

# Urgenties ambulancezorg: bevindingen



## De huidige vijftienminutennorm en andere normen

De huidige urgentie-indelingssystemen, zowel in Nederland als de andere landen, zijn ontstaan vanuit de praktijk, expert opinion en clinical practice.

In de onderzochte landen/regio's blijken de streefnormen voor de hoogst urgente categorieën niet wetenschappelijk onderbouwd te zijn. Dit geldt ook voor de Nederlandse 15 en 30 minuten voor respectievelijk A1- en A2-inzetten.

Opvallend is dat de responstijdsmeting per land sterk varieert: deze kan voor, tijdens of na de telefonische triage starten en stoppen wanneer de burgerhulpverlener, de assisterende brandweer/politie of de eerste ambulance-eenheid (ALS of BLS) ter plaatse is.

Daarmee zijn de tijdsnormen van 8:00, 8:59, 10, 13 en 15 minuten niet vergelijkbaar.

Land	Responstijd	Start tijdsmeting	% norm	Co-responders stoppen klok
Nederland	15 min	ontvangst melding Meldkamer Ambulancezorg	95%	nee
Wales	8 min	nadat de hoofdklacht tijdens triage is bepaald/vaststellen van RED	65%	ja
Denemarken	13 min	na triage	90%	nee
Zweden	10 min	ontvangst melding op meldkamer	doel	nee
Canada	8 min 59 sec	ontvangst melding op meldkamer	90%	nee, alleen specifiek obv afspraken met ministerie

## Bevindingen advies Nivel: uitbreiden urgentieclassificaties ambulancezorg

- De ambulancezorg in **Nederland** kent twee spoedeisende urgenties: de inzet met A1- en de inzet met A2-urgentie. De bijbehorende streefnormen voor de responstijd zijn 15 en 30 minuten.
- **Denemarken** en **Zweden** hanteren ook twee urgenties voor spoedeisende ambulancezorg. Beide landen lopen tegen dezelfde problematiek aan als Nederland: het systeem heeft weinig onderscheidend vermogen en dat maakt dat de patiënt niet altijd de juiste zorg op het juiste moment ontvangt.
- **Wales** en **Canada** hanteren drie tot vier urgenties voor spoedeisende ambulancezorg. De urgentie van verschillende zorgvragen kan daardoor beter onderscheiden worden: patiënten in levensgevaar krijgen sneller de zorg die zij nodig hebben. Tijdkritische patiënten blijken een tijdige respons te ontvangen en slechts een fractie van de meldingen betreft een werkelijke tijdkritische inzet.

Deze bevindingen leiden tot het advies het aantal ambulance-urgenties in Nederland uit te breiden, voor zowel de spoedeisende als de planbare ambulancezorg.

(zie [managementsamenvatting](#) Nivelonderzoek)



## Ambitie: afstemming binnen de keten

Nederland is het enige land waar een duidelijke ambitie is uitgesproken de acute eerstelijns-zorg gezamenlijk met ketenpartners verder vorm te geven. Nederland is hiermee koploper en het uitgangspunt is een eye opener voor buitenlandse experts.

## Inspiratie: Wales



In 2015 is in Wales het Clinical Response Model ingevoerd. Dit model kent de volgende urgenties voor spoedeisende ambulancezorg:

### RED:

- bij reanimatie, verstikking of grote bloeding
- directe inzet met optische en geluidssignalen
- streeftijd voor responstijd is 8 minuten, gemeten vanuit triage tot aankomst co-responder of ambulance

### AMBER 1 en 2:

- bij pijn op de borst, ademhalingsproblemen, gevallen patiënten, algeheel ziek persoon, buiten bewustzijn
- directe inzet, met of zonder optische en geluidssignalen
- geen streeftijd voor responstijd, wel meting voor intern kwaliteitssysteem

*'You always aim to excellence in the best you can do, but actually sometimes you don't need to send a Rolls Royce when a Mini will do. And that was sort of what we were doing [before 2015]'*