

Vergaderjaar 2018–2019

29 247

Acute zorg

Nr. 270

BRIEF VAN DE MINISTER VOOR MEDISCHE ZORG

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 29 maart 2019

De Monitor acute zorg van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) die ik op 10 januari 2019 aan uw Kamer heb toegezonden¹ constateert dat de acute zorg voldoende toegankelijk is, maar dat de druk op de acute zorg keten ook de komende jaren blijft toenemen. De ambulancezorg is een belangrijke speler in de acute zorgketen: vaak is de ambulance als eerste ter plaatse bij een patiënt bij een ongeval, of bij de patiënt thuis. De ambulance is de verbindende factor tussen «thuis» en de spoedeisende hulp, van huisarts(enpost) naar ziekenhuis. En ook verzorgt de ambulance het vervoer van patiënten vanuit het ziekenhuis naar vervolgzorg of terug naar huis.

Goede en tijdige ambulancezorg is van groot belang. In Nederland kunnen we trots zijn op de ambulancezorg. De ambulanceverpleegkundige en -chauffeur staan vrijwel dagelijks voor cruciale keuzes. Soms rijden ze met loeiende sirenes, maar lang niet altijd. Want de ambulance wordt ook ingezet voor gepland vervoer van patiënten en om stand-by te staan op de ambulancepost.

In 2017 is ruim 1.313.000 keer een ambulance ingezet. Ruim 975.000 van deze ambulance inzetten was een spoedeisende (A1 en A2) inzet, in ruim 335.000 gevallen ging het om planbaar ambulancevervoer. De totale groei tussen 2012–2017 in het aantal patiënten met een spoedeisende inzet is gemiddeld 5,1% per jaar, dat wil zeggen van ruim 774.000 in 2012 naar ruim 975.000 ritten in 2017. De gemiddelde groei op basis van demografische ontwikkelingen is 1,4%. De autonome groei van het landelijk totaal aantal spoedeisende inzetten is daarmee 3,7%². Een kleine 6.000 ambulancemedewerkers in Nederland zetten zich in de meldkamer en op de ambulance met hart en ziel in om hulp te verlenen aan wie dat nodig heeft. Aan de telefoon en bij de patiënt worden ze geconfronteerd met bezorgdheid en paniek, nare ongevallen en aandoeningen en soms ook

¹ Kamerstuk 29 247, nr. 267

² Kamerstuk 29 247, nr. 236

met levensbedreigende situaties. Ze stellen gerust en verlenen zorg van hoogstaande kwaliteit.

Naast de hoge kwaliteitseisen aan apparatuur in de ambulance, hebben we ook toegewijd en hoog opgeleid personeel op de ambulance en in de meldkamer. Want daar begint het proces van ambulancezorgverlening; aan de telefoon in de meldkamer, waar de verpleegkundig opgeleide centralist uitvoering geeft aan intake, indicatiestelling, zorgtoewijzing en -coördinatie, zorginstructie en eventueel nazorg als daar behoefte aan is. Patiënten waarderen de Nederlandse ambulancezorg heel goed: met een negen³. De waardering van patiënten voor de meldkamer bij spoedeisende ambulancezorg is in 2017 een 8,6⁴.

Beeld van de sector volgens de IGJ

De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) geeft aan dat, op basis van het incidenten- en risicogestuurde toezicht, kan worden geconcludeerd dat binnen de ambulancezorg de kwaliteit van de geleverde zorg goed is. Het beeld dat IGJ van de ambulance-aanbieders heeft is er een van goed besef van de door hen te leveren kwaliteit van zorg en sturing op de levering van die kwaliteit. Tijdigheid is daarvan een onderdeel, maar niet het enige aspect dat IGJ in haar toezicht betreft.

De sector zelf is actief op het aspect van kwaliteit van de zorg en heeft kwaliteitsindicatoren ontwikkeld voor sturing op die kwaliteit. In haar toezicht op de Regionale Ambulance Voorzieningen (RAV's) beoordeelt de IGJ – zoals ze dat doet bij alle aanbieders van zorg- een complex aan factoren die gezamenlijk een beeld vormen van de kwaliteit van zorg. Deze indicatoren maken daar onderdeel van uit. Naast de wijze waarop wordt gestuurd op de kwaliteit van zorg, gaat het dan onder meer om naleving van diverse richtlijnen en protocollen, hygiëne, professionalisering van het personeel en om goed bestuur.

Mede gezien het feit dat de 15-minutennorm jarenlang slechts door een kleine minderheid van de RAV's werd behaald, heeft de IGJ hier aandacht voor gehad. De IGJ heeft het algemene beeld vastgesteld dat er constante focus is en blijft bij de ambulancevervoerders op het verbeteren van de responstijden. Met de IGJ heb ik grote waardering voor deze inzet van de sector. De bestuurders van de RAV's leggen vooral veel nadruk op het aantrekken en behouden van personeel en zo goed mogelijke afstemming in de keten. Dat de norm voor responstijden door het gros van de RAV's desondanks niet wordt behaald, is gelegen in externe factoren als een veranderende en toenemende zorgvraag en veranderingen in het zorglandschap. Deze liggen als zodanig buiten de invloedssfeer van bestuurders van de RAV's. Slechts indien niet afdoende wordt gestuurd op de factoren waar men wel invloed op heeft om in te spelen op deze externe ontwikkelingen, is ingrijpen door de IGJ aan de orde. Dat is slechts een enkele keer het geval geweest. Het nog meer focus leggen op het behalen van deze norm zou tot effect kunnen hebben dat de bestuurders (optische) maatregelen nemen om ogenschijnlijk aan de norm te voldoen zonder dat dit een relatie heeft met de kwaliteit van zorg. Hoewel de 15-minutennorm hierdoor zou worden behaald, is het de vraag of de patiëntveiligheid en de kwaliteit van zorg hiermee zijn gediend. De IGJ ziet tijdigheid als een onderdeel van die kwaliteit.

De IGJ heeft geen aanwijzingen dat andere aspecten van kwaliteit structureel in gevaar zijn. Jaarlijks worden er ongeveer 75 calamiteiten bij

³ De Consumer Quality Index (CQI) spoedeisende ambulancezorg, 2016

⁴ Bron: «Kwaliteit van ambulancezorg vanuit het perspectief van patiënten», Nivel, 2017

de IGJ gemeld waarbij de ambulancezorg betrokken was. Tijdigheid van zorg speelt bij deze calamiteitenmeldingen geen rol van betekenis. Dit alles wil niet zeggen dat er geen ruimte is voor verbetering binnen de ambulancezorg. Belangrijke ontwikkelingen binnen de ambulancezorg kunnen zeker tot verbetering leiden. De IGJ doelt daarbij op zorgcoördinatie (gezamenlijke beoordeling van een acute zorgvraag), functiedifferentiatie (de juiste ambulancezorgverlener voor de juiste acute zorgvraag) en het inrichten en sturen op (inhoudelijke) zorgindicatoren (met het ontwikkelen van een inzichtelijk kwaliteitskader). De IGJ ziet goede initiatieven op deze onderwerpen opgestart in de sector. Bijvoorbeeld de start van een medium-care ambulance waarbij een verdergaande zorg op maat wordt geleverd. Dit geeft een positief effect op het ontlasten van de ALS-ambulance⁵ op A1- en A2-ritten. En het vergroot de instroom van nieuw personeel, immers dit trekt basisverpleegkundigen in de sector. Er is zo meer mogelijkheid tot functiedifferentiatie. Ook zijn er evidence-based 7 indicatoren ontwikkeld, waarbij in de sector zicht op de kwaliteit van zorg geobjectiveerd wordt weergegeven⁶. Dit kan worden benut voor structurele doorontwikkeling van de sector. De IGJ volgt dit nauwgezet.

Beeld van de sector volgens de NZa

De NZa geeft in het zorgplichtonderzoek uit 2016⁷ en in de marktscan acute zorg 2017⁸ aan dat de oorzaken van het niet halen van de 15-minutennorm veelzijdig zijn en per regio kunnen verschillen. De oorzaken zijn niet allemaal even eenvoudig of op korte termijn op te lossen. Genoemd worden onder andere een tekort aan gespecialiseerde verpleegkundigen, belemmeringen door geografie, infrastructuur en landelijke ligging, en grote productiestijgingen, onder andere door:

- een toenemend aantal (kwetsbare) ouderen dat langer thuis blijft wonen en patiënten die sneller worden ontslagen uit het ziekenhuis;
- een toenemende vraag van verwijzers. Zowel zorginstellingen als de huisarts verwijzen vaker naar de ambulancezorg. Zo rijdt in sommige regio's de ambulance bijvoorbeeld in de avond, nacht en weekenduren voor de huisarts;
- een mondige burger. Burgers bellen makkelijker (met hun mobiele telefoon en door voorlichtingscampagnes) 112 en weten vaker welke antwoorden zij moeten geven om de inzet van ambulancezorg kansrijker te maken.

Dit heeft, naast een stijgende vraag naar ambulancezorg, ook tot gevolg dat er sprake is van een veranderende aard van de ambulancezorgvraag, verschuivend van A1-inzetten naar ambulancezorg ter plaatse zonder vervoer én gepland vervoer.

De NZa ziet nu dat zorgverzekeraars zich duidelijk inspinnen om de RAV's beter te laten presteren, nu zij zich sinds 2016 realiseren dat het behalen van de responstijden deel uitmaakt van hun zorgplicht. De representende verzekeraars zijn in intensief overleg met de RAV's, maken financiële en prestatieafspraken over responstijden, monitoren deze en sturen bij.

De landelijke cijfers over de responstijden 2018 zijn in het begin van de zomer beschikbaar. De NZa bespreekt (half) jaarlijks of per kwartaal met zorgverzekeraars de individuele regio's waarbij de aanrijdtijden achterblijven. Op basis van deze gesprekken constateert de NZa tienden van

⁵ ALS-ambulance staat voor Advanced Life Support- ambulance. Het is de meest geavanceerde ambulance die wordt ingezet voor hoog complex vervoer.

⁶ <https://www.ambulancezorg.nl/themas/public-affairs/facts-figures>

⁷ Kamerstuk 29 247, nr. 223

⁸ Kamerstuk 29 247, nr. 236

procenten vooruitgang tussen 2016 en 2018 in de responspercentages van RAV's. Tijdens de gesprekken over de individuele regio's blijkt dat dit onder andere komt door aanpassing van capaciteit, verbetering van de samenwerking in de keten, afspraken over burenhulp, scheiding van het planbare vervoer en spoedzorg (door middel van zorgdifferentiatie), het opleiden van extra personeel en het verlagen van het ziekteverzuim. Helaas is dit, door de bovengenoemde oorzaken, geen garantie dat de 15-minutennorm in 2018 en 2019 door meer regio's wordt gehaald.

Om ervoor te zorgen dat de RAV's en zorgverzekeraars geen (financiële) belemmeringen ervaren bij die verbetering van de responstijden, houdt de NZa in gesprekken met Ambulancezorg Nederland (ZN) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) de vinger aan de pols. Zo wordt periodiek besproken of er voldoende (financiële) mogelijkheden zijn voor het opleiden van extra personeel. Ook heeft de NZa voor 2019 flex-budget mogelijk gemaakt, waardoor verzekeraars en RAV's nog beter kunnen contracteren wat er nodig is, passend bij regionale wensen. Zo is onder andere de vrije marge uitgebreid, waardoor er betere maatwerkafspraken mogelijk zijn om de responstijden van de ambulances verder te verbeteren (bijvoorbeeld voor de aanschaf van extra ambulances). Ook is er een nieuwe mogelijkheid gecreëerd voor het declareren van loonkosten van personeel (dat nodig is voor de inzet van die extra ambulances). Als laatste is financiële ruimte gemaakt voor vergoeding van zorgcoördinatie in 3 pilotregio's. Bij zorgcoördinatie wordt een (acute) zorgvraag van een patiënt door de acute zorgverleners (triagist van de huisarts, de wijkverpleging en de verpleegkundige centralist ambulancezorg) gezamenlijk beoordeeld. Hierdoor wordt samenwerking tussen zorgaanbieders verder verbeterd, zodat patiënten zo snel mogelijk zorg op de juiste plek ontvangen. Dit initiatief wil de NZa graag mogelijk maken en de NZa denkt dan ook graag verder mee met AZN en ZN in de uitwerking hiervan.

Het beschikbare budget voor ambulancezorg is tussen 2012 en 2019 met gemiddeld 5,3% per jaar gegroeid van ruim € 460.000 in 2012 tot ruim € 670.000 in 2019. Het creëren van financiële ruimte biedt echter slechts een gedeeltelijke oplossing. Het kan bijvoorbeeld zo zijn dat als gevolg van personeelstekorten, het beschikbare budget voor ambulancezorg niet volledig kan worden besteed.

Kwaliteit en de 15-minutennorm

De afgelopen jaren is zowel door de sector zelf, als ook door de toezichthouders NZa en IGJ de nodige focus gelegd en inzet gepleegd op het verbeteren van de responstijden. Dat heeft ook effect gehad. De RAV's, ambulancezorgprofessionals en zorgverzekeraars houden, ondanks de forse groei van spoedeisende inzetten van ruim 774.000 in 2012 naar ruim 975.000 in 2017 én de tekorten aan gespecialiseerde verpleegkundigen, de responstijden al jarenlang op niveau. Dit verdient een compliment. Ook de kwaliteit van de geleverde ambulancezorg over de gehele linie is op orde. Toch blijkt door (onder andere externe) factoren het zeer lastig om overal de 95% te halen. Daarbij is het van belang dat als het gaat om ambulancezorg de 15-minutennorm niet de enige norm is. Goede zorg is immers óók een wettelijke norm en tijdigheid is daarvan slechts één onderdeel. Het gaat er niet alleen om dat een hulpverlener snel ter plekke is, maar ook dat die hulpverlener beschikt over voldoende kennis en vaardigheden, de goede zorg kan leveren, en hierbij goed samenwerkt met andere zorgverleners binnen de keten.

De 15-minutennorm heeft geen medische onderbouwing. Hij wordt als eerste aangetroffen in de «Wet Ambulancevervoer» (Wav) die vanaf 1971 in werking treedt. Het is een norm die primair op grond van maatschappe-

lijke overwegingen is vastgesteld in een tijd dat een ambulance nog puur om vervoer ging en niet om hoogwaardige professionele zorgverlening. Dit neemt niet weg dat de 15 minuten norm binnen het wettelijke kader de norm is voor tijdigheid van spoedeisende ambulancezorg.

De responstijd is opgebouwd uit een aanname en uitgifte tijd, uitruktijd en aanrijtijd. In de aanname en uitgifte tijd, beantwoordt de verpleegkundig centralist op de meldkamer de telefoon en start met de zorgverlening door beoordeling van de zorgvraag en zorginstructie aan de melder (in afwachting van de zorgverlening ter plaatse). Ook stelt de verpleegkundig centralist vast of de inzet van een ambulance noodzakelijk of gewenst is en met welke urgentie. De tijdsduur tussen het alarmeren van de ambulance-eenheid en het daadwerkelijk vertrek van de ambulance is de uitruktijd. De aanrijtijd omvat de tijdsduur vanaf het moment waarop de ambulance is vertrokken tot het moment dat de ambulance arriveert bij de plaats zo dicht mogelijk bij de patiënt waar de ambulance nog kan komen.

De 15-minuten norm wordt in artikel 7 lid 1 van de Regeling Tijdelijke wet ambulancezorg (Twaz) benoemd en luidt: «De Regionale Ambulancevoorziening zorgt ervoor dat onder normale omstandigheden in ten minste 95% van de A1-meldingen een ambulance binnen 15 minuten na aanname van de melding ter plaatse is. De Regionale Ambulancevoorziening kan hier in overleg met de zorgverzekeraars in de regio gemotiveerd van afwijken.»

In 2017 werd de 15-minuten norm in 3 van de 24 regio's gehaald⁹. Alle 25 regio's waren in 95% van de gevallen binnen 18 minuten bij de patiënt. De landelijke gemiddelde responstijd bij een A1-inzet lag in 2017 op 9 minuut 41 seconde, dit is al zes jaar vrij stabiel (9:26, 9:25, 9:29, 9:39, 9:40 minuten).

Tussen 2012 t/m 2017 zijn de landelijke gemiddelde responspercentages blijven schommelen tussen de 92,4 en 93,4%. Wel zien we dat in die periode de hoeveelheid ambulances met 9% is gestegen van 725 naar 790 en het totaal aantal ritten met 17% is gestegen van 1.1 miljoen naar ruim 1.3 miljoen. Oftewel, er is de afgelopen jaren flink geïnvesteerd in het aantal ambulances en die is de sector veel efficiënter gaan gebruiken. Het is heel bijzonder dat een sector zo'n grote efficiëncyslag kan maken en gelijkblijvende prestaties laat zien. Dit is mede te danken aan een toename van het aantal standplaatsen met 13 procent van 207 naar 234, waardoor er betere spreiding is van ambulances¹⁰.

In artikel 2 lid 3 van de Regeling Twaz is hierover opgenomen dat de spreiding van de standplaatsen in een regio zodanig is dat in de desbetreffende regio minstens 97% van de bevolking binnen 15 minuten responstijd kan worden bereikt door een ambulance¹¹. De spreidingsnorm wordt in 2017 in alle regio's gehaald, heeft het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) berekend. In 9 van de 24

regio's is het percentage 100%. De twee regio's met de laagste dekkinggraad zijn Gelderland Midden (97,4%) en Zuid-Holland Zuid (98%). In totaal kan in theorie 99,6% van de Nederlanders binnen de 15 minuten bereikt worden¹².

⁹ De (door het RIVM) geverifieerde cijfers over 2018 worden in de zomer 2019 bekend in het tabellenboek van AZN.

¹⁰ Tabellenboek ambulancezorg 2017

¹¹ Kamerstuk 29 247, nr. 247

¹² <https://www.volksgezondheinzorg.info/onderwerp/acute-zorg/regionaal-internationaal/ambulancezorg#node-inwoners-binnen-bereik-van-een-ambulancestandplaats-rav-regio>

De 15-minutennorm nader beschouwd

De norm spreekt over «onder normale omstandigheden», terwijl de responstijden in de praktijk onder *alle* omstandigheden worden gemeten. Het is voor RAV's ondoenlijk om de «niet-normale omstandigheden» van tevoren uitputtend te definiëren om vervolgens de ritstatistieken van de RAV's op basis daarvan op te schonen. Het is daarom goed om een beeld te hebben van hoe niet-normale omstandigheden van invloed zijn op de responstijden, teneinde de 15-minutennorm in perspectief te plaatsen. Als een RAV een aantal keer per jaar te maken heeft met niet-normale omstandigheden, heeft dit een dermate negatief effect op de responstijden, dat dit in de rest van het jaar bijna niet meer te herstellen is.

Door plotselinge gebeurtenissen, zoals een verkeerscongestie, gelijktijdigheid van spoedmeldingen, weersomstandigheden, een tijdelijke stop op een SEH of een groot incident, ontstaan er meteen langere responstijden en langere rijtijden (waardoor ambulances voor lange tijd niet beschikbaar zijn voor een volgende melding). Ondanks voorzorgsmaatregelen is hier moeilijk op in te spelen. Door goede afspraken met buur-RAV's en flexibiliteit in de organisatie en van betrokken personeel, wordt er zo goed als kan geplooid naar de nieuwe omstandigheden. Te denken is aan RAV Limburg Zuid die in 2018 bij een groot incident in de nacht alle ambulances heeft ingezet. Door samenwerking met RAV Limburg-Noord en de Duitse collega's, en door de vroege diensten eerder te laten opkomen, is het deze RAV gelukt om ook capaciteit te realiseren voor reguliere meldingen.

Door langdurige en grootschalige infrastructurele projecten wordt het voor RAV's door afsluitingen en omleidingen soms moeilijk hun responstijden te halen. Zo heeft bijvoorbeeld RAV Gooi- en Vechtstreek door de verbreding van de A1 bij Muiderberg langdurig hinder ondervonden, doordat de afrit bij de Hackelaar twee jaar afgesloten is geweest. Doordat ambulances moesten omrijden via Weesp werden de aanrijtijden aanzienlijk verlengd. Eenzelfde ervaring heeft RAV-Limburg Zuid gehad, waar de aanleg van de buitenring Parkstad voor langdurige wegwerkzaamheden heeft gezorgd. Deze RAV heeft daarop ingespeeld door in Kerkrade (hoog volume, veel werkzaamheden) een jaar lang een voorwaardenscheppende-post¹³ in te richten.

Naast bovengenoemde kanttekeningen, is het goed om nogmaals te benadrukken dat tijdigheid een belangrijk onderdeel is van de kwaliteit van ambulancezorg en daarmee een belangrijk onderdeel moet blijven in ketenbrede kwaliteitsnormen van de keten van de acute zorg. Ik ben er, samen met de sector, van overtuigd dat dit zal bijdragen aan verdere verbetering van de kwaliteit van zorg aan de patiënt. Als praktisch invulling hiervan noem ik als voorbeeld RAV Hollands Midden, die vanuit de ambulance videobeelden en echo's doorstuurt naar artsen in het ziekenhuis. Ook kunnen meetwaarden zoals hartritme, bloeddruk en ademhaling worden verzonden. Voordelen voor de ambulance zijn dat doordat de gegevens direct kunnen worden verzonden, een arts vanuit het ziekenhuis kan meekijken met de ambulancemedewerkers en samen met hen beslissen wat op dat moment de beste behandeling is voor een patiënt. Daarnaast zijn artsen al voordat de patiënt het ziekenhuis heeft bereikt precies op de hoogte van wat er met hem of haar aan de hand is en welke behandeling al is gestart. Ook kan een arts ingrijpen als iemand onnodig een ambulance heeft gebeld, om te voorkomen dat mensen naar

¹³ een rit in opdracht van de centralist waarbij de ambulance-eenheid naar een door de centralist bepaalde plaats rijdt om de beschikbaarheid van de ambulancezorg te waarborgen.

de spoedeisende hulp worden vervoerd terwijl ze daar eigenlijk niet thuishoren.

Of het Call to Needle project bij RAV Noord-Holland Noord. Met een «Call to Needle» dashboard wordt het tijdsverloop van de hele keten van spoedeisende zorg bij een beroerte inzichtelijk gemaakt. Het dashboard toont alle data van het proces van een 112-melding (call) tot en met de trombolysebehandeling (needle). Door alle stappen in het behandelproces in kaart te brengen met data, is inzichtelijk geworden waar tijd verloren gaat en welke handelingen sneller kunnen of eventueel gelijktijdig kunnen worden uitgevoerd. Door handelingen eerder of juist later in het proces uit te voeren, worden kostbare minuten gewonnen. In nauwe samenwerking met een aantal ziekenhuizen is de tijd van Call to Needle vele minuten verkort, bij sommige gevallen zelfs met 20 minuten. Eén van de verbeteringen die is doorgevoerd om tijdwinst te boeken is dat het ambulancepersoneel nu al ter plekke de stollingswaarde bij de patiënt meet. Deze efficiëntieslag zorgt ervoor dat de patiënt sneller het stolsel oplozend middel krijgt van de trombolysebehandeling.

Ik noem beide voorbeelden hierboven omdat ik de inventiviteit en de organisatiekracht van de ambulancesector bewonderingswaardig vind. Natuurlijk hoop ik dat dergelijke voorbeelden navolging krijgen en stimuleer ik dat waar nodig.

Standpunt en aanpak

Uiteraard blijven alle betrokken partijen de komende periode streven naar het behalen van de wettelijke norm en daarbij altijd het oog houden voor het bredere kwaliteitskader van de ambulancezorg. In gesprek met ZN, AZN en de toezichthouders (NZa en IGJ) op 5 en 27 maart jongstleden heb ik deze ambitie uitgesproken: blijven werken aan verdere verbetermogelijkheden en – maatregelen. Ik wil stap voor stap verbetering blijven zien van de responstijden. De NZa constateert tienden van procenten vooruitgang en ik wil dat dat zich voortzet. Zeker ook gezien de voorspelling van de NZa (met RIVM) dat op basis van de autonome groei over 2014–2017 en de demografische ontwikkelingen, het aantal patiënten met een spoedeisende inzet tussen 2016–2025 met gemiddeld 5,1% per jaar zal stijgen naar een kleine 1,5 miljoen inzetten in 2025¹⁴.

Een makkelijke oplossing is er niet, verwachtingenmanagement is van belang. Extra ambulances in alle gemeenten toevoegen is geen toekomstvaste oplossing. Niet alleen vanuit doelmatigheidsoverwegingen, maar ook vanwege kwaliteitsoverwegingen is dat geen goed idee. Als voorbeeld een regio waar een standplaats is toegevoegd, van waaruit gemiddeld drie inzetten per 24 uur worden verzorgd. Dat vertaalt zich naar gemiddeld één inzet gedurende een dienst van acht uur. Voor medewerkers betekent dit dat zij tijdens een dergelijke dienst weinig te doen hebben. Dit is niet alleen slecht voor het werkplezier, maar het is ook slecht voor de bekwaamheid van medewerkers. Om optimaal bekwaam te blijven, moeten medewerkers immers in de praktijk geregeld bepaalde handelingen verrichten.

Wat gaan we wel doen:

1. De sector ontwikkelt een kwaliteitskader ambulancezorg, waarin wordt toegewerkt naar zorgnormen. Hiermee wordt de 15-minutennorm een onderdeel van een breder palet aan kwaliteitsnormen. De sector denkt onder meer aan de volgende normen: de doorlooptijd beroerte (CVA), tijdigheid van A1, A2 en B-inzetten, patiëntervaringen spoedeisende en

¹⁴ Kamerstuk 29 247, nr. 236.

planbare ambulancezorg, veiligheid gemeten door bijvoorbeeld infectiepreventie, het ziekteverzuim en pijnbehandeling bij traumapatiënten. Zo geeft de sector uiting aan de roep van ambulancezorgprofessionals dat zij meer zijn dan tijdrijders en dat zij af willen van de eenzijdige fixatie op de 15-minutennorm.

Het kwaliteitskader ambulancezorg wordt een landelijk kader dat de kwaliteit meetbaar en inzichtelijk maakt. Het bevat een samenhangende set inhoudelijke en procesmatige kwaliteitssignalen. Voor de zomer 2019 wordt een eerste versie van het kwaliteitskader vastgesteld door AZN. Ook wordt er een implementatie- en doorontwikkelagenda opgeleverd.

2. Uitvoering geven aan het actieplan ambulancezorg dat ik samen met AZN en ZN heb opgesteld en eind 2018 heb ondertekend. Het actieplan ambulancezorg bevat maatregelen die moeten leiden tot het verbeteren van de responstijden voor spoedeisende ambulancezorg, betere samenwerking in de hele keten van de acute zorg en effectievere inzet van ambulancezorg.

Op 27 maart hebben AZN, ZN en ik nogmaals benadrukt dat het actieplan geen papieren werkelijkheid is. We blijven volop inzetten op de uitvoering van het actieplan. Drie acties wil ik hier benoemen.

Zo gaat de ambulancesector zich versneld inzetten op de evaluatie en herinrichting van de urgentieclassificatie in de ambulancezorg. Streven is de juiste zorg door de juiste zorgverlener op het juiste tijdstip op de juiste plaats te bieden. Dit vraagt om samenwerking binnen de acute zorg keten en om zorgcoördinatie. Een meer gemeenschappelijke taal helpt daarbij. Hieruit voortvloeiend is in het actieplan tevens een verfijning van triagecategorieën voorzien. AZN geeft aan dat niet alle A1-inzetten echt A1-inzetten zijn. De sector werkt toe naar een kader waardoor de echte levensbedreigende spoedmeldingen worden geïsoleerd van de meldingen die iets minder spoed hebben, vergelijkbaar met het urgentieclassificatiesysteem van de huisartsenposten¹⁵. Snel wat echt snel moet en soms iets meer tijd nemen waar het kan. Nivel voert een internationale verkenning uit die voor de zomer 2019 klaar is. Daarna gaat AZN samen met zorgpartners en beroepsbeoefenaren een nieuwe urgentie-indeling ontwikkelen.

Los van dit structurele traject, gaat de ambulancesector onderzoeken wat de mogelijkheden zijn om op korte termijn op verantwoorde wijze scherper af te bakenen welke urgentie de zorgvraag van patiënten heeft. Anders gezegd: vooruitlopend op de nieuwe urgentie classificatie wordt nu al gekeken naar welke A1-inzetten acuut en minder acuut zijn. Het doel hiervan is de ALS-verpleegkundigen zoveel mogelijk vrij te spelen voor de inzetten met de grootste spoed. Deze «strakkere triage» kan vanaf 2020 binnen de pilots zorgcoördinatie beproefd gaan worden.

Omdat niet elke melding aan te rijden is met ambulances en omdat voor sommige aandoeningen, bijvoorbeeld een reanimatie, zelfs de 15 minuten responstijd te lang is, is adequate burgerhulpverlening door middel van borstcompressie, beademing en defibrillatie met een AED van absoluut belang. Alle RAV's in Nederland hebben in gezamenlijkheid via de Stichting HartslagNu één landelijk systeem ingericht om burgerhulpverleners te alarmeren die met gebruik van een AED hulp kunnen bieden in geval van een hartstilstand. Daarnaast treden individuele RAV's in gesprek met gemeenten om te bevorderen dat er adequate netwerken van

¹⁵ de streefnorm voor de triage op de huisartsenpost zijn de urgenties van de Nederlandse Triage Standaard (NTS) met de urgentieniveaus U0 t/m U5.

burgerhulpverlening ontstaan. Zo heeft de RAV Utrecht recent een samenwerkingsovereenkomst gesloten met alle 26 gemeenten in haar regio. Diverse gemeenten dragen op dit moment al financieel bij aan de AED-hulpverlening. De Hartstichting schrijft gemeenten aan die nog niet bijdragen om ook een financiële bijdrage te gaan leveren om ervoor te zorgen dat deze hulpverlening ook in de toekomst in stand blijft. Ik vind dit een heel goed initiatief dat mijn volle steun heeft. Dit heb ik onlangs in een brief bij het schrijven van de Hartstichting aan deze gemeenten laten weten.

3. Vanuit AZN en VWS wordt ingezet op (het mogelijk maken van) het opleiden en behouden van personeel dat breed inzetbaar is in de ambulancezorg, wat een belangrijke voorwaarde is voor goede zorg.

Voorheen konden enkel BIG-geregistreerde verpleegkundigen met een diploma tot IC-verpleegkundige, SEH-verpleegkundige of anesthesiemedewerker instromen in de opleiding tot ambulanceverpleegkundige. De sector is er in geslaagd om vanaf 2016 een groeiend aantal ambulanceverpleegkundigen op te leiden; van 118 in 2015, naar 140 in 2016, 177 in 2017 en 179 in 2018. Om dit mogelijk te maken heeft de Academie voor Ambulancezorg de opleidingscapaciteit vergroot en het aantal instroommomenten verhoogd van vier naar elf per jaar. De raming van het Capaciteitsorgaan laat zien dat de instroom in de opleiding verder omhoog moet. Daarom zijn er diverse initiatieven gestart om de instroommogelijkheden tot de opleiding te verbreden. Zo kunnen nu ook CCU-verpleegkundigen in de opleiding tot ambulanceverpleegkundige instromen. En is bij de RAV Groningen dit voorjaar een opleiding voor verpleegkundigen zonder voorafgaande specialisatie gestart en starten in september 2019 zeven RAV's met deze opleiding bij de Academie voor Ambulancezorg. Deze professionals doorlopen een langer opleidingstraject dan verpleegkundigen die reeds een specialistische vervolgopleiding hebben afgerond. De kwaliteit wordt geborgd via het College Zorgopleidingen (CZO).

In de sector is ook de functie van Bachelor Medische Hulpverlener (BMH) geïntroduceerd. Tot en met 2018 zijn er 28 afgestudeerde BMH'ers ingestroomd in de ambulancezorg. Sinds september 2018 kent de opleiding tot BMH ook een duale variant voor ambulancechauffeurs. Inmiddels zijn 17 ambulancechauffeurs uit de sector gestart met deze opleiding. In september start naar verwachting een nieuwe groep ambulancechauffeurs.

Naast verbreding van de instroom wordt de komende jaren gewerkt aan duurzame verbetering van het opleidingsaanbod voor gespecialiseerde verpleegkundigen.

Met het project CZO Flex Level (van NFU en NVZ) wordt er toegewerkt naar een modulair stelsel van functiegerichte vervolgopleidingen die met de veranderingen in de zorg kan meebewegen. De opleidingen binnen de ambulancezorg vallen binnen het themacluster acute zorg. In dit themacluster wordt samen met de professionals vanuit de praktijk de overlap en verschillen tussen de acute zorgopleidingen zichtbaar gemaakt. Vervolgens wordt met de zorgprofessionals, zorginstellingen en opleidingsinstellingen een nieuw, flexibel en modulair opleidingsaanbod ontwikkeld, zodat er functiegericht opgeleid kan worden en verpleegkundigen flexibeler inzetbaar zijn. VWS volgt deze ontwikkelingen met belangstelling en steunt de prioritaire themaclusters Acute zorg en Moeder & kind.

In het actieplan ambulancezorg is afgesproken dat de ambulancesector, in samenhang met ketenpartners, zorgdifferentiatie verder vorm en inhoud

geeft. Samen met VWS en de IGJ, verkent de sector de mogelijkheden om pilots te faciliteren, wanneer die de kwaliteit van zorg vergroten – of gelijk laat waarbij het werk wel meer aansluit bij wensen van medewerkers.

Zo loopt bij RAV Ambulance Amsterdam, RAV Haaglanden en RAV Rotterdam Rijnmond momenteel een pilot met de inzet van de medium care ambulance. De pilot onderzoekt een vorm van zorgdifferentiatie en een extra niveau in het planbare ambulancevervoer, dat tussen de ALS-ambulance (high care) en de zorgambulance (low care) ligt. Hierbij staat high care ambulancezorg (naast het acute spoedvervoer) voor overplaatsingen waarbij inzet plaatsvindt van een ambulanceverpleegkundige (ALS, waarbij er sprake is van bedreigde of gestoorde vitale functies), medium care ambulancezorg voor vervoer van patiënten na eerste diagnostiek en/of eerste behandeling (waarbij tijdens het vervoer verpleegkundige zorg en begeleiding, en continue monitorbewaking nodig is) en low care ambulancezorg voor zorgambulancevervoer, zoals omschreven in het kwaliteitskader zorgambulance. Deze pilot biedt mogelijk een deeloplossing voor het duurzaam inzetbaar houden van ambulancezorgprofessionals, de personeelsschaarste, de toegenomen vraag naar acute ambulancezorg, de toenemende druk op de acute zorgketen en een betere aansluiting op de behoefte van de ketenpartners, teneinde niet altijd een ALS ambulance in te hoeven zetten.

Ook heb ik onlangs toestemming gegeven aan de pilot «Verpleegkundig specialist op straat» van de RAV Brabant Midden West Noord, in het kader van functiedifferentie van de verpleegkundig specialist acute zorg binnen de ambulancezorg. Praktisch wordt de pilot vormgegeven door de verpleegkundig specialist in Tilburg 7 dagen per week, 10 uur per dag in te zetten als Rapid-Responder binnen de ambulancezorg. Op meldkameniveau wordt onderzocht welke patiënten in aanmerking komen voor een consult van de verpleegkundig specialist acute zorg en deze van tevoren zo goed mogelijk te segmenteren. Streven is dat deze pilot gaat resulteren in een aangepast en passend zorgaanbod van de RAV op de toenemende en complexere hulpvraag van de patiënt en een vermindering van (onnodige) presentaties in de tweede lijn. Dit initiatief past binnen de voornemens van AZN, zoals geformuleerd in het actieplan ambulancezorg, om beleid te ontwikkelen om verpleegkundig specialisten en physician assistants op meer passende wijze binnen de RAV in te zetten en in onze gezamenlijke ambitie om in te zetten op «alleen een ambulance waar het echt moet, andere zorg waar het kan».

Functiedifferentiatie draagt bij aan loopbaanperspectief, duurzame inzetbaarheid van medewerkers en aan beschikbaarheid van hoogopgeleide medewerkers voor de spoedritten. Anders opgeleiden inzetten voor spoedritten (bijvoorbeeld BMH-ers) of juist voor andere ritten (bijvoorbeeld medium care verpleegkundigen), komt de realisatie van de 15 minuten norm voor spoedritten ten goede.

In de Tijdelijke wet ambulancezorg is geregeld dat in een algemene maatregel van bestuur (amvb) nadere regels worden gesteld met als doel te verduidelijken wat onder een ambulancezorgprofessional wordt verstaan. Na aanvaarding van het amendement Gerbrands¹⁶ dat stelt dat spoedeisende ambulancezorg alleen geleverd mag worden door ambulanceverpleegkundigen, mogen ambulancezorgprofessionals (niet zijnde ambulanceverpleegkundigen) alleen niet-spoedeisende ambulancezorg leveren.

¹⁶ Kamerstuk 34 623, nr. 12.

In de bovengenoemde pilots worden verschillende vormen van ambulancezorg onderscheiden en wordt bezien of bepaalde zorgverleners bepaalde vormen van ambulancezorg goed kunnen leveren. Juist in deze tijd van arbeidsmarktkrapte, is het goed om verschillende vormen van functiedifferentiatie te onderzoeken. Uiteraard worden daarbij de grenzen van goede en veilige zorg in acht genomen. Nu in een amvb vastleggen wie ambulancezorgprofessionals zijn en wie welke ambulancezorg mag leveren, zou geen juiste prikkel geven voor dergelijke perspectiefvolle pilots. Dit is ook de mening van AZN en IGJ.

In een nieuwe wet voor de ambulancezorg, waarover ik u separaat rond de zomer zal berichten, wil ik innovaties en verbeteringen in kwaliteit en doelmatigheid niet belemmeren door in de wet vast te leggen wie als zorgverlener welke ambulancezorg mag leveren. Ik wil wel zorgen dat helder is welk niveau van bevoegdheid en bekwaamheid nodig is voor het verlenen van bepaalde vormen van ambulancezorg. Vanzelfsprekend staat daarbij goede en veilige zorg voorop. Hoger opgeleiden kunnen worden ingezet voor bijvoorbeeld planbare ambulancezorg, als dat nodig is vanwege de complexiteit van de zorg of wenselijk is voor hun duurzame inzetbaarheid en behoud voor de sector. Daarmee kom ik tegemoet aan de motie Ellemeet en Keijzer¹⁷.

4. Verzekeraars en ambulancediensten zorgen voor een optimale spreiding en beschikbaarheid van beschikbare ambulance capaciteit, onder andere door extra aandacht voor dynamisch ambulance management (DAM). Ook wordt er werk gemaakt van de juiste ambulancezorgverlener op de juiste zorgvraag op de juiste plek, door te experimenteren met extra inzet van rapid responders¹⁸ en bike-teams.

Als onderdeel van de gezamenlijke verbeterplannen die RAV's en zorgverzekeraars opstellen is een aantal maatregelen extra uitgelicht. Door middel van DAM, waarbij de meldkamer de vrije ambulanceteams continu zo goed mogelijk verdeelt over de regio door ze waar nodig te verplaatsen, wordt ten alle tijden geborgd dat er een optimale spreiding en beschikbaarheid is van beschikbare ambulance capaciteit. Er wordt samengewerkt, binnen de mogelijkheden en grenzen die het huidige personeelstekort geeft, aan de continue uitbreiding van de ambulancecapaciteit, het invoeren van extra dag-, avond- en/of nachtdiensten, extra 24-uursdiensten, het realiseren van nieuwe standplaatsen (inclusief dagen avonddiensten op die nieuwe posten) en het verplaatsen van standplaatsen.

Simpele maatregelen als de opkomstplaatsen verplaatsen van de derde etage naar de begane grond worden landelijk doorgevoerd, ten einde te zorgen voor een constante verbetering van de responstijden. Ook wordt er geëxperimenteerd met extra inzet van rapid responders¹⁹ en bike-teams in specifieke gebieden en stadsdelen, in de avonduren en op uitgaansavonden. Dit moet leiden tot een efficiëntere inzet van spoedeisende ambulancezorg met ALS ambulances en tot de juiste ambulancezorgverlener op de juiste zorgvraag op de juiste plek.

¹⁷ Kamerstuk 34 623, nr. 14.

¹⁸ Een rapid responder is een ambulanceverpleegkundige die ter plaatse geheel zelfstandig handelt, al dan niet in afwachting van de komst van een ambulance of andere zorgverlener. Het belangrijkste verschil met de reguliere ambulance is dat de rapid responder als solo-eenheid optreedt en niet kan vervoeren.

¹⁹ Een rapid responder is een ambulanceverpleegkundige die ter plaatse geheel zelfstandig handelt, al dan niet in afwachting van de komst van een ambulance of andere zorgverlener. Het belangrijkste verschil met de reguliere ambulance is dat de rapid responder als solo-eenheid optreedt en niet kan vervoeren.

5. Ook maak ik werk van het stellen van de juiste randvoorwaarden voor RAV-bestuurders, zodat zij een pro-actieve rol kunnen oppakken bij wijzigingen in het zorglandschap (bijv. sluitingen van SEH's). Dit is belangrijk voor het verhogen van de kwaliteit van de ambulancezorg.

In mijn gesprek op 27 maart heeft AZN aangegeven dat de RAV's goed betrokken moeten worden bij wijzigingen in het zorgaanbod van andere acute zorg ketenpartners. Ik ben het daarmee eens. De RAV is een volwaardige partner in het regionaal overleg acute zorgketen (ROAZ) en moet bij genoemde ontwikkelingen vroegtijdig worden betrokken. In het ROAZ worden knelpunten in de acute zorg besproken.

In de concept amvb acute zorg die u op 28 november 2018 heeft ontvangen²⁰ staat dat een ziekenhuis of huisartsenpost die overweegt het aanbod van acute zorg te sluiten, tijdig moet overleggen met onder andere de RAV(s) en zorgverzekeraars, om te zorgen dat er voldoende en adequate acute zorg, waaronder ambulancezorg, beschikbaar blijft. Ook heb ik in het actieplan ambulancezorg vastgelegd dat zorgverzekeraars met zorgaanbieders in de regio afspreken om voorgenomen wijzigingen in de eigen capaciteit die van invloed kunnen zijn op de prestaties van de ambulancezorg zo spoedig mogelijk te delen binnen het ROAZ en daardoor ook met de RAV.

Vooruitlopend op de inwerkingtreding van deze amvb, wordt in Drenthe en Zuidoost-Groningen in lijn met deze amvb te werk gegaan; de twee meest betrokken RAV's zitten in het «regieteam» waar de belangrijkste stakeholders uit de acute zorg gesprekken met elkaar voeren en in beeld brengen wat de effecten op de diensten die zij moeten leveren aan de patiënten zijn, als het zorglandschap gaat veranderen. Afsproken is dat die eerste stappen in de uitvoering van het plan ook pas gezet worden als de ambulancediensten de kans hebben gehad om de zorg en de diensten die zij leveren daarop aan te passen.

6. Het landelijk referentiekader spreiding en beschikbaarheid moet rekening houden met toekomstige groei en daarmee beter aansluiten bij de bedrijfsvoering van RAV's.

De spreiding en beschikbaarheid van ambulances in Nederland wordt berekend door het RIVM. Het referentiekader berekent de minimale spreiding van standplaatsen en het aantal ambulances dat per regio nodig is, om onder normale omstandigheden in ten minste 95% van de A1-meldingen een ambulance beschikbaar te hebben. Daarnaast wordt een zodanige spreiding van standplaatsen bepaald zodat in elke regio minstens 97% van de bevolking binnen 12 minuten rijtijd kan worden bereikt (met 3 minuten voor meld- en uitruktijd is dat totaal 15 minuten). Met bovenstaande twee uitgangspunten zouden de RAV's moeten kunnen voldoen aan de eis om onder normale omstandigheden in 95% van de A1-meldingen binnen 15 minuten een ambulance bij de patiënt te kunnen hebben.

Het huidige model berekent de minimaal benodigde capaciteit op basis van de vraag naar ambulancezorg zoals die zich *twee* jaar eerder voordeed. Praktisch gezien betekent dit dat de sector altijd achter loopt: concreet zijn RAV's en zorgverzekeraars immers nu nog bezig is met het aanvullen van ambulanc capaciteit als gevolg van de toename van de vraag naar ambulancezorg in 2017. Als de toename van de vraag naar ambulancezorg blijvend zal zijn (wat door het RIVM de komende tijd nog

²⁰ Kamerstuk 29 247, nr. 264.

wordt voorspeld) dan moet de huidige manier van capaciteit berekenen veranderen. Ik wil daarom het model door middel van indexatie toekomstgericht gaan maken, zodat de minimaal benodigde capaciteit op basis van de verwachte vraag naar ambulancezorg in het betreffende jaar wordt berekend. Dat nieuwe model kan vanaf 2021 in werking treden.

Daarnaast laat ik het RIVM onderzoeken of het rekenmodel zelf moet worden vernieuwd om elke RAV eenzelfde betere basis te geven voor het verlenen van goede en tijdige ambulancezorg. In dit traject wordt ook bezien of onder andere burenhulp beter geborgd kan worden in het model.

Verslag gesprek ambulancezorg Gelderland

Naar aanleiding van de motie van het lid Van der Staaij (SGP)²¹ hebben mijn medewerkers op 27 maart jongstleden gesproken met de (vertegenwoordiging namens) drie RAV's in de provincie Gelderland, de vier representerende zorgverzekeraars en een afvaardiging vanuit de gemeenten Ede, Zaltbommel en Nunspeet over de responstijden in de provincie Gelderland. Er is een constructief gesprek gevoerd, waarin de burgemeesters en wethouders, namens hun inwoners, uitgebreid hebben gesproken waar de zorgen liggen met betrekking tot de tijdigheid van ambulancezorg. De RAV's en de zorgverzekeraars hebben toegelicht welke acties er vanuit de verbeterplannen worden doorgevoerd en dat ze de kwaliteit van ambulancezorg (waar tijdigheid een onderdeel van is) echt heel serieus nemen. Er is gedeeld dat in de gehele regio geen sprake is van «verslechtering van ambulancezorg». Ondanks een toename van de vraag naar ambulancezorg en een tekort aan personeel, verbeteren de responstijden op regionaal niveau. Daar waar tijdigheid echt van belang is, spelen naast de genoemde RAV's, gemeenten een belangrijke rol. Onder andere door te investeren in het netwerk van burgerhulpverleners en door het gebruik en de beschikbaarheid van AED's te faciliteren. Ook in betreffende gemeenten wordt hier serieus werk van gemaakt. Afgesproken is dat op korte termijn een vervolgesprek zal zijn met een aantal Veluwe gemeenten, de zorgverzekeraars, de RAV's en de huisartsen(posten), met als doel te bezien waar extra op ingezet kan worden om nog betere zorg te leveren in die specifieke regio.

Tot slot

Met AZN en ZN en de toezichthouders heb ik afgesproken de ontwikkelingen goed te volgen. De voortgang van het actieplan bespreek ik over een aantal maanden weer met AZN en ZN. Ik zal uw Kamer hiervan op de hoogte stellen.

De Minister voor Medische Zorg,
B.J. Bruins

²¹ Kamerstuk 31 016, nr. 206.