

---

# Ambulancezorg, van spoedzorgorganisatie naar mobiele zorgverlener



AMBULANCEZORG  
NEDERLAND

TLP:WHITE

---

## 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.



## De 15 minuten streefnorm: zin of onzin?

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

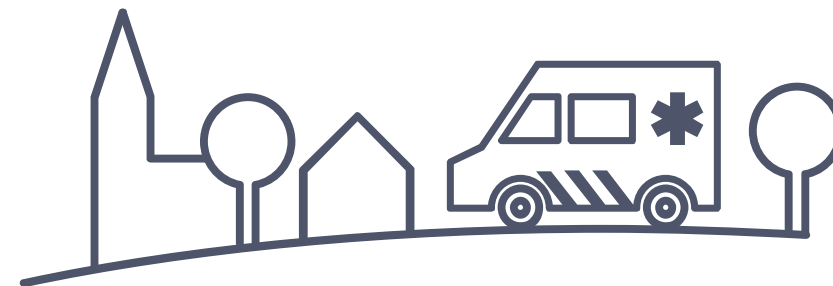
De ambulancezorg in Nederland is, ook internationaal gezien, van hoge kwaliteit.

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 geen schade ondervindt als de ambulance er binnen 17 minuten is. De 15 minuten hebben geen medische grond. Desondanks wordt de 15 minuten streefnorm al jaren ten onrechte gezien als een 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 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 1 van de nieuwe urgenties in de verbeterde urgentie-indeling ambulancezorg die dit jaar 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 6](#).

## Regionaal versus gemeentelijk

De capaciteit van de ambulancezorg en het aantal benodigde standplaatsen berekent het RIVM op regionaal niveau, zodat de ambulancezorg *in theorie* aan de streefnorm kan voldoen. De sector publiceert haar cijfers aansluitend daarop ook op regionaal niveau. De cijfers hebben als doel te checken of de berekende capaciteit en standplaatsen matchen met de praktijk.

De aanrijtijden als verantwoordingsmiddel gebruiken en/of toepassen op afzonderlijke locaties of gemeentes is dus onjuist.



### 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 800 miljoen\*.
- 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, maar 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 hard nodig zijn.

### 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.

### 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 \(RIVM\)](#)



## 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 duiden 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 6](#).

### Verantwoording kwaliteit

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

### Samenwerking

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

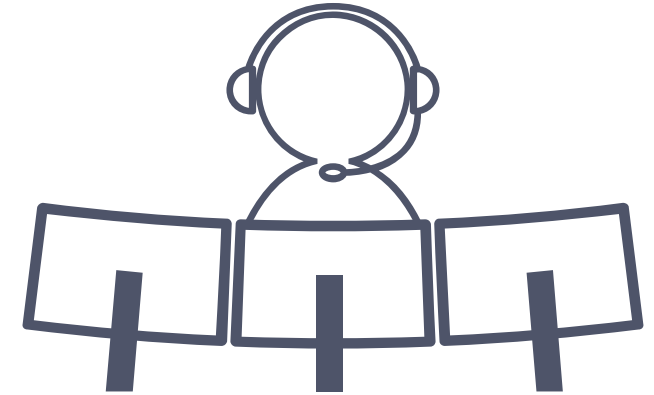
Het Nivel schrijft in haar onderzoek '[Urgentie in de ambulancezorg en de acute eerstelijns zorgketen een verantwoording voor de urgentie-indeling](#)' (2019) dat responstijden planningsnormen zijn, gebaseerd op pragmatische, logistieke, politieke en financiële overwegingen. Nivel schreef voorts dat 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 zijn dit jaar drukdoende de verbeterde urgentie-indeling te implementeren. De tussentijdse resultaten van de ingebruikname van de nieuwe urgenties zijn positief en onderstrepen 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 écht 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 écht nodig' \(SiRM, 2020\).](#)
- [Kamerbrief, stand van zaken ambulancezorg \(VWS, 2022\)](#)
- [Animatie de verbeterde urgentie-indeling ambulancezorg uitgelegd.](#)