

Vakblad **v&vn**

# AMBULANCEZORG

Scoop-and-run voor ECPR

Nieuwe opleiding ambulanceverpleegkundige

Congres SEMES in Spanje

Ambulances voor Kosovo

Dat eeuwige kwartier

Initiatief Ambulancezorg Groningen



Sdu

# Dat eeuwige kwartier

## Hoe komen we eraan, hoe komen we eraf...

Een kwartier, ofwel 15 minuten. Dat is de tijd die een ambulance er maximaal over mag doen om in geval van een opdracht van de MKA met urgentie A1 ter plaatse te komen. Heel veel mensen vragen zich af waar dat toch ooit vandaan is gekomen en is het wel zaligmakend? In dit artikel onderzoekt historicus en ambulanceverpleëkundige Thijs Gras de oorsprong en de ontwikkeling van het inmiddels in de ambulancesector beruchte kwartier.

### Wet ambulancevervoer

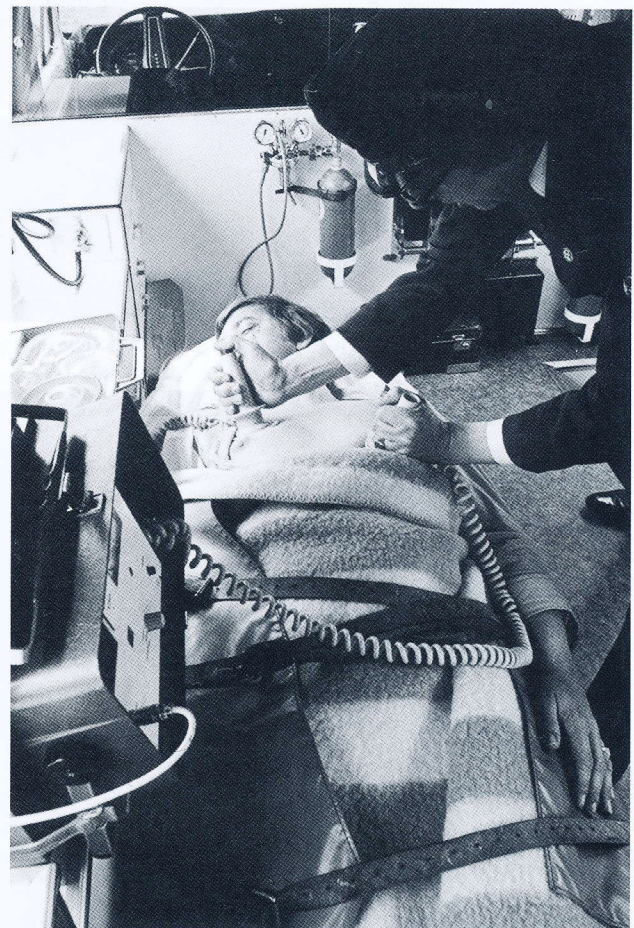
Tot de invoering van de Wet ambulancevervoer in 1971 waren er geen wettelijke regelingen over de aanrijtijd van ambulances. Men deed er alles aan om zo snel mogelijk ter plaatse te zijn. Lastig punt daarbij was dat eigenlijk pas vanaf 1965 de optische en geluidssignalen (OGS) voor ambulances wettelijk erkend werden. Vóór die tijd werd het aan de coulance van het publiek overgelaten een ambulance met zwaailicht en sirene voorrang te verlenen.

Eind jaren vijftig, begin jaren zestig nam het aantal verkeersongevallen in Nederland dramatisch toe en toen bij het grote treinongeval te Harmelen (8 januari 1962) bleek dat de ambulancehulp een grote puinhoop was, klonken er steeds luidere stemmen die riepen om verandering.



In de jaren vijftig en zestig werd Nederland overspoeld door een golf aan verkeersongevallen.

De regering zette de commissie Muntendam aan het werk om de opzet van de Nederlandse ambulancehulpverlening door te lichten. Die kwam met de nodige aanbevelingen waaronder een landelijk alarmnummer (toen nog 00-11) en uniformering van de ambulances. Uiteindelijk zou dit uitmonden in het uitvaardigen van de Wet ambulancevervoer (Wav). Deze werd op 23 april 1971 van kracht en moest op 1 juli 1979 geheel zijn ingevoerd.



Ook door de introductie van defibrillatoren op de ambulance begin jaren zeventig, was men zich steeds meer bewust van het belang van het begrip 'tijd'.

De Wav bepaalde dat er per regio één meldkamer voor ambulancevervoer moest worden ingesteld, die al het ambulancevervoer, zowel spoed als niet spoed, moest coördineren. Het was aan de provinciale overheid om de regio's aan te wijzen en vervolgens moesten de gemeenten in die regio gezamenlijk een Centrale Post Ambulancevervoer (CPA) oprichten. In eerste instantie waren 49 regio's voorzien, maar in drie is nooit een CPA gekomen. In de overige 46 wel, maar op verschillende

momenten. Meestal werd de CPA ondergebracht bij een GGD/ DGD of de alarmcentrale van de brandweer. Niet overal lukte het om op 1 juli 1979 een CPA operationeel te hebben. De laatste is in 1985 van start gegaan.

In de Wav zijn de artikelen 3 en 4 in verband met de aanrijtijd van belang. Daarin staat dat bij algemene maatregel van bestuur nadere regels worden gesteld over de paraatheid (artikel 3) en dat Gedeputeerde Staten (GS) deze regels nader moeten uitwerken (artikel 4). Nergens iets over het kwartier dus. Maar dat duurde niet lang.

### Het Eisenbesluit

Een van de algemene maatregelen van bestuur was het Eisenbesluit dat op 6 juli 1976 werd vastgesteld. Daarin werden nadere voorschriften gegeven over zaken als de uitvoering, de inrichting en keuring van ambulances, de kwaliteiten van het begeleidend personeel en, in artikel 19, de paraatheid. Er stond: "Gedurende de tijd waarin een ambulance-auto ingevolge de door gedeputeerde staten gestelde regels voor ambulancevervoer beschikbaar moet zijn, dient de auto met het begeleidend personeel binnen twee minuten na ontvangst van een opdracht van de centrale post met het verrichten van zodanig vervoer te kunnen aanvangen."



Veel particuliere diensten hadden de ambulance bij hun huis staan om de uitruktijd zo kort mogelijk te houden.

De paraatheid was ook het belangrijkste onderwerp van een richtlijn die het Rijk in juli 1977 opstelde en die in augustus 1977 werd uitgegeven. En daarin werd voor het eerst het kwartier genoemd als planningsnorm. Naast het uitgangspunt van een uitruktijd van twee minuten voor spoedambulances, formuleerde deze richtlijn een tweede uitgangspunt: "Het spoedeisend ambulancevervoer dient zo te worden georganiseerd dat overal in de provincie een voor spoedeisend ambulancevervoer beschikbare ambulance-auto binnen vijftien minuten na (...) opdracht of (...) melding (...) ter plaatse kan zijn bij de patiënt ten behoeve van wie het vervoer is aangevraagd."

Die uitruktijd was een mooi streven, maar al snel kwam hiertegen verzet uit diverse hoeken. Veel diensten werkten met piketdiensten en dan haalde je die twee minuten nooit. Om deze overal om te zetten in parate diensten zou een enorme kostenstijging betekenen. En net in die tijd was ook bepaald dat de ziekenfondsen en ziektekostenverzekeraars een ritprijs moesten betalen die kostendekkend was. Die hadden dus ook

alle belang bij een zo goedkoop mogelijk systeem. De Minister stond onder druk en schreef op 22 april 1982 aan de kamer een brief met de volgende interessante passage: "Voorts zal, naar aanleiding van de gerezen problematiek rond het naleven van de 2-minuten paraatheidseis en gelet op het feit dat een 15-minuten bereikbaarheidsgrens (een tijdslimiet waarbinnen de ambulance-auto bij de patiënt of het ongevalsslachtoffer moet zijn) een belangrijk criterium is voor het welslagen van de hulpverlening, de paraatheidseis (ook in het Eisenbesluit) worden omgezet in een ruimere regeling waarin het accent meer valt op de bereikbaarheid dan op de daadwerkelijke paraatheid."



De uitruktijd van twee minuten was goed haalbaar in een stad met alleen maar parate diensten.

### Van toelichting tot wet

Zodoende werd op 14 december 1982 een nieuwe versie uitgebracht van het Eisenbesluit waarvan de tekst over de paraatheid nu luidde: "Gedurende de tijd waarin een ambulance-auto ingevolge de door gedeputeerde staten gestelde regels voor ambulancevervoer beschikbaar moet zijn, is de vervoerder gehouden de auto en het begeleidend personeel in zodanige staat van paraatheid te hebben dat zij – uitgezonderd omstandigheden waarin zulks niet van de inspanningen van de vervoerder afhangt – binnen vijftien minuten na ontvangst van de opdracht tot het aangevraagde vervoer ter plaatse kunnen zijn."

En daar was het kwartier, van toelichting verheven tot wetgeving. Wie het ooit bedacht heeft en waarom dit zo belangrijk was 'voor het welslagen van de hulpverlening', zal wel nooit bekend worden. Het was natuurlijk een mooi en duidelijk begrip. Handig om mee te werken voor beleidsmakers, gemeenten, politici en ziektekostenverzekeraars. Medisch inhoudelijk had het totaal geen basis, ook dat was iedereen duidelijk, vandaar dat er vanaf het begin op gehamerd werd dat het een planningsnorm betrof. Maar de geest was zo al uit de fles. Een kleine maar niet onbelangrijke aantekening: de klok ging pas lopen op het moment dat de ambulance de opdracht tot uitrukken kreeg, dus na uitvragen en na vaststellen dat er een noodzaak was een ambulance te sturen. Sommige meldkammers poetsten de cijfers op door bijvoorbeeld een piketdienst te activeren en deze pas na compleetmelding de opdracht te verstrekken. Want dat gebeurt natuurlijk: zo gauw je streefcijfers en normen opstelt, creëer je belangen om die cijfers zo gunstig mogelijk voor te stellen. Dat kan soms tot ongewenst gedrag leiden waarbij de letter van de cijfers belangrijker is dan de geest van de wet.



Op veel Centrale Posten Ambulancevervoer (CPA) was de klok een belangrijk element.

### Nieuwe wetgeving

Inmiddels maakte de Wav langzamerhand plaats voor nieuwe wetgeving, zoals de Kwaliteitswet zorginstellingen van 1996. De voor de paraatheid belangrijke Wav-artikelen 3 en 4 vervielen per 18 januari 1996. In het kader van de Kwaliteitswet moest de sector zelf normen opstellen onder meer over de paraatheid. Deze werden uitgewerkt in de nota *Verantwoorde Ambulancezorg* die in augustus 1997 uitkwam. Daarin stond: "De capaciteit van ambulancezorg wordt mede bepaald aan de hand van de eis, dat op iedere plek in het verzorgingsgebied van de CPA, ambulancezorg t.a.v. zorgvragen waarbij het directe levensgevaar niet kan worden uitgesloten (zorg met een A1 urgentie), binnen 15 minuten na ontvangst van de melding/zorgvraag bij de CPA, een ambulance ter plaatse moet kunnen zijn, onafhankelijk van de uitrukplaats."

Hier werd dus het traject van de melding onderdeel van de 15 minuten. Wel zo eerlijk voor de melder natuurlijk. Om voor dit nieuwe segment ook een getal te noemen, hanteerden sommige meldkamers een maximale uitvaartijd van 2 minuten. Hiervoor is nooit onderbouwing gegeven; net zo natte vingerwerk als de 15 minuten: leuk om mee te rekenen, maar eigenlijk niet meer dan dat. Het kwam ook een beetje door de andere belangen die vervoerders en CPA hadden in die tijd. De vervoerders werden afgerekend op het tijdstip waarop ze ter plaatse kwamen, maar op voortraject van de CPA hadden ze geen invloed. Soms had de meldkamer vele minuten nodig om

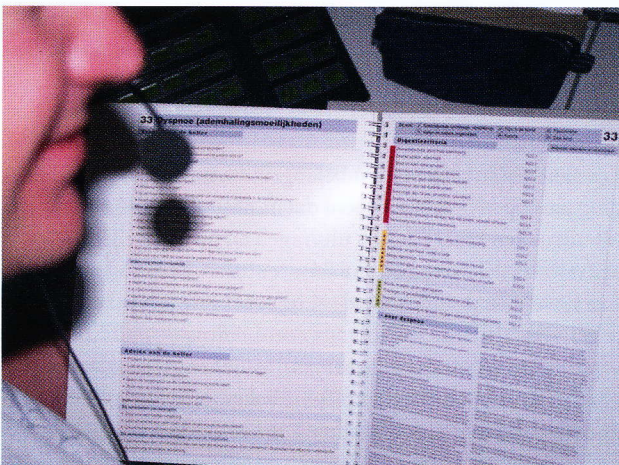
te besluiten een ambulance onder A1 te sturen: moeilijke locatiebepaling, taalproblemen, ingewikkelde of vage medische problemen, allemaal elementen die de uitvaartijd verlengden. Dan hadden de vervoerders ineens maar 11 minuten of nog minder de tijd om het kwartier te halen. Dat wilde men dus op een of andere manier inzichtelijk hebben.

### Kritiek op de 15-minutengrens

Binnen de ambulancesector was al vrij snel kritiek op de 15-minutennorm, vooral omdat er geen medische/verpleegkundige onderbouwing voor was. Om het als planningsnorm te gebruiken prima, maar om er een prestatienorm van te maken, dat ging velen te ver. Buiten de sector, vooral achter computerschermen en bureaus, was het echter te mooi om niets met dit getal te doen. Omdat er ook financiële consequenties aan verbonden werden, waren de ambulancediensten welhaast gedwongen hierin mee te gaan.

Even is nog gespeeld met de gedachte er 8 minuten van te maken. Dit voorstel kwam in 2007 van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg en was mede geïnspireerd op ontwikkelingen in andere landen zoals Engeland. Dat had weer te maken met onderzoek op het gebied van reanimaties waarbij elke seconde telde en waar voor het eerst een tijdsinterval met medische consequenties genoemd werd: als het hart stilstaat moet reanimatie binnen 6 minuten worden opgestart. Intussen zijn de ontwikkelingen met AED's, first responders, burgerhulpverleners en BLS-instructies door de MKA zo snel gegaan, dat de aanrijtijd van de ALS-ambulance minder cruciaal is geworden.

Toch heeft ook de ambulancesector bijgedragen aan het vasthouden aan de 15-minutennorm. In de nota *Verantwoorde Ambulancezorg* uit 2013 staat weliswaar dat het gezien moet worden als "een planningsnorm, geen gezondheidsnorm". Maar het gedrag van veel diensten was er toch op gericht de cijfers zo gunstig mogelijk voor te stellen. Voorbeelden zijn het sturen van een Rapid Responder naar casussen waarin duidelijk vervoer nodig is, het introduceren van Directe Inzet Ambulance of het toepassen van Dynamisch Ambulance Management (DAMMEN). Voor het verbeteren van de tijden lijken dit aantrekkelijke maatregelen, maar er is niet altijd oog voor de ongewenste effecten ervan.



In 1996 werd de klok gestart op het moment dat de CPA-centralist de melder aan de lijn kreeg.



Een Rapid Responder kan er met een motor soms sneller zijn dan een ambulance.

### De huidige status van de 15 minutennorm

Op dit moment heeft de ambulancesector te maken met de Tijdelijke wet ambulancezorg (Twaz) die op 1 januari 2013 is ingegaan en nog tot onbekende datum van kracht zal blijven. In de beleidsregels ter uitvoering van artikel 6, 3e lid en de Regeling Twaz, is de 15-minutennorm opgenomen. De RAV moet haar standplaatsen zo inrichten dat 97 procent van de bevolking binnen 15 minuten bereikt kan worden (dekkingsgraad) en moet zo werken dat in de praktijk in 95 procent van de A1-vervoeren de ambulance ook daadwerkelijk (zij het wel onder normale omstandigheden) binnen 15 minuten ter plaatse is. Deze responstijd wordt, voor het maken van berekeningen, opgedeeld in 2 minuten voor melding, 1 minuut voor uitruk en 12 minuten rijtijd. In de definitie van een A1-rit staat: "de ambulance dient zo spoedig mogelijk en binnen uiterlijk 15 minuten na melding ter plaatse te zijn." Overigens mogen, op regionaal niveau, RAV-en, in overleg met de zorgverzekeraars, 'gemotiveerd' afwijken van deze norm.

De sector zelf benadert de norm genuanceerder. In de nota Goede Ambulancezorg van 2018 zijn de 15 minuten niet meer aan te treffen. Het gehanteerde Uniform Begrippenkader Ambulancezorg definieert een A1-inzet als volgt: "Een spoedeisende inzet in opdracht van de centralist bij een acute bedreiging van de vitale functies van de patiënt of in het geval dat dit gevaar pas na beoordeling door de ambulance-eenheid ter plaatse kan worden uitgesloten. De inzet wordt zo spoedig mogelijk omgezet in een opdracht aan een ambulance-eenheid, die zo snel mogelijk ter plaatse dient te zijn. De ambulance maakt altijd gebruik van optische en geluidssignalen (volgens de Branche-richtlijn Optische en Geluidssignalen)."

### Buitenlandse inspiratie?

En zo staan de zaken er dus nu voor. Er is nog steeds een wettelijke basis voor de 15 minutennorm. De ambulancesector wil er graag minder rigide mee omgaan, maar politiek, bestuurders en verzekeraars vinden het een mooie stok waar ze af en toe mee kunnen slaan.

Interessant is in dit verband de ontwikkeling in Wales. In het Verenigd Koninkrijk zijn er ook normen, maar daar werd zo rigide mee omgegaan dat het tot ongewenst gedrag leidde en de ambulancedienst er alleen maar verder mee in de problemen kwam. Iemand omschreef het als 'hitting the targets, but missing the point'. De ambulancedienst in Wales besloot het roer rigoreus om te gooien: alleen voor de hoogste spoedcategorie (zeg maar de reanimaties, of, in ProQA-termen, de Echo-codes) werd nog een tijdsnorm aangehouden: 65 procent binnen 8 minuten. Voor de rest werd het losgelaten. Men bleef natuurlijk wel met spoed rijden, maar hoefde niet meer binnen een bepaalde tijd ter plaatse te zijn. Het resultaat: betere prestaties. Er werden bijna 90.000 inzetten minder gedaan en mensen waren sneller in het ziekenhuis. Dat kwam omdat men veel beter ging kijken naar waar de patiënt behoefte aan had. Dus: geen rapid naar iemand met een CVA alleen maar om de klok stil te zetten. En ook, bij de niet-Echo-codes, iets meer tijd voor de centralist om het probleem helder te krijgen en dus geen DIA, want dan weet je niet of je de goede eenheid naar de patiënt stuurt (en of je überhaupt wel een eenheid moet sturen).

Of wij in Nederland die kant ook op willen, moeten we nog zien. Het biedt in elk geval een verfrissende kijk op hoe je om kunt gaan met urgenties en tijdsnormen. DIA? Ik zeg NADIA:



In Groot-Brittannië vond de ambulancedienst in Wales dat men was doorgeslagen in de fixatie op tijden en gooide men onlangs het roer radicaal om.

Niet Altijd Directe Inzet Ambulance. Als het echt mis is, ben je daar vaak al heel snel in de melding achter, dan is het goed de ambulance meteen op pad te sturen, maar soms is het beter iets meer tijd te nemen. Daar wordt de patiënt aan de lijn niet slechter van, maar het is beter voor andere patiënten die wel met spoed een ambulance nodig hebben, want een auto onderweg met een DIA kun je niet makkelijk een andere rit geven. En als het toch zeer waarschijnlijk op vervoer uitdraait, kun je beter meteen een ALS-ambulance sturen dan een rapid, anders heb je twee eenheden en drie mensen bezet voor een inzet waarbij één eenheid met twee mensen afdoende is.



Een Rapid sturen om de klok stil te zetten is niet altijd efficiënt omdat er dan drie hulpverleners en twee units bezig zijn.

Misschien moeten we een nieuw getal introduceren: in hoeverre is passende zorg geleverd? Dan kan een zelfzorgadvies 100 procent scoren en het sturen van een rapid naar iemand met een CVA maar 50 procent. Het arriveren van een eenheid bij een reanimatie binnen 6 minuten is 100 procent, maar het arriveren van een eenheid bij iemand met een gebroken heup binnen 20 minuten ook. Doe je het beter dan de norm, dan kun je meer dan 100 procent scoren. Je moet namelijk niet alleen 'straffen', maar ook belonen.

#### Tot slot

Binnen de ambulancesector hebben we de neiging de patiënt centraal te stellen en dat is natuurlijk goed. Die patiënt wil zo snel mogelijk hulp, maar weet tegelijk dat er tijd overheen gaat. En wij hebben niet alleen de verantwoordelijkheid voor de patiënt die belt, maar ook voor de patiënt die – misschien – gaat bellen en hulp nog harder nodig heeft. Voor die moeten we ook klaar staan.

En als we dan naar iemand toegestuurd worden, moet het streven zijn om zo snel mogelijk ter plaatse te zijn. Soms met gebruik van bijzondere signalen, maar soms ook niet. Zorg op maat, daar draait het om. En hoe we die maat meten, daar moeten we het misschien nog maar eens over hebben met de politiek, de bestuurders en de zorgverzekeraars.

Thijs Gras

## Heeft u 'm al? Aanbestedingsrecht voor overheden

Dé leidraad  
voor inkopers en  
juristen

Onder redactie van:  
mr. M.J.J.M. Essers  
mr. C.A.M. Lombert



In deze editie komen uitgebreid  
aan bod:

- De nieuwe Aanbestedingswet, zoals gewijzigd op 1 juli 2016.
- De rechtspraak vanaf 2000 tot en met begin 2017 en de in de rechtspraak behandelde praktijkvoorbeelden.
- Alle voor de praktijk relevante onderwerpen zoals de uitvoering van een aanbestedingsprocedure, de werkingssfeer van het aanbestedingsrecht en het aanvechten van besluiten van aanbesteders.

ISBN: 9789035248038  
Prijs: € 69,50  
Omvang: 926 pagina's

Bestellen? Ga naar [www.sdu.nl/aanbestedingsrecht-voor-overheden.html](http://www.sdu.nl/aanbestedingsrecht-voor-overheden.html)

**Sdu**

oprecht  
de beste  
keuze