

Vergaderjaar 2017–2018

29 247

Acute zorg

Nr. 247

BRIEF VAN DE MINISTER VOOR MEDISCHE ZORG

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 22 november 2017

In het ordedebat op 1 november (Handelingen II 2017/18, nr. 16, item 5) heeft uw Kamer om een brief gevraagd naar aanleiding van het bericht dat bij 385.000 Nederlanders de ambulance niet op tijd kan zijn (RTLNieuws, 31 oktober 2017).

Kernboodschap

Aangezien de rekenmodellen in de ambulancezorg niet werken met een 100% dekking, is het voor mij geen verrassing dat er 385.000 mensen in Nederland niet binnen 12 minuten rijtijd kunnen worden bereikt. Hieronder treft u mijn uitgebreide reactie aan.

Ten aanzien van het verband dat door enkele leden werd gelegd met het arbeidsmarkt vraagstuk in de sector, verwijs ik u graag naar mijn brief over het bericht dat ambulances vaak te laat zouden zijn door een tekort aan personeel (Kamerstukken 29 282 en 29 247, nr. 290), waar de vaste Kamercommissie van VWS op 27 oktober jongstleden om heeft verzocht.

Spreiding van ambulances – het RIVM model

De spreiding en beschikbaarheid van ambulances in Nederland wordt berekend door het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). Eén van de modellen die het RIVM daarvoor gebruikt – het rijtijdenmodel – berekent hoe snel een ambulance naar een willekeurig adres in Nederland kan rijden. Dit model gaat uit van «gemiddelde» omstandigheden. Dat wil zeggen dat het RIVM in een grootschalige meting snelheden van ambulances over heel Nederland over een heel jaar heeft geanalyseerd en gemiddeld. Deze uitkomsten zijn gehanteerd in een routeplanner die leidt tot een schatting van de rijtijd die een ambulance nodig heeft.

Om te berekenen hoeveel inwoners van Nederland binnen een bepaalde tijd kunnen worden bereikt is het van belang om te weten vanuit welke

standplaatsen de ambulances vertrekken. Voor de beleidsmatige planning hiervan wordt

uitgegaan van het «Referentiekader spreiding en beschikbaarheid ambulancezorg» (kortweg: het referentiekader). Het referentiekader definieert een minimale spreiding van standplaatsen en berekent hoeveel ambulances er minimaal nodig zijn per regio, met als uitgangspunt dat onder normale omstandigheden in ten minste 95% van de A1-meldingen een ambulance *beschikbaar* is. Een tweede uitgangspunt is dat hierbij wordt uitgegaan van een geografische spreiding van standplaatsen waarmee in elke regio minstens 97% van de bevolking binnen 12 minuten rijtijd kan worden bereikt (met 3 minuten voor meld- en uitruktijd is dat 15 minuten bereikbaarheid). Het idee van het referentiekader is dat, met bovenstaande twee uitgangspunten, de Regionale Ambulance Voorzieningen (RAV'en) voldoende middelen hebben om in 95% van de A1-meldingen binnen 15 minuten ter plaatse te kunnen zijn.

De genoemde geografische spreidingsnorm in het rekenmodel van het RIVM, heeft inherent in zich dat er geen geografische spreiding van ambulancestandplaatsen wordt gehanteerd, waarmee 100% van de bevolking binnen 12 minuten rijtijd wordt bereikt. Het is voor mij dus geen verassing dat er 385.000 mensen in Nederland niet binnen 12 minuten rijtijd kunnen worden bereikt. Overigens gaat het model, zowel van het RIVM als van de Geodienst van de Rijksuniversiteit Groningen (dat de basis is voor het bericht van RTLNieuws), uit van paraatheid vanaf een vaste standplaats, terwijl er in de praktijk steeds vaker gebruik wordt gemaakt van dynamisch ambulance management. Met dynamisch ambulancemanagement worden beschikbare ambulances op strategische plekken in de regio geplaatst om snel ter plaatse te kunnen zijn. Het effect hiervan is dat responstijden korter kunnen zijn dan uit het model volgt. Immers: de ambulance vertrekt niet altijd vanaf de vaste standplaats, maar ook vanuit andere plekken.

De 15-minuten norm

Deze norm heeft – zoals u weet – geen medische onderbouwing, maar het is een norm die primair op grond van maatschappelijke overwegingen is vastgesteld. De responstijd is slechts één van de vele bepalende factoren die van invloed zijn op het voorkomen van blijvende schade of zelfs overleving van een patiënt en is daarnaast voor slechts een beperkt aantal aandoeningen direct relevant. Voor dat beperkte aantal aandoeningen is het vervolgens maar zeer de vraag of 15 minuten responstijd de juiste medische maatstaf is. Daarnaast gaat deze norm uit van normale omstandigheden (dus bijvoorbeeld niet van extreme files, openstaande bruggen of ijzel op de weg) en geldt hij voor de veiligheidsregio's als geheel (en dus niet op landelijk of gemeentelijk niveau).

Dit neemt niet weg dat de 15 minutennorm bij de meerderheid van de RAV'en niet wordt gehaald. Uw Kamer is hierover op 14 april 2016 geïnformeerd¹. Aan de regio's waar de norm niet wordt gehaald heeft de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) verbeterplannen gevraagd van de zorgverzekeraars (in samenwerking met de RAV'en), met daarin oplossingen om aan de norm te gaan voldoen. De NZa houdt de uitvoering van de verbeterplannen in de gaten en houdt zo toezicht op de zorgplicht.

¹ Kamerstuk 29 247, nr. 223

Afsluitend

Ik vind dat iedereen goede en tijdige ambulancezorg moet krijgen. Maar, de oplossing moet niet altijd worden gezocht in overal meer ambulances neerzetten. Een extra ambulance in een afgelegen gebied is geen oplossing als het personeel vervolgens de deskundigheidsnormen niet haalt vanwege te weinig ritten. Daarom moet op lokaal niveau, in overleg met de ziekenhuizen en zorgverzekeraars, blijvend gewerkt worden aan de meest optimale regionale situatie.

De Minister voor Medische Zorg,
B.J. Bruins