

## **Toekomstige Wet Ambulance Zorg in relatie tot de pilot van het Haaglanden Medisch Centrum.**

### **Doel van de agendering**

Het is nog niet eerder in de afgelopen 9 jaar dat vanuit de raad zelf een discussiestuk wordt opgesteld. Het format is daarmee ook niet bekend, excuses indien zaken niet duidelijk genoeg zijn.

Het doel is om een discussie te hebben en vragen beantwoord te krijgen over de ambulancezorg in Wassenaar mede naar aanleiding van de pilot van Haaglanden Medisch Centrum. Er worden onomkeerbare besluiten genomen zonder dat er een garantie is zat de zorg hierdoor zal verbeteren. De zorgvraag zal toenemen waarbij de extramuralisering ook een rol speelt, ouderen wonen langer thuis, niet zelden met comorbiditeit.. Wassenaar wordt extra hard geraak omdat Wassenaar meer dan gemiddeld vergrijst, er komen meer bewoners in de regio en de verkeerscongesties zullen verder toenemen.

De vraag naar ambulancezorg zal niet gelijkblijven zoals de RAV Haaglanden aanneemt maar sterk toenemen.. De invloed van de vergrijzing is dus in Wassenaar duidelijk zichtbaar. Dit naast het feit dat Den Haag er 500.000 inwoners verkrijgt, de bouw van huizen op Valkenburg en het steeds drukker wordende verkeer is een reden dat wij over de zorg moeten nadenken. Als in ons land is vastgelegd dat bij gevaarlijke branden de brandweer binnen 6 of 8 minuten ter plaatse moet zijn waarom geldt dat dan niet voor acute medische hulp bij levensbedreigende situaties?

### **Aanleiding**

In de brief d.d.17-10-2018 (zie bijlage) aan het bestuur van de RAV Haaglanden constateert het algemeen bestuur van de Veiligheidsregio Haaglanden (VRH) dat de prestaties van de ambulancezorg al meerdere jaren achtereen achteruit gaat. Dat had als gevolg dat de prestaties niet alleen meer “lokaal” maar (binnen een aantal gemeenten in de regio) achterblijven maar dat de norm van 95% nu ook op regio-niveau niet meer wordt gehaald.

Het RAV bestuur heeft de complexe problematiek aan het bestuur van de VRH toegelicht en aangegeven welke stappen het RAV bestuur zet om de prestaties te verbeteren richting de norm van 95% , die als voorwaarde is opgenomen in de vergunning voor het uitvoeren van de ambulancezorg. Hierbij gaf het RAV bestuur aan dat over het jaar 2020 bij *gelijkblijvende omstandigheden* de norm van 95% *op jaarbasis* wel weer wordt gerealiseerd. De capaciteit was eind 2018 10% lager dan noodzakelijk en ondanks maatregelen voorzag het bestuur van de RAV Haaglanden dat door een capaciteitstekort de norm van 95% in 2018 en 2019 niet zou worden gehaald. Je kan je daarom afvragen of Wassenaar niet extra hard geraakt wordt omdat met alle beoordelingen de regio als kader wordt gezien.

Het algemeen bestuur van de VRH merkte vervolgens op dat “gelet op de ontwikkelingen binnen de regio, zorg (inclusief extramuralisatie) en demografie (bevolkingsgroei en vergrijzing) de vraag is of deze omstandigheden daadwerkelijk gelijk blijven”.

In maart 2019 zou het RAV Haaglanden en de portefeuillehouder “acute zorg” een toelichting geven aan het algemeen bestuur van de VRH over de stand van zaken. Het is ons niet bekend wat daar is uitgekomen.

**Om de discussie te starten zijn de volgende vragen mogelijk een beginnetje;**

## **VRH en de RAV**

- Hoe anticiperen de VRH en de RAV op de toenemende vraag, de personeelsproblemen en de complexere zorgvragen?
- Welke patiënten uit Wassenaar zijn al overleden bij aankomst van de ambulance of zullen alsnog overlijden als gevolg van de lange responstijd?
- Welk percentage van de patiënten heeft ernstige problemen als gevolg van de lange(re) responstijd?
- Hoeveel A1 ritten zijn in Wassenaar nu binnen respectievelijk 6, 8 en 15 minuten (de dynamische beschikbaarheid buiten beschouwing gelaten) en wat is het cijfer in de andere gemeenten van de RAV Haaglanden?
- Wat zou het gevolg geweest zijn bij een first responders of een kortere responstijd van 6 of 8 minuten voor de eerste 3 vragen?

## **Haaglanden Medisch Centrum**

- Waar moeten de circa 35.000 SEH patiënten naar toe die nu nog in het Bronovo terecht kunnen en wat heeft dat voor gevolgen voor hen?
- Welk risico bestaat er dat de pilot van het Haaglanden Medisch Centrum mislukt en de genomen besluiten onomkeerbaar zijn?
- Wat zijn de gevolgen van deze veranderingen?
- Is het verstandig dat de Smash post en de SEH door Haaglandse Medisch Centrum op verschillende locaties worden gevestigd?
- Is er een Eerste Hulp Post nodig op het Gezondheidscentrum in Wassenaar?
- Is het een idee om het Haaglanden Medische Centrum, het LUMC en het Alrijne te combineren in een nieuw te bouwen regionaal ziekenhuis op Valkenburg en de vrijkomende gronden te gebruiken voor de bouw van huizen daar waar ze nodig zijn?
- Bij het regionale ziekenhuis op Valkenburg kunnen dan de helikopterhulpdiensten een plek krijgen hetgeen geluidsruimte op Rotterdam- The Hagueairport creëert zodat daar groei mogelijk is en de zorgvraag in de regio verbetert. Een win win situatie.

## **Ambulancevervoer**

- Vinden wij als inwoners van Wassenaar dat een kortere responstijd voor het ambulancevervoer wenselijk is?
- Is er een differentiatie in de A1 norm wenselijk en mogelijk?
- Moet de eigen ambulancepost naar Wassenaar terugkeren? Bijvoorbeeld bij de brandweer en in combinatie met firstresponders?
- Wat zou de invloed van een ambulance bij de brandweer zijn op de responsetijd in Wassenaar zijn als de brandweer overal binnen Wassenaar binnen 6 of 8 minuten aanwezig kan zijn?
- Is aansluiting bij de RAV Hollands Midden niet een logischere keuze nu men naar het Westeinde ziekenhuis moet gaan?
- Wegen de meerkosten voor snellere responstijden tegen de lagere zorgvraag als gevolg van de snellere inzet van de zorg?
- Wat kan en moet de gemeente Wassenaar zelf aan sturing geven?

## **Onze ambulancepost en recente ontwikkelingen.**

De wat oudere inwoners van Wassenaar kunnen zich de tijd nog wel herinneren dat Wassenaar een eigen ambulancepost had op de hoek van de Prinsenweg en de Lange Kerkdam. Later was de ambulancepost gevestigd op de Hofcampweg (bij het politiebureau). Een jaar of wat geleden is de ambulancepost om efficiency redenen en personeelsgebrek opgeheven en moeten de ambulances nu uit Den Haag komen. Wassenaar kent van en naar Den Haag eigenlijk maar twee Noord-Zuid

verbindingswegen (en omgekeerd), naar Leiden is de situatie met één Zuid-Noord verbinding niet veel beter ofschoon daar minder sprake is van verkeerscongesties. Door de aankomende reorganisatie van het Haaglanden Medisch Centrum vervalt de SEH post in het Bronovo ziekenhuis (gaat naar het Westeinde ziekenhuis) terwijl de huisartsdienst Smash ('s avonds en in het weekend in Antoniusshove ondergebracht is. Dat houdt in dat jaarlijks circa 35.000 zich extra zullen melden voor spoedeisende hulp in het Westeinde in Den Haag of het LUMC in Leiden. Hiervoor krijgen de ziekenhuizen geen extra budget. Er zullen ook extra ambulanceritten nodig zijn. Van de 80 miljard Euro die aan de zorg wordt besteed is er een kleine 600 miljoen beschikbaar voor het ambulance vervoer.

## **Spoedeisende hulpafdeling**

Een spoedeisende hulpafdeling (SEH) is een gespecialiseerde afdeling van een ziekenhuis die erop gericht is medische en verpleegkundige zorg te verlenen aan ongevalsslachtoffers en aan patiënten met acute aandoeningen.

## **Basis SEH**

In de SEH-bereikbaarheidsanalyse gaat het RIVM uit van basis-SEH's met 24/7-uurs openstelling ( RIVM-rapport 20170108). De basisfunctie van een SEH betekent dat er;

1. altijd een SEH-verpleegkundige aanwezig is,
2. altijd een SEH-verpleegkundige aanwezig is met specifieke training in de opvang van traumapatiënten,
3. altijd een SEH-verpleegkundige aanwezig is met specifieke training in de opvang van ernstig zieke kinderen,
4. er altijd een SEH-arts of arts-SEH aanwezig is. De arts-SEH kan een aios, anios of medisch specialist zijn die dienst doet op de SEH. Hij of zij beschikt over voldoende ervaring met spoedeisende hulpverlening, is in staat om vitale bedreigingen te onderkennen, en te resusciteren en stabiliseren op volgorde van behandelprioriteit (ALS, APLS) en is in staat te bepalen of de benodigde zorg aan de patiënt de mogelijkheden van de eigen afdeling, het eigen ziekenhuis of de eigen expertise overstijgen.

## **Aanrijtijden en responsetijden**

De huisartsen, het gezondheidscentrum, de huisartsdienst SMASH, de ambulancezorg, eerste hulp en de spoedeisende hulp in het ziekenhuis (SEH) zijn dan wel verschillende zaken maar zij hebben wel degelijk met elkaar te maken maar het zijn bij veel inwoners van Wassenaar wel degelijk punten van grote zorg. De normen die gelden hebben betrekking op de **aanrijtijden van de ambulance** maar veel belangrijker is de responsetijd. Hoe lang duurt het vanaf de melding dat de ambulance ter plekke is, de **responsetijd**.

Veel van de onderstaande (getalsmatige) informatie komt uit het Tabellenboek Ambulancezorg 2017 (versie 4 september 2018).

De ambulancezorg in Nederland is regionaal georganiseerd in Regionale Ambulancevoorzieningen (RAV's). De RAV is sinds 1 januari 2013, op grond van de Tijdelijke wet ambulancezorg (Twaz), wettelijk aangewezen als de rechtspersoon die ambulancezorg verleent en de meldkamer ambulancezorg in stand houdt.

Er zijn 25 RAV-regio's in Nederland. De indeling in RAV-regio's is gelijk aan die in Veiligheidsregio's op grond van de Wet Veiligheidsregio's.

## **RAV Haaglanden**

In onze regio wordt de ambulancezorg uitgevoerd door de RAV Haaglanden (Coöperatie Regionale Ambulancevoorziening Haaglanden u.a. Het is een samenwerkingsverband van de drie ambulancevervoerders in de regio Haaglanden te weten;

- GGD Haaglanden Ambulancezorg
- Witte Kruis Ambulancezorg
- Ambulancezorg Zoetermeer.

Met de Meldkamer Ambulancezorg Haaglanden (MKA Haaglanden) een overeenkomst gesloten voor de aanname en uitgifte van alle meldingen

### **Vergrijzing en verkeersopstoppingen**

Door de vergrijzing in Wassenaar en de toenemende verkeersopstoppingen worden de aanrijtijden een steeds groter wordend probleem. Recent zijn daar ook nog eens de zorgen bij gekomen over de sluiting van ziekenhuis Bronovo. Vanaf de plaats van de inzet heeft de ambulance vervolgens 45 minuten tijd om naar het ziekenhuis te komen.

### **De vraag naar ambulancezorg is de afgelopen jaren fors toegenomen.**

Tegelijkertijd kampt de gezondheidszorg met personeelskrapte. Twee ontwikkelingen die ongelukkig samenkomen. Er moet iets gebeuren. De acute zorg staat onder de druk, de rek is eruit. De grenzen van de manier waarop nu zorg wordt verleend zijn bereikt. De ambulancesector werkt daarom aan een actieplan ambulancezorg, samen met het ministerie van VWS en Zorgverzekeraars Nederland (ZN).

### **Toegenomen vraag kent meerdere oorzaken.**

De toenemende vraag naar ambulancezorg kent meerdere oorzaken. Het zorglandschap verandert, ziekenhuizen sluiten, fuseren of specialiseren. Ook extramuralisering speelt een rol, ouderen wonen langer thuis, niet zelden met comorbiditeit. Mensen worden mondiger, ze weten wat ze moeten zeggen om een ambulance te krijgen. Het alarmnummer 112 is bovendien snel gebeld, want iedereen heeft een mobieltje..

### **Personeelskrapte.**

Om aan de stijgende zorgvraag te kunnen voldoen zijn voldoende ambulanceverpleegkundigen nodig. Maar de gezondheidszorg kampt met een personeelstekort waar de ambulancesector geen uitzondering op is. Dat de personeelskrapte samenvalt met de stijgende zorgvraag is heel ongelukkig, het zet de acute zorg verder onder druk. Dit zie je ook aan de prestatiecijfers in onze regio. De politiek verwacht dat 95% van de spoedinzetten binnen een kwartier ter plaatse is. De afgelopen jaren schommelde de sector rond de 93,4%, de cijfers over 2017 laten een verdere daling zien.

### **Dynamische paraatheid, medewerkers en budget.**

In veel regio's is, zeker overdag, sprake van dynamische paraatheid. Na afloop van een opdracht keert de ambulance niet terug naar een standplaats, maar blijft op de weg. Bij een nieuwe inzet is dan geen sprake van uitruktijd.

Het aantal standplaatsen varieert per regio. In het Landelijk Referentiekader Spreiding & Beschikbaarheid is berekend wat in theorie de optimale spreiding van standplaatsen is om te kunnen voldoen aan het uitgangspunt dat onder normale omstandigheden in geval van spoed 95% van de bevolking binnen vijftien minuten na de start van de melding bij de meldkamer ambulancezorg bereikt moet worden.

In Nederland zijn zeven dagen per week 24 uur per dag ambulances en ambulancemedewerkers beschikbaar om ambulancezorg te kunnen verlenen.

In 2017 waren er 790 ambulances. In de praktijk zijn er echter niet voortdurend 790 ambulances op de weg. De beschikbare capaciteit wordt ook gedeeltelijk gereserveerd voor grootschalige rampen of calamiteiten of is nodig tijdens onderhoud of schade aan voertuigen en tijdens overlappende diensten.

Het aantal medewerkers in de ambulancezorg is toegenomen van 5.653 in 2014 tot 5.925 in 2017. Dit is een stijging van 5%. De ambulancesector is van oudsher een sector waarin veel mannen werken, de verhouding is echter geleidelijk aan het verschuiven en er zijn steeds meer vrouwen. In 2016 was 66% man en 34% vrouw.

Binnen de meldkamer zijn zowel verpleegkundig als niet-verpleegkundig centralisten werkzaam. De verpleegkundig centralist is verantwoordelijk voor het meldkamerproces, geeft hier inhoud aan en zorgt voor een verantwoorde uitvoering van het proces van intake, indicatiestelling, zorgtoewijzing en zorginstructie. De niet verpleegkundig centralist wordt veelal ingezet op het logistieke proces van uitgifte van ambulance-inzetten.

In 2017 hebben in Nederland 1.313.103 ambulance-inzetten plaatsgevonden. Het aantal inzetten is ten opzichte van 2016 met nauwelijks 150 inzetten afgenomen (0,01%).

Het macrobudget ambulancezorg wordt ieder jaar vastgesteld in de Rijksbegroting. Het macrobudget bedroeg in 2017 €592 miljoen. Voor dit macrobudget is ambulancezorg 365 dagen per jaar, zeven dagen per week, 24 uur per dag beschikbaar en zijn in 2017 1.313.103 inzetten uitgevoerd. Eind 2017 telde Nederland 17.184.010 inwoners. De ambulancezorg kostte daarmee in 2017 gemiddeld zo'n €34,50 per inwoner.

In de afgelopen jaren kwam er in verschillende rapporten, waaronder de Marktscan Ambulancezorg 2013 van de NZa en de jaarlijkse 'Ambulance in Zicht' rapportages van Ambulancezorg Nederland (AZN) naar voren dat de responstijden voor het ambulancezorg de daarvoor gestelde normen zouden overschrijden. Het gaat hier over de norm voor spoedritten (A1-urgentie) in het geval van acute levensbedreigende situaties. De norm die voor deze zorg geldt is dat bij 95% van alle ritten de responstijd niet langer dan 15 minuten is. Responstijd is de tijd tussen binnenkomst van de melding bij de meldkamer en de aankomst van de ambulance ter plaatse. Vaak wordt ook gesproken over de 'aanrijtijd', maar dit is technisch niet hetzelfde als de responstijd. Ongeveer 70% (17 van de 24) van de regionale ambulancevoorzieningen (RAV's) bleek in 2014 bovenstaande norm niet te behalen. Ook in de jaren ervoor werden soortgelijke prestaties behaald.

De bovenstaande rapporten zijn de aanleiding geweest voor de NZa om nader onderzoek te doen naar de normoverschrijdingen ten aanzien van de zogenoemde ritten waar sprake is van A1-urgentie. De NZa houdt toezicht op de zorgplicht van zorgverzekeraars. De zorgplicht houdt in dat zorgverzekeraars er voor moeten zorgen dat hun verzekerden toegang hebben tot voldoende, tijdige en kwalitatief goede zorg. De zorgverzekeraar zal deze zorg moeten inkopen bij de RAV om te kunnen voldoen aan zijn zorgplicht. In dit kader heeft de zorgverzekeraar de verantwoordelijkheid ervoor te zorgen dat de responstijden van ambulances binnen de norm blijven.<sup>1</sup> Als de verzekeraar ervoor gekozen heeft om in de polis de aanspraak op deze zorg in restitutie te omschrijven, dan moet de zorg vergoed worden.

### **De centrale vraag is ook hoe zorgverzekeraars omgaan met de zorgplicht voor ambulancezorg.**

Waar in de volksmond vaak gesproken wordt over de norm voor "aanrijtijden" gaat het in werkelijkheid over de norm voor responstijden. De verhouding tussen deze tijden wordt hieronder weergegeven.

Responstijd			
aanname & uitgifte	uitruktijd		Aanrijtijd
↓ beantwoording telefoon	↓ alarmering ambulance	↓ ambulance vertrekt	↓ aankomst bij patiënt

De norm voor responstijden wordt in de Regeling Twaz benoemd. In artikel 7 lid 1 van de Regeling Tijdelijke wet ambulancezorg is het volgende vastgelegd over de genoemde 15 minuten norm: “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 artikel 2 lid 3 van de Regeling Tijdelijke Wet Ambulance Zorg uit 2013 is 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 ambulance.

Vanaf 1971 tot 2013 is gewerkt met een wet die eigenlijk al lang achterhaald was. Er is geen sprake meer van ambulancevervoer, maar van ambulancezorg. Maar die 15 minuten norm..... die staat er nog steeds in en niemand weet op basis waarvan het wenselijk is dat die ambulance er bij spoedgevallen binnen 15 minuten moet zijn.

Zodra je als zorgvrager 112 belt, start feitelijk al de behandelovereenkomst. Je doet een zorgvraag en de meldkamer bepaald (grotendeels) op basis van een triageprotocol of er een indicatie is om een ambulance te sturen.

Een ambulance is bemest door een gespecialiseerde ambulanceverpleegkundige en speciaal opgeleide ambulancechauffeur. Al bij aankomst beginnen zij met de anamnese, doen ze controles en begint men met het verlenen van therapeutische behandeling (zorg) om gezondheidsschade te beperken en/of gezondheidsklachten weg te nemen.

Als we bedenken wat ‘echt’ spoed is, dan denken we aan reanimaties en ernstige verkeersongevallen. Bij een reanimatie ben je bij 14 minuten (binnen de normtijd) echt wel te laat, tenzij andere hulpverleners zijn begonnen met adequate borstcompressie, beademing en defibrillatie met een AED. Wanneer een slachtoffer van een ernstig verkeersongeval een ernstige bloeding heeft, is 14 minuten (dus binnen de normtijd) echt te lang.

Heeft iemand een hartinfarct of beroerte (CVA), dan is de tijd ook belangrijk, maar dan maakt een aanrijtijd van 14 minuten of 16 minuten niet zo heel veel verschil in de kans op overleven. In het ene geval is de ambulance er binnen de normtijd en bij 16 minuten zou die er buiten de normtijd zijn.

Dus is die aanrijtijd van 15 minuten bij A1 rit wel evidence based? Kijk je naar reanimaties, dan zal je aanrijtijd aanzienlijk korter moeten zijn. Voor een reële overlevingskans op basis van opstarttijd van een reanimatie, moet je er echt wel binnen zes minuten zijn

### **Manier van werken tegen het licht houden?.**

Wellicht is dit het moment wel om in ieder geval de standplaatsen van de ambulances en de manier van werken nog eens tegen het licht te houden. De aanrijtijden van ambulances zijn vastgelegd in de Tijdelijke wet ambulancezorg (Twaz). Gebleken is dat het aantal ambulances dat binnen de normtijd van 15 minuten bij een spoedgeval aanwezig is, al jaren een dalende trend laat zien. Moeten wij nu eens goed kijken naar deze normtijd? Feit is dat eigenlijk niemand weet waar deze op gebaseerd is.

**De eerste minuten zijn cruciaal als er met spoed hulp nodig is.**

De melding van een levensbedreigende situatie moet binnen 15 minuten resulteren in een ambulance ter plaatse. Bij spoedgevallen dalen de overlevingskansen aanzienlijk bij iedere minuut die verstrijkt. Is de responsetijd van 15 minuten, die overigens steeds moeilijker wordt gehaald door organisatorische en verkeersproblemen, nog wel van deze tijd? Moeten wij niet naar een kortere responstijd?

De Tijdelijke wet ambulancezorg (Twaz) heeft een beperkte looptijd en binnen niet al te lange tijd zal er een nieuwe structurele wet moeten komen die de ordening van de ambulancesector regelt.

De Twaz zou een looptijd tot 2018 hebben, maar de minister van VWS heeft een wetsvoorstel ingediend bij de Tweede Kamer om de looptijd met 2 jaar te verlengen. In mei 2017 heeft de Tweede Kamer deze termijn verlengd tot 3 jaar. Het wetsvoorstel ligt nu voor bij de Eerste Kamer.

Op 1 januari 2021 moet dan een nieuwe Wet ambulancezorg in werking treden. Het ministerie van VWS is nog bezig met de voorbereidingen voor deze nieuwe wet.

De toenmalige Wet Ambulancevervoer is in 1971 ingesteld. In deze wet werd bepaald dat de aansturing van ambulances moest plaatsvinden door een Centraal Post Ambulancevervoer (CPA), nu de Meldkamer Ambulancezorg. Bij het opstellen van die wet, moesten criteria worden gesteld aan de inrichting van de ambulances, de bemensing en ook de aanrijtijden.

Vervolgens hebben de landelijke koepels Ambulancezorg Nederland (AZN) en de Beroepsvereniging Ambulancezorg (BVA) een tijdsnorm vastgelegd in hun gezamenlijke nota "Verantwoorde ambulancezorg". Op grond van de Kwaliteitswet Zorginstellingen heeft de minister van VWS de norm overgenomen als een door de sector vastgestelde prestatienorm.

Deze norm fungeerde vervolgens als basis voor het vaststellen van een landelijk spreidings- en beschikbaarheidsplan voor de ambulancezorg. Op basis daarvan heeft het Rijksinstituut Volksgezondheid en Milieu (RIVM) een planningsmodel ontwikkeld waarmee een ambulance zoveel mogelijk mensen, die in een levensbedreigende situatie verkeren, kan bereiken. In 2013 is de Tijdelijke Wet Ambulancezorg (TWAZ) in werking getreden. Inmiddels is er dus geen sprake meer van ambulancevervoer, maar van ambulancezorg.

### **Start van de behandelovereenkomst.**

Zodra je als zorgvrager het alarmnummer 112 belt, dan start feitelijk al de behandelovereenkomst. Je doet een zorgvraag en de meldkamer bepaald (grotendeels) op basis van een triageprotocol of er een indicatie is om een ambulance te sturen. Een ambulance is bemenst door een gespecialiseerde ambulanceverpleegkundige en speciaal opgeleide ambulancechauffeur.

Al bij aankomst beginnen zij met de anamnese, doen ze controles en beginnen we met het verlenen van therapeutische behandeling (zorg) om gezondheidsschade te beperken en/of gezondheidsklachten weg te nemen. Dat is heel wat anders dan wat de ambulanceteams deden in het midden van de jaren '70. Waar niet zelden de automonteur een witte jas aan had getrokken om de ambulance te besturen en er een verpleegkundige uit het ziekenhuis werd opgehaald. Met een beetje geluk kon de ambulancebemanning zuurstof geven, maar veel meer faciliteiten waren er nog niet.

### **Is de 15 minuten norm nog wel in overeenstemming met de wetenschappelijke inzichten?**

Dat we zijn gaan kijken naar een nieuwe wet is dus niet meer dan terecht. En dat men wil kijken naar een goede formulering van deze wet, is ook wel te begrijpen. Maar die 15 minuten norm..... die staat er nog steeds in en niemand weet op basis waarvan het wenselijk is dat die ambulance er bij spoedgevallen binnen 15 minuten moet zijn.

Is die norm wel in overeenstemming met de wetenschappelijke inzichten op het gebied van de spoedeisende medische hulpverlening? Op het eerste gezicht lijkt het zo dat hiermee de ambulancezorg in Nederland in orde is. Het antwoord op die vraag wordt nog belangrijker als wij kijken naar de normen voor spoedeisende medische hulpverlening die andere westerse landen zoals Duitsland, Groot-Brittannië en de Verenigde Staten hanteren. Deze normen liggen daar beduidend lager dan op onze 15 minuten namelijk op 8 minuten.

### **Advies NIPG-TNO; Breng de 15 minuten norm naar beneden.**

Het Nederlandse Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg (NIPG-TNO) heeft al in 1996 vastgesteld dat de 15-minuten norm ter discussie moest worden gesteld. Ook de Inspectie voor de Gezondheidszorg heeft in haar jaarrapportage 2002 expliciet aangegeven dat bij een aantal levensbedreigende situaties een norm van 8 minuten voor de spoedeisende medische hulp de voorkeur verdient.

Misschien zou de normtijd wel per spoedgeval anders moeten zijn en moet je de opvolging van een zorgvraag ook wel anders gaan interpreteren. Bijvoorbeeld bij een reanimatie: je kan vasthouden aan de ambulance die er binnen 15 minuten moet zijn. Dan is de kans op overleven klein, als die ambulance er binnen de normtijd is, maar wel een aanrijtijd had van 14 minuten.

Wanneer je stelt dat bij een reanimatie binnen 6 minuten (norm Hartstichting) begonnen moet zijn met reanimatie, heb je meer mogelijkheden. De overlevingskans van een patiënt met een hartstilstand daalt iedere minuut met 10-15 procent als hij geen hulp krijgt. De Wassenaarse inwoner krijgt dus niet de hulp waar hij het meeste baat bij heeft. Immers zelfs na 8 minuten is de overlevingskans al nihil, laat staan na 15 minuten.

Een volledig uitgeruste ambulance op iedere straathoek is natuurlijk onbetaalbaar maar vanuit het perspectief van de zorg naar de patiënt brengen en het perspectief van het individuele slachtoffer zou dit wel de beste oplossing zijn. De overheid heeft gekozen voor een systeem van spoedeisende medische hulp die alleen mag worden uitgevoerd door ambulancezorgverleners en dan is het op grond van wetenschappelijke inzichten noodzakelijk de 15 minuten norm te vervangen door een norm van maximaal 8 minuten maar dan moeten er een groot aantal extra ambulances beschikbaar komen. Als de overheid kiest voor de status quo en deze een basis geeft in de nieuwe wetgeving dan kan worden voorspeld dat daarmee, tegen beter weten in, onnodige sterfgevallen zullen plaatsvinden.

### **First-responders en rapid-responders.**

Maar de huidige werkwijze kan ook beter functioneren door de inzet van **first responders** en een grote beschikbaarheid van **rapid-responders**. First responders zijn zowel huisartsen als ook opgeleide leken zoals brandweer, politie of zelfs burgerhulpverleners. In Nederland worden geen first responders toegelaten. Wrang is in dit verband dat de Gezondheidsraad aan de minister van VWS indertijd een positief advies heeft gegeven over het toelaten van externe defibrillatoren door opgeleide particulieren. Als het gaat over opgeleide hulpverleners neemt de minister de motivatie kennelijk niet over.

RAV Haaglanden heeft motorambulances/solo autoambulances als rapid-responder maar je ziet of hoort er de laatste tijd weinig van. Wij zijn erg benieuwd wat de resultaten zijn en hoe deze invloed hebben op de cijfers zoals deze ons gepresenteerd worden

Rapid-responders zijn ambulance verpleegkundigen die niet in een ambulance rijden maar in een snel voertuig (in Duitsland de Notartz die voor een ambulance uitrijdt) of op een motor. In afwachting van de komst van een volledig uitgeruste ambulance. Deze rapid-responders kunnen met behulp van Basic Life Support (BSL) en automatische externe defibrillatoren (AED's) de overlevingskansen van de patiënt maximaliseren. Nederland is inmiddels koploper als het gaat om de inzet van burgerhulpverleners bij reanimaties. Deze inzet heeft al veel levens gered, omdat er begonnen is met



adequate reanimatie voor aankomst van de ambulance en vaak al de eerste defibrillaties zijn gegeven met een AED.

Bij een verdenking van een vers CVA is het protocol dat iemand binnen een bepaald tijdsbestek (regionale verschillen) na het ontstaan van de klachten in het ziekenhuis moet zijn om voor behandeling in aanmerking te komen. Dit is zeker ook een spoedrit, maar of de ambulance er nu wel of niet binnen de 15 minuten is, zou minder rigide beoordeeld kunnen worden, zonder dat je de zorgvrager tekort doet.

### **Is differentiatie in de A1 ritten wenselijk en mogelijk?**

Misschien is er differentiatie mogelijk in de A1 ritten en laten we niet de 15 minuten norm bepalen of je een RAV afrekent op de geleverde prestaties, maar de tijd die het duurde voordat er adequate zorg/hulp was, passend bij de zorgvraag. Dan stimuleer je RAV-en om efficiënter gebruik te maken van burgerhulpverleners, brandweer, politie, huisartsen en bijvoorbeeld reddingsbrigades, maar kijk je ook reëler naar zorgvragen en kun je prioriteren, zonder het risico te lopen afgerekend te worden op alleen een (arbitraire) 15 minuten norm.

### **A1-inzetten 2017 (x1.000)**

<b>RAV-regio</b>	<b>2017</b>	<b>2016</b>	<b>2015</b>	<b>2014</b>	<b>2013</b>	<b>2012</b>	<b>2011</b>	<b>2010</b>	<b>2009</b>
RAV Haaglanden	43,6	45,1	45,20	41,60	39,40	37,80	36,70	35,10	36,80

De zorgvragen zijn toegenomen, de ambulancecapaciteit staat onder druk. Initiatieven om ambulancezorg te differentiëren met bijvoorbeeld ‘medium care’ ambulances zijn onlosmakelijk verbonden met het inspelen op een veranderend zorglandschap. Er moet gezorgd worden voor uniformiteit, zodat mensen in elke regio een beroep kunnen doen op een zelfde soort zorgcentrale, met een identieke opvolging op zorgvragen. De kwaliteit van de opvolging van een zorgvraag bepaalt meer of je goede kwaliteit van zorg levert, dan het volgen van een rigide 15 minuten norm.

In Nederland waren in 2017 34,6 % van de ambulance ritten voor patiënten 75 jaar en ouder, 60% 16-75 jaar. Bij 22,5% van de ritten handelde het om neurologie, 21,2 % interne geneeskunde, 18,6% cardiologie, 11,8% pulmonologie en slechts 1,2 % had met gyneacologie te maken. In Wassenaar zullen eerste cijfers door de vergrijzing en het effect van langer thuis wonen eerder verder stijgen dan dalen. Het effect van langer thuiswonen moet zelfs nog doorwerken in de cijfers.

De kans dat iemand in een auto zal bevallen zoals recent op de bijeenkomst bij de Vrienden van Wassenaar werd gesteld is dus zeker in Wassenaar verwaarloosbaar klein.

### **Inwoners naar leeftijd in Nederland**

Leeftijdsgroepen per leeftijdscategorie (totaal 17.184.0184) en percentage inwoners op 01-01-2018

<b>0 tot 10 jaar</b>	1 796 165
<b>10 tot 20 jaar</b>	2 014 491
<b>20 tot 30 jaar</b>	2 174 938
<b>30 tot 40 jaar</b>	2 078 145
<b>40 tot 50 jaar</b>	2 307 135
<b>50 tot 60 jaar</b>	2 491 356

<b>60 tot 70 jaar</b>	2 079 275
<b>70 tot 80 jaar</b>	1 460 665
<b>80 tot 90 jaar</b>	654 742
<b>90 jaar of ouder</b>	124 172

Bron: CBS

### **Inwoners naar leeftijd in Wassenaar**

Leeftijdsgroepen: aantal (totaal 26.084) en percentage inwoners op 01-01-2018 per leeftijdscategorie.

<b>0 tot 15 jaar</b>	4,505
<b>15 tot 25 jaar</b>	2,861
<b>25 tot 45 jaar</b>	4,312
<b>45 tot 65 jaar</b>	7,788
<b>65 jaar of ouder</b>	6,618

De invloed van de vergrijzing is dus in Wassenaar duidelijk zichtbaar. Dit naast het feit dat Den Haag er 500.000 inwoners verkrijgt, de bouw van huizen op Valkenburg en het steeds drukker wordende verkeer is een reden dat wij over de zorg moeten nadenken.