiste zorgverlener op het juiste tijdstip op de juiste plek ontvangt. De patiënt kan met al zijn of haar acute zorgvragen terecht bij het zorgcoördinatiecentrum.

Document evaluatie

Dit document wordt in ieder geval in 2026 geëvalueerd.

Gezien de vele ontwikkelingen in de acute zorg zal dit zo nodig eerder plaatsvinden.

1. RANDVOORWAARDEN



In dit hoofdstuk staan de basiszaken die de huisartsenposten en RAV van elkaar moeten weten om de samenwerking zo optimaal mogelijk in te richten.

1.1 Juiste zorg op de juiste plek door de juiste zorgverlener


Bij elke zorgvraag, waarbij de melder¹ zelf al heeft voorgesorteerd door contact te leggen met of de HAP of de Meldkamer Ambulancezorg (MKA), maakt iedere triagist of ambulancezorgprofessional (RAV-centralist) op basis van NTS of ProQa een afweging welke zorgaanbieder deze zorgvraag het beste kan beantwoorden.

De urgentie kan tijdens het zorgproces op ieder moment wijzigen (bijvoorbeeld: door verandering van toestandbeeld of door beoordeling ter plekke).

1.2 Urgentie verdeling

In de Nederlandse Triage Standaard (NTS) wordt er op basis van de urgentie een verdeling gemaakt tussen RAV of HAP. Vanwege contextuele factoren kan hier vanaf geweken worden, denk aan behandelingsbeperkingen.

Ambulancezorg Nederland is momenteel bezig met het implementeren van de nieuwe of verbeterde urgentie-indeling, op deze manier sluiten ze ook beter aan bij de huisartsen urgenties (zie tabel hieronder).

	nieuwe of verbeterde urgentie-indeling ambulancezorg		vergelijking: huidige urgentie-indeling	vergelijking: HAP-NTS (benadering)
spoedeisende ambulancezorg	A0	directe inzet met grootst mogelijke spoed	A1	U0
	A1	directe inzet met spoed	A1	U1
	A2	zo spoedig mogelijke inzet	A2	U2
niet spoedeisende ambulancezorg	B1	gepland op bepaald tijdstip hoogcomplex	B	n.v.t.
	B2	gepland op bepaald tijdstip laag-/middencomplex	B	n.v.t.
meldkamerzorg	C1	doorverwijzing, eventueel met inzet zorgtaxi	informele meldkamerzorg	U3/U4
	C2	zelfzorgadvies	informele meldkamerzorg	U5

1. Melder is de patiënt of iemand anders, zoals een familielid of omstander, die zorg vraagt voor de patiënt.

1.3 Aanvragen vervolgzorg bij ketenpartner

Het aanvragen van vervolgzorg bij een ketenpartner vraagt om een zo efficiënt mogelijke aanpak. Veel regio's hebben hierover regionale afspraken gemaakt (voorbeeld zie bijlage 1).

1.4 Soorten ambulancezorg

Ambulancezorg heeft zich ontwikkeld van een vervoersvoorziening tot een zorgvoorziening en tot een volwaardig onderdeel van de (acute) zorgketen. Het leveren van de juiste zorg door de juiste zorgverlener kan op verschillende niveaus plaatsvinden. Uitgangspunt is de zorgvraag van de patiënt. Iedere Regionale Ambulancevoorziening (RAV) levert op elk niveau ambulancezorg. De invulling van de juiste ambulancezorgverlener dient binnen de sectorale afspraken te passen. (zie bijlage 2, het raamwerk)

1.5 Afspraken inzetverdeling bij capaciteitstekort

De streefwaarde voor de aanrijdtijd van de huisartsenpost bij U0 en U1 zorgvragen (levensbedreigende spoed) waarbij een huisarts van de HAP wordt ingezet is 20 minuten. Wanneer de triagist bij inzet van de huisarts van de HAP bij een U1 of U2 inschat dat bij de beschikbare capaciteit de visite-auto de streefwaarde voor de aanrijdtijd niet kan halen, dan kan de triagist door het vermelden van het toestandbeeld de ambulancezorgprofessional (RAV-centralist) MKA vragen een ambulance in te zetten. Er wordt dan afgestemd wie van beiden de kortste aanrijdtijd heeft.

De wettelijk vastgestelde streefnorm voor de responsetijd van een ambulance bij een A1- melding is zo snel mogelijk, binnen 15 minuten. Bij een A2-urgentie is dit binnen 30 minuten. Wanneer de ambulancezorgprofessional (RAV-centralist) MKA inschat dat bij de beschikbare capaciteit de ambulance de streefnorm voor de responsetijd voor A1 of A2 niet kan halen, dan kan ambulancezorgprofessional (RAV-centralist) MKA de triagist van de HAP vragen met spoed een visite-auto in te zetten. Er wordt afgestemd wie van beide de kortste aanrijdtijd heeft. Met andere woorden bij meerdere U0-U1-U2 tegelijk neemt de MKA-ambulancezorgprofessional (RAV-centralist) de regie en stuurt in gezamenlijk overleg de HAP visite arts en ambulances aan. Verder behoort hierbij een adequate afstemming hoe deze ritten afgemeld moeten worden. De MKA-ambulancezorgprofessional (RAV-centralist) realiseert de inzet en is daarmee ook verantwoordelijk.

Bij grote drukte bij HAP en RAV houden HAP en RAV elkaar op de hoogte van de mogelijkheden om zorgvragen van elkaar over te nemen.



2. OVERDRACHTSMOMENTEN



Het is voor de patiënt belangrijk dat de zorgprocessen van de HAP en de RAV naadloos op elkaar aansluiten. Deze overdrachtmomenten behoren immers tot de meest risicovolle momenten in het zorgproces. Er is sprake van patiëntoverdracht wanneer de zorg voor een patiënt geheel of gedeeltelijk wordt overgedragen naar een andere hulpverlener. In de samenwerking HAP + RAV gaat het altijd om een overdracht van de gehele zorg, tenzij afwijkende afspraken zijn gemaakt.

2.1. Doorzetten van patiëntgegevens

In het kader van goede opvolgzorg zal de zorgverlener o.b.v. van de Nictiz richtlijnen zoveel als mogelijk (ook) digitaal overdragen².

De meest voorkomende overdrachtmomenten tussen huisartsenpost en RAV worden in dit hoofdstuk beschreven.

1 Overdrachtmomenten HAP > RAV

- A Na telefonische triage door de triagist huisartsenpost
- B Na een visite door de huisarts
- C Na inzet van de huisarts als first responder
- D Na een consult op de huisartsenpost die niet gevestigd is bij een SEH

2 Overdrachtmomenten RAV > HAP

- A Na/tijdens telefonische triage door de ambulancezorgprofessional (RAV-centralist) van de meldkamer ambulancezorg
- B Na een mobiel zorgconsult

2. <https://nictiz.nl/publicaties/richtlijn-gegevensuitwisseling-acute-zorg/>

3. Warm overdragen betekent in de meest ideale situatie dat de zorgaanbieder waar de melder de zorgvraag als eerste stelt, de zorgvraag mondeling overdraagt aan de andere zorgaanbieder waarna deze de melder zelf aan de lijn krijgt. Dit kan zowel van HAP naar MKA als andersom plaatsvinden. Het heeft de voorkeur om mondeling over te dragen conform de SBAR-methode.

4. Bij de meeste MKA's volgt op het moment dat de adresgegevens van de U0-patiënt bekend zijn, direct een ambulance-inzet. Dit is bekend als DIA: Directe-Inzet-Ambulance. De DIA wordt al tijdens de overdracht en/of eventuele verdere triage gerealiseerd.

2.2 Na telefonische triage door de triagist huisartsenpost

U0 uitval vitale functies of U1 levensbedreigend, vitale functies zijn instabiel en in gevaar

- Wanneer de triagist van de HAP inschat dat de zorgvraag een urgentie U0 of U1 heeft, dan is een inzetverzoek voor een ambulance altijd gerechtvaardigd.
- Bij een U0 of U1 is er weinig tijd om een afweging te maken. De melder wordt door de triagist van de HAP direct warm overgedragen³ aan de ambulancezorgprofessional (RAV-centralist) MKA. De triagist van de HAP geeft daarbij de triagegegevens door⁴ aan de ambulancezorgprofessional (RAV-centralist) MKA en verbindt zo mogelijk de melder met zijn zorgvraag rechtstreeks door aan de ambulancezorgprofessional (RAV-centralist). (NB: de eerste ontvanger in de wacht-/overdrachtstijd kan wel starten met reanimatie-instructie).
- Na de overdracht aan de MKA kan de triagist van de HAP (indien dat mogelijk is) relevante informatie uit het dossier doorgeven aan de MKA bijvoorbeeld complexe multi-morbiditeit bij een hoogbejaarde of terminale patiënt of terughoudend beleid, waaronder behandelbeperking of niet reanimatiebeleid.
- De ambulancezorgprofessional (RAV-centralist) MKA past in het gesprek met de melder (patiënt of omstander die zorg vraagt) zo nodig verdere triage toe⁵, bepaalt de definitieve zorginzet⁶, en geeft zo nodig meldersinstructie.
- Op grond van de professionele afweging van een huisarts kan deze besluiten een U0 of U1-rit zelf uit te voeren, zonder

5. Op basis van DIA is inzet ambulance al gerealiseerd.

6. De ambulancezorgprofessional (RAV-centralist) MKA kan op basis van (aanvullende) triage onder meer besluiten tot inzet van meerdere ambulances, of tot een lagere urgentie dan A1 of (in een zeer uitzonderlijke geval) aanvullende zorgverlening. In deze uitzonderlijke gevallen informeert de ambulancezorgprofessional (RAV-centralist) MKA de triagist van de HAP hierover. Dit is in belang van de continuïteit van zorg voor de patiënt.



inzetverzoek voor een ambulance. De HAP informeert de MKA wanneer zij gebruik wil maken van OGS, conform de regionale afspraken met de RAV.

- Het is aan de HAP om te bepalen of de huisarts, samen met de ambulance ook ter plaatse wil gaan gezien de context specifieke situatie van de betreffende patiënt. De HAP informeert in dat geval de MKA en geeft, conform de regionale afspraken met de RAV, aan of zij gebruik maken van optische en geluidsignalen (OGS)⁷.
- Mochten beide zorgverleners ter plekke zijn dan vindt er collegiaal overleg plaats en komt men samen tot een besluit. Beide zorgverleners zijn verantwoordelijk voor eigen handelen.

U2: spoed, vitale functies zijn mogelijk bedreigd of er is een reële kans dat de toestand op korte termijn verslechtert.

- Als de triagist van de HAP uitkomt op een U2 urgentie, volgt een visite of consult door de huisarts. De huisarts van de HAP kan besluiten om met spoed ter plaatse te gaan, met gebruikmaking van OGS. De HAP informeert in dat geval de MKA en geeft, conform de regionale afspraken met de RAV, aan dat zij gebruik wil maken van OGS.
- Indien de triagist van de HAP op basis van de triage, vaststelt dat de patiënt vrijwel zeker vervoerd dient te worden, kan de HAP direct een inzetverzoek voor een ambulance doen. De ambulancezorgprofessional (RAV-centralist) van de MKA past zo nodig verder triage toe en bepaalt de definitieve zorginzet.

7. Wet ambulancezorgvoorzieningen, 2020.



2.3 Na een visite door de huisarts

- Na visite oordeelt de visite-huisarts dat ambulance(vervoer) noodzakelijk is;
- Doet bij voorkeur zelf een telefonisch verzoek aan MKA voor het sturen van een ambulance;
- Informatie wordt overgedragen volgens afgesproken regionaal schema (of volgens voorbeeld zie bijlage 1);
- Visite-huisarts blijft bij patiënt tot aan arriveren van ambulance. Indien toestand van de patiënt dit toelaat en zorg aanwezig is kan de visite-arts eerder vertrekken. Hij laat in dat geval een overdrachtsformulier acute zorg (SBAR-formulier) achter.
- De verantwoordelijkheid van het verdere deel van de zorg gaat over van de huisarts naar de ambulancezorgprofessional op het moment dat de ambulancezorgprofessional bij de patiënt arriveert.

2.4 Na inzet van de huisarts als first responder

Een first responder is een (burger)hulpverlener die als eerste ter plaatse komt en competent is de noodzakelijke eerste hulp te verlenen. Naast brandweer, politie en burgers kunnen ook de huisarts en de visite-auto van de huisartsenpost (met huisarts en chauffeur) worden ingezet als first responder in situaties waar levensreddend handelen noodzakelijk is. In de samenwerkingsafspraken leggen huisartsenpost en RAV vast in welke situaties de meldkamer ambulancezorg een visite-auto van de huisartsenpost inzet en onder welke voorwaarden. De verdeling van de verantwoordelijkheid is een belangrijk aspect, evenals het rijden met optische- en geluidssignalen.

In veel regio's hebben huisartsenpost en RAV afspraken over gebruik van optische- en geluidssignalen door de visite-auto

van de huisartsenpost, bijvoorbeeld bij inzet als first responder, maar ook voor andere ritten met hoge urgentie. Deze afspraken moeten voldoen aan de geldende 'Brancherichtlijn Optische en Geluidssignalen Spoedeisende medische hulpverlening' (AZN, V&VN). Op www.striping.nl is meer informatie te vinden over gebruik van striping.

2.5 Na een consult op de huisartsenpost

Mocht er op de HAP een patiënt zijn die om medische redenen niet zelf (of met taxi) naar een SEH kan komen dan zijn er twee mogelijkheden:

1	HAP zit bij een SEH	HAP personeel brengt zelf patiënt naar SEH of verwijst naar SEH
2	HAP zit niet bij een SEH of SEH is gesloten	HAP schakelt MKA in voor ambulancevervoer

2.6 Tijdens de telefonische triage door de ambulancezorgprofessional (RAV-centralist) van de meldkamer ambulancezorg

Indien de ambulancezorgprofessional (RAV-centralist) tijdens de triage erachter komt dat de zorgvraag van de patiënt huisartsenzorg betreft, dan zal de ambulancezorgprofessional (RAV-centralist) de patiënt doorverwijzen naar de HAP (bij niet acute zorgvragen) of zal proberen de patiënt warm over te dragen (alleen bij hoge urgentie of anderszins nodig). Warm overdragen bij een niet acute situatie gebeurt bijvoorbeeld als patiënt het niet goed begrijpt door slechthorendheid, ouderdom of taalachterstand.

2.7 Na een mobiel zorgconsult

De RAV levert in toenemende mate mobiele zorgconsulten. Dit betekent dat de ambulancezorgprofessional ter plaatse zorg verleent, maar de patiënt niet naar het ziekenhuis vervoert. Diverse huisartsenposten en ambulancezorgvoorzieningen signaleren in deze gevallen knelpunten bij de overdracht van ambulance naar huisartsenpost. Uit oogpunt van patiëntveiligheid en continuïteit is extra aandacht dus geboden. Belangrijke uitgangspunten zijn:

- Er is altijd een schriftelijke/digitale overdracht naar de eigen huisarts en/of (alleen zo nodig) naar de huisartsenpost, conform de richtlijn E-spoed. De ambulancezorg stuurt een digitaal bericht naar de huisarts via zorgmail.
- De ambulancezorgprofessional laat altijd een formulier achter bij de patiënt met relevante zelfzorgadvies voor de patiënt. Hierin staat wat de patiënt moet doen en wanneer (bij welke klachten) ze opnieuw contact moet opnemen.

Wanneer de ambulancezorgprofessional besluit de patiënt niet naar een ziekenhuis of andere zorginstelling te brengen, zijn er drie situaties mogelijk voor terugkoppeling aan de huisartsenpost:

1. Ambulancezorgprofessional acht vervolgzorg door de huisartsenpost nodig:

a: Patiënt vervoerd naar HAP: De ambulancezorgprofessional draagt warm over aan de huisarts op de huisartsenpost. “Ik acht vervolgzorg door jullie nodig” en draagt op basis van de SBAR de zorg over. Na overdracht neemt de huisarts de verantwoordelijkheid over, maar de huisarts mag dit ook overrulen en wel SEH noodzakelijk achten.

b: Patiënt wordt niet vervoerd: Ambulancezorgprofessional belt met de huisarts van de HAP met de mededeling “ik acht vervolgzorg door de HAP nodig” en draagt op basis van de SBAR de zorg over aan de huisarts. De huisarts triert vanuit huisartsenperspectief de best passende vervolginzet. Verwachtingen worden helder gecommuniceerd. Indien een afspraak nodig op de HAP dan krijgt de patiënt via de ambulancezorgprofessional door op welk tijdstip hij/zij op de HAP verwacht wordt. De ambulancezorgprofessional geeft duidelijk aan dat hij/zij de patiënt overdraagt aan de huisarts. Hiermee neemt de huisarts de verantwoordelijkheid over.

2. Ambulancezorgprofessional twijfelt of vervolgzorg door de huisartsenpost nodig is:

De ambulancezorgprofessional maakt de inschatting dat vervoer naar een ziekenhuis of andere zorginstelling niet nodig is, maar kan nog twijfelen of er (direct) huisartenzorg ingezet moet worden. Hiertoe kan de ambulancezorgprofessional contact opnemen met de huisartsenpost. De ambulancezorgprofessional start met de vraag ‘verzoek om informatie’, de verantwoordelijkheid blijft hiermee bij de ambulancezorgprofessional. De ambulancezorgprofessional gebruikt SBAR voor het formuleren van de vraag, en geeft hiermee duidelijk aan dat het gaat om een verzoek om overleg/informatie met de huisarts.

3. Ambulancezorgprofessional acht vervolgzorg door de huisartsenpost niet nodig:

Een digitale melding aan de huisarts en indien nodig de huisartsenpost volstaat. Wanneer de patiënt opnieuw belt, kan de triagist zien dat al eerder een ambulance werd ingezet. Indien een digitale melding op de HAP niet mogelijk is, maar wel noodzakelijk dan is het belangrijk om hier regionale afspraken over te maken.

N.b. in alle gevallen van twijfel kan de ambulancezorgprofessional overleg voeren met de medisch manager.

BIJLAGE 1

VOORBEELD AMBULANCE-AANVRAGEN

1. Meldkamer ambulancezorg spoedlijn? (m/.... naam: huisarts, ha of hap)
2. Wat is het adres/postcode van het noodgeval?
3. Patiëntgegevens (Naam, geboortedatum)
4. DIA (Directe-Inzet-Ambulance) (ambulance wordt A2 aangestuurd).
Knipmoment voor centralist: 'ik stuur de ambulance, blijf aan de lijn: ik heb nog wat gegevens nodig'
5. Werkdiagnose; de reden dat de patiënt nu met de ambulance vervoerd moet worden?
Bij een ziektebeeld, werkdiagnose en/ of symptomen die een A1-urgentie genereren, de urgentie handmatig aanpassen naar A1 (-A1)
6. Hoofdklacht/toestandsbeeld:
 - D. Aanspreekbaar
 - A. Ademweg
 - B. Ademhaling
 - C. CirculatieCentralist Noteert voor de casus de relevante meetwaarden
7. Relevante voorgeschiedenis
8. Verder bijzonderheden voor het vervoer?
9. (indien van toepassing) NRNB/behandelbeperking van kracht?
10. *Op welk telefoonnummer kunnen we u bereiken? Of als aanvrager niet bij de patiënt is/blijft: Op welk telefoonnummer kunnen we de patiënt bereiken?
11. (Indien nog niet duidelijk) Breng-adres?
12. *De ambulance is onderweg (urgentie benoemen)
13. Bij krapte in de spreiding en paraatheid van de ambulances kan de uitgiftecentralist een rit 'ontkoppelen' wanneer een rit verandert naar besteld vervoer.

BIJLAGE 2

RAAMWERK JUISTE ZORG DOOR DE JUISTE ZORGVERLENER

<https://www.ambulancezorg.nl/themas/kwaliteit-van-zorg/goede-zorg>

Ambulancezorg: juiste zorg door juiste zorgverlener




AMBULANCEZORG NEDERLAND



Het leveren van de juiste zorg door de juiste zorgverlener kan op verschillende niveaus plaatsvinden. Uitgangspunt is de zorgvraag van de patiënt. Iedere Regionale Ambulancevoorziening (RAV) levert op elk niveau ambulancezorg. De invulling van de juiste ambulancezorgverlener dient binnen de sectorale afspraken te passen. Dit raamwerk geeft weer welke mogelijkheden er zijn.

Ambulancezorg: afstemmen zorgvraag patiënt met zorgniveau's en ambulancezorgprofessionals

Meldkamerzorg Zorgverlening op de meldkamer ambulancezorg (MKA) door verpleegkundig centralist MKA en aanvullend eventueel een uitgiftecentralist MKA 	
Hoogcomplex ambulancezorg Spoedeisende en niet-spoedeisende ambulancezorgverlening door een: <ul style="list-style-type: none"> Ambulanceverpleegkundige Medisch Hulpverlener ambulancezorg Verpleegkundig Specialist ambulancezorg Physician Assistant ambulancezorg In samenwerking met een ambulancechauffeur, of als (solo) rapid responder 	Mobiel zorgconsult Zorgverlening op (thuis)locatie, behandeling zonder verder vervoer 
Middencomplex ambulancezorg Niet-spoedeisende ambulancezorg <i>minimaal</i> door een: <ul style="list-style-type: none"> Verpleegkundige (voldoend aan scholingseisen middencomplex ambulancezorg) In samenwerking met een chauffeur, <i>minimaal</i> voldoende aan scholingseisen middencomplex ambulancezorg 	
Laagcomplex ambulancezorg Niet-spoedeisende ambulancezorg <i>minimaal</i> door een: <ul style="list-style-type: none"> Verzorgende IG (voldoend aan de landelijke scholingseisen laagcomplex ambulancezorg) In samenwerking met een chauffeur, <i>minimaal</i> voldoende aan scholingseisen laagcomplex ambulancezorg 	
Intensieve ambulancezorg Specialistisch team met arts levert intensieve zorg (MICU / PICU / NICU) tijdens overplaatsen van een patiënt tussen zorginstellingen, in een speciaal ingericht ambulancevoertuig, bestuurd door een ambulancechauffeur 	

© AZN, 28 september 2021

LANDELIJKE RICHTLIJN VOOR
SAMENWERKING HAP + RAV



AMBULANCEZORG
NEDERLAND

Ambulancezorg Nederland

Veerallee 68
8011 AE Zwolle

088 38 38 200

info@ambulancezorg.nl
www.ambulancezorg.nl