

---

# Ambulancezorg, van spoedzorgorganisatie naar mobiele zorgverlener



AMBULANCEZORG  
NEDERLAND

---

## Inleiding

Als gevolg van de ontwikkelingen in het zorglandschap en de toenemende zorgvraag in combinatie met personeelskrapte, heeft de ambulancesector zich de afgelopen jaren ontwikkeld van een spoedzorgorganisatie naar een mobiele zorgverlener. Dit blijkt ook uit cijfers: bij 5% van de ambulance-spoedinzetten is tijd, medisch gezien, allesbepalend. Hier staat 30% aan mobiele zorgconsulten, inzetten waarbij zorg ter plaatse wordt verleend, maar de patiënt niet naar het ziekenhuis vervoerd wordt, tegenover. De toename van het aantal mobiele zorgconsulten is onder meer een gevolg van het groeiend aantal kwetsbare ouderen.

De vraag naar ambulancezorg is de afgelopen jaren gestegen met 27,5%. De stijgende en veranderende zorgvraag hebben ertoe geleid dat de sector zich heeft doorontwikkeld. Onder meer door ambulancezorg te differentiëren in meldkamerzorg, hoogcomplexe-, middencomplexe,- en laagcomplexe ambulancezorg. De vroegere intentie om de patiënt te vervoeren naar (meestal) het ziekenhuis is niet meer kenmerkend voor de sector. Het optimaliseren van de triage door de uitbreiding van drie naar zeven urgenties, maakt dat de sector steeds meer ambulancezorg op maat levert, passend bij de zorgvraag van de patiënt.

Uit diverse onderzoeken en jaarlijkse metingen blijkt dat de kwaliteit van de geleverde ambulancezorg zeer goed is en dat patiënten en stakeholders ambulancezorg hoog waarderen. Partijen die iets verder van de zorg afstaan, beoordelen ambulancezorg echter dikwijls enkel op het wel of niet halen van de aanrijtijd van 15 minuten. Dit is onjuist en doet de sector geen recht. In dit document wordt een aantal onderwerpen daarom nader toegelicht.



## Uitdagingen en ontwikkelingen: zorgvraag blijft stijgen, terwijl personeelskrapte aanhoudt

### Oorzaken stijgende zorgvraag

De gehele gezondheidszorg, inclusief de ambulancesector, wordt geconfronteerd met een sterk toenemende en complexere zorgvraag. Dit is het gevolg van maatschappelijke trends zoals een groeiende bevolking, een veranderende zorgvraag, overbelaste zorgpartners, toename verwijzingen door zorgpartners, concentratie en specialisatie van de zorg, een mondiger burger en toenemende vergrijzing.

### Regionale oorzaken toename ambulance-inzetten

#### Wijzigingen in Regionale zorglandschap

- Verdere concentratie en specialisatie zorg
- SEH-stops
- Bereikbaarheid HA's en HAP's
- Toename verwijzing zorgpartners

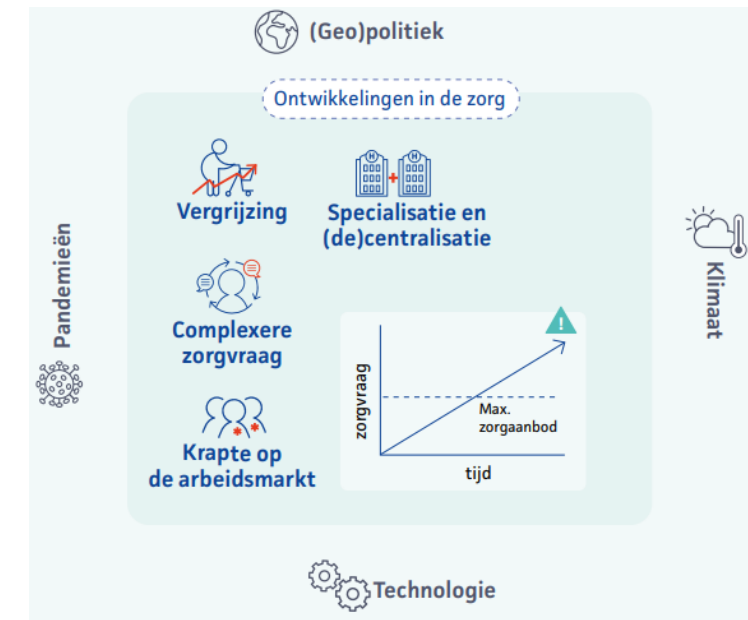
#### Maatschappelijke ontwikkelingen

- Bevolkingsgroei
- Vergrijzing
- Veranderende zorgvraag
- Mondiger burger

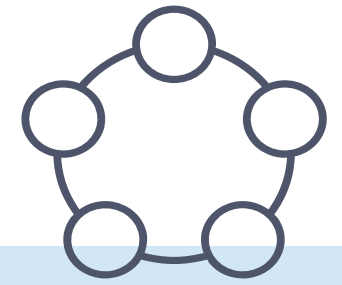
#### Arbeidsmarktkrapte

- Tekort aan zorgpersoneel in gehele gezondheidszorg
- Bereikbaarheid zorgpartners onder druk
- Overbelaste zorgpartners

De oorzaken van de stijging van de zorgvraag verschillen regionaal, evenals de effecten van de stijgende zorgvraag, zie [sheet 4](#).



## Waarom zijn er regionaal verschillen in de toename van de zorgvraag en de aanrijtijden?



### Regionaal verschilt de mate waarin de zorgvraag toeneemt. De redenen hiervoor verschillen ook weer per regio.

De oorzaak van de toename van de zorgvraag kan niet voor de hele ambulancesector in één of twee noemers samengevat worden.

Dit komt omdat elk regionaal zorglandschap een eigen dynamiek kent.

### Veranderingen in zorglandschap hebben direct effect op de ambulancezorg

Een belangrijke reden voor de regionale verschillen is dat ambulancezorg één van de schakels in de keten van acute zorg is en daardoor zeer gevoelig is voor de veranderingen in het zorglandschap. Werken in een keten maakt dat het probleem van de één het probleem van de ander is.

### Veranderingen in zorglandschap hebben direct effect op de ambulancezorg

Omdat ontwikkelingen en/of problemen van ketenpartners regionaal verschillen, verschilt het effect hiervan op de regionale ambulancezorg ook sterk. Hieronder een aantal voorbeelden die regionaal in meer of mindere mate spelen en daarom regionaal op verschillende wijze effect hebben op de ambulancezorg:

- Wijziging in het regionale zorglandschap: specialisatie en concentratie van zorg leiden tot meer en langere vervoersbewegingen van ambulances.
- Als een ziekenhuis een SEH-stop afkondigt, moet de ambulance doorrijden naar een verder gelegen ziekenhuis. De ambulance is daardoor minder snel weer beschikbaar voor een volgende inzet. Per regio verschilt de afstand tussen de verschillende ziekenhuizen sterk hetgeen leidt tot verschil in langere ritduur.
- Bereikbaarheid HA & HA(P): als gevolg van lange wachttijden bij de huisarts (HA) of huisartsenpost (HAP), bellen patiënten in sommige regio's 112, omdat zij dan sneller geholpen worden. Deze meldingen leiden vaak tot een mobiel zorgconsult (ambulance komt ter plaatse, maar neemt patiënt niet mee). Er wordt weliswaar zorg verleend, dus de patiënt is geholpen, maar de ambulancezorg wordt hierdoor extra belast.
- Leeftijd patiënten: RAV's signaleren een toename van oudere patiënten (vergrijzing); terwijl een aantal RAV's ook meldt juist significant meer patiënten te hebben in de groep 0-20 jaar.
- Toename ambulance-inzetten voor patiënten met psychische klachten.
- In meerdere regio's wonen relatief veel patiënten voor wie Nederlands niet de eerste taal is: de taalbarrière tussen 112-melder en de centralist meldkamer ambulancezorg leidt, ondanks inzet van tolk-apps, tot laagdrempeliger uitsturen van een ambulance en daardoor tot een toename van ritten.
- Toename ambulance-inzetten in buurregio's: als gevolg van meer en langere ritten door wijziging van het zorglandschap, maar ook door krapte in de ambulancezorg zelf, wordt vaker een beroep gedaan op de buurregio's. Die zien daardoor de inzetten toenemen. Dit effect treedt niet overal in gelijke mate op en zorgt voor verschillen.

### Veranderingen in zorglandschap hebben effect op de aanrijtijden

De combinatie van een stijgende zorgvraag en personeelskrapte en de verschillende effecten die problemen van andere zorgpartners op de ambulancezorg hebben, maken dat de responstijd van 15 minuten in een spoedsituatie niet altijd gehaald wordt.

De vraag is of dit gevolgen heeft voor de patiënt. In [sheet 5](#) lichten we graag de streefnorm van 15 minuten toe.

## De 15 minuten streefnorm: zin of onzin?

### De ambulance is er snel als tijd er ècht toe doet

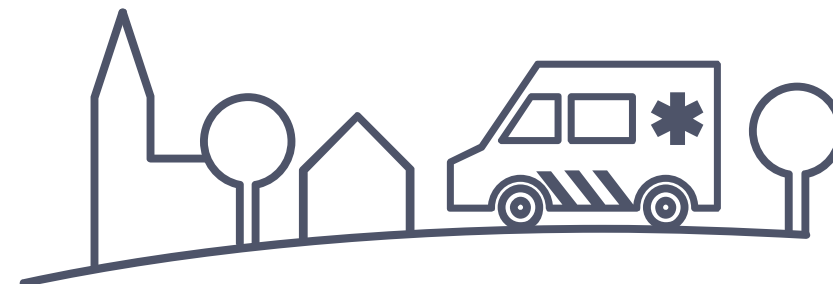
De ambulancezorg in Nederland is, ook internationaal gezien, van hoge kwaliteit.

Jaarlijks worden ambulances ruim 1,4 miljoen keer ingezet met verschillende urgenties.

Zo wordt de ambulance ruim 700.000 keer ingezet met een A1-urgentie (directe inzet met spoed).

5% van deze A1-inzetten betreft een inzet met de hoogst mogelijke spoed, hierbij is tijd allesbepalend

(reanimatie/verstikking/verbloeding). Uit cijfers blijkt dat als tijd er medisch gezien ècht toe doet, de ambulance er snel is.



### Misvattingen over de 15 minuten

In de beeldvorming van partijen die iets verder van de ambulancezorg afstaan, is het belangrijk dat de ambulance er bij spoed binnen 15 minuten is. Het idee leeft dat de 15 minuten bedoeld zijn ten bate van de overlevingskans of gezondheid van de patiënt. Dit is echter onjuist.

Bij een reanimatie bijvoorbeeld, is een aanrijtijd van 15 minuten veel te lang, terwijl een patiënt met een gebroken been wel ongemak, maar geen schade ondervindt als de ambulance er binnen 17 minuten is. De streefnorm van 15 minuten heeft *geen medische grond* en is *geen zorgnorm* waarmee de ambulancezorg beoordeeld kan worden.

### Hoe zit het dan wèl?

De streefnorm van 15 minuten is een planningsnorm uit de jaren 70, die het RIVM, in opdracht van VWS, gebruikt om de benodigde ambulancecapaciteit en het juiste aantal standplaatsen op regionaal niveau te bepalen, zodat ambulances onder normale omstandigheden\*, in theorie, aan de streefnorm van 15 minuten kunnen voldoen. De streefnorm is dus een **planningsnorm**. Uit een [onderzoek](#) door het Nivel naar responstijden in verschillende landen blijkt dat: *“responstijden planningsnormen zijn die gebaseerd zijn op pragmatische, logistieke, politieke en financiële overwegingen”*.

### A0-urgentie als tijd er ècht toe doet

Voor patiënten die in acuut levensgevaar zijn (reanimatie/verstikking/verbloeding), draagt de factor tijd wél in belangrijke mate bij aan de overlevingskans. Voor deze groep patiënten (5% van de A1-inzetten) is de nieuwe A0-urgentie ontwikkeld. De A0 is, net als de ‘bekende’ A1, een spoedurgentie. De A0 krijgt echter voorrang op de A1, passend bij de ernstige medische situatie van die patiënt. In een A0 situatie rukt de ambulance direct uit, met de hoogst mogelijke spoed. De A0-urgentie is één van de nieuwe urgenties in de verbeterde urgentie-indeling ambulancezorg die in 2024 en 2025 door de RAV’s geïmplementeerd worden. De nieuwe urgenties zijn gebaseerd op *medisch logische gronden*. Patiënten krijgen hierdoor eerder de juiste zorg, op het juiste moment. De tussentijdse resultaten van de ingebruikname van de verbeterde urgentie-indeling zijn goed: de resultaten tonen dat de ambulance, in situaties waarin tijd er echt toe doet, snel ter plaatse is. Meer informatie over de urgenties: [zie sheet 9](#).

## Regionaal versus gemeentelijk

RIVM berekent de capaciteit van de ambulancezorg en het aantal benodigde standplaatsen op *regionaal niveau*. VWS stelt deze capaciteit vast en het Nza stelt vervolgens de bekostiging hiervan vast. Met deze bekostiging worden RAV's gefaciliteerd om capaciteit te leveren om op *regioniveau in theorie* (het is een model; de praktijk is altijd anders) aan de streefnorm te voldoen.

- De sector publiceert haar cijfers in aansluiting hiermee dan ook op regionaal niveau.
- De aanrijtijden als verantwoordingsmiddel gebruiken en/of toepassen op afzonderlijke locaties of gemeentes is dus onjuist en bovendien onterecht.

### Waarom wordt de capaciteit van ambulances berekend op regionaal niveau?

Als de ambulancesector zich moet verantwoorden op gemeentelijk niveau, is dat enkel zinvol als ook de capaciteit en het aantal standplaatsen berekend worden op gemeentelijk niveau.

Dit heeft echter verstrekkende gevolgen:

- Het kost honderden miljoenen extra, bovenop het huidige budget van ruim 1 miljard\*.
- Het heeft een kwadratisch effect op het aantal benodigde mensen en middelen\*: de sector zal grote aantallen verpleegkundigen moeten werven die voor een groot deel werkzaam zijn in ziekenhuizen.
- Dit werkt disruptief op de doorstroom van de patiënt in de zorgketen: de zorg stopt na de ambulancezorg.
- Kortom: patiënten zijn er niet mee geholpen als op elke hoek van de straat een ambulance staat, en de zorg na de ambulancezorg stopt.
- Het bijzetten van extra ambulances in bijv. dunbevolkte gebieden leidt bovendien niet tot zinnige en/of toekomstbestendige zorg: ambulancezorgprofessionals zitten daar duimen te draaien, terwijl ze elders in de zorg hard nodig zijn.

### Bronnen/achtergrondinformatie sheet 3 & 4

- [Sectorkompas ambulancezorg](#)
- [Onderzoek: urgenties in de ambulancezorg en de acute eerstelijns zorgketen: een verantwoording voor de urgentie-indeling \(Nivel, 2019\)](#)
- [Factsheet Ontwikkeling 15 minutennorm ambulancezorg](#)
- [Factsheet Responstijd ambulancezorg](#)
- [Factsheet Wat betekent 15 minuten?](#)
- [Referentiekader Spreiding en Beschikbaarheid \(RIVM\)](#)



### Zinnige & toekomstbestendige zorg door Effectief inzetten schaarse zorgprofessionals

De ambulancesector innoveert continu om te zorgen dat iedereen die zorg nodig heeft, die zorg krijgt, niet alleen nu, maar ook in de toekomst. Dat doet de sector onder meer door haar schaarse mensen en middelen effectief en efficiënt in te zetten. De meldkamer ambulancezorg (MKA) speelt hierbij een belangrijke rol. De MKA triert de zorgvraag via [een verfijnde urgentie-indeling](#), die eraan bijdraagt dat de patiënt de juiste zorg, op het juiste moment krijgt, passend bij de zorgvraag. Ook monitort de MKA continue de dekking van ambulances in alle gebieden in Nederland. Als in een gebied alle ambulances 'bezet' zijn, worden andere, beschikbare ambulances zodanig verspreid over de regio, dat de bereikbaarheid weer zo optimaal mogelijk is. Dit is een dynamisch, on-going proces dat 24/7 plaatsvindt.

---

## Visie ambulancesector op ontwikkeling responstijden

- ✓ Van alle ambulance-spoedinzetten met A1-urgentie (700.000 inzetten in 2023), is de factor tijd bij 5% (circa 35.000 inzetten in 2023, dit is nu A0-urgentie) van deze inzetten, medisch gezien, allesbepalend voor het verdere ziekteverloop ([zie sheet 9](#)).
- ✓ De focus moet daarom niet liggen op tijd, maar op het leveren van de juiste zorg, passend bij de zorgvraag, op het juiste moment ([zie sheet 9](#)).
- ✓ Voor een patiënt is het vanzelfsprekend prettig dat de ambulance er in veel gevallen zo snel mogelijk is. Het is daarom goed te weten dat de mediane responstijd bij een A1-inzet minder dan 10 minuten is ([bron: sectorkompas ambulancezorg](#)).
- ✓ Aansluitend op wat in [sheet 9](#) uitgebreid wordt toegelicht, is het dus niet noodzakelijk dat de ambulance er in alle gevallen, of in 95% van de gevallen, binnen 15 minuten is.
  - Zouden we dat wel zo inrichten, dan leidt dit tot grote ontwrichting in- en van de zorg, een enorme toename van het budget en ondoelmatigheid, kortom: het leidt niet tot zinnige zorg ([zie sheet 6](#))





## Hoe wordt de kwaliteit van ambulancezorg gemeten?

### Inzicht in kwaliteit van zorg van groot belang

De ambulancesector vindt het van het grootste belang te weten of de zorg die ambulanceprofessionals aan patiënten verlenen, van goede kwaliteit is.

Inzicht in de kwaliteit van zorg geeft de sector immers handvatten om te leren en de zorg, waar nodig, verder te verbeteren.

### Hoe weet de ambulancesector of de zorg die verleend wordt goed is?

De ambulancesector heeft '[het kwaliteitskader ambulancezorg 2.0](#)' ontwikkeld om de kwaliteit van zowel spoedeisende- als planbare ambulancezorg te kunnen beoordelen en waar nodig te verbeteren. De uitgangspunten voor goede ambulancezorg zijn geconcretiseerd in 23 kwaliteitssignalen die tezamen een beeld geven van de kwaliteit van de ambulancezorg.

### Signaal tijd afzetten tegen medisch logische norm

Tijd is 1 van de 23 kwaliteitsindicatoren. Om het signaal tijd goed te kunnen duiden, moet het signaal afgezet kunnen worden tegen een medisch logische norm (in plaats van tegen de planningsnorm). Daarom heeft de ambulancesector de afgelopen jaren gewerkt aan de verbeterde urgentie-indeling ambulancezorg, waarbij de urgenties wel gebaseerd zijn op medische gronden, [zie sheet 9](#).

### Verantwoording kwaliteit

AZN publiceert jaarlijks de resultaten van de kwaliteitsmetingen via [het sectorkompas ambulancezorg](#).

### Samenwerking & register Zorginstituut Nederland

Het kwaliteitskader ambulancezorg 2.0 is ontwikkeld door Ambulancezorg Nederland, Patiëntenfederatie Nederland, Nederlandse Vereniging van Medische Managers Ambulancezorg, V&VN ambulancezorg en verschillende cliëntenraden van de regionale ambulancezorgvoorzieningen. Het kader is ingeschreven in [het Register van Zorginstituut Nederland](#).

### Bronnen/achtergrondinformatie sheet 5

- [Sectorkompas ambulancezorg](#)
- [Kwaliteitskader ambulancezorg 2.0](#)
- [Register Zorginstituut Nederland](#)
- [Animatie kwaliteitskader ambulancezorg](#)
- [Factsheet kwaliteitskader ambulancezorg](#)
- [Patiënttevredenheidsonderzoek ambulancezorg](#)
- [Ketenpartnertevredenheidsonderzoek \(Nivel\)](#)
- [Imago-onderzoek ambulancezorg \(Newcom Research\)](#)
- [Kamerbrief, stand van zaken ambulancezorg \(VWS, 2022\)](#)



## De verbeterde urgentie-indeling: de juiste zorg, op het juiste moment, door de juiste zorgverlener

### Responstijden zijn planningsnormen

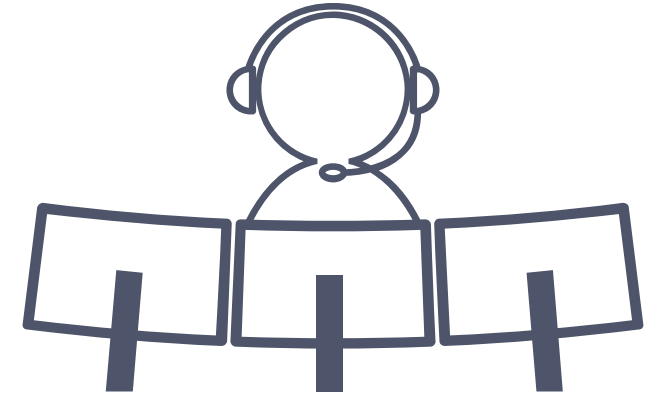
Het Nivel schrijft in haar onderzoek '[Urgentie in de ambulancezorg en de acute eerstelijns zorgketen een verantwoording voor de urgentie-indeling](#)' (2019) dat responstijden planningsnormen zijn, gebaseerd op pragmatische, logistieke, politieke en financiële overwegingen. Nivel schreef voorts dat een herindeling op basis van aspecten als gezondheidswinst en kwaliteit van zorg urgent is. De sector ambulancezorg heeft daarom de verbeterde-urgentie indeling ambulancezorg ontwikkeld, die bestaat uit zeven (i.p.v. drie) urgenties, gebaseerd op medisch logische gronden.

### Verbeterde urgentie-indeling ambulancezorg op medisch logische gronden

Door de uitbreiding naar zeven urgenties kan de meldkamercentralist ambulancezorg fijnmaziger een urgentie aan een zorgvraag toekennen. Patiënten krijgen hierdoor eerder de juiste zorg, passend bij hun zorgvraag. Dat kan gaan om verschillende vormen van spoed- en/of niet spoedzorg, maar ook om een doorverwijzing naar een andere zorgverlener, of een zelfzorgadvies. Voor de relatief kleine categorie patiënten (5% van de spoedinzetten) die direct, met de hoogst mogelijke spoed zorg nodig heeft, (reanimatie/verstikking/verbloeding) draagt een snelle responstijd in belangrijke mate bij aan de overlevingskans. In die situaties krijgt de ambulance de A0-urgentie: de ambulance rukt uit met de hoogst mogelijke spoed en krijgt voorrang op alle andere urgenties, waaronder de spoedurgentie A1.

### Goede tussentijdse resultaten: slimmer en sneller als het ècht nodig is

RAV's implementeren in 2024 en 2025 de verbeterde urgentie-indeling. De tussentijdse resultaten van de ingebruikname van de nieuwe urgenties zijn positief en ondersteunen dat in de situaties waarin tijd er ècht toe doet, de ambulance er snel is. Dit bevestigt de uitkomsten van de [impactanalyse op de nieuwe urgentie-indeling die adviesbureau Strategies in regulated Markets \(SiRM\) in 2020 uitvoerde](#). De resultaten van deze analyse gaven aan dat een verbeterde urgentie-indeling, met zeven in plaats van drie urgentie-categorieën, leidt tot een slimmere inzet van ambulancezorg. Met de verbeterde urgentie-indeling wordt de ambulancezorg sneller wanneer het ècht nodig is.



### Bronnen/achtergrondinformatie sheet 6

- [Delphi-studie Van divergentie naar convergentie \(LAIZ/HAN, 2019\)](#)
- [Onderzoek Urgentie in de ambulancezorg en de acute eerstelijns zorgketen. Een verantwoording voor de urgentie-indeling \(Nivel, 2019\)](#)
- [Impactanalyse nieuwe urgentie-indeling ambulancezorg. Slimmer en sneller wanneer ècht nodig' \(SiRM, 2020\).](#)
- [Kamerbrief, stand van zaken ambulancezorg \(VWS, 2022\)](#)
- [Animatie de verbeterde urgentie-indeling ambulancezorg uitgelegd.](#)

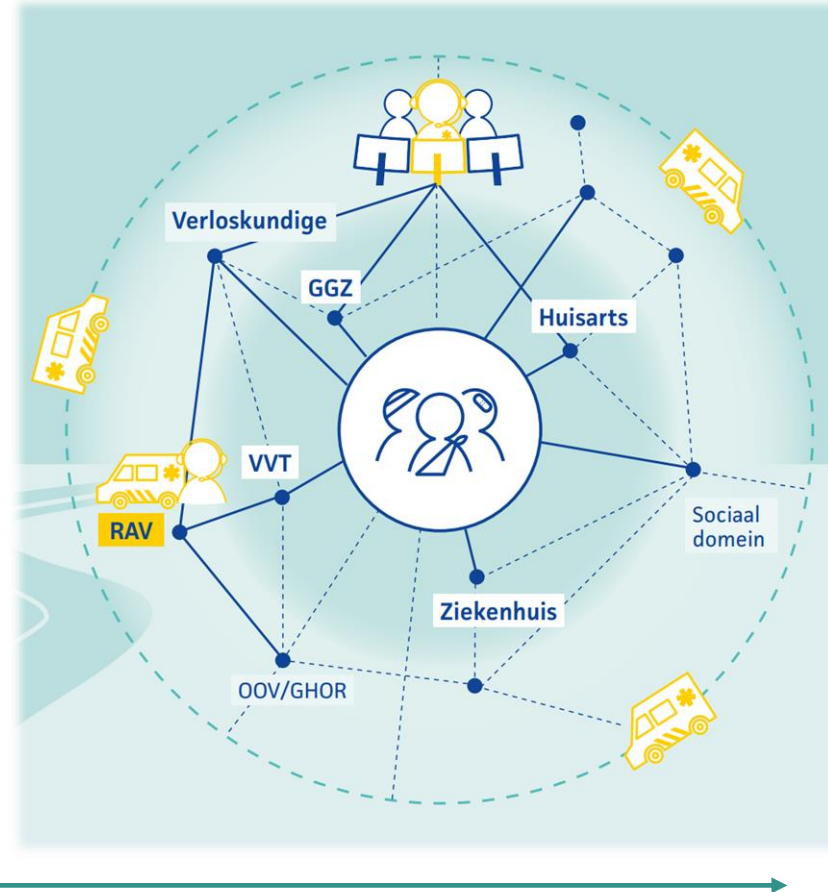
## Aanpak: samenwerken voor zorg met toekomst

2025 - 2030

### Ontwikkelen zorgnetwerk

Omdat de acute zorg onder druk staat door een toenemende zorgvraag in een veranderend zorglandschap, staan zorgaanbieders samen voor de uitdaging om de acute zorg goed en toegankelijk te houden.

De ambulancesector is van mening dat intensiever samenwerken met partners en het beter coördineren van de zorgvraag hieraan bijdraagt. Het resultaat van betere samenwerking en een bredere coördinatie van de zorgvraag is dat schaarse zorgverleners en middelen efficiënter en effectiever kunnen worden ingezet. Hierdoor kan de patiënt, nu en in de toekomst, blijven rekenen op goede, toegankelijke zorg, op het juiste moment, door de juiste zorgverlener op de juiste plaats. Om dit te realiseren zet Ambulancezorg Nederland (AZN) komende jaren in op het ontwikkelen van een sterk zorgnetwerk.



Ambulancezorgprofessionals coördineren en verlenen passende patiëntenzorg. Daarnaast vervult ambulancezorg als mobiele zorgverlener ook een verbindende rol tussen de partners binnen de acute zorg. De afgelopen decennia heeft de ambulancezorg zich ontwikkeld van een vervoersvoorziening naar een zorgvoorziening. De ambulancesector ambiert een toekomst waarin steeds meer wordt samengewerkt in zorgnetwerken. Bij een zorgnetwerk staat de patiënt centraal en wordt de zorg met en rondom de patiënt gecreëerd. Zo dragen zorgaanbieders gezamenlijk de verantwoordelijkheid voor goede zorg. Zorgnetwerken creëren efficiëntere en een meer geïntegreerde samenwerking tussen partners in het zorglandschap en met het OOV-domein.

## Samenwerken binnen de acute zorg

