

ZORG GELIJK VERVOER ?

Onderzoek naar de bruikbaarheid van productdifferentiatie in de vorm van "hulpambulances regio Den Haag", voor ambulanceregio's elders in Nederland

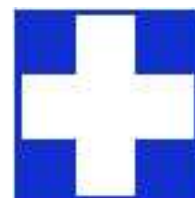
BROUWER

Onderzoek, Ontwikkeling & Advies

drs. K.Brouwer
S.O.J.Palmelaan 197
9728 VJ Groningen
tel: 050 5 26 83 85
fax: 050 5 29 02 65
e-mail: Brouwer.K@inter.NL.net

Juni 2003

IN OPDRACHT VAN



**Witte Kruis B.V.
Hulpambulances
Den Haag**

ZORG GELIJK VERVOER ?

Brouwer Onderzoek, Ontwikkeling & Advies

in opdracht van Witte Kruis B.V. Den Haag, juni 2003

INHOUD

ZORG GELIJK VERVOER ?

Voorwoord en leeswijzer

1. Onderzoeksproject

1.1. Achtergrond	1
1.2. Projectplan en onderzoeksdoel	1
1.3. Aandachtsgebieden	2
1.4. Deelprojecten in vogelvlucht	2
1.5. Onderzoekers	3
1.6. Projectorganisatie	3
1.7. Eindrapport	7

2. Een decennium hulpambulancezorg

2.1. Hulpambulancezorg geduid	5
2.2. Regelgeving door de jaren heen	6
2.3. Evaluatie eerste experimenteer periode	6
2.4. Huidige situatie	6

3. Patiënt en verwijzer/aanvrager

3.1. Tevredenheid patiënten	7
3.2. Ongedeelde ambulancezorg ?	8
3.3. Vervoer of (ambulance-) zorg	8
3.4. Ervaringen aanvragers van vervoer	9

4. Indicaties en indicatiestelling

4.1. Haagse criteria	11
4.2. Afgrenzing: handhaven of bijstellen	12
4.3. Indicatiestelling	13

5. Ketenpartners

5.1. Meningen	15
5.2. Indicatie	15
5.3. Beschikbaarheid en toewijzing	15
5.4. Omruiling capaciteit	16
5.5. Werkgebied en aanbieders	16
5.6. Onder de hoede van de R.A.V.	16
5.7. Budgettaire consequenties	17
5.8. Verander(en)de productie	17
5.9. GHOR	18
5.10. Informatietaak CPA	18
5.11. Sturing ambulancezorg	20
5.12. Wettelijke status	20

6. Vervoersstromen

6.1. Enige feiten en cijfers uit de regio	21
6.2. Bezettingsgraad en productiecapaciteit	21
6.3. Wachttijden	23
6.4. Vergelijken	24
6.5. Extrapoleren	24

7. Financiën en financiers

7.1. Financieel voordeel	27
7.2. Macro	27
7.3. Herkomst	28
7.4. Omvang regionaal	28

8. Personele zaken

8.1. De Haagse situatie	31
8.2. Arbeidsvoorwaarden	31
8.3. In-, door- en uitstroom	32
8.3.1. Instroomeisen en indicatiestelling	32
8.3.2. Arbeidsmarktbeleid	33
8.3.3. Loopbaanbeleid	33
8.3.4. Uitstroom en reïntegratie	34
8.4. Verbinden of ontbinden	34
8.4.1. Personeelsbeleid	35
8.4.2. Opleidingsbeleid	35
8.4.3. Kwaliteitsbeleid	35
8.4.4. Interne communicatie en overleg	36
8.4.5. Organisatorische inbedding	36
8.5. Zittend (ambulance-) personeel	37

9. Functies en functiebeschrijvingen

9.1. Uitgebreide functiebeschrijvingen	39
9.2. Beperkt maar afgestemd	39
9.3. Als het vervoer zou zijn	39
9.4. De zorgen van het vervoer	40
9.4.1. De hulpambulance-begeleider	40
9.4.2. De hulpambulance-chauffeur	41
9.5. Product- leidt tot functiedifferentiatie?	42

10. Wet- en regelgeving

10.1. Wet Ambulance Vervoer	43
10.2. Kwaliteitswet Zorginstellingen	44
10.3. Verantwoorde Zorg	44
10.4. Overgangssituatie	46

11. Betrokkenen

11.1. Inspectie Gezondheidszorg	47
11.1.1. Toezichtmogelijkheden	47
11.1.2. Nieuwe wettelijke regeling	47
11.2. Zorgverzekeraars	49
11.3. Patiënten Consumenten organisaties	50
11.4. Vereniging van Nederlandse Gemeenten	50
11.5. Branche-organisaties	50

12. Conclusies en aanbevelingen

13. Samenvatting

Literatuur

Bijlagen: deelrapportages (in apart katern !!)

A. Patiënttevredenheid: Hulpambulance Gewaardeerd
B. Ervaringen van verwijzers c.q. aanvragers
C. Meningen van ketenpartners
D. Vervoersstromen
E. Financiën
F. Indicatiestelling
G. Personeel
H. Functies en functieprofielen
I. Landelijke ontwikkelingen

Voorwoord en leeswijzer

In het onderhavige rapport staat de volgende onderzoeksvraag centraal:

Analyseer de ervaringen met hulpambulances in de regio Den Haag op een dusdanige wijze dat het voor ambulancezorg-organisaties mogelijk wordt om de vraag te beantwoorden of invoering van deze vorm van differentiatie in de ambulancezorg in de eigen regio mogelijk en gewenst is. Kijk in het onderzoek ook naar de randvoorwaarden waaronder deze dienstverlening eventueel een meer permanente basis kan krijgen in het geheel der voorzieningen voor vervoer en zorg.

Het onderzoek werd uitgevoerd *in opdracht van Witte Kruis B.V.* te Den Haag, dat al sinds 1992 deze dienstverlening in praktijk brengt. Zij wenst -na meer dan tien jaar- uitspraken over een definitieve status voor dit zorgproduct, niet alleen voor de eigen regio, maar ook in landelijke wet- en regelgeving en binnen de ambulancesector zelf. Dit rapport is zowel bruikbaar voor afzonderlijke ambulancezorgregio's, als voor brancheorganisaties en andere landelijke en regionale partijen.

Voor de *feiten en achtergrondinformatie* over de verschillende aspecten die in het kader van dit onderzoek werden onderzocht, wordt verwezen naar de *deelrapportages* die als bijlagen zijn opgenomen. Voor een goed begrip van de inhoud van "**Zorg Gelijk Vervoer ?**" is het strikt genomen niet noodzakelijk om uitgebreid kennis te nemen van alle deelrapportages. Dienstig is het wel, omdat dan inzichtelijk wordt wat de achtergronden zijn van een bepaalde stellingname. Het vergroot bovendien het inzicht in de details en 'ins and outs' van de hulpambulancezorg in Den Haag; inzicht dat niet overal even ruim voorhanden is en dat dan ook soms een goede discussie bemoeilijkt.

Het rapport "**Zorg Gelijk Vervoer ?**" betekent de verwerking en analyse van de feiten zoals die in de deelonderzoeken werden verzameld. Dit rapport is opgezet conform de indeling in deelprojecten c.q. deelrapportages. Daarmee is traceerbaar op welke gegevens de analyses en conclusies zijn gebaseerd.

In *hoofdstuk 1* wordt ingegaan op de onderzoeksvraag, -opzet en de uitvoering.

Hoofdstuk 2 beschrijft kort 'de hulpambulance' als vervoer- en zorgvoorziening binnen de ambulancezorg in de regio Den Haag.

De *hoofdstukken 3 tot en met 11* volgen, zoals gezegd, de indeling in deelprojecten/-rapportages binnen dit onderzoek.

In *hoofdstuk 12 (Conclusies)* wordt de inhoud van voorgaande hoofdstukken in telegramstijl weergegeven; de feiten, redeneringen en argumentatie achter die conclusies zijn elders te vinden. Wie relatief snel zicht wil krijgen op de hoofdkenmerken van de analyses kan in dit hoofdstuk terecht.

In *hoofdstuk 13* tenslotte wordt een samenvatting gegeven van de inhoud.

In het onderzoek is gekeken naar zeer uiteenlopende aspecten, waartussen bovendien allerlei samenhangen bestaan. Keuzes die betrokkenen binnen één aspect kunnen maken hebben gevolgen voor diverse andere aspecten. Dat maakte het onderzoek als geheel tot een complexe aangelegenheid: onderzoekers kunnen de werkelijkheid niet eenvoudiger maken dan zij is. Wel moet een onderzoeker het zich tot taak rekenen die realiteit zó systematisch te beschrijven dat direct betrokkenen daarop meer greep (kunnen) krijgen.

Het onderzoek had tot doel bij te dragen aan discussie, beleids- en besluitvorming van diverse partijen binnen en rond de ambulancezorg over deze vorm van differentiatie. Het was uitdrukkelijk niet de bedoeling om de sector in al zijn geledingen 'voor te schrijven' welke beslissingen genomen moeten worden.

Hopelijk vindt de sector ambulancezorg in dit rapport het materiaal om *gefundeerd en weldoordacht* een oordeel te formuleren over functie- en productdifferentiatie in de ambulancezorg in het algemeen en de toekomst van de hulpambulancezorg in het bijzonder.

1.1. Achtergrond

Rond 1992 ging ambulancevervoer over in ambulancehulpverlening. Hierbij werd door hoog opgeleid personeel, volgens een landelijk protocol, ambulancezorg verleend. Door de toenemende kosten van deze vorm van zorg werden de lopende paraatheidsplannen herijkt en afgestemd op de vraag naar spoedeisende ambulancezorg. Hierbij werd de logistiek van het reguliere ambulancevervoer ondergeschikt gemaakt aan die van de spoedeisende ambulancezorg. Dit had in grote steden tot gevolg dat patiënten bij aanvragen voor niet-spoedeisend (besteld) vervoer vaak 1 á 2 uur op een ambulance moesten wachten. Door het grote volume aan besteld vervoer bleek er behoefte te bestaan aan tijdig uitgevoerd, medisch geïndiceerd, liggend vervoer. Hierbij ligt het accent niet zo zeer op het medisch-technische vlak, maar meer op de verzorging en begeleiding.

Om bovengenoemde redenen is het Witte Kruis in 1992, met medewerking van de toenmalige staatssecretaris voor de volksgezondheid en de Haagse zorgverzekeraars, gestart met de pilot hulpambulances. Daarbinnen werd het ambulancevervoer gedifferentieerd naar behoefte van de patiënt en de overige ketenpartners, zoals ziekenhuizen, verpleeghuizen, revalidatiecentra en huisartsen.

In 1998 heeft het Witte Kruis aan de toenmalige werkgeverskoepel LFAZ (nu AZN) verzocht de pilot te evalueren met als doel om gedifferentieerd ambulancevervoer een blijvende plaats in de ambulancezorg te geven. De werkgeversorganisatie wenste de evaluatie uit te stellen in verband met invoering van het budgetteringssysteem en de vorming van Regionale Ambulance Voorzieningen (RAV). Om dezelfde redenen besloten de CAO-partijen de aanvraag van het Witte Kruis om het gedifferentieerd ambulancevervoer op te nemen in de CAO, aan te houden.

Inmiddels is het budgetteringssysteem ingevoerd, is de RAV-vorming in gang gezet en heeft het Witte Kruis ruim 10 jaar ervaring met gedifferentieerd ambulancevervoer opgedaan. Men achtte de tijd rijp om de ervaringen op systematische wijze te analyseren en de resultaten daarvan ter beschikking te stellen aan de ambulancesector. Hiertoe is een projectvoorstel opgesteld, dat vervolgens werd ingediend bij de SOVAM, het sectorfonds voor de ambulancezorg. Het resulteerde in een subsidie in het kader van de Subsidieregeling Regionale Projecten 2002 en 2003. Nadat de aanvraag werd gehonoreerd kon worden begonnen met de analyse van de ervaringen bij de “pilot” van het Witte Kruis BV te Den Haag met differentiatie in medisch geïndiceerd vervoer in de periode 1992-2002.

1.2. Projectplan en Onderzoeksdoel

Aan het projectplan en de diverse bijdragen daarbinnen lag een belangrijke inhoudelijke overweging ten grondslag: alleen door een brede en tegelijk diepgaande benadering kan inzicht ontstaan in de diverse aspecten die bij functie- en productdifferentiatie een rol spelen en de onderlinge samenhangen tussen deze elementen. De discussie in de sector zou zijn gebaat bij een onderzoeksproject waarin de verschillende elementen op operationeel en organisatorisch niveau in onderlinge wisselwerking en samenhang worden beschreven, geanalyseerd en geëvalueerd.

Bij het project werd -op basis van de voor Nederland unieke praktijkervaringen binnen het Witte Kruis- de stelling geponeerd dat gedifferentieerd ambulancevervoer een vorm van verantwoorde en doelmatige zorg is. Deze zou formeel ook elders kunnen worden ingevoerd en kon -naast voordelen voor de patiënt- een positieve bijdrage leveren aan het ontwikkelen van functiedifferentiatie en loopbaanplanning in de ambulancezorg. Het project had tot doel om deze stelling te toetsen.

Hiertoe werden effecten van de invoering van gedifferentieerd ambulancevervoer op de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg, de tevredenheid van patiënten en ketenpartners, arbeidssatisfactie en beleving, ziekteverzuim, reïntegratie en uitstroom van het uitvoerend personeel van het Witte Kruis in de periode 1992-2002 onderzocht. Daarbij is -naast het bedrijfsgebonden deel van het onderzoek-aandacht besteed aan wettelijke kaders en landelijke ontwikkelingen ten aanzien van gedifferentieerd ambulancevervoer.

1.3. Aandachtsgebieden

Ten einde de doelstelling te verwezenlijken werden de volgende gebieden onderscheiden waarop het onderzoek zich moest gaan richten:

- vervoersstromen;
- personeelskenmerken;
- budgeteffecten;
- tevredenheidsonderzoek bij patiënten;
- ervaringen van verwijzers en meningen van ketenpartners;
- landelijke ontwikkelingen en wettelijke kaders;
- indicatiecriteria;
- functiebeschrijvingen.

De resultaten van afzonderlijke projectonderdelen zijn neergelegd in deelrapporten, -verslagen of dossiers. Zij zijn als bijlagen bij dit eindrapport gevoegd. De deelrapportages maakten het mogelijk om de bevindingen geïntegreerd en in onderlinge samenhang te analyseren en te beschrijven.

1.4. Deelprojecten in vogelvlucht

Vervoersstromen

De (vooral cijfermatige) analyse van vervoersstromen moest meer inzicht verschaffen in de consequenties van de product- en functiedifferentiatie voor de planning en realisering van het vervoer, de vervoerde personen, paraatheid en spreiding en dergelijke, alsmede de verschuivingen die eventueel optreden indien elders een vergelijkbare functie- en productdifferentiatie zou worden ingevoerd. Er is onder meer getracht zichtbaar te maken waarin de vervoersstromen in Den Haag verschillen, naar aard en kwantiteit, van die in andere regio's.

Budgeteffecten

De financiële gevolgen van invoering van deze vorm van product- en functiedifferentiatie zijn geanalyseerd, zowel naar omvang als naar aard. Zo moest onder meer de vraag worden beantwoord voor welke kostensoorten de differentiatie consequenties heeft, in welke mate en zijn de eventuele gevolgen voor het totale budget gezien.

Personeelskenmerken

De differentiatie in Den Haag is bekeken op de gevolgen die het heeft gehad (of juist niet) voor diverse aspecten van het personeelsbeleid. Daaronder vielen bijvoorbeeld communicatie- en overlegstructuur, rechtspositie, functie-indeling, verzuim en verloop, instroom en doorstroming, opleidingsbeleid en werkplanning.

Verwijzers en ketenpartners

Via interviews werd de mening van verschillende 'partijen' die bij de functie- en productdifferentiatie zijn betrokken (verwijzers, CPA, zorgverzekeraars, partners in de zorgketen en dergelijke) gepeild over ervaringen, knelpunten en hoe deze werden opgelost.

Patiënten

Met een enquête onder een representatieve steekproef van patiënten is nagegaan of, en in welke mate, de cliënten van de ambulancezorg ingenomen zijn met de (verschillende aspecten van de) dienstverlening.

Landelijke ontwikkelingen, wet- en regelgeving

Het vraagstuk van product- en functiedifferentiatie kent niet alleen 'locale' aspecten, maar ook landelijke. Daarbij kan worden gedacht aan ontwikkelingen op het terrein van wetgeving, demografische trends, veranderingen in zorgvraag en zorgaanbod, ontwikkelingen op de (landelijke) arbeidsmarkt, op het vlak van (gezondheidszorg-) opleiding en -scholing, in kwaliteitszorg, managementontwikkeling, structurele wijzigingen binnen de branche als zodanig en dergelijke. Al deze 'contextvariabelen' kunnen van invloed zijn op de vraag of en in welke richting product- en functiedifferentiatie zich zal of moet ontwikkelen.

Indicatiecriteria

De vraag wie, op welke wijze, op grond van welke overwegingen en criteria, deze vorm van ambulancezorg toewijst, zijn neergelegd in 'indicatiecriteria'. In dit deelproject werden deze nader verkend op consequenties en bruikbaarheid elders.

Functiebeschrijvingen

De werkzaamheden die nodig zijn om het ambulanceproduct te kunnen leveren werden neergelegd in beschrijvingen van bij elkaar horende activiteiten die een personeelslid moet uitvoeren wil het product, zoals beoogd, geleverd kunnen worden.

1.5. Onderzoekers

Om de activiteiten te kunnen uitvoeren, is een beroep gedaan op uiteenlopende expertise:

- | | |
|--|--|
| - Adviesbureau W.F. Botter | vervoersstromen |
| - Brouwer Onderzoek, Ontwikkeling & Advies i.s.m. A.L. de Jong | personele kenmerken |
| - B.Gelink, Interim management & Organisatieadvies | budgeteffecten |
| - Intraval, Onderzoek en Advies i.s.m. Brouwer O, O & A | tevredenheid van patiënten |
| - Brouwer Onderzoek, Ontwikkeling & Advies | meningen verwijzers en ketenpartners |
| - B.Timmermans | landelijke ontwikkelingen, wet- en regelgeving |
| - J.de Nooij | indicatiecriteria |
| - A.L.de Jong | functiebeschrijvingen |

De concretisering van de vraagstelling in de deelprojecten is steeds in nauw overleg gebeurd met Brouwer Onderzoek, Ontwikkeling en Advies, die ook het eindrapport voor zijn rekening zou nemen.

1.6. Projectorganisatie

Vanwege de omvang, complexiteit en looptijd diende het project op adequate wijze te worden aangestuurd. Hiertoe is een begeleidingscommissie met vertegenwoordigers van betrokken partijen ingesteld, evenals een projectleider en een projectsecretaris.

2.1. Hulpambulancezorg geduid

Vanaf het begin der negentiger jaren zijn in de Haagse regio initiatieven ontplooid om tot een aanvullende voorziening te komen voor een bepaalde categorie patiënten die liggend vervoerd moeten worden, maar waarvoor volledig ingerichte ambulances en regulier geschoold ambulancepersoneel strikt genomen niet noodzakelijk zijn.

De eerste pogingen om tot invoering te komen van wat toen nog 'ligtaxi's' heette, strandden echter. Aanvankelijk is uitgegaan van een 'vervoervoorziening'. De in het kader daarvan verstrekte (vervoer-) vergunningen werden echter met succes aangevochten door de gemeentelijke overheid. Later deed zich de mogelijkheid voor een en ander te scharen onder 'ambulancezorg'. De initiatiefnemers (zorgverzekeraars en het Witte Kruis) hadden een aantal overwegingen om een vernieuwende vorm van ambulancezorg te introduceren. Niet-spoedeisend ambulancevervoer moest regelmatig wijken voor spoedeisend vervoer. De patiënt die geen acute zorg behoefde, maar wel vervoerd diende te worden, werd daardoor te vaak geconfronteerd met lange wachttijden, waarbij bovendien het uiteindelijke tijdstip onzeker was. Daarnaast bestond de idee dat de zorgverlening, mits anders georganiseerd en uitgevoerd, goedkoper zou kunnen. Er waren derhalve zowel kwalitatieve als financiële motieven.

Per september 1992 werd een vorm van ambulancezorg ingevoerd die werd aangeduid met 'hulpambulances'. Zij functioneren ook nu nog, tot volle tevredenheid van betrokkenen, zo zal verderop blijken. De hulpambulances worden ingezet in het kader van het zogeheten 'besteld vervoer' binnen de ambulancezorg. Bij 'besteld vervoer' is van te voren duidelijk wie op welk moment moet worden verplaatst; het is planbare ambulancezorg. Met hulpambulances wordt een déél van het bestelde vervoer verzorgd. De hulpambulances vervullen géén rol in de spoedeisende ambulancezorg.

De categorie patiënten die per hulpambulance mag worden vervoerd, moet *liggend* worden verplaatst, maar hoeft tijdens de rit geen *verpleegkundige* en/of *medische* zorg. Ook mag de gezondheidstoestand door het vervoer niet negatief beïnvloed worden. De minister heeft omschreven welke patiënten in aanmerking komen om per hulpambulance getransporteerd te worden. Overall elders in het land wordt de betreffende groep patiënten verplaatst met behulp van volledig ingerichte ambulances en met personeel dat is opgeleid volgens de standaarden die in de branche gelden. In Den Haag wordt de betreffende categorie patiënten met andere auto's en personeel verplaatst.

De behandelend arts stelt vast dat een patiënt per hulpambulance mag of kan worden vervoerd. Bij de 'reguliere' ambulancezorg (zowel spoedeisend als besteld vervoer) stelt de Centrale Post Ambulancevervoer (CPA) de indicatie. De melding voor vervoer geschiedt niet -zoals gebruikelijk in de ambulancezorg- via de CPA, maar bij de meldkamer van de vervoerder die de hulpambulances exploiteert. Er zijn eisen gesteld aan de registratie van de hulpambulanceritten: de gegevens die door de vervoerder moeten worden vastgelegd, zijn naar hun aard omschreven in de ministeriële regeling.

Eén plaats in de regio blijft vooralsnog verstoken van deze voorziening: het werkgebied van de *ambulancestandplaats* Zoetermeer is expliciet uitgesloten.

Op grond van de huidige regelgeving is dit (minus Zoetermeer dus) de enige regio waar deze vorm van ambulancezorg mag worden uitgevoerd.

2.2. Regelgeving door de jaren heen

De hulpambulances werden in september 1992 geïntroduceerd. De toenmalige staatssecretaris van volksgezondheid gaf toestemming voor een experiment, dat zou duren tot eind juni 1994. Aan het eind van die periode is het experiment geëvalueerd. De bevindingen van de “Begeleidingscommissie Experiment Hulpambulancevervoer” werden in mei 1994 op schrift gesteld.

December 1994 werd een regeling publiek waarin de minister van volksgezondheid bepaalde dat het hulpambulancevervoer in Den Haag weliswaar onder de Wet Ambulance Vervoer viel, maar dat een belangrijk deel van de bepalingen in die wet niet op hulpambulances van toepassing was. Tevens omschreef de minister indicatiecriteria, minimum-eisen voor het personeel, wie de indicatie stelt, welke gegevens over het vervoer vastgelegd moeten worden en op welke regio een en ander van toepassing was. Deze regeling (ZZT/AZA 946272) was geldig van januari tot en met december 1995.

Aan het eind van 1995 besloot de minister de einddatum in de voorgaande regeling te laten vervallen. In formele zin verviel daarmee de ‘tijdelijkheid’ van de inzet van hulpambulances in Den Haag (Regeling ZZT/AZA 956598). De bepalingen zijn daarom nog steeds geldig.

De voorziening is al die jaren door zorgverzekeraars vergoed. Tot de milleniumwisseling werden de hulpambulances buiten de macrokosten voor ambulancezorg gelaten. Naar de mening van de minister was dit echter onterecht. “*Het gaat hier immers om ambulancezorg, zij het in een gedifferentieerde vorm*” zo schreef zij begin 2000 in een brief aan het CTG. Heden ten dage maakt de hulpambulancezorg onderdeel uit van de rekenstaat van de ambulancezorg (in de regio Den Haag).

2.3. Evaluatie eerste experimenteer periode

Zoals gezegd is de experimentele periode, lopend van september 1994 tot juli 1995, geëvalueerd. De belangrijkste conclusies destijds waren:

- verwijzers/aanvragers waren tevreden tot zeer tevreden over de begeleiding en het vervoer per hulpambulance;
- vervoerde personen waren in hoge mate tevreden tot zeer tevreden;
- geen der verwijzers/aanvragers of vervoerde personen maakte melding van incidenten;
- er waren geen redenen om de indicatiecriteria verder in te perken of uit te breiden;
- de kostprijs van een hulpambulancerit werd berekend op iets minder dan de helft van een ‘reguliere’ ambulancerit. Belangrijkste redenen daarvoor waren de anders uitgeruste voertuigen, het anders gekwalificeerde personeel en de lagere kosten van de afhandeling van de meldingen, buiten de CPA;
- of het kostprijsverschil ook daadwerkelijk kon worden omgezet in kostenbesparingen was afhankelijk van het al of niet terugbrengen van ambulancecapaciteit in de regio.

2.4. Actuele situatie

In het voorbije decennium kondigde de overheid op gezette tijden aan te zullen komen met een “*definitieve regeling*”. Na meer dan 10 jaar is die er nog steeds niet. Nu er wetgeving op stapel staat die de Wet Ambulancevervoer (WAV) moet vervangen, is het moment aangebroken om te bepalen of de hulpambulances op een of andere manier een definitieve plek krijgen in de voorzieningenstructuur van de ambulancezorg, in Den Haag en landelijk. Na meer dan tien jaar experimenteren, tijdelijke regelingen, uitzonderingssituaties et cetera hebben alle betrokkenen in de regio er recht op dat er een uitspraak komt over de definitieve status van deze zorgvoorziening. Het “permanente experiment” heeft inmiddels voldoende materiaal opgeleverd om een oordeel mogelijk te maken onder welke voorwaarden deze voorziening elders kan worden ingevoerd. Dit rapport biedt zowel informatie om de status in de Haagse regio te regelen als voor besluitvorming over invoering elders.

3.1. Tevredenheid patiënten

Eén van de belangrijkste vragen die aan dit project ten grondslag lag was die naar de ervaringen van patiënten en verwijzers of aanvragers van vervoer. In de deelrapportage “*Hulpambulance Gewaardeerd*” is verslag gedaan van de enquête onder een representatieve steekproef van personen die met een hulpambulance werden verplaatst.

In de vraagstelling van de patiëntenenquête is recht gedaan aan de diverse aspecten die binnen hulpambulancetzorg kunnen worden onderscheiden, zoals:

- de patiënt wordt geïnformeerd over vervoer, bestemming, tijdstippen en wijze van vervoer;
- de patiënt wordt benaderd door het hulpambulanceteam, men stelt zich voor en dergelijke;
- uitgelegd wordt hoe een en ander in zijn werk gaat, er worden afspraken gemaakt;
- de patiënt wordt door het team verplaatst van de plek waar hij of zij zich bevindt naar het voertuig;
- hij of zij moet daarin gelegd worden en in een comfortabele houding gepositioneerd;
- de patiënt wordt tijdens de rit begeleid en ondersteund door het teamlid achterin de hulpambulance;
- de chauffeur bestuurt de hulpambulance op een dusdanige wijze dat patiënt op tijd op de juiste bestemming komt en op een comfortabele wijze;
- de patiënt wordt door het team uit de hulpambulance gehaald;
- de patiënt wordt door het team van de plek waar het voertuig staat, naar de bestemming gebracht;
- er vindt overdracht plaats door hulpambulanceteam aan degenen die de zorg overnemen op de plaats van bestemming;
- het hulpambulanceteam neemt afscheid van de patiënt.

De patiënt is tevreden tot zéér tevreden over de verschillende aspecten van de dienstverlening:

- * algemeen menselijke bejegening door het personeel;
- * wijze waarop de leden van het hulpambulanceteam hun vak uitoefenen;
- * handelingen die zij met en voor de patiënt uitvoeren:
 - tillen, per brancard verrijden, in hulpambulance positioneren et cetera;
 - rij- en verkeersgedrag;
- * zorg en begeleiding tijdens de rit;
- * afronding van de rit en overdracht naar/van de ontvangende instelling;
- * comfort, hygiëne en inrichting van het voertuig;
- * planning, afspraken, punctualiteit.

Uit de enquête blijkt dat de helft van alle patiënten, binnen één jaar, meer dan eens per hulpambulance wordt vervoerd. Een ruime negentig procent is tevreden of zeer tevreden. Het aantal mensen dat zéér tevreden is, mag hoog genoemd worden: in rapportcijfers gemeten geeft ruim vier-vijfde een acht of hoger. Dit is des te opmerkelijker als men in ogenschouw neemt dat het hier over het algemeen om oudere mensen gaat (geneigd negatiever te oordelen dan jongere leeftijdgenoten) en dat ‘de Nederlander’ door de bank genomen ‘in het midden’ scoort (dus bij enquêtes niet in de ‘extreme’ categorieën (hoogste of laagste) antwoordt). De patiënten zijn over alle aspecten tevreden tot zeer tevreden. Er wijkt maar één aspect enigszins af; het ligcomfort. Gezien de fysieke en geestelijke toestand waarin de patiënt zich bevindt wekt dit echter nauwelijks verwondering.

Al ten tijde van de eerste experimentele periode is een patiënttevredenheidsonderzoek uitgevoerd: in 1993 werd een schriftelijke enquête uitgezet onder vijfhonderd patiënten. Alhoewel de respons destijds beduidend lager was dan bij de in 2002 uitgezette vragenlijst (de respons in 1993 was slechts 24%, versus 51% in 2002) wijzen de resultaten in dezelfde richting.

Men was ook toen in hoge mate tevreden tot zeer tevreden. Blijkbaar slaagt het Witte Kruis er al meer dan tien jaar in de dienstverlening op een dusdanig niveau te houden dat de klant uiterst content blijft.

Uit “*Hulpambulance Gewaardeerd*” blijkt, dat het mogelijk is een deel van het bestelde vervoer (elders met volledig ingerichte ambulances en met SOSA-opgeleid ambulancepersoneel uitgevoerd) met anders-gekwalificeerd personeel te verzorgen, zulks tot volle tevredenheid van de klant. De hulpambulance slaagt méér dan cum laude, wanneer men de patiënt als uitgangspunt neemt voor het oordeel over bruikbaarheid en wenselijkheid van een dergelijke voorziening. Wat de patiënt betreft is er geen enkele aanleiding de dienstverlening in zijn huidige vorm te wijzigen, integendeel.

Het is vooralsnog een onbeantwoorde vraag of het huidige niveau van klanttevredenheid op de diverse aspecten, gehandhaafd zou kunnen worden, als de kwalificaties van hulpambulancepersoneel in benedenwaartse richting zouden worden bijgesteld.

3.2. Ongedeelde ambulancezorg ?

De vraag of de hulpambulance op het afgesproken tijdstip arriveert wordt door een hoog aantal met ‘ja’ beantwoord (zesentachtig procent). Telt men daarbij de keren dat een hulpambulance er eerder is dan afgesproken (in negen procent van de gevallen) dan kan met enig recht gezegd worden dat de stellingname dat deze vorm van besteld vervoer *plánbare* ambulancezorg is, klopt. Bovendien wordt die planning in de praktijk gerealiseerd zoals men zich had voorgenomen. De initiatiefnemers blijken erin geslaagd één van de belangrijkste kritiekpunten op de zorgverlening destijds (en die mede aanleiding was tot de introductie van deze vorm van zorg en vervoer), namelijk ‘wachtijden’ c.q. ‘onzekerheid over aankomst en vertrek’ (bijna) volledig weg te nemen.

Patiënten die verplaatst moeten worden met ‘besteld ambulance-vervoer’ worden in het geval van de hulpambulance niet ‘achtergesteld’ bij patiënten voor wie spoedeisend vervoer noodzakelijk is: een geplande rit hoeft niet te wijken voor een spoedeisende. De onzekerheden over ophaaltijden zijn verdwenen. Wachtijden, in de zin van verschil tussen het tijdstip waarop men zegt dat vervoer zal komen en het moment waarop dit daadwerkelijk arriveert, blijkt tot een absoluut minimum beperkt, zo niet volledig afwezig.

Zonder de precieze getallen te kennen mag worden verwacht dat een dergelijk hoog percentage ‘zorg en vervoer op het overeengekomen of een eerder tijdstip’ (95%) met ‘reguliere ambulances’ nauwelijks realiseerbaar is. Zij zijn normaal gesproken zowel voor besteld als spoedeisend vervoer inzetbaar. De enige weg om ‘zekerheid in de dienstverlening’ te realiseren is een vorm van afzondering van besteld en spoedvervoer, al of niet met speciaal daarvoor ingerichte voertuigen en specifiek personeel.

3.3. Vervoer of (ambulance-) zorg

De verleende zorg behelst onder meer:

- a) begeleidende/zorgende taken naar patiënt/naasten, voorafgaand, tijdens, na afloop van het vervoer;
- b) de aard en wijze waarop patiënt in en uit de hulpambulance wordt geholpen (tillen en dergelijke);
- c) de overdracht van/aan de ontvangende instelling en/of naasten.

Ook andere kenmerken maken inzichtelijk dat er meer onder de zon is dan ‘vervoer van A naar B’:

- d) de situatie waarin de patiënt zich bevindt (ziek);
- e) de wijze waarop deze verplaatst moet worden (liggend);
- f) het vertrekpunt (thuissituatie, zorginstelling of zorgverlener);
- g) de bestemming (thuissituatie, zorginstelling of zorgverlener);
- h) aanleiding tot vervoer (poliklinisch onderzoek/-behandeling, overplaatsing van ene naar andere zorginstelling bijvoorbeeld).

Dit alles maakt hulpambulancezorg in ieder geval tot (gezondheids-)zorg; het onderscheidt zich naar aard, vorm en inhoud van ‘gewoon’ personenvervoer.

Hulpambulancezorg sluit aan op de zorgbehoefte(n) van de patiënten; het oordeel daarover velt de behandelend arts die het hulpambulancevervoer voor de betrokken patiënt aanvraagt. Hulpambulancezorg is in die zin doeltreffend: men doet het *goede*.

Vanuit de patiënt bekeken is de vraag of hulpambulancezorg “*ambulancezorg*” irrelevant: de hulpambulance blijkt een uitstekende vorm van zorg- en dienstverlening. Het is naar volle tevredenheid georganiseerd, uitgerust en bemenst en toegesneden op de zorgbehoefte. Het kán om die reden ook elders in den lande worden ingevoerd. Of men dat ook op deze wijze wil of ‘moet’ is een andere vraag.

In het ‘Haagse model’ wordt -naast een grens tussen besteld en spoedeisend vervoer- vooral een grens getrokken *binnen* het totale planbare ambulancevervoer. Het is product-differentiatie aan de ‘onderkant’ van het bestelde vervoer, namelijk patiënten wiens zorgbehoefte, naar de mening van de behandelend arts, niet zover reikt dat verpleegkundige of medische handelingen tijdens het vervoer en verplaatsing noodzakelijk zijn. De grens tussen besteld en spoedeisend vervoer zou ook elders getrokken kunnen worden. Om de wijze van zorg & vervoer beter te kunnen afstemmen op de (zorg- en begeleidings-) behoeften van de patiënt is het dan wel noodzakelijk de behoeften te verduidelijken (*de vraag*), welke zorgverlening op die behoeften past (*het aanbod*) en welke kennis, vaardigheden, materiële en immateriële voorzieningen daarbij nodig zijn (*middelen en menskracht*).

3.4. Ervaringen verwijzers

De behandelend arts oordeelt of een patiënt per hulpambulance of op een andere wijze vervoerd mag/moet worden. De criteria die daarvoor bestaan zijn dermate helder dat het zelden tot nooit voorkomt dat een patiënt per hulpambulance wordt vervoerd, terwijl dat eigenlijk per ambulance had moeten plaatsvinden. Er hebben de Inspectie Gezondheidszorg in al die jaren nimmer klachten bereikt waaruit bleek dat de indicatiestelling onjuist kon zijn geweest. Ook uit de gelederen van CPA en collega-vervoerders, zorgverzekeraars of lokale en provinciale overheden kwamen nauwelijks signalen van dat patiënten op grond van een onjuiste indicatie door behandelend artsen toch worden vervoerd. Het is nooit onduidelijk welke arts verantwoordelijkheid draagt voor de indicatie dat een patiënt per hulpambulance vervoerd mag worden; deze indicatie maakt deel uit van het behandelplan van de betreffende arts. Men mag constateren dat de indicatiestelling voor deze categorie patiënten zorgvuldig en afdoende is geregeld. Een eventuele ‘overdracht’ van de verantwoordelijkheid voor de indicatie naar de CPA is vanuit patiënt en verwijzer geredeneerd niet per sé nodig. Er zijn geen aanwijzingen waarom de procedure en regeling in Den Haag niet ook elders in den lande verantwoord zouden kunnen worden ingevoerd (behalve dat de ministeriële regeling op dit moment alleen voor Den Haag geldt).

Bepalend voor de duidelijkheid van de indicatiestelling is de relatief strak geformuleerde grens: patiënten die *géén verpleegkundige of medische handelingen* behoeven. Zou men de grens ‘óprekken’ dan vormt zich een ‘grijs gebied’: situaties namelijk waarover discussie kan ontstaan en waarover op professionele, rationele, gronden geen definitief oordeel kan worden geveld. Het toevoegen van categorieën patiënten aan de huidige potentiële klantenkring voor de hulpambulance zou ook consequenties hebben voor de benodigde kwalificaties van het personeel. De kans dat die in de richting gaan van de kwalificaties die voor ambulancechauffeurs en ambulanceverpleegkundigen gelden, neemt toe naarmate de criteria ruimer worden genomen. Zou men de grens trekken tussen ‘spoedeisend’ en ‘besteld vervoer’ in de volle breedte, dan ontkomt men er nauwelijks aan de huidige kwalificaties voor ambulancepersoneel te hanteren. In ‘het bestelde vervoer’ komen patiëntcategorieën voor die tijdens de rit moeten worden verpleegd en die medische risico’s lopen waarop door de (ambulance-) verpleegkundige moet kunnen worden ingespeeld.

Als men een schaal van complexiteit zou toepassen op patiënten die per ‘besteld vervoer’ worden verplaatst dan vormt de categorie die per hulpambulance wordt vervoerd de minst complexe groep patiënten (bezien vanuit een verpleegkundig en/of medisch standpunt). Wil men een relatief strikte scheiding van ‘besteld’ en spoedeisend vervoer én bovendien verticale functiedifferentiatie dan is het Haagse ‘model’ een duidelijke vorm.

Hulpambulancevervoer is in hoge mate planbaar vervoer. Het patiënttevredenheidsonderzoek laat zien dat patiënten goed door verwijzers op de hoogte worden gesteld van het tijdstip van vervoer. Ook maakte het duidelijk dat ‘wachttijden’ (in de zin van niet weten wanneer de hulpambulance komt) nauwelijks voorkomen. De planbaarheid, maar vooral dat men er van uit kan gaan dat de overeengekomen planning daadwerkelijk wordt uitgevoerd, is zowel voor verwijzers (artsen, afdelingen, instellingen) als patiënten een belangrijk gegeven: iedereen weet waar hij/zij aan toe is, kan er van op aan. Dit maakt een groot deel van de kwaliteit van de voorziening uit. De scheiding van (een deel van) het besteld vervoer en het spoedeisende ambulancevervoer betekent een belangrijke kwaliteitsverbetering voor deze categorie patiënten. Een hulpambulance wordt nooit plotseling, tussendoor, elders ingezet; bij ‘gewone’ ambulances gaan spoedeisende ritten (vanzelfsprekend) voor, ook al was men op weg voor een ‘bestelde rit’.

De logistiek van de aanvraag voor hulpambulancevervoer is simpel; telefonische melding bij het Witte Kruis en het doorgeven van een aantal gegevens over de patiënt, over de verantwoordelijke behandelend arts, en plaats, datum en tijdstippen is voldoende. De taak van betreffende meldkamer is een organisatorische en logistieke; zorgen dat er een hulpambulance op het juiste tijdstip op de juiste plek is om de patiënt van de ene plek naar de andere te brengen. Eventuele overdracht van de verwerking naar de CPA heeft voor patiënt en verwijzer in logistieke zin geen meerwaarde. De eigen meldkamer voor de hulpambulances is gericht op het zo gestroomlijnd mogelijk laten verlopen van geplande ritten. Verwijzers zijn tevreden over de professionaliteit van het personeel en oordelen positief over de be- en afhandeling. De dienstverlening heeft zelden of nooit geleid tot klachten of op- en aanmerkingen. Het afhandelen van meldingen van (delen van het) besteld/gepland vervoer buiten de CPA behoort dus uitdrukkelijk tot de mogelijkheden.

Niemand lijkt afstand te willen doen van deze verworvenheid in de Haagse regio. De praktijk wijst uit dat verwijzers in de delen van de CPA-regio Haaglanden waar de hulpambulance nu *niet* mag rijden, graag gebruik zouden maken van deze voorziening. Als men de patiënt centraal stelt is het ook niet uit te leggen c.q. te legitimeren dat de ene patiënt in een gezondheidszorgregio wel en een andere niet van een dergelijke dienst gebruik kan maken (overigens kan deze redenering ook provinciaal en zelfs nationaal gelden). Verwijzers zijn content met de wijze waarop het hulpambulanceteam omgaat met functionarissen in de instelling (in het kader van de overdracht) en met de patiënten. De kwalificaties en de daadwerkelijke uitvoering van de werkzaamheden zijn naar de mening van verwijzers voldoende. Voor deze categorie patiënten zijn de kwalificaties van het personeel zoals die in Den Haag worden gehanteerd dus goed toepasbaar. Ook de vervoermiddelen zijn geschikt voor de dienstverlening en de cliënten waarvoor zij worden ingezet. Of om het anders te formuleren: voor deze categorie patiënten is het voor een kwalitatief goede en betrouwbare dienstverlening niet noodzakelijk om ‘gewone’ ambulances en dito ambulancepersoneel in te zetten. Verwijzers oordelen positief over het personeel van de hulpambulance, zowel over de wijze waarop zij met de patiënt omgaan als voor wat betreft overdracht daarvan naar de ontvangende instelling en de manier waarop administratieve handelingen worden afgewikkeld. Het blijkt in de praktijk van alledag dus goed mogelijk om dit type gepland vervoer te realiseren met personeel dat anders is opgeleid dan ambulancepersoneel, in auto's die ook anders -in de zin van verpleegkundig en medisch beperkter- zijn ingericht.

4.1. Haagse criteria

De behandelend arts bepaalt of een patiënt per hulpambulance mag worden vervoerd. De criteria op basis waarvan een arts kan beoordelen of een patiënt per hulpambulance mag worden vervoerd zijn zo nauwkeurig mogelijk omschreven.

In de ministeriële regeling staat geformuleerd wie wel en wie niet per hulpambulance mag worden vervoerd:

in artikel 1 van die regeling staat de categorie vermeld die per hulpambulance mag worden verplaatst:

... vervoer met zogeheten hulpambulances van personen ten aanzien van wie de behandelend arts die het vervoer aanvraagt van mening is dat tijdens het vervoer geen medische of verpleegkundige behandeling of verzorging nodig is en van wie de gezondheidstoestand door het vervoer niet negatief zal worden beïnvloed.

artikel 2, lid 3 uit de ministeriële regeling hulpambulance luidt:

Niet met een hulpambulance mogen worden vervoerd personen:

- *met stoornissen of dreigende stoornissen van vitale functies;*
- *die tijdens het vervoer toediening van medicijnen of zuurstof en de bewaking ervan nodig hebben;*
- *die vervoerd worden om een klinische observatie c.q. -therapie te ondergaan;*
- *die tijdens het vervoer op psychische gronden begeleiding nodig hebben.*

Door de jaren heen heeft deze regeling de volgende praktische invulling gekregen. In het protocol van het Witte Kruis, dat bij alle potentiële aanvragers bekend gemaakt is, wordt zowel beschreven welke patiënten wél (I) en welke niet (II) in aanmerking komen.

I. Voor vervoer per Hulpambulance komen in aanmerking:

- A. Personen van wie de aanvragend arts van mening is dat tijdens het vervoer geen medische of verpleegkundige behandeling of verzorging nodig is en van wie de gezondheidstoestand door het vervoer niet negatief zal worden beïnvloed;*
- B. Al het vervoer dat in de ambulancezorg een B-codering krijgt toegewezen (niet-spoedeisend of direct vervoer) en waarbij tijdens het vervoer geen toediening van medicijnen of zuurstof of de bewaking ervan nodig is en/of waarbij geen psychische begeleiding noodzakelijk is. Patiënten met een eigen draagbare zuurstofvoorziening komen wel in aanmerking voor vervoer;*

*II. Voor vervoer per Hulpambulance komen **niet** in aanmerking:*

- 1. Personen met stoornissen of dreigende stoornissen van vitale functies;*
- 2. Personen die tijdens het vervoer toediening van medicijnen of zuurstof en de bewaking ervan nodig hebben (met uitzondering van patiënten met eigen draagbare zuurstofvoorziening);*
- 3. Personen die tijdens het vervoer psychische begeleiding nodig hebben, met uitzondering van vervoer onder toezicht van meereizend psychiatrisch geschoolden;*
- 4. Alle vervoer dat in de ambulancezorg een A-I codering krijgt toegewezen (spoedvervoer waarbij de ambulance binnen 15 minuten ter plaatse moet zijn);*
- 5. Alle vervoer dat in de ambulancezorg een A-2 codering krijgt toegewezen (direct vervoer waarbij de ambulance binnen 30 minuten ter plaatse moet zijn).*

In het Witte Kruis-protocol worden expliciet een aantal diagnoses benoemd waarbij patiënten in ieder geval niet per hulpambulance vervoerd mogen worden (zie bijlage).

4.2. Afgrenzing: handhaven of bijstellen

De ministeriële regeling, gecombineerd met het Witte Kruis-protocol, laat naar de mening van de diverse betrokkenen (aanvragers, ketenpartners, collegavervoerders, zorgverzekeraars, Inspectie Gezondheidszorg et cetera) weinig ruimte voor interpretatieverschillen. De indicatiecriteria bieden voldoende basis voor de afperking van hulpambulancezorg ten opzichte van het besteld vervoer dat per reguliere ambulance moet worden uitgevoerd.

De Inspectie Gezondheidszorg heeft daarnaast één van de elementen aangedragen (zie deelrapportage ‘Landelijke ontwikkelingen’) waarmee hulpambulancezorg kan worden afgegrensd van andere vormen van medisch geïndiceerd vervoer, zoals ziekenvervoer per taxi of per rolstoelbus. Volgens haar is hulpambulancezorg geen vervoer, maar ‘zorg’, meer in het bijzonder ‘ambulancezorg’, omdat de patiënt *liggend* moet worden verplaatst.

Het bijstellen van de huidige indicatie-criteria ‘naar beneden’ ligt dan niet voor de hand. Een belangrijke grens met het rolstoelvervoer is die van liggend versus zittend vervoeren. Ook dat is een helder criterium, bruikbaar en werkbaar voor de verantwoordelijk arts, in het kader van diens behandelplan.

Een bijstelling ‘naar boven’, waardoor een groter deel van de patiënten die in aanmerking komen voor besteld ambulancevervoer per hulpambulance zou worden vervoerd, door personeel met de huidige kwalificaties, ligt naar de mening van de Haagse betrokkenen op dit moment evenmin in de rede. Voegt men er namelijk patiënten aan toe die verpleegkundige of zelfs medische handelingen behoeven dan wordt de grens met ambulancezorg verricht door personeel met SOSA-diploma’s diffuser en daarmee discutabeler.

Niets wijst er op dat de criteria die in Den Haag naar tevredenheid van verwijzers en patiënten worden gebruikt ook niet elders toepasbaar zouden kunnen zijn.

Zónder nader onderzoek naar de precieze ‘zorgbehoeften’ van uiteenlopende categorieën patiënten die géén acute, spoedeisende, ambulancezorg behoeven en naar de verschillende verzorgende, verplegende en medische handelingen die op die behoeften zijn toegesneden, zijn andere heldere grenzen *binnen* het besteld vervoer dan die welke in Den Haag worden gehanteerd moeilijk te trekken. Dergelijk onderzoek is op dit moment niet of nauwelijks voorhanden. Op termijn is een indeling van ‘besteld’ vervoer in ‘no-, low-, medium- en high care’ denkbaar. Maar dat kan alleen goed vorm-krijgen als duidelijk is wélke zorgbehoefte in welke categorie valt en welke niveau van zorgverlener daar bij hoort, welk voertuig en de uitrusting daarvan. Het indelen van personeel binnen gedifferentieerd vervoer zou dan bijvoorbeeld kunnen aan de hand van de categorisering van het samenhangend stelsel van initiële verzorgende en verpleegkundige opleidingen en verpleegkundige vervolgoopleidingen, waarvan die tot ambulanceverpleegkundige er één is. Daarbij zou men ook het overige ‘medisch geïndiceerd vervoer kunnen betrekken.

Op de volgende pagina staat een schematische (eerste en ruwe) indeling van al het medisch geïndiceerd vervoer: nadat men precies heeft onderzocht en omschreven welke handelingen per patiëntcategorie noodzakelijk zijn zou het er zo uit kunnen zien.

Een eerste indeling van al het medisch geïndiceerd vervoer.

	Medisch geïndiceerd (besteld) vervoer	aard van begeleiding en zorg	oplopende (zorg) complexiteit	niveaus in het smenhangend stelsel V&V opleidingen
ZITTEND VERVOEREN	medisch geïndiceerd taxivervoer	sociale begeleiding	no care	1
	medisch geïndiceerd rolstoelvervoer	sociale begeleiding	no care	2
LIGGEND VERVOEREN	hulpambulancezorg	sociale begeleiding, verzorging en zorg	low care	2/3
	low care besteld ambulancevervoer/-zorg	verzorgende en verplegende handelingen	low care	3/4
	medium care besteld ambulancevervoer/-zorg	verzorgende, verplegende en medische handelingen	medium care	4
	high care besteld ambulancevervoer/-zorg	verplegende, verpleegkundige en medische handelingen	high care	5
	<i>spoedeisende ambulancetzorg</i>	<i>verplegende, verpleegkundig en medische handelingen</i>	<i>high care</i>	5

4.3. Indicatiestelling

De behandelend arts bepaalt of een patiënt met een hulpambulance mag worden vervoerd. Dat wijkt af van de ‘normale’ gang van zaken in de ambulancezorg waar de Centrale Post Ambulancevervoer de indicatie stelt.

De behandelend arts maakt -conform de ministeriële regeling- uit, dat tijdens het vervoer van de patiënt geen medische of verpleegkundige behandeling of verzorging nodig is én dat diens gezondheidstoestand niet negatief zal worden beïnvloed door het vervoer. De arts vraagt formeel het vervoer aan: de patiënt wordt derhalve onder zijn (medische) verantwoordelijkheid per hulpambulance verplaatst. Deze procedure is vergelijkbaar met die voor vervoer van patiënten per taxi of per rolstoelbus; ook daarbij is sprake van een medische indicatie. Het type vervoer wordt feitelijk vastgesteld als onderdeel van een behandelplan van de arts. De praktijk wijst uit dat deze procedure goed uitpakt, voor zowel de arts als de patiënt. Er zijn geen calamiteiten bekend en/of klachten ingediend over de meer dan honderduizend ritten die de afgelopen jaren zijn uitgevoerd. Bezien vanuit arts en patiënt is er dus géén aanleiding om wijzigingen aan te brengen in de plaats waar geïndiceerd wordt en de functionaris die bepaalt of een patiënt per hulpambulance vervoerd kan worden. Niets wijst erop dat de indicatie dan ánders of béter gesteld zou worden.

Formeel zijn de diverse verantwoordelijkheden afgedekt. Op individueel niveau is er de relatie tussen de behandelend arts en diens patiënt. Het vervoer per hulpambulance vormt feitelijk een ‘verstrekking’. Op de individuele relatie tussen patiënt en arts is de Wet op de Geneeskundige Behandelovereenkomst (WGBO) van toepassing, alsmede de Wet Beroepen Individuele Gezondheidszorg (Wet BIG). De indicatiestelling is langs de weg van de WGBO en de Wet BIG in principe onderworpen aan toezicht en controles van de Inspectie Gezondheidszorg en het medisch tuchtrecht.

Gezien de aard van het vervoer per hulpambulance, door wetgever en financiers beschouwd als (ambulance-)zorg, is er ook het een en ander wettelijk geregeld voor de vervoerder zelf: Wet Ambulancevervoer, ministeriële regeling hulpambulancezorg uit 1995 en de Kwaliteitswet Zorginstellingen.

Dat alles laat onverlet dat er andere redenen kunnen zijn om de CPA een rol in dit type vervoer te laten spelen. Niet alle regio's kennen bijvoorbeeld een bedrijf dat zowel taxi-, rolstoel- als ambulancevervoer in zich bergt én over de logistieke faciliteiten beschikt om het medisch geïndiceerd vervoer (voorzover geen spoedeisende ambulancezorg of besteld ambulancevervoer van patiënten die medium & high care behoeven) te verzorgen.

Als alle elementen om ambulancezorg te 'definiëren' echter *onverkort, volledig en naar de letter* toepasbaar behoren te zijn op hulpambulancezorg, dan zou de indicatiestelling van de behandelend arts naar de CPA moeten worden overgedragen. De vraag is dan hoe ver die overdracht reikt. In regio's waar men -bijvoorbeeld om organisatorische redenen- zowel de indicatiestelling als de afhandeling van de meldingen en de opdrachtgeving tot vervoer per hulpambulances via de CPA wil laten lopen, kan de feitelijke -individuele- indicatie voor dat type vervoer nog steeds door de arts worden bepaald. De CPA kan dan eventueel een meer afgeleide positie in de indicatiestelling innemen. De arts maakt, als onderdeel van zijn behandelplan, uit of een individuele patiënt per taxi, rolstoelbus of hulpambulance moet worden vervoerd. De arts vraagt daarna hulpambulancevervoer aan via de CPA, die dan het vervoer organiseert. In samenspraak met ketenpartners ziet de CPA er op toe dat er heldere criteria komen die artsen kunnen gebruiken om de indicatie te stellen. Op gezette tijden kan de CPA nagaan of de indicaties terecht zijn gesteld, kan zij wijzigingen voorstellen en dergelijke.

Als de opvatting wordt gehuldigd dat de indicatiestelling voor hulpambulancevervoer van arts naar de CPA overgedragen moet worden, dan zijn er nauwelijks argumenten vanuit de *zorgvragers* te bedenken waarom vervolgens niet ook de (medische) indicatie voor taxi- en rolstoelvervoer tot de taken van deze meldkamer worden gerekend. Een argument dat wél "geldig" zou kunnen zijn is die waarin de *zorgaanbieders* centraal staan. Rekent men hulpambulancezorg tot de ambulancezorg én is *liggend* vervoeren één van de belangrijkste kenmerken van ambulancezorg, dan ligt daar de grens tussen 'medisch geïndiceerd vervoer' via taxi en rolstoelbus en 'ambulancevervoer'. De CPA speelt in dat geval geen rol in het medisch geïndiceerd vervoer, maar wel in de (hulp-)ambulancezorg.

De ervaring in het voorbije decennium heeft geleerd dat het leggen van de indicatiestelling bij de arts en de inbedding van de hulpambulance-zorg in een organisatie die als zorginstelling wordt beschouwd voldoende waarborgen biedt voor doelmatige, doeltreffende en op de behoeften van de patiënt afgestemde dienstverlening of 'zorg'. In de deelrapportage *Indicatiestelling*, die als bijlage bij dit rapport is gevoegd, staan criteria die ook elders in den lande werkbaar kunnen zijn.

5.1. Meningen

De dienstverlening per hulpambulance staat als zodanig bij collega-vervoerders, CPA, zorgverzekeraars en andere betrokkenen bij ambulancezorg in de regio niet of nauwelijks ter discussie. De mening overheerst dat de uitvoering van het vervoer, de bejegening van en de zorg voor de patiënten, de afhandeling van de aanvragen, de kwalificaties van het personeel en de materiële voorzieningen van goede kwaliteit zijn. Gevoegd bij de ervaringen van de verwijzers/aanvragers lijkt deze vorm van productdifferentiatie daarmee “definitief” zijn plaats te hebben verworven in de Haagse regio.

Er zijn -gegeven de ervaringen in de regio- dan ook geen inhoudelijke en kwalitatieve redenen waarom deze dienstverlening niet ook elders ingevoerd kan worden.

5.2. Indicatie

De huidige criteria op grond waarvan een patiënt al dan niet in aanmerking komt voor vervoer per hulpambulance -in plaats van per ambulance- worden helder genoemd. Uitbreiding van de criteria met andere patiëntcategorieën, die wel deels verplegende en/of medische handelingen behoeven, is niet aan de orde. De geldende indicatiecriteria zijn nadrukkelijk gekoppeld aan de huidige bemensing van de hulpambulances en de uitrusting van de auto's in de Haagse regio; die wijkt af van de ‘standaard-ambulance’.

Als men het standpunt huldigt dat er maar één categorie ambulance-bemanning kán zijn (de ambulancechauffeur en de ambulanceverpleegkundige volgens de gangbare eisen in de branche), maar men wil toch een vorm van differentiatie, dan kunnen andere criteria gaan gelden voor afzondering van ‘spoedeisend’ en ‘besteld’ vervoer. De kwalificaties van personeelsleden zijn in dat geval dusdanig dat de grenzen niet strikt hoeven te worden getrokken bij patiënten die géén verplegende en/of medische zorg nodig (kunnen) hebben. Op dat moment is echter geen sprake meer van een hulpambulance zoals in Den Haag bestaat en vervalt bijvoorbeeld een belangrijk deel van het financiële voordeel.

5.3. Beschikbaarheid en toewijzing

Er kunnen argumenten worden aangedragen ten gunste van indicatiestelling via/door de CPA, zeker wanneer de CPA bij haar beslissingen over de inzet van de ‘juiste’ vorm van zorg en vervoer meent te moeten ‘beschikken’ over alle vormen van ambulancevervoer/-zorg in de regio.

Toewijzing van hulpambulances gaat in Den Haag buiten het directe gezichtsveld van de CPA om. Zij heeft geen onmiddellijk en continu inzicht in de beschikbare capaciteit, inzet en planning. Bovendien kan de CPA zelf geen vervoer per hulpambulance aan een patiënt of verwijzer toewijzen. Zij kan echter wel patiënten, artsen en instellingen doorverwijzen naar de meldkamer van de hulpambulances. Het besluit of er al dan niet hulpambulancezorg wordt verstrekt en op welk moment, ligt de facto bij de vervoerder die de hulpambulancezorg uitvoert; deze geeft de opdracht aan de hulpambulance uit (op grond van de indicatie door de behandeld arts) en niet de CPA. Zó beschouwd kan de CPA dus over een deel van de ‘ambulance’-capaciteit niet beschikken; via verwijzing overigens wel.

Door nauwere samenwerking, organisatorische en logistieke oplossingen tussen hulpambulancevervoerder en CPA zou deze problematiek desgewenst kunnen worden opgelost.

5.4. Omzetting capaciteit

Een beperkt deel van de ambulance-capaciteit moet worden omgezet in hulpambulance-capaciteit, wil het niet tot extra financiële lasten leiden. Dit lijkt de belangrijkste reden waarom andere vervoerders in de regio (nog) niet zijn overgegaan tot introductie van deze vorm van zorgvervoer. De omzetting dient vanzelfsprekend zo te geschieden dat de paraatheid niet wordt aangetast; een stellingname die wordt onderschreven in de ministeriële regeling.

Het beantwoorden van het omzettingsvraagstuk is complexer dan een mededeling dat “*inleveren van ambulancecapaciteit niet mogelijk is zonder de beschikbaarheid te verkleinen*”. Er komt namelijk ook capaciteit van ambulances vrij als bepaalde categorieën patiënten met andere vormen van vervoer worden verplaatst.

5.5. Werkgebied en aanbieders

Het werkgebied van de hulpambulance zou tot de gehele CPA/RAV-regio moeten worden uitgebreid. Het gaat niet aan een deel van de consumenten, patiënten, verzekerden, burgers in een gezondheidszorgregio, van een bepaalde vorm van dienstverlening uit te sluiten.

In regio's die overwegen deze dienstverleningsvorm in te voeren en die de meldingen op de een of andere wijze via de CPA willen laten lopen, moet worden uitgegaan van het principe dat de toewijzing van ritten op grond van beschikbaarheid en niet op basis van een bepaalde *geografische* in- en verdeling over vervoerders dient te geschieden (als dat wettelijk al zou mógen).

Alle aanbieders van ambulancezorg in een regio zouden in principe in staat moeten worden gesteld dit type zorg aan te bieden. Dat sommige aanbieders daar eventueel van afzien, bijvoorbeeld omdat men zich wenst te concentreren op spoedeisend en high/medium care besteld vervoer met SOSA gekwalificeerd personeel, doet aan het principe niets af. In RAV-verband zouden daarover zelfs concrete afspraken gemaakt kunnen worden.

5.6. Onder de hoede van de R.A.V.

Ketenpartners en overige betrokkenen waren van mening dat de hulpambulance dient te worden beschouwd als ‘ambulancezorg’ en daarom deel moet uitmaken van het beleid van de R.A.V. Op de een of andere manier zouden daarom volgens hen bij de indicatiestelling, de afhandeling van meldingen en de toewijzing van ritten nauwere relaties moeten worden geschapen met de CPA.

Dit hoeft echter niet per definitie te betekenen, dat de huidige wijze waarop een en ander (in relatief gescheiden bedrijfsprocessen) is georganiseerd, fundamenteel op de helling moet. Er zijn op regionaal niveau beleidsmatige, organisatorische en operationele afspraken en werkwijzen mogelijk die tegemoet komen aan het principe dat ook hulpambulancezorg ‘ambulancezorg’ is, maar dat de afhandeling ervan relatief eigenstandig wordt uitgevoerd. De afperking van het domein van de ambulancezorg is landelijk, relatief strikt, geformuleerd in de Nota Verantwoorde Zorg. Zou men alle eisen die daarin staan vermeld onverkort hanteren dan kan hulpambulancezorg volgens het Haagse model nooit ambulancezorg zijn. Wil men dat toch, dan zullen de criteria wat wel en geen ambulancezorg mag heten, vooral in termen van de aard van verleende zorg & vervoer en kenmerken van de klant/patiënt moeten worden geformuleerd. De inrichting van het voertuig, de kwalificaties van het personeel, wie per individueel geval de indicatie stelt, door wie en/of waar de afhandeling van de aanvragen logistiek wordt uitgevoerd en dergelijke zijn dan minder belangrijk om ambulancezorg van andere vormen van zorg en vervoer af te grenzen.

Een deel der betrokkenen stelde een belangrijke randvoorwaarde aan product- en functiedifferentiatie: deze moet zich *binnen* de ambulancezorg voordoen en niet naast of los ervan. De hulpambulance moet in dat geval onderdeel zijn van de dienstverlening binnen de RAV en derhalve ook zijn opgenomen in het Regionaal Ambulance Plan. Dat kan echter ook als er sprake is van product- en/of functiedifferentiatie zoals dat in Den Haag heeft vorm gekregen.

5.7. Budgettaire consequenties

Hulpambulanceritten worden in de Haagse regio buiten de CPA verwerkt; zij worden daarom niet meegerekend in de toewijzing van budget aan die CPA. Als men de logistiek van de hulpambulance-dienstverlening in andere regio's buiten de CPA onderbrengt moeten de eventuele financiële consequenties meegewogen worden. Daarbij gaat het vooral om dat deel van de vergoeding per rit dat is bedoeld voor vaste kosten. Wordt de afhandeling van een deel van de ritten elders ondergebracht, dan maakt de CPA gedeeltelijk ook minder kosten, namelijk die welke direct verband houden met het afwickelen van een rit (*variabele* kosten). Technische infrastructuur, accommodatie en inrichting, management et cetera zijn minder direct gekoppeld aan aantallen ritten en kunnen dus ook veel minder snel of niet worden aangepast (*vaste* kosten). Zij vereisten een bepaalde omvang, los van het niveau van de productie (aantal ritten) en gaan sprongsgewijs omhoog (of omlaag).

Bij introductie van hulpambulances gaat een niet onaanzienlijk deel van alle ritten van ambulances over naar de nieuwe vorm van dienstverlening. Vervoerders in de regio die hulpambulances *niet* toevoegen aan hun productenpalet raken dus een deel van hun huidige productie kwijt en daarmee ook budget, zolang dat nog gekoppeld is aan aantallen ritten. Dit zou eventueel gecompenseerd kunnen worden doordat de vrijgekomen capaciteit wordt ingezet voor spoedeisend vervoer. In regio's waar het gedifferentieerde product door alle of de enige ambulancevervoerder(s) wordt geleverd zijn geen ongewenste budgettaire consequenties te voorzien.

5.8. Verander(en)de productie

Bij introductie van hulpambulances én als de afhandeling van de aanvragen buiten de CPA wordt geregeld, verandert de aard en samenstelling van de meldingen via de CPA in kwalitatieve zin. De verhouding tussen 'spoedeisend en besteld' verandert in de richting van de eerste categorie; een deel van het besteld vervoer wordt namelijk op een andere wijze georganiseerd. In Den Haag is ongeveer 50% van het totale bestelde vervoer hulpambulancevervoer. Er zijn geen redenen om aan te nemen dat dit elders heel veel afwijkt, zeker niet in vergelijkbare regio's.

Bovendien verschuift de nadruk *binnen* het besteld vervoer dat nog wel via de CPA verloopt naar 'high-' en 'medium-care' (besteld vervoer dat verpleegkundige en medische handelingen vereist). Het low- of no-care deel wordt door de hulpambulance verzorgd. Dergelijke effecten moeten op hun merites worden beoordeeld, indien men hulpambulances conform het Haagse 'model' wenst in te voeren.

Introductie van hulpambulances kan gevolgen hebben voor de omvang en de aard van de personeelsformatie van een CPA. Worden de ritten elders afgewikkeld dan kan de neiging bestaan de capaciteit van de CPA aan te passen: er zijn kwantitatief in dat geval minder ritten te verwerken. Daar staat tegenover dat de aard van de meldingen veranderingen ondergaat: verhoudingsgewijs meer spoedeisend ritten en binnen het besteld vervoer alleen nog high en medium care. Laat men de afhandeling van hulpambulanceritten wél via de CPA lopen, dan zou men de formatie deels kwalitatief kunnen aanpassen. Bij dit type ritten zijn veeleer organisatorische en logistieke capaciteiten vereist dan 'indicerende'. Daarvoor zijn andere kwalificaties vereist dan verpleegkundige.

Bij de overwegingen om deze vorm van dienstverlening al dan niet te introduceren moet tevens aandacht worden geschonken aan de mogelijke (materiële en immateriële) invloeden op

- de bezettingsgraad van ‘gewone’ ambulances;
- de beschikbaarheid en paraatheid van de ‘resterende’ ambulances;
- voldoende GHOR-capaciteit;
- en
- de consequenties voor het ambulance-personeel van de gewijzigde verhoudingen tussen spoedeisend en besteld vervoer en het wegvallen van no- en low care besteld vervoer.

Verhoudingsgewijs meer spoedeisende ritten en ‘verzwaring’ van het besteld vervoer naar meer high en medium care

- kán voor het personeel leiden tot een grotere werkdruk;
- kan consequenties hebben voor hun arbeidstijden: avond, nacht, weekend, parate en of piketdiensten worden gespreid over een kleiner aantal personeelsleden, namelijk die op de ambulances werkzaam zijn.

Dergelijke invloeden als mogelijk gevolg van de introductie van hulpambulances konden in het onderzoek in Den Haag onvoldoende cijfermatig worden onderbouwd; voorstelbaar zijn zij wel.

5.9. GHOR

De hulpambulances kunnen in Den Haag niet worden ingezet in het kader van de GHOR; naar verluid vanwege uitrusting en kwalificaties van het personeel.

Bij invoering van deze vorm van dienstverlening elders zal daarom nadrukkelijk gekeken moeten worden naar de mogelijke kwantitatieve en kwalitatieve invloeden ervan op de GHOR-capaciteit.

5.10. Informatietaak CPA

De scheiding van vervoersstromen die via de CPA verlopen en de afwikkeling van de hulpambulance-ritten in Den Haag maakt dat de CPA in haar informatieverschaffing over ‘de ambulancezorg’ in de regio een (belangrijk) deel van de ritten buiten beschouwing laat. Het beeld dat zij kan schetsen van omvang en aard, ontwikkelingen, knelpunten en mogelijke oplossingen wordt onvolledig genoemd, omdat zij op dit moment uitsluitend gebruik maakt van de eigen ritstatistieken. Deze betreffen 85 tot 90 procent van de ambulanceritten die overal elders het land wél in de statistieken van de CPA (en van ambulancebedrijven) terechtkomen. Gevolg is onder meer dat de onderzoeksgegevens van het RIVM over de Haagse regio alleen direct betrekking hebben op de spoedeisende ritten en het high en medium care besteld vervoer.

Dit eventueel knelpunt is echter goed oplosbaar als de gegevens die door de meldkamer van de hulpambulance worden geregistreerd naar aard, vorm en techniek op vergelijkbare leest worden geschoeid als die van de CPA. Er zou een procedure moeten worden afgesproken op welke wijze en wanneer deze gegevens aan de CPA beschikbaar worden gesteld voor statistische doeleinden, conform artikel 19 van de Wet Ambulance Vervoer.

De ministeriële Regeling voor de hulpambulance geeft in artikel 5 weer welke gegevens door de meldkamer van de hulpambulance moeten worden bijgehouden.

“ Met betrekking tot het uitgevoerde vervoer worden op een uniform vervoersformulier tenminste de volgende gegevens vastgelegd:

- *de naam en het adres van de arts die het vervoer heeft aangevraagd;*
- *de datum waarop het vervoer heeft plaatsgevonden;*
- *het ritnummer;*
- *het kenteken van de hulpambulance waarmee het vervoer heeft plaatsgevonden;*
- *de namen van de bemanningsleden van de hulpambulance;*
- *het tijdstip waarop het vervoer is aangevraagd;*
- *de aanvangstijd van het vervoer;*
- *de eindtijd van het vervoer;*
- *het aantal kilometers waarover het vervoer is uitgevoerd;*
- *naam, leeftijd, adres en woonplaats van de vervoerde;*
- *de door de behandelend arts opgegeven indicatie voor het vervoer;*
- *verzekeringsgegevens van de vervoerde;*
- *de plaats vanaf waar het vervoer plaatsvindt en de plaats van bestemming (lokaal-interlokaal);*
- *eventuele bijzonderheden.”*

Eventueel zou men deze gegevens kunnen uitbreiden naar die welke in het Besluit Gegevens Ambulancezorg worden benoemd. In dit Besluit werd de verplichting van CPA en ambulancebedrijven zoals neergelegd in artikel 19 van de Wet Ambulancevervoer geconcretiseerd. Het betreft de volgende gegevens.

I. VERVOERGEGEVENS:

I.1. Ritgegevens:

- datum rit
- tijdstip melding
- tijdstip opdracht
- tijdstip vertrek
- tijdstip aankomst bij patiënt
- tijdstip vertrek met patiënt
- tijdstip einde rit
- aantal kilometers
- standplaats
- postcode vertrek-/uitrukpunt
- soort bestemming
- soort rit (urgentie)
- soort vervoer (reden rit)
- soort ongeval
- verwijzer
- geraadpleegde/betrokken specialisme
- functieaanduiding begeleider(s)
- functieaanduiding chauffeur.

I.2. Patiëntgegevens:

- postcode patiënt
- leeftijd patiënt
- geslacht patiënt
- trauma-score

I.3. Letselgegevens:

- geconstateerde letsel
- betrokken lichaamsdeel.

I.4. Behandelingen:

- uitgevoerde behandeling(en).

II. CAPACITEITSGEGEVENS:

II.1. Standplaatsen:

- CPA-code
- betrokken ambulancediensten
- postcode standplaats(en).

II.2. Jaarmutaties CPA:

- aantal verpleegkundige centralisten,
- aantal niet-verpleegkundige centralisten,
- CPA-toeslag.

II.3. Jaarmutaties ambulancedienst:

- code ambulancedienst
- aantal ambulances
- aantal chauffeurs
- aantal verpleegkundig personeel
- aantal niet-verpleegkundig personeel
- rittarief.

5.11. Sturing ambulancezorg

De wijze waarop een en ander in Den Haag is georganiseerd maakt dat de hulpambulancede capaciteit geen (zichtbaar) deel uitmaakt van planning en sturing van ‘de ambulancezorg’ in de regio in de volle breedte. Het spreidings- en paraatheidsplan is gebaseerd op de (op grond van het gelijktijdigheidsbeginsel) *berekende* behoefte aan ambulances voor (spoedeisend) vervoer en GHOR-taken. Er is niet expliciet gekeken naar eventuele wederzijdse beïnvloeding van hulpambulancede zorg en ambulancezorg. Met de huidige managementinformatie zijn de relaties en invloeden (in heden en verleden) over en weer niet of nauwelijks geobjectiveerd in kaart te brengen.

In regio’s waar implementatie wordt overwogen moet vooraf gekeken worden naar mogelijke effecten op spreiding en paraatheid en de eventuele gevolgen voor de GHOR-capaciteit.

5.12. Wettelijke status

Als belangrijk knelpunt wordt, door ketenpartners en anderen, ervaren dat de hulpambulance een onzekere status heeft in het geheel der voorzieningen. De inpassing in de verschillende wettelijke regelingen, zoals die nu gelden, is op zijn minst complex te noemen en heeft onduidelijkheid veroorzaakt over de toekomstige plek van deze dienstverlening binnen of ten opzichte van de ambulancezorg. Dat is temeer zo daar de rijksoverheid de voorbije jaren weinig expliciet is geweest over de vraag of, en zo ja, over de wijze waarop, zij het Haagse “experiment” een structurele status gaat geven in de nieuwe wetgeving terzake de ambulancezorg. Die onduidelijke wettelijke status leidt er ook toe dat in den lande weliswaar veel belangstelling bestaat voor differentiatie in deze vorm, maar dat nog nergens stappen zijn gezet om dit type dienstverlening in een vergelijkbare vorm in te voeren.

Aan deze onzekere wettelijke status moet met de komst van een nieuwe wet voor het ambulancevervoer een eind gemaakt worden.

6.1. Enige Feiten en Cijfers uit de regio

Voor de analyses wordt er van uitgegaan dat het aantal hulpambulanceritten in de Haagse regio tussen de 10.000 en 11.000 per jaar ligt. Hiervoor worden op werkdagen maximaal 6 vervoermiddelen tegelijkertijd ingezet. Gemiddeld verrijdt een hulpambulance plusminus 1.830 ritten per jaar (het aantal ritten gedeeld door het maximaal aantal ingezette voertuigen). Hulpambulances worden op werkdagen ingezet tussen 07.00 en 22.00 uur. Naarmate de dag vordert worden er steeds meer aan de capaciteit toegevoegd, met een piek rond 14.00 uur. In de weekenden wordt gewerkt met piketdiensten tussen 09.00 en 22.00 uur, maar rijden maximaal twee hulpambulances (zie voor de 'paraatheidsregeling' de deelrapportage Vervoersstromen).

Hulpambulanceritten maken zo'n 17% van het totaal aantal ambulanceritten in de regio uit. Dit vormt 49% van het totale bestelde vervoer. De verhouding tussen 'spoedeisend' en 'besteld' (inclusief de hulpambulanceritten) is 65% versus 35 % van het totaal der ritten.

Ritten in de regio	Aantal	in procenten van het totaal	subtotaal spoedeisend	subtotaal besteld	hulpambulance t.o.v. besteld vervoer via CPA
A1 ritten	31.828	49,21			
A2 ritten	10.244	15,84	42.072		
B1 ritten via CPA	11.609	17,95			51%
hulpambulanceritten	11.000	17,01		22.609	49%
	64.681	100%	65,05 %	34,95 %	100%

bronnen:

ritgegevens RIVM-onderzoek "Ambulances binnen bereik" en deelproject Vervoersstromen uit het onderhavige onderzoek.

Uit de ritgegevens verzameld in het kader van het RIVM-onderzoek "Ambulances binnen bereik" blijkt dat de verhouding tussen spoedeisende ritten en besteld vervoer ritten in Den Haag anders ligt dan in de meeste andere regio's. Spoedeisende ritten maken 78% uit van het totaal aantal dat ambulances verzorgen. Gemiddeld over het land genomen is dat 61%. Dat zou (mede) verklaard kunnen worden door het feit dat in deze ritgegevens de hulpambulanceritten *niet* meegeteld worden. Als men de elfduizend hulpambulanceritten namelijk wel meeneemt dan komen de verhoudingen tussen spoedeisend en besteld rond het landelijk gemiddelde te liggen; het is dan 65% versus 35 %.

Vertaalt naar landelijk niveau betekent een en ander dat er plusminus 155.000 ritten door ambulances worden verreden die in principe met anders ingerichte voertuigen en met anders gekwalificeerd personeel zouden kunnen worden uitgevoerd.

6.2. Bezettingsgraad en productiecapaciteit

De bezettingsgraad van de hulpambulances in Den Haag schommelt rond 73%. Gebleken is dat van de ritten, die door de CPA aan ambulances worden uitgegeven, minimaal nog 1.350 met een hulpambulance kunnen worden uitgevoerd (volgens een voorzichtige berekening in het deelproject Vervoersstromen). Het aantal hulpambulances hoeft daarvoor niet te worden uitgebreid.

Het verhogen van de bezettingsgraad is namelijk voldoende om deze productietoename te realiseren. Het aantal ritten zou zelfs met 2.700 kunnen worden uitgebreid, uitgaande van de totale beschikbare productiecapaciteit van de huidige hulpambulances.

In het deelonderzoek ‘Vervoersstromen’ van Botter (zie bijlagen) is Twente als referentieregio gebruikt. Voor Twente werd minimaal een aantal van 2.300 ‘potentiële’ hulpambulanceritten geschat. Verderop in dit hoofdstuk wordt, op grond van Haagse verhoudingen en landelijke getallen, een hoger aantal berekend. Precies uitsluitsel is over het aantal niet te geven; dit zou namelijk een diepgaand onderzoek vergen naar de precieze zorgvraag van verschillende categorieën patiënten, welk concreet zorgaanbod daar bij hoort en met welke middelen (inrichting en uitrusting auto’s) en menskracht (kwalificaties, instroom- en opleidingseisen, kennis, vaardigheden en houdingen) dat aanbod wordt gerealiseerd. De getallen geven echter wel een indicatie van de omvang. Op grond van de Haagse ervaringen werd geconcludeerd dat ongeveer de helft van alle besteld vervoerritten binnen de ambulancezorg in principe in aanmerking komt om uitgevoerd te worden met ‘anders’ ingerichte en uitgeruste voertuigen en ‘anders’ gekwalificeerd personeel. Vanzelfsprekend varieert het percentage met de regio. Zo kennen stedelijke gebieden meer besteld vervoer, bijvoorbeeld vanwege overplaatsingen van het ene naar het andere ziekenhuis.

De bezettingsgraad van reguliere ambulances in Den Haag is lager dan in Twente. De tijdsoverschrijdingen in de laatste regio (9,3%) zijn echter ruim boven wat landelijk als acceptabel wordt beschouwd, veroorzaakt door een te klein aantal parate ambulances. De noodzakelijke uitbreiding van de paraatheid zal gepaard gaan met een daling van de bezettingsgraad. Alhoewel dit niet met hard bewijs valt te onderbouwen, is het wel aannemelijk dat de bezettingsgraad van ambulances in Den Haag door de inzet van hulpambulances lager is geworden. Daardoor is meer ambulancecapaciteit beschikbaar voor spoedeisende ritten en is het overschrijdingspercentage gedaald tot één van de laagste in het land. Overigens is ook geconstateerd dat het aantal beschikbare ‘reguliere’ ambulances hoger is dan het op grond van de *norm* genaamd ‘faalkansberekening’ zou kunnen zijn. Daarmee is echter niet gezegd dat er per definitie sprake is van ‘overcapaciteit’. Aan faalkansberekeningen liggen ‘normen en veronderstellingen’ ten grondslag; als andere keuzes worden gemaakt leidt dit ook tot verschillende uitkomsten. Regionaal kan men het wenselijk vinden aanrijtijden verder terug te brengen dan de landelijke norm en de consequenties daarvan voor de bezettingsgraad te aanvaarden.

De rekensommen maken een belangrijke keuze helder. In regio’s met een (te) hoge bezettingsgraad, relatief veel tijdsoverschrijdingen en/of te hoge gemiddelde aanrijtijden kan de introductie van hulpambulances (of meer in het algemeen: een vorm van differentiatie in besteld en spoedeisend vervoer) één van de middelen zijn om betreffende knelpunten aan te pakken. Bij ambulances komt een deel van de capaciteit vrij die voor spoedeisende vervoer kan worden ingezet, namelijk het deel dat door het gedifferentieerde vervoer wordt verzorgd. Vanzelfsprekend is uitbreiding van ambulancecapaciteit zonder differentiatie in principe óók een mogelijkheid. Als financiële besparingen een doel zijn, dan kan de differentiatie niet zonder meer worden doorgevoerd, zonder dat er ambulancecapaciteit in hulpambulancescapaciteit wordt omgezet.

Om enig idee te geven hoeveel capaciteit er ‘vrij’ komt bij reguliere ambulances na introductie van hulpambulances, kan gekeken worden naar de verschillende categorieën ritten die een ingezette ambulance in Nederland jaarlijks vrijrijdt. De gegevens vloeien voort uit het rapport “Ambulances binnen bereik”.

Hierna staan twee opstellingen, de één een voorzichtige, de andere een ‘ruime’. De *voorzichtige* versie is gebaseerd op de ritten op werkdagen tussen 08.00 en 16.00, terwijl de hulpambulance feitelijk wordt ingezet op werkdagen tussen 07.00 en 22.00 uur én gedurende het weekend tussen 09.00 en 22.00 uur. In de *ruime* versie zijn de getallen gestoeld op de volgende tijden: werkdagen van 08.00 tot 24.00 uur en zaterdag en zondag van 08.00 tot 16.00 uur.

Er is -op grond van de Haagse verhoudingen- van uitgegaan dat bijna de helft van alle besteld vervoerritten ‘hulpambulanceritten’ zijn. Uit de berekening blijkt, door iedere ingezette ambulance, minimaal 230 ritten per jaar en maximaal 350 ritten per jaar te worden verreden die in principe met een hulpambulance zouden kunnen worden verzorgd. Deze capaciteit komt bij een ambulance ‘vrij’ als hulpambulances worden ingevoerd. Afhankelijk van de doelstellingen van deze differentiatie kan die capaciteit bijvoorbeeld worden ingezet voor spoedeisend vervoer en, high en medium care, besteld vervoer óf worden gebruikt om kostenbesparingen te realiseren óf met vrijgekomen middelen ándere doelen worden nagestreefd, zoals in het kader van personeelsbeleid.

Gemiddeld per ingezette ambulance per jaar	<i>voorzichtige</i> opstelling in absolute aantallen	in procenten	<i>ruime</i> opstelling in absolute aantallen	in procenten
spoedeisende ritten	355	42,94	991	58,02
besteld vervoer	471	57,06	716	41,98
totaal per jaar	825	100,00	1708	100,00
ritten volgens indicatie ‘hulpambulance’	230		350	

bron: de aantallen ritten per ingezette ambulance in verschillende tijdsblokken zijn gebaseerd op gegevens die werden verzameld in het kader van “Ambulances binnen bereik”.

Eén hulpambulance heeft een productiecapaciteit van plusminus 1830 per jaar. In de ‘ruime’ variant verrijden in dat geval zes (6 x 350 ritten) ‘niet gedifferentieerde’ ambulances in een regio per jaar gezamenlijk een aantal hulpambulanceritten dat door één hulpambulance-voertuig kan worden verreden. In de voorzichtige variant zijn dat zeven (7 x 230 ritten). Ofwel: één hulpambulance kan de hulpambulanceritten van zes á zeven ambulances ‘overnemen’. Hoeft men geen capaciteit van ambulances om te zetten in hulpambulance-capaciteit, maar zou deze worden toegevoegd, dan betekent dit dat zeven ambulances door het afstoten van hulpambulanceritten tussen 8 en 16 uur minimaal 1.610 ritten (7 x 230) méér kunnen uitvoeren dan zij op dit moment doen. De capaciteit voor spoedeisend vervoer en high en medium care besteld vervoer neemt dus toe.

6.3. Wachttijden

Eén van de belangrijkste argumenten voor invoering van de hulpambulances in Den Haag was het terugdringen van ‘wachttijden’, gedefinieerd als tijd die verstrijkt tussen het moment dat afgesproken was dat de (hulp-) ambulance zou komen en het tijdstip waarop deze daadwerkelijk verschijnt. Deze gegevens worden niet geregistreerd, noch bij de reguliere ambulances, noch bij de hulpambulances. Wel leverde de vergelijking van Den Haag met Twente het gegeven op dat de eerste regio gemiddeld een langere wachttijd kent voor poliklinisch retourvervoer. Dat de wachttijden in Den Haag in het besteld vervoer sinds 1992 zijn teruggebracht, is, voor zover het de wachttijden voor hulpambulances betreft, enigszins af te leiden uit het patiënttevredenheidsonderzoek en de interviews met verwijzers, casu quo aanvragers van hulpambulancevervoer. Cijfers ontbreken echter. De registratie zou moeten worden verbeterd om meer zicht te krijgen op de productie, zowel van ambulanceritten (spoedeisend en besteld) als van hulpambulanceritten. Alleen zo kunnen, kwantitatief onderbouwd, besluiten worden genomen over voor- en nadelen van de invoering van vormen van differentiatie en kunnen beweringen worden gestaafd met cijfermatig bewijs.

6.4. Vergelijken

In het deelproject Vervoersstromen zijn overeenkomsten en verschillen geanalyseerd tussen de regio waarin hulpambulances (Den Haag) een deel van het bestelde vervoer voor hun rekening nemen en een regio waar dat niet het geval is (Twente). Belangrijke verschillen zijn naar alle waarschijnlijkheid terug te voeren op de uiteenlopende aard van het gebied (stedelijk versus middelgrote plaatsen gecombineerd met plattelandsgebieden). Zo is het aantal overplaatsingen op werkdagen en tijdens kantooruren, van het ene naar het andere ziekenhuis in De regio Den Haag veel hoger dan in Twente. Dat heeft van doen met de praktijk dat na een spoedmelding een patiënt eerst op een polikliniek van een ziekenhuis wordt 'aangeboden' en, na eerste behandeling, vervolgens wordt opgenomen in een ander ziekenhuis. Dat leidt dus tot meer vervoerbewegingen die als overplaatsing wordt aangemerkt.

6.5. Extrapoleren

In de tabel is berekend hoeveel potentiële 'hulpambulanceritten' er per regio en landelijk zijn.

Potentiële aantallen hulpambulances per CPA/RAV	Spoedeisend	Besteld	totaal aantal ritten	spoedeisend t.o.v. het totaal	besteld t.o.v. het totaal	potentiële hulpambu- lanceritten	potentieel aantal in te zetten hulpambu- lances per RAV
CPA Groningen	20.006	16.417	36.423	54,9%	45,1%	8.044	4
CPA Friesland	16.681	15.451	32.132	51,9%	48,1%	7.571	4
CPA Drenthe	17.547	7.975	25.522	68,8%	31,2%	3.908	2
CPA IJssel-Vecht	11.667	7.757	19.424	60,1%	39,9%	3.801	2
CPA AAD-Oost	17.491	7.225	24.716	70,8%	29,2%	3.540	2
CPA Regio-Achterhoek	7.015	2.213	9.228	76,0%	24,0%	1.084	
CPA Stedendriehoek/Stedendriehoek	11.950	6.847	18.797	63,6%	36,4%	3.355	
CPA Stedendriehoek/NW Veluwe	4.481	2.289	6.770	66,2%	33,8%	1.122	4
CPA Arnhem	9.459	7.531	16.990	55,7%	44,3%	3.690	
CPA West-Veluwe Vallei	5.429	2.808	8.237	65,9%	34,1%	1.376	3
CPA Nijmegen	14.349	10.379	24.728	58,0%	42,0%	5.086	3
CPA Utrecht	28.794	28.348	57.142	50,4%	49,6%	13.891	8
CPA Noord-Holland Noord	16.250	9.036	25.286	64,3%	35,7%	4.428	2
CPA Amsterdam e.o.	55.456	38.805	94.261	58,8%	41,2%	19.014	10
CPA Zuid en Midden Kennemerland	10.236	6.526	16.762	61,1%	38,9%	3.198	2
CPA Gooi en Vechtstreek	7.962	4.141	12.103	65,8%	34,2%	2.029	1
CPA Haaglanden	42.072	11.609	53.681	78,4%	21,6%	11.000	6
CPA Hollands Midden	22.887	15.555	38.442	59,5%	40,5%	7.622	4
CPA Rijnmond	42.855	31.511	74.366	57,6%	42,4%	15.440	8
CPA Zuid Holland Zuid	14.168	9.538	23.706	59,8%	40,2%	4.674	3
CPA Zeeland	11.004	6.275	17.279	63,7%	36,3%	3.075	2
CPA Str.gew. Westelijk Noord-Brabant	19.363	9.272	28.635	67,6%	32,4%	4.543	
CPA Midden Brabant	10.236	6.526	16.762	61,1%	38,9%	3.198	4
CPA Brabant-Noord	15.230	9.259	24.489	62,2%	37,8%	4.537	2
CPA Samenw.verband Regio Eindhoven	18.613	11.848	30.461	61,1%	38,9%	5.806	3
CPA Gewest Midden Limburg	6.003	3.452	9.455	63,5%	36,5%	1.691	
CPA Noord Limburg	7.022	3.583	10.605	66,2%	33,8%	1.756	2
CPA Zuid-Limburg	18.301	16.923	35.224	52,0%	48,0%	8.292	5
CPA Flevoland	11.207	4.309	15.516	72,2%	27,8%	2.111	1
Totaal alle CPA-/RAV-en	493.734	313.408	807.142	61,2%	38,8%	158.882	88

Toelichting op de tabel:

- * De aantallen ritten zijn ontleend aan het RIVM rapport “Ambulances binnen Bereik” (tabel B5.6, pagina 107);
- * Bij de regio Den Haag zijn in de eerste drie kolommen de hulpambulanceritten niet opgenomen. Zij komen niet voor in de ritstatistieken van de CPA en dus ook niet in de RIVM-onderzoeken. Voor de verdere berekeningen is uitgegaan van plusminus 11.000 hulpambulanceritten in de regio Den Haag;
- * De "*potentiële ambulanceritten*" werden berekend op grond van de verhoudingen zoals die zich in Den Haag voordoen tussen het besteld vervoer via de CPA en de hulpambulanceritten. De hulpambulanceritten maken ongeveer 49% uit van het totaal aantal besteld vervoerritten;
- * Het "*potentieel aantal in te zetten hulpambulances*" werd berekend op grond van het feit dat een hulpambulance in Den Haag, bij 11.000 ritten en maximaal 6 in te zetten hulpambulances, gemiddeld 1.830 ritten per jaar maakt.

Het potentieel aantal in te zetten hulpambulances varieert nogal: van 1 (Flevoland) naar 10 (Amsterdam). Eén van de overwegingen bij introductie en een minimum aantal, is de geografische omvang van een RAV: het is weinig efficiënt om in een groot gebied slechts één of twee auto's ter beschikking te hebben. Dat zou namelijk betekenen dat deze veel kilometers maken en per rit lang onderweg zijn. Het zal niet in alle regio's mogelijk zijn de aanvragen te laten verlopen via een centrale vergelijkbaar met die in Den Haag. Mogelijk is een geschikte vervoerder niet voorhanden. Bij invoering zal men rekening moeten houden met minimum aantallen personeelsleden (en vervoermiddelen) die nodig om een rooster van 07.00 tot 22.00 uur op werkdagen en piketdiensten op zaterdag en zondag in te kunnen vullen. Functies in een organisatie mogen in aantal niet te klein zijn, bijvoorbeeld in verband met opleidings- en scholingsbeleid. Al deze factoren spelen een rol in de overwegingen om al dan niet op RAV-niveau over te gaan tot invoering van een hulpambulance naar Haags model.

Er werd in het deelproject Vervoersstromen een break-even-punt gecalculeerd per hulpambulance, in termen van bezettingsgraad. Deze bleek minimaal 57% te moeten zijn. Voor regio's waarbij een dergelijke bezettingsgraad van hulpambulances gecombineerd met het gewenste rooster en arbeidstijden niet haalbaar blijkt, is deze (vergaande) vorm van product- én functiedifferentiatie minder aan te bevelen. Overigens betekent dit niet dat in dergelijke regio's geen differentiatie kan worden toegepast in de zin dat besteld en spoed vervoer in logistieke en organisatorische zin enigszins uit elkaar gehaald worden, zoals ook al op een aantal plaatsen daadwerkelijk gebeurt.

In het hoofdstuk Financiën worden enkele rekensommen gemaakt wat de introductie van hulpambulances aan besparingen zou kunnen opleveren.

7.1. Financieel voordeel

Bij de introductie van hulpambulances in 1992 golden een aantal overwegingen, waaronder het vergroten van de planbaarheid van de zorgverlening en daarmee verbetering van de kwaliteit, onder meer via het terugdringen van wachttijden. Het deelonderzoek “*Hulpambulance Gewaardeerd*”, maar ook opvattingen van ketenpartners, financiers en overheden, wijzen er op dat men daarin is geslaagd. Naast deze kwalitatieve verbeteringen speelden financiële overwegingen een rol.

Op grond van informatie van de zorgverzekeraar kan worden geconstateerd dat de overall gemiddelde ritprijs in de Haagse regio lager ligt dan in vergelijkbare regio's. Dit lagere regio-gemiddelde komt vooral voor rekening van het bedrijf, dat zowel een deel van de ‘gewone’ ambulancezorg voor zijn rekening neemt, als het hulpambulancevervoer. De kostenvoordelen in betreffende regio en bedrijf worden ook gerealiseerd, doordat een deel van management, infrastructuur en overige overhead van de geëxploiteerde hulpambulances gedeeld wordt met die voor de ambulancezorg en rolstoelvervoer.

De berekeningen in het deelproject Financiën (zie bijlage) zijn zoveel mogelijk ontdaan van deze specifieke en unieke Haagse omstandigheden. Het zijn daarom cijfers die kunnen dienen als basis voor bedrijfseconomische calculaties elders. Uit het deelproject blijkt een hulpambulance een kleine €60.- *per rit* goedkoper, dan wanneer een reguliere ambulance met dito personeel deze zou uitvoeren, na indicatiestelling en afhandeling via de CPA. Een hulpambulancerit is daarmee de helft goedkoper dan een ambulancerit. Dit getal moet met de nodige voorzichtigheid worden behandeld; regionaal kunnen er omstandigheden zijn die nopen tot aanpassing. Een zo precies mogelijke berekening voor de eigen bedrijfs- en regionale situatie is wenselijk; het genoemde bedrag kan wel als indicatie dienen.

7.2. Macro

Zou men overal in den lande hulpambulances naar Haags model invoeren, dan is het maximale bedrag dat (*theoretisch*) kan worden bespaard, groot. Uitgaande van de berekeningen in het deelproject Financiën zou dit uitkomen op 8.7 miljoen Euro, bovenop de besparingen die de invoering van hulpambulances in Den Haag in de praktijk nu al betekent. Enige kanttekeningen zijn hier wel op zijn plaats. Een belangrijk deel van de genoemde miljoenen zijn namelijk slechts theoretisch als efficiencyvoordeel in te boeken.

Het potentieel aantal in te zetten hulpambulances is voor sommige RAV-en aan de (te) lage kant; het overzicht in het vorige hoofdstuk maakte dat duidelijk. Alhoewel niet precies valt vast te stellen wanneer het break-even point is bereikt, lijkt een minimum aantal van 4 á 5 gewenst. Eén van de beïnvloedende factoren daarin is de geografische omvang van een RAV. Ook zal het niet in alle regio's mogelijk zijn de aanvragen via een centrale vergelijkbaar met die in Den Haag te laten verlopen of is een geschikte vervoerder niet voorhanden. In een aantal regio's zal invoering van hulpambulances volgens het Haagse model bedrijfseconomisch niet verantwoord zijn, om bedrijfsmatige of organisatorische redenen niet mogelijk of beleidsmatig niet gewenst. De berekening is bovendien gebaseerd op verhoudingsgetallen tussen categorieën vervoer zoals die in Den Haag werden aan-getroffen. Het is bekend dat er verschillen kunnen zijn tussen regio's in aard, omvang en samenstelling van vervoersstromen.

Wordt alleen naar CPA/RAV gekeken waarin de vier grote steden vallen -regio's die qua aard en omvang met de regio Den Haag overeenkomen-, dan zijn de besparingen in principe echter nog steeds aanzienlijk.

DE VIER GROTE STEDEN	aantal B-ritten	potentiële hulpambulance ritten	maximaal haalbare besparingen
Utrecht	28.348	13.891	817.318
Amsterdam	38.805	19.014	1.118.810
Rijnmond	31.511	15.440	908.512
<i>subtotaal</i>	98.664	48.345	2.892.985
regio Den Haag (reeds ingevoerd)	11.609	11.000	647.240
Totaal	110.273	59.345	i 3.491.880

Deze besparingen worden alleen gerealiseerd als aan de drie randvoorwaarden wordt voldaan die in de volgende paragraaf worden benoemd !

7.3. Herkomst

Uit de cijferopstelling van het deelproject Financiën vloeit voort, dat de belangrijkste maatregelen om het geconstateerde kostenvoordeel te realiseren gelegen zijn in:

- het feit dat meldingen buiten een CPA om verlopen (ongeveer de helft van het totale voordeel);
- anders gekwalificeerd personeel (plusminus 35 % van het totaal);
- een anders ingerichte auto (de resterende ruim 15 procent).

Het zal duidelijk zijn dat kostenvoordelen wegvallen als men de afhandeling van de aanvragen op dezelfde wijze organiseert als de meldingen voor ambulancevervoer, niet 'echt' differentieert en dus hooggekwalificeerd personeel inzet, met volledig ingerichte, reguliere, ambulances.

7.4. Omvang regionaal

In de deelrapportage Financiën is een opstelling gemaakt aan de hand waarvan een regio kan bepalen of en, zo ja, waar en hoeveel, financiële voordelen zijn te behalen als hulpambulances naar Haags model worden geïntroduceerd. De meest eenvoudige rekensom is die waarin het gemiddelde voordeel per rit wordt vermenigvuldigd met het aantal potentiële hulpambulanceritten dat er in een CPA/RAV-regio is, op grond van het gegeven dat plusminus 17% van alle ambulanceritten in principe valt onder de Haagse indicatie-criteria voor hulpambulancevervoer. Nuancering van deze globale rekensom is wel noodzakelijk.

Als het genoemde percentage van zeventien procent van het totaal aantal ritten in een regio lager (of hoger) blijkt te zijn, dan worden vanzelfsprekend ook de absolute financiële voordelen bijgesteld. Andere factoren die de hoogte van de voordelen beïnvloeden zijn:

- kan of wil men in een regio de aanvragen voor hulpambulancevervoer via een andere meldkamer laten lopen dan de CPA;
- laat men het vervoer conform de Haagse indicatiecriteria uitvoeren door anders gekwalificeerd personeel dan dat op de reguliere ambulances;
- worden de ritten uitgevoerd met een voertuig dat anders is uitgerust en ingericht.

Voor zover kostensoorten uit de deelrapportage Financiën naar aard en hoogte afwijken, kunnen deze in het rekenmodel worden aangepast om een meer regio- of bedrijfsspecifieke opstelling te verkrijgen.

Belangrijke randvoorwaarde om eventueel besparingen te realiseren is de omzetting van ambulance- in hulpambulance-capaciteit. Blijft de ambulance-capaciteit onverkort gehandhaafd, dan komen de kosten van de hulpambulances bovenop die welke in een regio aan ambulancezorg worden besteed.

Bij de omzetting doemen een aantal vragen op, waaronder: hoevéél ambulance-capaciteit moet er worden omgezet (hoeveel moet er worden 'ingeleverd'), wat zijn de consequenties daarvan voor (de paraatheid van) het spoedeisende vervoer, voor het medium/high care besteld vervoer, het personeel en de financiën. De berekeningen worden beïnvloed door de doelstellingen: wil men besparingen realiseren, moet een en ander budgettair neutraal verlopen, moet het leiden tot verbeteringen in de paraatheid, verkorting van aanrijtijden, minder overschrijdingen, zijn er doelen vanuit het personeels- en sociaal beleid.

Als de introductie van hulpambulances ten doel heeft op regionaal- of bedrijfsniveau tot financiële besparingen te komen dan wordt bij omzetting minimaal hetzelfde geproduceerd met minder financiële middelen. Eventueel behaalde 'financiële voordelen' hoeven echter niet per definitie tot regionale of zelfs macro-besparingen te leiden. Er kan ook besloten worden om met dezelfde financiële middelen méér te produceren. Deze situatie doet zich bijvoorbeeld voor als met de besparingen als gevolg van product- en functiedifferentiatie aanrijtijden en overschrijdingen worden teruggedrongen.

Er komt bij overdracht van ambulanceritten die volgens de indicatiecriteria in een hulpambulance zouden kúnnen, hoe dan ook capaciteit vrij bij ambulances. Een gemiddelde ambulance in Nederland verrijdt -als men er de Haagse verhoudingen op loslaat- tussen minimaal 230 en maximaal 350 ritten die zouden kunnen vallen onder de indicatiecriteria van hulpambulances. Deze capaciteit kan bij introductie van hulpambulances worden ingezet voor spoedeisend en high & medium care besteld vervoer.

Een in alle regio's toepasbaar rekenmodel blijkt niet te kunnen worden gegeven. Wel zijn -naast de doelstellingen- een aantal variabelen te benoemen die een rol spelen in de opzet van de berekeningen en de uitkomsten. Allereerst is daar het aantal ritten per categorie: A1, A2 en B. In de Haagse regio blijkt 17% van deze drie categorieën tezamen te kunnen vallen onder de criteria voor hulpambulancerit. Dat is 49% van het totale besteld vervoer in de uren en dagen waarop de hulpambulance ingezet wordt. Deze percentages vormen een indicatie van de omvang, maar zullen uiteenlopen; in niet-stedelijke gebieden is bijvoorbeeld sprake van minder overplaatsingen tussen ziekenhuizen. Het totaal aantal potentiële hulpambulanceritten moet een bepaalde omvang hebben, wil invoering van deze vorm van zorgvervoer verantwoord zijn. Een andere beïnvloedende factor is de gemiddelde ritduur; ook deze zal per categorie, per regio variëren. Verder speelt het totaal aantal ingezette ambulances een rol, de gemiddelde ritduur per categorie van vervoer en de verwachte gemiddelde ritduur van een hulpambulance in betreffende regio.

8.1. De Haagse situatie

Voor de beschrijving van de wijze waarop diverse personele aangelegenheden in de Haagse situatie zijn geregeld wordt verwezen naar de deelrapportage in de bijlage. Ter inleiding volstaan een paar hoofdkenmerken:

- De hulpambulance kent twee functies: de hulpambulance-chauffeur en de hulpambulance-begeleider. Deze functies zijn nadrukkelijk te (onder-) scheiden van de functies die in de ambulancezorg gangbaar zijn. Een deel van het bestelde vervoer, dat overal elders door ambulancepersoneel met ambulances wordt uitgevoerd, wordt in Den Haag door aparte functionarissen met onderscheiden voertuigen verricht.
- De hulpambulancebegeleider moet met succes een opleiding tot ziekenverzorgende (niveau 3 in het stelsel van initiële verpleegkundige en verzorgende opleidingen) hebben afgerond en -waar mogelijk- werkervaring in de zorg hebben opgedaan. De hulpambulancechauffeur heeft minimaal een EHBO-diploma.
- De chauffeur wordt in de praktijk meestal geworven vanuit het rolstoelbusvervoer binnen dezelfde holding. De werkgever kan zich van te voren een oordeel vormen of de kandidaat geschikt is voor dit type vervoer dat belangrijke zorg- en begeleidingselementen in zich bergt. De hulpambulancebegeleider wordt extern geworven.
- De functionarissen zijn in dienst van een besloten vennootschap die arbeidsrechtelijk los staat van het ambulancebedrijf. De arbeidsvoorwaarden zijn bedrijfsgebonden en werden samengesteld uit verschillende elementen uit de CAO voor het taxibedrijf en de CAO voor de ambulancezorg.
- Het hulpambulancepersoneel vormt een bron waaruit nieuw personeel voor het ambulancebedrijf kan worden geworven: zowel hulpambulance-chauffeurs als hulpambulance-begeleiders stromen door naar de opleiding voor en functie van ambulancechauffeur. Een omgekeerde 'beweging', ambulancepersoneel dat -al dan niet tijdelijk- wordt ingezet in het hulpambulancevervoer (bijvoorbeeld in het kader van reïntegratie na ziekte, het voorkomen van arbeidsongeschiktheid, leeftijdbewust personeelsbeleid) vindt (nog ?) niet plaats.

8.2. Arbeidsvoorwaarden

De arbeidsvoorwaarden voor hulpambulancepersoneel in de Haagse regio zijn samengesteld uit elementen van twee CAO's; die voor de ambulancezorg en die voor taxibedrijven. Hiervoor is gekozen, onder meer omdat de functies op dit moment geen goede plek kunnen krijgen in de CAO Ambulancezorg. Beide CAO's bergen kenmerken in zich die in de functies terug te vinden zijn. Integrale onderbrenging in de CAO taxibedrijven zou onvoldoende recht doet aan de aard van de werkzaamheden en de positie van hulpambulancezorg in het geheel van zorgvoorzieningen. Om dit probleem op te lossen is in Den Haag een eigen, bedrijfsgebonden, arbeidsvoorwaardenbeleid uitgewerkt.

Andere functies in de uitvoerende ambulancezorg dan ambulancechauffeur en -verpleegkundige met SOSA-diploma zijn binnen de huidige CAO voor het ambulancepersoneel niet of nauwelijks mogelijk. Weliswaar wordt gesproken over functionarissen zónder een dergelijk diploma, maar dit is vooral te beschouwen als tijdelijk, bijvoorbeeld aan het begin van een carrière. Het voorkómen van een functiezonder-diploma moet ook bezien worden in het kader van de 'overgangssituatie' in de branche naar de verplichting alleen SOSA-opgeleiden aan te stellen of -indien men die opleiding niet heeft- de verplichting om binnen een bepaalde termijn daarmee een aanvang te maken. De sector heeft zichzelf opgelegd dat uiteindelijk alle chauffeurs en verpleegkundigen de SOSA-opleidingen met goed gevolg moeten hebben afgerond. Dit maakt ook onderdeel uit van de CAO-bepalingen.

Anders gekwalificeerden dan het reguliere ambulancepersoneel zijn binnen de CAO Ambulancezorg (nog) niet mogelijk en dus kunnen andere functies en functieomschrijvingen binnen bedrijven waarvoor deze CAO verbindend is verklaard, niet worden ingevoerd. De CAO blokkeert in die zin dan ook functiedifferentiatie binnen de beroepen en de bestaande, omschreven, functies. Wil men toch differentiatie in functies met afwijkende vereisten, werkzaamheden, waardering en inschaling dan zijn er twee mogelijkheden:

1. In de CAO ambulancezorg wordt ruimte geschapen voor differentiatie in functies; hiervoor bestaan twee varianten:
 - a. er komen landelijk geldende functies, naast die van ambulancechauffeur en/of verpleegkundige, met een ook landelijk werkzame functiebeschrijving en dergelijke;
 - b. in de CAO wordt ruimte geschapen voor onderhandelingen tussen werkgevers en werknemers op regionaal en/of bedrijfsniveau, op zo'n wijze dat specifieke afspraken over het functiegebouw en daarmee ook de introductie van nieuwe functies mogelijk wordt;
2. De andere mogelijkheid is dat functionarissen voor hulpambulancevervoer worden aangesteld in een aparte rechtsvorm, waarvoor de CAO Ambulancezorg niet verbindend is of kan worden verklaard. Denkbaar is een constructie zoals in Den Haag wordt gevolgd: een aparte Besloten Vennootschap waarin het hulpambulancevervoer is ondergebracht en die formeel de werkgever voor het betreffende personeel is.

Indien men kiest voor de tweede mogelijkheid kunnen de *bedrijfsgebonden* arbeidsvoorwaarden zoals in Den Haag geformuleerd, als voorbeeld dienen. Wenst men het personeel onder te brengen in een *landelijke* CAO dan is de CAO Gezondheidszorg eventueel een goede keuze. Deze CAO sluit naar aard en inhoud aan bij belangrijke kenmerken van het werk en de functies (geen 'personenvervoer', maar 'zorg') en biedt bovendien een systematiek om die functies te waarderen (de FWG, die uitgaat van functie-*inhoud*, niet van opleidingsniveau) en te honoreren. Wil men ziekenverzorgenden laten instromen in de functie van hulpambulancebegeleider, dan is toepassing van deze CAO aantrekkelijk. Voor functionarissen die werkzaam zijn in de gezondheidszorg blijft bij een overgang naar de hulpambulancezorg dezelfde CAO gelden. Er kan echter ook binnen de CAO Ambulancezorg ruimte worden geschapen voor functie- en productdifferentiatie. In dat geval kan deze CAO worden toegepast voor de hulpambulancezorg.

8.3. In-, door- en uitstroom

8.3.1. Instroomeisen en indicatiestelling

De ervaringen in Den Haag hebben geleerd dat de huidige instroomvereiste voor de functie van hulpambulancebegeleider, namelijk ziekenverzorgende, enige spanning vertoont met de indicatiecriteria waarin medische en verpleegkundige/verplegende handelingen door de functionaris niet (mogen) worden uitgevoerd. De consequentie daarvan is namelijk dat de ziekenverzorgende binnen de hulpambulance een deel (en niet het minst centrale) van zijn of haar beroep niet kan en mag uitoefenen. Op zijn minst zou men -indien deze opleidingseisen en indicatiecriteria gehandhaafd blijven- daaraan in de werving aandacht moeten schenken, om teleurstellingen en mogelijk vervroegde uitstroom te voorkomen.

Vanzelfsprekend is het mogelijk de indicatiecriteria in bovenwaartse richting aan te passen, zodat de ziekenverzorgende veel meer van zijn/haar beroepskennis en -kunde 'kwijt kan' in het werk op de hulpambulance. Dat betekent dat de categorie patiënten, dat met deze vorm van besteld vervoer wordt verplaatst, wordt uitgebreid. Een gevolg daarvan is dat het stellen van de juiste (vervoer- en zorg-) indicatie complexer wordt. Dat wat een zorgverlener *kán* en mag uitvoeren aan verzorgende en verpleegkundige handelingen, wordt dan mede een criterium, naast dat wat een patiënt aan zorgbehoeften heeft. Het is de vraag of de indicatiestelling door de behandelend arts in dit geval nog goed mogelijk is.

In het hoofdstuk over de indicatiecriteria werd geconstateerd dat deze criteria relatief helder zijn; het oprekken ervan zou kunnen leiden tot een grijs gebied tussen de ziekenverzorgende-hulpambulancebegeleider en de ambulanceverpleegkundige in het besteld vervoer.

8.3.2. Arbeidsmarktbeleid

De functies van hulpambulancebegeleider en -chauffeur bieden extra ingangen op de regionale arbeidsmarkt om op termijn te kunnen blijven voorzien in medewerkers voor de functie van ambulancechauffeur. Beide functionarissen kunnen naar de laatste functie doorstromen: in de praktijk gebeurt dat ook veelvuldig. In dat geval worden mensen aangesteld waarmee enige jaren ervaring is opgedaan. Een betere selectie wordt zo mogelijk gemaakt, wat het risico van uitval verkleint.

Hulpambulancebegeleiders worden in de Haagse situatie extern geworven: ziekenverzorgenden, met als eis dat zij ervaring in een zorginstellingen hebben opgedaan. Een groot voordeel hiervan is dat het inwerktraject kort kan zijn. Als werving van ervaren krachten een probleem wordt, kan men overwegen schoolverlaters aan te trekken. Wel zal dan nader gekeken moeten worden naar het inwerkprogramma. Een van de aantrekkelijke kanten van de functie van hulpambulancebegeleider, ten opzichte van de functie van ziekenverzorgende in een intramurale instelling is, dat men geen nachtdiensten en relatief weinig weekenddiensten kent. De functie kan in principe ook goed in deeltijd worden vervuld. Het rooster biedt bovendien de mogelijkheid van flexibiliteit in werktijden. Dit is -naast de inhoud van het werk en mogelijkheden tot doorstroming naar de ambulancezorg- een aspect dat in wervingscampagnes kan worden gebruikt.

De route van hulpambulancebegeleider naar een functie van ambulanceverpleegkundige is op dit moment moeilijk begaanbaar. Maar als de voorspelde arbeidsmarktproblemen manifester worden, is het misschien wenselijk of noodzakelijk een route te scheppen waarmee de hulpambulancebegeleider, als ziekenverzorgende opgeleid, naar de functie van ambulanceverpleegkundige wordt toegeleid. Dit zou als volgt kunnen:

- een ziekenverzorgende wordt hulpambulancebegeleider;
- hij of zij gaat tijdens de uitoefening van die functie (bijvoorbeeld in deeltijd) de initiële opleiding tot verpleegkundige volgen (een parttime of duale variant, eventueel deels gefinancierd door de werkgever);
- na diplomering tot verpleegkundige volgt de functionaris relevante stages in ziekenhuizen op spoedeisende en intensive care afdelingen;
- daarna stroomt de functionaris in als beginnend ambulanceverpleegkundige en start met de SOSA-opleiding;
- gedurende de opleidingsperiode zou de functionaris steeds meer besteld vervoer-ritten, met toenemende zorgcomplexiteit, kunnen gaan uitvoeren en aan het eind van de opleidingsperiode starten met spoedeisende ritten, onder begeleiding.

Het eindniveau is dan dus het niveau dat in de ambulancesector gangbaar is. Deze weg wordt in Den Haag tot op heden niet bewandeld. Als arbeidsmarktproblemen ernstiger vormen gaan aannemen komt deze vorm van doorstroming wellicht nadrukkelijker in beeld. Elders in den lande is al ervaring opgedaan met een andere dan de gangbare instroom (Groningen, Zeeland).

8.3.3. Loopbaanbeleid

Hulpambulancechauffeurs kunnen in de Haagse regio intern binnen het bedrijf worden geworven; er is een grote mate van doorstroming van deze functionarissen naar de hulpambulance. Voor rolstoelbuschauffeurs is de overgang naar de hulpambulancezorg als een carrièrestap te beschouwen. De hulpambulancechauffeur kan bij gebleken geschiktheid doorstromen naar de functie van ambulancechauffeur en de daarbij behorende opleiding gaan volgen. Een niet onaanzienlijk deel van de huidige ambulancechauffeurs heeft eerst de functie van hulpambulancechauffeur vervuld.

Doordat zowel rolstoelbusvervoer, hulpambulances en ambulances onderdeel uitmaken van één bedrijf, kan optimaal gebruik gemaakt worden van deze mogelijkheden van (interne) doorstroming. Dergelijke vormen van doorstroming kunnen overigens ook tussen bedrijven die los van elkaar staan, vorm krijgen, maar dat zal extra inspanningen vergen.

Indien de functie van hulpambulancechauffeur gezien wordt als mogelijke opstapfunctie naar het beroep van ambulancechauffeur, kan worden overwogen de betreffende persoon reeds aan te melden voor het rijtechnisch gedeelte van de SOSA-opleiding. Na voltooiing daarvan kan dan de overstap gemaakt worden.

Ziekenverzorgenden hebben over het algemeen beperkte carrièremogelijkheden. De functie hulpambulancebegeleider biedt enig perspectief op een andersoortige functie in de zorgsector. Het kan tevens een opstap betekenen naar de ambulancezorg: doorstroming naar de functie van ambulancechauffeur. Overigens kan een ziekenverzorgende in principe ook direct in de functie van (beginnend) ambulancechauffeur instromen, zonder de tussenstap via de hulpambulance. Voor de werkgever biedt de periode dat een persoon in de hulpambulancezorg werkzaam is een belangrijk voordeel: een oordeel over de eventuele geschiktheid voor de ambulancezorg is beter mogelijk.

Beide functionarissen kunnen in gevallen waarin het bedrijf chauffeurs voor centrale huisartsenposten levert een tijdelijke of permanente overstap maken naar de functie van chauffeur voor de centrale huisartsendiensten, al dan niet na aanvullende scholing.

8.3.4. Uitstroom en reïntegratie

In discussies over differentiatie in de ambulancezorg wordt onder andere aandacht gevraagd voor de mogelijkheid om personeel tijdelijk een andere taakinhoud te geven in het kader van reïntegratie na ziekte, het voorkomen van uitstroom naar arbeidsongeschiktheid, leeftijdbewust personeelsbeleid (aan het eind van een carrière inzet op minder veeleisende taken) en dergelijke. In de Haagse situatie wordt van de mogelijkheid om ambulancepersoneel tijdelijk of aan het eind van een loopbaan in de hulpambulancezorg in te zetten geen gebruik gemaakt. Belangrijk knelpunt lijken de arbeidsvoorwaarden. De afzondering van besteld vervoer (of delen daarvan, zoals de hulpambulancezorg) en spoedeisend vervoer biedt hoe dan ook mogelijkheden om medewerkers geleidelijk terug te laten stromen naar de 'oude' functieinhoud of om hen voor het bedrijf en de zorgsector te behouden.

8.4. Verbinden of ontbinden

Gaat men er vanuit dat hulpambulancezorg *ambulancezorg* is, en in ieder geval *zorg*, dan ligt het voor de hand enige mate van afstemming tot stand te brengen tussen hulpambulancezorg en de overige vormen van dienstverlening aan patiënten die liggend moeten worden vervoerd. Een dergelijke afstemming is zowel wenselijk als (ambulance-) zorg en hulpambulancezorg zich binnen de grenzen van één onderneming/organisatie bevinden, als wanneer een RAV uit meer dan één vervoerder is samengesteld. Wanneer het streven er op gericht is deze vorm van gedifferentieerd ambulancevervoer te zijner tijd te laten vallen onder 'Verantwoorde Zorg', dan zal er meer samenhang tussen hulpambulancezorg en de andere vorm(en) van ambulancezorg moeten komen. Dat geldt evenzeer waar doorstroming van personeel tussen hulpambulancezorg en ambulancezorg (en eventueel omgekeerd) nadrukkelijker tot doel wordt gemaakt of wanneer men er voor kiest de afhandeling van aanvragen voor hulpambulancezorg via de CPA te laten verlopen. In de Haagse situatie zijn er relatief weinig tot geen directe onderlinge verbanden tussen hulpambulancezorg en ambulancezorg. De afstemming zou langs een aantal lijnen vorm kunnen krijgen: personeels-, scholings- en kwaliteitsbeleid, interne communicatie en organisatorische inbedding.

8.4.1. Personeelsbeleid

Beschouwt men hulpambulancezorg als onlosmakelijk onderdeel van een breed assortiment van gelijksoortige en gelijkwaardige producten die ambulancevervoerders kunnen en mogen leveren, dan zou voor al die deelproducten hetzelfde *personeelsbeleid* moeten gaan gelden. Het onderbrengen van personeel dat bij deelproducten is betrokken in één arbeidsvoorwaardenbeleid valt daar onder. Dat betekent vanzelfsprekend niet dat ieder personeelslid dezelfde arbeidsvoorwaarden moet hebben, maar wel dat de verschillende functies een omschreven plek in de CAO hebben, of dat deze CAO de mogelijkheid biedt op regionaal niveau in functies te differentiëren, onder randvoorwaarden en volgens een bepaalde systematiek. Andere onderdelen die gelijk getrokken moeten worden zijn bijvoorbeeld het systeem voor beoordelings- en functioneringsgesprekken, de wijze waarop de verschillende functies worden omschreven en de systematiek voor functiewaardering.

8.4.2. Opleidingsbeleid

Als het de bedoeling is hulpambulancezorg als een vorm van gedifferentieerde ambulancezorg te beschouwen (dus niet als vervoer en niet als vorm van intra- of extramurale gezondheidszorg) en te laten vallen onder (een toekomstige versie van) ‘Verantwoorde Zorg’ dan ligt het in de rede samenhang te brengen in de opleiding en scholing voor de verschillende functies. Dat is des te meer het geval indien doorstroming tot een doel is gemaakt en/of differentiatie een middel wordt om problemen op de arbeidsmarkt te verkleinen. De SOSA-opleidingen moeten dan worden toegesneden op de gedifferentieerde functies. Als de huidige beroepsopleidingen voorbereiden op alle soorten ritten voor alle categorieën patiënten, dan zitten er op dit moment ook onderdelen in die gericht zijn op de categorie patiënten die in de Haagse regio met hulpambulances worden verplaatst, maar overal elders met reguliere ambulances. Deze opleidingselementen kunnen de basis vormen voor de scholing van personeel dat wordt voorbereid op functies zoals hulpambulancebegeleider en -chauffeur. Resultaat van nadere beschouwingen kan zijn dat ook anderen dan ziekenverzorgenden in kunnen stromen voor dergelijke functies. In de opleiding tot ambulanceverpleegkundige zou meer rekening kunnen worden gehouden met differentiatie in functies binnen de ambulancezorg. Ook kan het opleidingstraject zo worden vormgegeven dat kandidaten met verschillende instroomkwalificaties, via uiteenlopende routes, toch de huidige eindniveaus van de ambulancechauffeur en ambulanceverpleegkundige behalen.

Wat voor initiële opleidingen voor ambulancepersoneel geldt, is vanzelfsprekend ook van toepassing op (landelijk en regionale) programma’s voor bij- en nascholing. Bij gedifferentieerde functies binnen één product’groep’ genaamd ‘ambulancezorg’ kunnen aan sommige onderdelen door functionarissen gezamenlijk worden deelgenomen; andere onderdelen worden voor afzonderlijke categorieën functionarissen uitgevoerd.

8.4.3. Kwaliteitsbeleid

Een andere terrein om tot uitdrukking te brengen dat er inhoudelijke relaties zijn (of moeten komen) tussen de verschillende deelproducten binnen de productgroep ambulancezorg is kwaliteitsbeleid dat qua opzet en invulling gelijk of vergelijkbaar is. Als hulpambulancezorg ‘zorg’ is en ‘ambulancezorg’ moet worden, dan is ook de Kwaliteitswet Zorginstelling van toepassing. Wat ligt meer voor de hand om de kwaliteitszorg zoals die binnen de ambulancezorg van toepassing is, toe te snijden op de verschillende deelproducten daarbinnen. Tot die kwaliteitszorg behoren bijvoorbeeld certificeringstrajecten en vormen van inter-collegiale toetsing. Het systeem zoals dat voor de ambulancesector geldt kan, qua systematiek, ook worden toegepast op hulpambulancezorg. Wel zullen de verschillende onderdelen en criteria daarop moeten worden toegesneden.

Introductie van hulpambulancezorg is mogelijk in het kader van rubriek 6 (Onderzoek en Ontwikkeling) van het Certificatieschema Ambulancezorg van de stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector. Deze rubriek biedt de mogelijkheid onderzoek naar nieuwe vormen van zorg te starten, deze in de praktijk te ontwikkelen en later het nieuwe product in het Certificatieschema op te laten nemen. Ook de nota 'Verantwoorde Zorg' dient te worden aangepast als er sprake is van meer dan één deelproduct binnen 'de' ambulancezorg. Vooruitlopend hierop kan een bedrijf dat hulpambulancezorg invoert al zoveel mogelijk de criteria uit het HKZ-Certificatieschema toepassen. Daartoe behoren de criteria die door de Nederlandse Patiënten/Consumenten Federatie zijn opgesteld en die als bijlage in het HKZ-schema zijn opgenomen. Door relevante en bruikbare onderdelen nu reeds in te voeren, wordt ook inzichtelijker op welke onderdelen het Certificatieschema en de nota Verantwoorde Zorg moeten worden aangepast.

8.4.4. Interne communicatie en overleg

Een vierde beleidsterrein waarop de inhoudelijk samenhangen tussen gedifferentieerde ambulancezorg-producten gestalte moet krijgen, is het beleid ten aanzien van de interne communicatie en overleg. Dat is zeker zo wanneer de hulpambulancezorg organisatorisch gescheiden is van de ambulancezorg, bijvoorbeeld in een aparte afdeling, productgroep, divisie of zelfs bedrijf.

In de Haagse situatie vindt weliswaar coördinatie en afstemming via communicatie en overleg plaats maar deze speelt zich vooral af op holdingniveau, is bedrijfsorganisatorisch gericht en veel minder inhoudelijk- of productgericht. Er bestaan vormen van overleg tussen de managers; deze hebben echter betrekking op organisatorische en beheersmatige vraagstukken. Tussen het personeel van beide bedrijven zijn op dit moment nauwelijks, op de werkinhoud gerichte, vormen van overleg waarmee de idee gestalte krijgt dat hulpambulancezorg een gedifferentieerd ambulancezorgproduct is.

Allereerst zou de communicatie- en overlegstructuur *binnen* het bedrijfsonderdeel hulpambulancezorg op een vergelijkbare manier moeten worden gestructureerd als binnen het onderdeel ambulancezorg zowel a) ten aanzien van het onderlinge overleg tussen medewerkers, b) tussen medewerkers en de direct leidinggevende en c) van het bedrijfsonderdeel met het hogere management.

Daarnaast is het wenselijk vormen van communicatie en overleg te structureren *tussen* de bedrijfsonderdelen hulpambulancezorg en ambulancezorg. Ook dit kent een aantal modaliteiten: a) het overleg tussen de centrale directie en de managers van de bedrijfsonderdelen hulpambulancezorg en ambulancezorg, b) overleg tussen de managers van de beide bedrijfsonderdelen onderling en c) communicatie en overleg tussen het personeel van beide bedrijfsonderdelen.

8.4.5. Organisatorische inbedding

Een vijfde terrein waarmee de verbinding tussen verschillende deelproducten binnen gedifferentieerde (ambulance-) zorg vormgegeven kan worden is de organisatorische constellatie. In Den Haag maakt de hulpambulancezorg deel uit van dezelfde holding als het ambulancebedrijf. Organisatorisch en bedrijfsmatig gesproken zijn zij echter van elkaar gescheiden en in verschillende rechtspersonen ondergebracht. De start als experiment begin negentiger jaren, de wijze waarop een en ander in het begin werd gefinancierd, de destijds onduidelijke wettelijke positie en de onzekerheid over de toekomst, leidde tot deze wijze van organiseren. Wel is en wordt gebruikt gemaakt van de bedrijfseconomische en -organisatorische voordelen via bundeling van ondersteunende stafdiensten zoals financiële administratie en personeelszaken, gemeenschappelijk gebruik van materiële voorzieningen et cetera. Een vergelijkbare constructie is ook in andere regio denkbaar, maar niet per definitie de enig mogelijke.

Men kan de hulpambulancezorg op velerlei wijzen organisatorisch positioneren ten opzichte van de ambulancezorg:

1. hulpambulancezorg maakt deel uit van het bedrijfsonderdeel dat ook ambulancezorg uitvoert;
2. hulpambulancezorg maakt deel uit van hetzelfde bedrijf, maar is wel organisatorisch gescheiden van het bedrijfsonderdeel ambulancezorg, bijvoorbeeld in een aparte afdeling of divisie;
3. hulpambulancezorg maakt deel uit van een conglomeraat van (zorg-) bedrijven waarvan ook een ambulancezorgbedrijf onderdeel is;
4. hulpambulancezorg is een zelfstandig bedrijf naast een of meer bedrijven voor ambulancezorg.

Naast de organisatorische positionering van de hulpambulancezorg ten opzichte van de reguliere ambulancezorg, moet de vraag worden beantwoord of hulpambulancezorg deel gaat uitmaken van de RAV-dienstverlening. Deze vraag is niet alleen relevant voor het bedrijf dat het deelproduct wil invoeren, maar ook voor de overige vervoerders en de CPA, de partners binnen de RAV. Als hulpambulancezorg ambulancezorg is, dan kan het als deelproduct in het aanbod van de RAV worden meegenomen. Vervolgens dient de vraag te worden gesteld of elk ambulancebedrijf binnen de RAV een dergelijk product gaat leveren, of dat dit aan één van hen wordt toebedeeld in het kader van productieafspraken. Ook zou men een 'joint venture' kunnen oprichten waarin de productie van hulpambulancezorg wordt gebundeld; dus niet ieder een aparte afdeling/divisie, maar een gezamenlijk bedrijf.

De organisatorische constellatie wordt tenslotte (mede) beïnvloed door het antwoord op de vraag of de meldingen voor hulpambulancezorg via de CPA zullen verlopen, of -zoals in Den Haag het geval is- bijvoorbeeld via de meldkamer die ook het rolstoelvervoer (qua logistiek en wijze van indicatiestelling vergelijkbaar met de hulpambulancezorg) organiseert. Wordt voor de eerste mogelijkheid gekozen dan zijn de mogelijkheden tot financiële besparingen of het vrijmaken van extra middelen voor de spoedeisende zorg aanzienlijk gereduceerd.

Indien hulpambulancezorg *niet* als ambulancezorg wordt gezien en op termijn ook niet als zodanig wordt beschouwd, dan zou een participant in de RAV dit deelproduct kunnen leveren, maar wel buiten het RAV-verband.

De consequenties van de gekozen constructie lopen nogal uiteen en dienen goed te worden doordacht voordat hulpambulancezorg (of een andere vorm van gedifferentieerd besteld vervoer binnen de ambulancezorg) wordt geïntroduceerd.

8.5. Zittend (ambulance-) personeel

De aard en samenstelling van werkzaamheden van ambulancepersoneel verandert met de introductie van hulpambulances.

Er valt een deel van de patiëntcategorieën af. Verhoudingsgewijs vindt er meer spoedeisend en high- en medium care besteld vervoer plaats.

Als tijdens kantooruren een belangrijk deel van de ritten die thans door ambulances worden uitgevoerd door hulpambulances worden verzorgd, dan zijn er in die uren in principe minder ambulances nodig. De reductie van het aantal in te zetten ambulances zal vooral tijdens kantooruren plaatsvinden, niet in avonden en weekenden. Dit heeft consequenties voor het ambulancepersoneel: er worden in verhouding meer diensten buiten kantooruren en in weekenden gedraaid. Indien het dienstrooster piket- of slaapdiensten kent zal de frequentie van deze dienstsoorten kunnen toenemen. Ook kunnen problemen ontstaan voor de handhaving van de Arbeidstijdenwet (ATW). Bij een reductie van het aantal ambulances vermindert het aantal dienstweken in een dienstrooster en kan er, bij een kleinere formatie, ook minder flexibel worden geroosterd omdat de grenzen van de ATW zijn bereikt.

Eerder is al aangegeven dat ook de aard en samenstelling van de meldingen bij de CPA verandert, als men de hulpambulanceritten niet langer langs de CPA laat verlopen.

Deze (mogelijke) consequenties moeten vooraf op hun merites worden beoordeeld; zij horen een rol te spelen in de besluitvorming om al dan niet product en/of functiedifferentiatie in te voeren.

9.1. Uitgebreide functiebeschrijvingen

In Den Haag is ervoor gekozen dat een hulpambulance-begeleider opgeleid moet zijn tot ziekenverzorgende (niveau 3 in het samenhangend stelsel van opleidingen); niet zozeer om de verplegende kennis en kunde die nodig zou zijn, maar omdat met de hulpambulances mensen worden verplaatst die: a) zich in een bijzondere situatie bevinden vanwege ziekte of aandoening; b) liggend moeten worden verplaatst en vervoerd; c) uit hoofde daarvan behoefte aan (ver)zorg(ing) en begeleiding hebben. Dit vergt handelingen en zorg-, omgangs- en begeleidingsvormen die geacht worden aanwezig te zijn bij functionarissen met een gezondheidszorgberoep.

In het deelproject Functiebeschrijvingen werd in eerste instantie een uitgebreide beschrijving opgesteld, waarbij ook verpleegkundige deelkwalificaties ter sprake werden gebracht. Bij deze eerste versie was dus het opleidingsniveau uitgangspunt, niet zozeer de geldende indicatiecriteria. Het resultaat beschreef derhalve een situatie die in de Haagse situatie op dit moment uitdrukkelijk *niet* van toepassing is. De geldende indicatiecriteria sluiten namelijk een groot deel van de functieinhoud die in dit eerste profiel is beschreven, uit. Dat het profiel desondanks in de bijlagen is opgenomen heeft van doen met de mogelijkheid dat indicatiecriteria in een andere regio zó worden uitgebreid, dat meer categorieën patiënten uit het bestelde vervoer via gedifferentieerd ambulancevervoer worden verplaatst, door een functionaris die anders is opgeleid dan de reguliere ambulanceverpleegkundige. Dan ook zullen in de gedifferentieerde (hulp-) ambulance verplegende handelingen gewenst en noodzakelijk zijn, die in de Haagse variant *niet* voorkomen (en waartoe vooralsnog ook geen plannen bestaan).

Bij het opstellen van de eerste versies werd er van uitgegaan dat de hulpambulancechauffeur de hulpambulancebegeleider op een aantal terreinen moet assisteren, naast de rijdende taken en de zorg voor het voertuig. De chauffeur vervult een begeleidende rol naar patiënt en de naasten. Gegeven de bijzondere omstandigheden waarin de patiënt zich bevindt c.q. moet worden verplaatst, worden van de chauffeur andere kennis en vaardigheden verlangd dan van bijvoorbeeld een chauffeur op een rolstoelbus. Gaat men er bovendien vanuit dat de hulpambulancechauffeur moet kunnen doorstromen naar de functie van ambulancechauffeur, dan ligt het in de rede om een deel van het takenpakket op vergelijkbare wijze met die van de ambulancechauffeur te beschrijven. Beide uitgangspunten zijn neergelegd in *versie 1* van de functiebeschrijving voor de hulpambulancechauffeur (zie bijlage).

9.2. Beperkt maar afgestemd

Als men ervan uitgaat dat de invulling van deze vorm van differentiatie binnen het bestelde vervoer regionaal moet kunnen verschillen, is een alomvattend en tot in details uitgewerkt profiel dat overall met dezelfde inhoud zou moeten worden ingevoerd, niet wenselijk. Bovendien moest een beschrijving worden ontwikkeld die aansloot bij de indicatiecriteria die voor de Haagse regio gelden. Vandaar dat in het deelproject Functiebeschrijvingen een *tweede*, meer beperkte, *versie*, werd ontwikkeld, waarin geprobeerd is de kwalificatie 'ziekenverzorgende' te verbinden met de in Den Haag geldende indicatiecriteria. De verschillende werkzaamheden werden hierin niet verder uitgesplitst in taken of delen van taken. Deze tweede versie is ook in de bijlagen opgenomen.

9.3. Als het vervoer zou zijn

Rekent men hulpambulancezorg *niet* tot de ambulancezorg en zou men het ook *niet* als een vorm van (gezondheids-) zorg beschouwen, dan kan worden volstaan met een omschrijving waarin elementen van zorg uiterst beperkt zijn gehouden of worden weggelaten.

Deze is als illustratie van een standpunt waarin hulpambulancezorg als personenvervoer wordt beschouwd, in de bijlage (versie 3) te vinden. In dit rapport wordt ervan uitgegaan dat een visie dat hulpambulancezorg uitsluitend en alleen ‘vervoer’ zou zijn, niet strookt met de inhoud van de werkzaamheden die moeten worden verricht en de situatie waarin het te verplaatsen individu zich bevindt.

9.4. De zorgen van het vervoer

In het tevredenheidsonderzoek “*Hulpambulance Gewaardeerd*” bleek de mening van patiënten over de dienstverlening uiterst positief. Oorzakelijk verbanden tussen de bestaande klanttevredenheid en de kwalificaties van het huidige hulpambulanceteam werden niet onderzocht en dus ook niet aan het licht gebracht. Echter: evenmin is aangetoond dat patiënten toe zouden kunnen met anders gekwalificeerd personeel dan dat wat nu de hulpambulances bemenst. De stellingname dat inzet van personeel dat anders gekwalificeerd zou zijn dan het huidige hulpambulancepersoneel de tevredenheid van patiënten, maar ook van aanvragers en ketenpartners, kan beïnvloeden, lijkt niet echt gedurfd. Verlaagt men de huidige instroomniveaus dan is de kans dat de tevredenheid over de hulpambulance lager uitpakt, ook aanwezig.

Hier wordt geconcludeerd dat hulpambulancezorg (“gedefinieerd” als verplaatsing en vervoer van, zorg voor en begeleiding van patiënten die tijdens het vervoer géén verpleegkundige en/of medische handelingen behoeven, maar die liggend moeten worden verplaatst en vervoerd) in ieder geval tot de (gezondheids-) zorg behoort of moet behoren. Het vraagstuk of het ‘ambulancezorg’ is of moet zijn, is complex en komt in een volgend hoofdstuk aan de orde.

Als men kiest voor de opstelling “*het is gezondheidszorg, maar niet noodzakelijkerwijs ambulancezorg in de volle omvang, volgens de uitgangspunten geformuleerd in “Verantwoorde Zorg”*” dan kan een aantal essentiële elementen voor beider functies worden benoemd. Uitgangspunten daarbij zijn:

- de indicaties voor vervoer zijn dusdanig dat de patiënt géén verpleegkundige en/of medische (be-) handelingen behoeft tijdens de rit;
- het vervoer per hulpambulance is gezondheidszorg; het vergt andere personele kwalificaties dan het vervoer van (gezonde) personen. Het begeleiden van zieke personen is van een andere aard dan het begeleiden van gezonde personen;
- het liggend verplaatsen en vervoeren van patiënten vergt andere kwalificaties van het personeel dan het zittend vervoeren van patiënten.

In de volgende paragrafen zijn de essentiële elementen, gegeven deze uitgangspunten, geformuleerd.

9.4.1. De hulpambulance-begeleider

De situatie waarin de hulpambulancebegeleider werkzaamheden moet uitvoeren kunnen worden gekenmerkt als *kortdurende zorg*.

Elementen van de functie:

a. uitvoerende taken:

- leggen van contact met patiënt en diens naasten;
- adequaat communiceren;
- afspraken maken, patiënt informeren over zorg, vervoer en gemaakte afspraken;
- feedback, waardering en kritiek hanteren;
- handelen in situaties van meningsverschillen of conflicten;
- omgangsvormen hanteren;
- bij uitvoering rekening houden met wensen, gewoonten, leeftijd, waarden en normen, levensbeschouwelijke of culturele achtergronden, privacy, emoties, afhankelijkheid van patiënt;

- veranderingen in gezondheidstoestand signaleren en op grond daarvan, indien noodzakelijk, deskundige hulp inroepen (verpleegkundig, medisch);
- veranderingen signaleren in uiteenlopende behoeften van de patiënt (lithouding, communicatie);
- patiënt hulp bieden bij uiterlijke verzorging, gebruik van hulpmiddelen, hulp bieden bij eten of drinken, helpen bij voortbewegen, tillen en verplaatsen, helpen bij het vinden van juiste lichaamshouding;
- zorgvrager waar nodig begeleiden bij het accepteren van zijn of haar gezondheidsproblemen;
- informatie geven aan zorgvragers en naasten over de hulpambulance-organisatie, de te verlenen zorg en vervoer, rechten van de patiënt, mogelijkheden van klachtenbehandeling;
- patiënt overdragen aan ontvangende instelling of naasten.

b. overige taken:

- administratieve en registrerende werkzaamheden met betrekking tot de patiënt;
- deelnemen aan besprekingen met de overige hulpambulancebegeleiders en -chauffeurs;
- deelnemen aan besprekingen met andere disciplines zoals ambulancepersoneel;
- anderen consulteren over de geplande en de verleende zorg en vervoer;
- de verantwoordelijke voor de zorg inschakelen indien daartoe noodzaak is;
- materiële en immateriële knelpunten signaleren op het gebied van de hulpambulance-zorgverlening en ideeën leveren voor mogelijke oplossingen;
- bijdragen leveren aan de kwaliteitszorg, inventariseren van wenselijke veranderingen in de zorg op microniveau, en meewerken aan verbeteringen;
- bevorderen van eigen deskundigheid, door bijhouden vakliteratuur, volgen van bijscholing, themabijeenkomsten, deelnemen in bijeenkomsten voor intercollegiale ondersteuning, reflecteren op het eigen beroepsmatige handelen.

9.4.2. De hulpambulance-chauffeur

Elementen van de functie:

a. uitvoerende taken:

- de hulpambulance besturen, op een dusdanige wijze dat rekening wordt gehouden met de situatie waarin de te vervoeren persoon zich bevindt;
- bedienen van communicatiemiddelen die de hulpambulance verbindt met de meldkamer en eventuele andere betrokkenen bij de verplaatsing en het vervoer;
- van de chauffeur mag een bepaalde mate van ‘zorg voor het voertuig’ worden verlangd: signaleren van mogelijke mechanische problemen, het bewaken van de stand van brandstof, koel- en remvloeistoffen, motorolie, de uiterlijke staat waarin de hulpambulance zich bevindt et cetera;
- assisteren van de hulpambulancebegeleider bij het in en uit de hulpambulance tillen en verplaatsen van de patiënt;
- de chauffeur speelt een assisterende rol in de zorg en begeleiding voor de patiënt en diens naasten;
- administratieve en registrerende werkzaamheden met betrekking tot de rit.

b. overige taken:

- deelnemen aan besprekingen met de overige hulpambulancebegeleiders en -chauffeurs;
- deelnemen aan besprekingen met andere disciplines zoals ambulancepersoneel;
- anderen consulteren over de geplande en de verleende zorg en vervoer;
- de verantwoordelijke voor onderhoud van het voertuig inschakelen indien daartoe noodzaak is;
- materiële en immateriële knelpunten signaleren op het gebied van de hulpambulance-zorgverlening en ideeën leveren voor mogelijke oplossingen;

- bijdragen leveren aan de kwaliteitszorg, inventariseren van wenselijke veranderingen in de vervoer en zorg op microniveau, en meewerken aan verbeteringen;
- bevorderen van deskundigheid, bijhouden vakliteratuur, volgen van bijscholing, themabijeenkomsten, bijeenkomsten voor intercollegiale ondersteuning, reflecteren op het eigen handelen.

9.5. Productdifferentiatie leidt tot functiedifferentiatie ?

Wordt een scheiding aangebracht tussen (delen van) het besteld vervoer en het spoedeisend vervoer dan heeft men de keus: wel of geen aparte en structurele functies, naast die van de ambulancechauffeur en de ambulanceverpleegkundige.

Hanteert men voor hulpambulancezorg (of wellicht een minder vergaande vorm van productdifferentiatie) onverkort alle ‘reguliere’ vereisten voor ambulance-zorgverleners, dan zijn aparte functiebeschrijvingen voor de hulpambulance- of anderszins gedifferentieerde- zorg niet nodig. Men kiest er dan immers voor de hulpambulancezorg te laten uitvoeren met reguliere ambulances, door ambulancechauffeurs en -verpleegkundigen en geïndiceerd door de CPA. De differentiatie is dan niet te vinden in functiebeschrijvingen en/of beroepsdomeinen, maar in *taakomschrijvingen* van individuele werknemers. Zij zijn allen wel in dezelfde functie aangesteld, moeten in principe alle voorkomende werkzaamheden kunnen uitvoeren, maar hun concrete dagelijkse werkzaamheden lopen uiteen.

Wanneer géén aparte, structurele, functies naast die van de ambulancechauffeur en -verpleegkundige gewild wordt, maar men wel de afzondering van (delen van het) besteld en spoedeisend vervoer wenst aan te wenden voor doeleinden in het kader van personeelsbeleid, dan hoeven bestaande beroepsprofielen en functiebeschrijvingen niet gewijzigd te worden. Er zijn dan formeel nog steeds maar twee beroepen of functies binnen de uitvoerende ambulancezorg. Het eindniveau in beroep en functie blijft dezelfde als nu. Wanneer men tijdelijk (bijvoorbeeld in het kader van reïntegratie na ziekte, aan het begin van een loopbaan of gedurende de opleidingsperiode) of ‘permanent’ (bijvoorbeeld aan het eind van een carrière) medewerkers inzet voor (delen van het) besteld vervoer kan een taakomschrijving duidelijkheid verschaffen over de werkzaamheden die de medewerker geacht wordt uit te voeren. Deze aangepaste *taakomschrijving* is als het ware een selectie uit alle taken die iedere medewerker moet kunnen uitvoeren (en die tot zijn beroepsdomein en functieinhouden behoren), maar die niet iedereen op elk moment ook daadwerkelijk verricht. Alle andere elementen die met beroep of functie te maken hebben (beroepsprofiel, functiebeschrijving, rechtspositie, arbeidsvoorwaarden en dergelijke) blijven hetzelfde. Bij een in principe gelijkblijvend eindniveau is het wel mogelijk de instroomeisen in benedenwaartse richting aan te passen en mensen tijdelijk andere werkzaamheden toe te bedelen dan die welke een volleerd en ervaren beroepsbeoefenaar kan uitoefenen.

Daar regio's qua aard, omvang en samenstelling van patiëntenstromen en gezondheidszorgvoorzieningen uiteenlopen is het onwenselijk een algemeen geldend functieprofiel voor te schrijven. Regionale vrijheid voor het al dan niet scheiden van spoedeisend en planbaar vervoer, het afgrenzen van high/medium-care besteld vervoer en no- of low-care besteld vervoer of andere vormen van differentiatie is gewenst. Alleen zo kan daadwerkelijk afstemming plaatsvinden tussen zorgbehoeften en de zorg en het vervoersaanbod. Belangrijke vereiste is dan overigens wel dat die zorgbehoeften werkelijk in kaart worden gebracht. Dat betekent dat men categorieën patiënten kan gaan onderscheiden al naar gelang handelingen (mogelijke en feitelijke) die het personeel moet verrichten om aan die behoeften tegemoet te komen.

10.1. Wet Ambulance Vervoer

De hulpambulancezorg in Den Haag valt onder de Wet Ambulance Vervoer (WAV). De wetgever beschouwt de hulpambulance als ‘ambulance’, maar maakte via toepassing van artikel 17/17a de weg vrij om van bepaalde artikelen in de wet af te wijken. De hulpambulance wordt als ‘zorg’ gezien en uit hoofde daarvan gefinancierd. Sterker nog: de hulpambulance wordt financieel afgerekend conform het CTG-rekenschema voor de ambulancezorg (maar wel aangepast aan de kostenstructuur van de hulpambulancezorg). De Regeling van de minister waarin artikel 17/17a van toepassing wordt verklaard, houdt echter in dat de hulpambulance -als uitzondering op de algemeen geldende wettelijke regeling- uitsluitend in de ‘gezondheidsregio Den Haag’ (minus Zoetermeer) mag rijden, onder een aantal strikte voorwaarden. Het invoeren van deze vorm van zorg-/dienstverlening elders in den lande is op grond van de huidige wet- en regelgeving nu nog uitgesloten.

Om de uitzonderingspositie van de hulpambulance in de Haagse regio te beëindigen en invoering in andere regio’s mogelijk te maken moet de wettelijke inbedding worden aangepast. De op stapel staande aanpassing of vervanging van de WAV biedt daartoe mogelijkheden. In de toekomstige wetgeving voor de ambulancesector zou men een en ander op uiteenlopende wijze kunnen regelen:

1. de huidige uitzonderingssituatie in Den Haag continueren, eventueel met toepassing op de gehele CPA/RAV-regio. Consequentie is dat deze vorm van productdifferentiatie elders nog steeds niet mogelijk is;
2. de wetgever kan de regeling, zoals die nu voor Den Haag geldt, van toepassing verklaren op alle gezondheidszorg- c.q. CPA/RAV-regio’s, inclusief de indicatiecriteria en registratievoorschriften;
3. De wetgever formuleert in de nieuwe wet dat iedere RAV-regio de vrijheid heeft andere dan de gebruikelijke ambulancedienstverlening in te voeren (product- en/of functiedifferentiatie wordt mogelijk) en eventueel andere (zorg-)producten dan ambulancezorg mag aanbieden (zoals meldingen en vervoer voor centrale huisartsenposten, bejaardenalarmering, zorgcentrales). Deze decentrale beleidsvrijheid kan worden ingebed in randvoorwaarden en kwaliteitseisen, zoals:
 - overleg en overeenstemming met zorgverzekeraars over financiering, kwaliteit en kwantiteit;
 - overleg met patiëntenorganisaties, verwijzers en ketenpartners;
 - voorwaarde dat wordt voldaan aan de vereiste paraatheid ten behoeve van spoedeisende zorg;
 - voorwaarde dat voldoende GHOR-capaciteit beschikbaar blijft;
 - toepassing van de Kwaliteitswet Zorginstellingen;
 - certificering conform de methodiek zoals die in de branche is aanvaard en inpassing van de nieuwe dienstverlening in de certificeringsschema’s;
 - protocollair werken zoals elders in de branche gebruikelijk is en de ontwikkeling van protocollen voor de nieuwe vormen van dienstverlening.

Mogelijkheid (1) verdient zeker *niet* de voorkeur. Het Haagse ‘experiment’ zou daarmee een ‘duurzame uitzondering’ worden. Het is politiek en maatschappelijk moeilijk te verkopen dat een bepaalde zorgvoorziening slechts in een klein deel van Nederland voor burgers, verzekerden of cliënten beschikbaar is.

Mogelijkheid (2) zou betekenen dat de rijksoverheid een voorziening, die op decentraal niveau wordt geleverd, naar vorm en inhoud gedetailleerd gaat regelen. De trend is nu juist om de (rijks-)overheid niet langer precies te laten bepalen hoe er gewerkt moet worden, maar dat zij eisen stelt aan de (kwaliteit en kwantiteit van) de output en (materiële en immateriële) randvoorwaarden formuleert waarbinnen ‘het maatschappelijke veld’ de ruimte krijgt om naar eigen inzicht (publieke) taken waar te maken. Sturing op input moet worden vervangen door sturing op output.

De voorkeur gaat daarom uit naar alternatief (3): de RAV krijgt de vrijheid om de dienstverlening, binnen randvoorwaarden, naar eigen goeddunken te organiseren. Die randvoorwaarden worden bijvoorbeeld gevormd door de Kwaliteitswet Zorginstellingen, de nota Verantwoorde Zorg, het Certificatieschema van de HKZ en het Landelijk Protocol Ambulancezorg.

10.2. Kwaliteitswet Zorginstellingen

Daar hulpambulancezorg valt onder de Wet Ambulancezorg, en (dus) tevens wordt beschouwd als ‘zorg’, is de Kwaliteitswet Zorginstellingen van toepassing. Deze wet geeft kaders voor een goede kwaliteit van zorg. Hulpambulancezorg is ‘zorg’ en niet slechts ‘vervoer van personen’. Zou het dat wel zijn (het is een bewijs uit het ongerijmde) dan zou de hulpambulance niet onder de WAV (moeten) vallen, zou een vergunning op grond van de Wet Personen Vervoer voor de aanbieder volstaan en zou de hulpambulance niet vergoed worden via de zorgverzekeraar en het CTG-rekenschema voor de ambulancezorg

In de Wet worden eisen gesteld die voor alle zorginstellingen gelden:

1. Het *leveren van verantwoorde zorg*; de definiëring daarvan wordt overgelaten aan de sector zelf; in de ambulancezorg is een en ander neergelegd in de Nota Verantwoorde Zorg, het Landelijke Protocol Ambulancezorg en het HKZ-certificatieschema;
2. Het ontwikkelen van *op kwaliteit gericht beleid*; vijf onderdelen moeten daar een plek in krijgen:
 - a. de organisatie van de bedrijven/de RAV;
 - b. de inzet van personeel en middelen;
 - c. de verantwoordelijkheidsverdeling;
 - d. de resultaten van overleg met relevante partijen;
 - e. psychosociale (na)zorg;
3. De aanwezigheid van een *kwaliteitssysteem*, vereist het formuleren van normen, het toetsen daarvan in de praktijk en de mogelijkheden om bij te sturen;
4. Verantwoording afleggen via een *kwaliteitsjaarsverslag* over:
 - a. geleverde zorg, het (kwaliteits-) beleid en het kwaliteitssysteem;
 - b. betrokkenheid van het regionale patiënten- en consumentenplatform;
 - c. het aantal klachten en de afhandeling daarvan;
 - d. het aantal bijna-ongevallen en de afhandeling daarvan;
 - e. Arbo jaarverslag en Risico Inventarisatie & Evaluatie;
 - f. informatie over de interne en externe beoordeling van de kwaliteit.

Al deze eisen gelden ook voor de (bestaande en toekomstige) hulpambulancezorg, zelfs als dit geen *ambulance-zorg* zou zijn, maar ‘gewoon’ zorg. De Inspectie Gezondheidszorg heeft (onder meer) tot taak toe te zien op de toepassing van betreffende voorschriften uit de Kwaliteitswet.

10.3. Verantwoorde Zorg

Uit hoofde van de Kwaliteitswet Zorginstellingen moet de sector zelf omschrijven wat zij onder ‘verantwoorde zorg’ verstaat. Dit is ondertussen neergelegd in de nota Verantwoorde Zorg, in het Certificatieschema van de Stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector (HKZ) en het Landelijk Protocol Ambulancezorg.

In eerstgenoemde nota komen een groot aantal ‘voorschriften’ voor die maken of de (ambulance) zorg al of ‘verantwoord’ is. Een aantal daarvan zijn relevant in het kader van dit rapport, zoals:

1. aan de zorg moet een opdracht van de CPA ten grondslag liggen; de CPA is verantwoordelijk voor indicatiestelling, zorgtoewijzing en zorgcoördinatie; zij bepaalt of zorg hoog, dan wel laag complex is;
2. de CPA is in operationele zin het centrale punt in het communicatienetwerk van melder c.q. zorgvrager, ambulance en andere hulpdiensten; zij vormt de eerste schakel in de zorgketen van de ambulancezorg;
3. binnen de zorgverlening worden vier methodische functies in onderlinge samenhang uitgeoefend a. preventie;
 - b. behandeling van aandoeningen (cure);
 - c. verpleging/verzorging van patiënten (care);
 - d. begeleiding van patiënten en hun relaties, het uitvoeren van nazorg;
4. ambulancepersoneel beschikt over door de sector erkende (vervolg-) opleidingen, vastgesteld door de Stichting Opleidingen Scholing Ambulancehulpverlening (SOSA);
5. de ambulance, de inventaris, de overige ingezette vervoermiddelen en de toerusting van het ambulancepersoneel zijn afgestemd op het Landelijk Protocol Ambulancezorg.

Strikt geredeneerd kan hulpambulancezorg derhalve alleen ambulancezorg zijn of worden als:

- a) de indicatiestelling voor hulpambulancezorg door de CPA wordt gedaan;
- b) de keus voor vervoer per hulpambulance of per ambulance door de CPA wordt gemaakt;
- c) het personeel op de hulpambulance ambulanceverpleegkundige en ambulancechauffeur zijn;
- d) de zorgverlening in iedere afzonderlijk rit bestaat uit preventie, cure, care en begeleiding;
- e) de hulpambulanceauto is ingericht en uitgerust zoals alle overige ambulances.

Als in iedere ambulanceauto, bij iedere rit aan alle vereisten voor Verantwoorde Zorg voldaan moet worden, dan mag worden geconstateerd dat de hulpambulancezorg-naar-Haags-model, in de opvattingen van de sector, geen ambulancezorg is. Overigens vallen in dat geval ook niet alle ritten met reguliere ambulances en evenmin bepaalde vormen van gedifferentieerd vervoer zoals men die in de praktijk van alledag reeds aantreft, onder ‘Verantwoorde Zorg’.

Zou men het bij de constatering laten dat niet op ieder moment overal wordt voldaan aan alle vereisten, dan dient deze (“experimentele”) vorm van gedifferentieerde (ambulance-) zorg te worden beëindigd. Echter: uit nadere beschouwingen is gebleken dat de verleende zorg naar de mening van de aanvragers van een kwalitatief goed niveau is, de patiënt tot (meer dan) tevredenheid stemt, in de opvatting van ketenpartners een welkome aanvulling op de reguliere ambulancedienstverlening is, al meer dan een decennium wordt uitgevoerd met instemming van de wetgever, zorgverzekeraars, lokale en provinciale overheden. De normen die de sector zichzelf heeft opgelegd betreffen een beschrijving van de huidige situatie, niet de *gewenste*. Er wordt geen aandacht besteed aan de diverse vormen van gedifferentieerde ambulancezorg zoals die zich in de praktijk nu al in ruime mate voordoen, zoals afzondering van spoedeisend en B-vervoer, splitsing van ALS- en BLS-vervoer, motorambulance, traumahelicopter, hulpambulancezorg et cetera. Bovendien is gebleken dat de wens en/of noodzaak tot differentiatie door velen in de sector worden gedeeld (zie “Verschil Moet Er Zijn”, Brouwer, 2003).

In de nota Verantwoorde Zorg en het Certificatieschema HKZ wordt de mogelijkheid van product- en/of functiedifferentiatie binnen de ambulancezorg nog niet expliciet geopend. Desondanks lijken de actuele omschrijvingen enigszins een voorschot te nemen op (mogelijke) uitbreiding naar vormen van zorg en vervoer die volgens de huidige normen niet tot verantwoorde ambulancezorg worden gerekend. De terminologie ‘*waar nodig per ambulance te vervoeren*’ uit ‘Met Zorg Verbonden’ (ministerie van VWS, 1997) is vervangen door ‘*waar nodig adequaat te vervoeren*’. Vervoer als onderdeel van verantwoorde zorg kan dus blijkbaar ook worden uitgevoerd met een ander voertuig dan een ambulance.

Uit Verantwoorde Zorg wordt helder dat de CPA niet alleen tot taak heeft daadwerkelijk ambulancezorg te leveren (*zorg en eventueel adequaat vervoer*), maar het ook tot haar taak rekent te *verwijzen*, zowel voor zorg als voor vervoer. Daar waar zij niet zelf levert zou zij andere zorgverleners en/of vervoerders kunnen inschakelen. Er zijn dus binnen de CPA ook andere vervoersmogelijkheden dan ambulances in beeld. In de nota Verantwoorde Zorg worden een vijftal producten, die door de RAV worden geleverd, omschreven: a) zorg; b) vervoer, zowel spoedeisend als besteld; c) paraatheid; d) GHOR-taken; e) zorgindicatie, zorgtoewijzing en zorgcoördinatie. De opsomming onderstreept eigenlijk dat ‘ambulancezorg’ niet één product is, maar een groep van producten. Daarmee ligt in principe de weg open voor uitbreiding van het productenscala (andersoortige zorg- en/of vervoerproducten toevoegen aan bestaande; verbreding van het ‘assortiment’) of het (verder) opdelen van het huidige product in afgegrensde deelproducten (productdifferentiatie).

Bij een volgende versie van ‘Verantwoorde Zorg’ kunnen de omschrijvingen zo worden aangepast dat gedifferentieerde ambulancezorg (naar product én functie) expliciet mogelijk wordt. Ambulancezorg zou veeleer omschreven moeten worden als een verzamelbegrip: uiteenlopende, maar wel samenhangende zorgproducten die een ambulancezorg-instelling als geheel levert; niet per rit, per auto en ambulanceteam, per melding of aanvraag, maar in zijn totaliteit. Ambulancezorg moet dus meer als een productgroep wordt beschouwd, dan als één enkel product. Definiëring als productgroep, en daarbinnen te onderscheiden deelproducten, zou veel meer recht doen aan een begrip als zorgbehoefte. Er kan een meer directe relatie worden gelegd tussen de zeer variërende vraag (van de aanvrager of melder) en het aanbod (uiteenlopende zorgverlening, verwijzing naar andere zorgverleners c.q. vervoerders en diverse vormen van vervoer, al dan niet per ambulance). Aldus omschreven is het ook niet nodig dat iedere afzonderlijke melding of rit steeds aan alle vereisten van ‘verantwoorde zorg’ voldoet, maar wel de dienstverlening door de zorgverleners/vervoerders in zijn geheel. De deelproducten betekenen dan ieder een welomschreven bijdrage aan de verantwoorde zorg, omdat zij ieder afzonderlijk zijn toegesneden op een specifieke zorgvraag van een afgebakende categorie patiënten. Vanzelfsprekend moet er, wanneer men ambulancezorg als productgroep beschouwt, wel maatregelen worden genomen om onderlinge samenhangen en afstemming te scheppen tussen de afzonderlijke deelproducten. Belangrijke mechanismen daarvoor werden al beschreven in hoofdstuk 8, paragraaf 4.

Een andere route om het vraagstuk ‘wel of geen ambulancezorg’ op te lossen is om hulpambulancezorg niet als ambulancezorg in engere zin (dus alle vereisten moeten overal en altijd van toepassing zijn) te beschouwen, maar te erkennen dat deze dienstverlening wel door een ambulancezorg-aanbieder geleverd kan en mag worden, omdat het ‘zorg’ is in de zin van “*adequaat vervoer op grond van een medische indicatie voor verplaatsing van een patiënt*”.

10.4. Overgangssituatie

Zoals gezegd vormen de nota Verantwoorde Zorg, het HKZ Certificatieschema en het Landelijk Protocol Ambulancezorg de neerslag van iets dat reeds bestaat, niet wat nog kán of móet komen. Wel wordt de mogelijkheid geboden om in de voorbereidingen op een nieuwe nota, certificatieschema en landelijk protocol de (een vorm van) hulpambulancezorg alvast als toekomstig product mee te nemen. Dit kan via het Certificatieschema, Rubrieken en Thema’s Externe Beoordeling, Onderzoek en Ontwikkeling (de 6^e rubriek). De (hulpambulance-) instelling zal op een beheerste en procesmatig manier en extern toetsbaar om moeten gaan met het nieuwe product en zou zich kunnen laten beoordelen op het kwaliteitszorgsysteem dat is ontwikkeld en ingevoerd ten behoeve van het ontwikkelen van het nieuwe product. Voor de Haagse situatie zou dit betekenen dat het ambulancebedrijf de hulpambulance, als nieuw product, als te certificeren onderwerp aandraagt, op grond van rubriek 6. Als het daarna wordt gecertificeerd komt het deelproduct ‘automatisch’ terecht in de overige rubrieken van het Certificatieschema.

11.1. Inspectie Gezondheidszorg

11.1.1. Toezichtmogelijkheden

De Inspectie Gezondheidszorg heeft de voorbije jaren geen aanleiding gezien activiteiten in de richting van de hulpambulance-dienstverlening te ontplooiën. Zij was in den beginne bij het experiment betrokken, maar trok zich terug, omdat er naar eigen zeggen *‘onvoldoende voor de IGZ objectiveerbare, kwalitatieve gegevens werden verzameld, op basis waarvan zij een verantwoorde, inhoudelijke, beoordeling kon geven.’* (zie deelrapport Landelijke Ontwikkelingen). De Regeling waarmee de minister destijds de hulpambulances onder de W.A.V. plaatste, kent een aantal voorschriften ten aanzien van de gegevens die systematisch moeten worden bijgehouden, door de meldkamer van de hulpambulances. De regio waarin gereden mag worden, werd omschreven. Er werden eisen gesteld aan het personeel. De ‘juistheid’ van de indicatiestelling kan, desgewenst, worden getoetst, evenals de correcte toepassing van de Regeling die op dit moment voor Den Haag van toepassing is. Er staan de Inspectie -ook nu al- een aantal middelen ter beschikking om haar toezichthoudende taak uit te voeren, in de richting van een voorziening zoals hulpambulances (zie daarvoor tevens de deelrapporten Landelijke Ontwikkelingen en Indicatiestelling).

11.1.2. Nieuwe wettelijke regeling

Volgens de Inspectie moeten een aantal zaken in een nieuwe wettelijke regeling worden opgenomen:

- a. naar haar opvatting is al het *liggend* ziekenvervoer ambulancezorg en daarmee ook dienstverlening zoals de Haagse hulpambulance. Zij motiveert dat met de stelling dat er sprake is van een zorgbehoefte, omdat de patiënt liggend vervoerd moet worden;
- b. die zorgbehoefte vergt *verantwoorde* indicering. De Inspectie spreekt uit dat deze moet plaatsvinden onder verantwoording van de RAV;
- c. als in de toekomst meer vormen van *productdifferentiatie* in de ambulancezorg worden ingevoerd neemt het belang van ‘adequate indicering’ naar haar mening alleen maar toe;
- d. productdifferentiatie vraagt volgens de Inspectie ook om *versterking van regie en logistiek*. In haar opvatting horen indicering, de regie en de logistiek tot de (meldkamer-) functies van de RAV.

Ook is de Inspectie van mening dat (een discussie over) *landelijke* invoering van productdifferentiatie, en dus ook van een voorziening zoals de hulpambulance, alleen maar kan, *nadat* bovenstaande aspecten afdoende -wettelijk- zijn geregeld.

Het element ‘liggend’ lijkt nieuw in de afbakening van ambulancezorg ten opzichte van andere vormen van zorg en/of vervoer. Het element *‘per ambulance vervoeren’* is inmiddels in ‘Verantwoorde Zorg’ vervangen door *‘adequaate te vervoeren’*. Adequaate kán betekenen ‘met een ander voertuig dan een ambulance’; in principe dus met een vervoermiddel dat niet als reguliere ambulance is ingericht. Het voertuig en de positie waarin de patiënt vervoerd wordt, is derhalve niet (meer) onderscheidend voor ambulancezorg.

De ervaringen in Den Haag maken duidelijk dat er een bepaalde zorgbehoefte is van de patiënten die per hulpambulance worden vervoerd. Dat betekent niet dat deze zorgbehoefte alleen gedekt kan worden met ‘ambulancezorg’ (tenzij men -zoals de Inspectie doet- ál het liggend vervoer ambulancezorg noemt). De invulling van het begrip ‘zorgbehoefte’ is vooralsnog onduidelijk: welke behoeften zijn dat (*de vraag*), om welke zorg gaat het (*het aanbod*) en welke kennis, vaardigheden, materiële en immateriële voorzieningen zijn nodig (*de middelen en menskracht*) om de zorg te verlenen waarmee de behoeften van de patiënt worden gedekt.

Ook het (medisch geïndiceerd) vervoer van patiënten per rolstoelbus veronderstelt een bepaalde ‘zorgbehoefte’; als men dit geen ambulancezorg noemt, *omdat* het geen liggend vervoer betreft, is de cirkel rond; de zorgbehoeften zijn mogelijk grotendeels vergelijkbaar. Dat verantwoorde indicering, vanuit het perspectief van de patiënt en verwijzer bezien, ook langs een andere route dan via de CPA/RAV kán, wordt al meer dan 10 jaar in Den Haag aangetoond. Of het ook zo ‘moet’ is een andere vraag.

Als binnen de ambulancezorg, meer dan tot op heden en in toenemende mate, wordt gedifferentieerd in vervoers- en zorgaanbod (productdifferentiatie) dan wordt een *gefundeerde* keus tussen voorzieningen (de juiste vorm voor de cliënt) steeds belangrijker. De relatie tussen het belang van goede indicering en groeiende productdifferentiatie, zoals gesteld door de Inspectie, is niet nader uitgewerkt. Duidelijk is wel dat naarmate er meer (ambulance-) zorgproducten op de markt komen, het belangrijker wordt te regelen dat de juiste zorg op het juiste moment bij de juiste afnemer terecht komt. De Inspectie verbindt daaraan de conclusie dat die indicatiestelling ‘dus’ bij de RAV moet komen te liggen. Daarmee zou de kwaliteit en doelmatigheid gewaarborgd kunnen worden en een optimale bezetting van (hulp-) ambulances voor (vormen van) besteld vervoer en voldoende beschikbaarheid voor spoedeisende zorg. De ervaringen in Den Haag wijzen er op dat productdifferentiatie en verschillende plekken waar indicaties voor vervoer worden gesteld, mogelijk zijn en zowel patiënt als verwijzer tot tevredenheid stemt. Er zijn dus ook ándere mechanismen denkbaar voor ‘goede’ indicering, dan deze in één hand te leggen; zoals een precieze omschrijving van situaties waaronder de ene of de andere dienst geleverd mag worden. De werkwijze in Den Haag duidt erop dat men met een andere organisatorische vormgeving dezelfde (zorg-) doelen kan bereiken.

Versterking van regie en logistiek zou nodig zijn als productdifferentiatie toeneemt. De regie- en logistieke functie wordt daarbij door de Inspectie expliciet in *organisatorische* zin ingevuld: de RAV zou hiervoor de aangewezen plek zijn. Het afstemmen van verschillende producten op uiteenlopende vragen in de (publieke) markt kan echter ook op een andere wijze dan het bundelen van de levering van (zorg-) producten en de toewijzing ervan in en door één organisatie: bijvoorbeeld uitbesteding via inschrijving, inkoop door zorgverzekeraars of inkoop door patiënten/cliënten via een individueel zorgbudget.

De verantwoordelijkheid voor het gehele proces van ambulancezorg (van intake tot en met uitvoering) lijkt met een wettelijke regeling van/voor de Regionale Ambulance Voorziening ‘definitief’ in één hand te komen, zowel bedrijfsorganisatorisch als medisch. Indien hulpambulancezorg wettelijk overal ‘mag’ worden ingevoerd én als vorm van ‘verantwoorde zorg’, op grond van de nota met dezelfde naam, wordt beschouwd, dan zal ook de hulpambulancezorg (blijkbaar) de verantwoordelijkheid van de RAV worden. Daarmee verzorgt zij via de CPA tevens de indicatiestelling en de toewijzing. De Inspectie ziet indicatiestelling (onder meer) als het maken van een keuze tussen ‘gewoon’ vervoer, hulpambulance of de reguliere ambulance. Of dit ook betekent dat (medische) indicatie voor taxivervoer of rolstoelvervoer naar de RAV moet worden overgedragen is vooralsnog een onbeantwoorde vraag. Als de CPA de toewijzing gaat verzorgen is de consequentie dat de indicatie voor vervoer en zorg tijdens dat vervoer niet langer behoort tot de competentie van de behandelend arts. Waar vervoer met ambulancezorg begint en andersoortig vervoer van ‘patiënten’ ophoudt wordt zo wel diffuser: wat te doen met andere vormen van vervoer van mensen die een bepaalde ‘zorgbehoefte’ hebben (zoals die op grond van de Wet Voorziening Gehandicapten, het rolstoelvervoer, het vervoer van zieken per taxi).

De capaciteit van de spoedeisende zorg, het high en medium care bestelde vervoer met reguliere ambulances én de hulpambulancezorg zijn voldoende om in de behoeften in de regio Den Haag te voorzien, zo blijkt uit het landelijk spreidingsplan. Het spoedeisende vervoer en het bestelde vervoer met gewone ambulances wordt binnen het bestaande spreidingsplan uitgevoerd; aanrijtijden zijn verhoudingsgewijs zeer laag. Er is voldoende GHOR-capaciteit beschikbaar.

Aanwijzingen dat patiënten regelmatig per hulpambulance niet adequaat worden vervoerd en begeleid zijn er niet; blijkbaar wordt in een deel van de zorgbehoeften op een andere wijze voorzien dan via de reguliere ambulancezorg en indicering c.q. afhandeling meldingen door de CPA. Let wel: hier wordt *niet* beweerd dat invoering van hulpambulances per definitie volgens het Haagse model zou moeten, wel dat de argumentatie waarom dat alleen maar via de RAV zou kunnen enige minder sterke plekken vertoond.

Tot slot van deze paragraaf: wil men landelijke invoering van vormen van differentiatie zoals de Haagse hulpambulances, dan vergt dat regelingen op landelijk niveau, een hoge mate van instemming van uiteenlopende partijen en het verenigen van verschillende belangen. Als echter gekozen wordt voor het scheppen van (regionale) beleidsvrijheden om product- en functiedifferentiatie organisatorisch en operationeel vorm te geven, dan zijn ook geen precieze, landelijk geldende, omschrijvingen van diensten, noch van de wijze waarop en waarbinnen zij overal georganiseerd moeten worden, noodzakelijk. Men kan dan volstaan met het formuleren van een aantal (materiële en immateriële) randvoorwaarden waarbinnen de beleidsvrijheid gestalte kan krijgen. De greep naar een voorgeschreven organisatorische vormgeving, een precieze omschrijving van de input en uitgewerkte voorschriften voor de wijze van produceren zijn dan niet nodig of zelfs gewenst.

11.2. Zorgverzekeraars

Zorgverzekeraars Nederland, de koepelorganisatie van ziektekostenverzekeraars, wijst op de trend dat ambulancezorg voortdurend wordt ‘opgewaarderd’; naar een steeds hoger niveau evolueert. Deze ontwikkeling zou de behoefte aan inzet voor laag complexe zorg stimuleren. Het begrip ‘hulpambulance’ dekt de lading niet; het betekent niet een bepaalde ‘steun’ voor een reguliere ambulance, maar veeleer specifieke, op de behoefte toegesneden, zorgverlening voor een bepaalde omschreven categorie patiënten. Gaan men uit van het begrip zorgbehoefte, in plaats van een type voertuig/inrichting, dan zijn veel meer vormen van laag complexe zorg mogelijk als zorg-op-maat moet worden geleverd. Men zal veel explicieter dan tot nu toe die zorgbehoefte moeten omschrijven (de vraag diversifiëren) en vervolgens bepalen hoe het aanbod daar op kan worden toegesneden. Immers zorg-op-maat vergt omschrijving van de vraag, maar ook van het daarop afgestemde aanbod.

De organisatie van verzekeraars wil geen landelijk ‘voorschrift’ hoe die afstemming precies vorm moet krijgen. Zij stelt zich op het standpunt dat de situatie in een regio bepaalt welke mogelijkheden er zijn; een pleidooi voor een regionale aanpak van de invulling van differentiatie derhalve. Belangrijk onderdeel van een dergelijke aanpak zijn afspraken van zorgverzekeraars en aanbieders over de indicatietypen en een daarop afgestemd aanbod van A1, A2, hoog- en laagcomplex B-vervoer. Deze afspraken moeten zijn vastgelegd in het Regionaal Ambulance Plan. Men kan hieruit concluderen dat er -veel meer dan nu- regionale beleidsvrijheid moet komen om de (ambulancezorg-) productie naar eigen inzichten te organiseren. De wijze waarop de dienstverlening wordt georganiseerd zou de verantwoordelijkheid van de aanbieder moeten zijn, in casu de R.A.V. In overleg met de zorgverzekeraar zou deze tot verantwoorde (regionale) keuzes moeten komen voor voertuig, inventaris en bemensing, toegesneden op omschreven patiëntcategorieën. Dit alles dient wel te geschieden binnen randvoorwaarden, waaronder kwaliteit zoals die in en met de Kwaliteitswet Zorginstellingen, landelijke protocollen voor indicatiestelling en uitvoering van ambulancezorg en het HKZ-certificatieschema. De landelijke organisatie van zorgverzekeraars is er duidelijk geen voorstander van dat inhoud en vormgeving van hulpambulances landelijk worden voorgeschreven, bijvoorbeeld in en via een nieuwe Wet Ambulancevervoer. Enigszins daarmee in strijd is de stellingname dat invoering van hulpambulances zoals in Den Haag niet buiten de RAV zou kunnen, dat de indicering via de CPA moet lopen en dat de protocollen voor de ambulancezorgverlening moeten gaan gelden.

11.3. Patiënten-/consumentenorganisaties

De landelijke Patiënten Consumenten Federatie heeft geen expliciete opvatting over differentiatie in de ambulancezorg. Op zichzelf ziet zij geen redenen om dit af te wijzen, mits aan de kwaliteitseisen voldaan wordt, vanuit het patiëntenperspectief. Dat is een logische opstelling: immers waarom zou een betrokkene zich bij voorbaat over een bepaalde vorm van differentiatie uitspreken als een andere organisatorische vormgeving van dienstverlening tot hetzelfde resultaat leidt voor de patiënt óf de dienstverlening juist verbetert, vanuit dat perspectief bezien. De dienstverlening in Den Haag wordt bovendien tot volle tevredenheid van de patiënten uitgevoerd. Die dienstverlening is geheel anders vormgegeven dan de ‘gewone’ ambulancezorg en er zijn geen aanwijzingen dat het er kwalitatief beter op wordt als de hulpambulancezorg volledig onderdeel zou uitmaken van de reguliere ambulancezorg. Overigens zijn er óók geen aanwijzingen dat de zorgverlening er per definitie op achteruit zou gaan als dat wel het geval zou zijn. Mits voldaan wordt aan de kwaliteitseisen zoals die bijvoorbeeld in het HKZ-Certificatieschema voor de ambulancezorg zijn opgenomen maakt het de patiënten-consumenten organisatie ten principale niet uit hoe de dienstverlening is georganiseerd.

11.4. Vereniging van Nederlandse Gemeenten

De VNG stelt dat de hulpambulancezorg niet plaatsvindt binnen het verantwoordelijkheidsterrein van de lokale, gemeentelijke, overheden. De Vereniging formuleerde daarom ook geen expliciete mening over de ambulancezorgverlening en de differentiatie die daarbinnen optreedt. Wel komt de lokale overheid in beeld op het moment dat vervanging van ambulancecapaciteit door hulpambulancecapaciteit zou kunnen leiden tot belemmeringen voor de ‘hulpverlening aan burgers in nood’ waarvoor die overheid wel aanspreekbaar is. De lokale overheid draagt verantwoordelijkheid voor de GHOR. Hier geldt dat product- en/of functiedifferentiatie in de ambulancezorg niet mag leiden tot een situatie waarin die overheid haar taken op dat terrein niet meer kan waarmaken. In een Regionaal Ambulance Plan krijgen spreiding en paraatheid en de bijdragen die de ambulancezorg aan de GHOR levert, materieel en immaterieel vorm. Uit dit R.A.P. blijkt of differentiatie binnen de randvoorwaarden van spreiding, paraatheid en GHOR vorm heeft gekregen. De paragraaf die betrekking heeft op de GHOR behoeft de goedkeuring van het betreffende bestuur. Er zijn geen redenen om aan te nemen dat dit bestuur zich met de organisatorische vormgeving of beslissingen van het management wil bemoeien als de taken waarvoor dat bestuur verantwoordelijk is naar behoren (kunnen) worden uitgevoerd. In sommige regio's wordt een deel van de reguliere ambulances (volledig ingericht en bemant met SOSA-opgeleid ambulancepersoneel) specifiek ingezet voor (onderdelen van het) besteld vervoer. De betreffende auto is, inclusief bemanning, in geval van opschaling wel (volledig) inzetbaar, in tegenstelling tot de hulpambulance volgens het Haagse model. Consequentie is dat de financiële voordelen van een anders ingerichte auto met anders gekwalificeerd personeel dan die in de reguliere ambulancezorg, bijna volledig komen te vervallen. Ook arbeidsmarktvoordelen en voordelen bezien vanuit personeelsbeleid (carrièreperspectief, doorstroming) zijn niet minder goed realiseerbaar.

11.5. Branche-organisatie(s)

Tot op heden is er geen expliciete overeenstemming onder de aanbieders van ambulancezorg over mogelijkheid en wenselijkheid van product- en/of functiedifferentiatie. Duidelijk is wel dat er in een groot aantal regio's initiatieven met differentiatie bestaan; er wordt dus al gedifferentieerd. Landelijke organisaties in de ambulancebranche hebben tot op heden nog geen standpunt over wenselijkheid en richting van differentiatie uitgesproken. Er zijn inmiddels relatief harde aanwijzingen in welke richting binnen de sector wordt gedacht.

Sinds november 2001 loopt een landelijk onderzoek- en ontwikkelingsproject, gefinancierd door de SOVAM, waarin geïnventariseerd is:

- welke initiatieven in de praktijk gaande zijn;
- wie voornemens zijn differentiatie toe te gaan passen;
- waarom men differentieert of wil gaan differentiëren;
- in welke richting differentiatie zich ontwikkelt of moet ontwikkelen;
- welke opvattingen op grote steun kunnen rekenen, zowel bij directie en management als bij de direct- uitvoerenden van ambulancezorg (ambulanceverpleegkundigen en -chauffeurs).

Voor de resultaten van deze inventarisatie wordt verwezen naar de publicatie "*Verschil Moet Er Zijn*" (Brouwer, 2003). Daaruit blijkt dat in de ambulancesector een grote mate van overeenstemming bestaat om spoedeisende zorg op een of andere wijze te scheiden van niet-spoedeisende ambulancezorg. Eén van de vormen waarin dat zou kunnen is de differentiatie zoals die in Den Haag vorm heeft gekregen: het organisatorisch en logistiek afzonderen van al die ritten die volgens de gangbare definities en omschrijvingen eigenlijk niet tot de ambulancezorg te rekenen zijn. Uit de onderzoeksresultaten van het SOVAM-project blijkt dat betrokkenen voor de vormgeving van differentiatie vooral kijken naar de eigen regio. De doelstellingen lopen ook nogal uiteen. Dat dit consequenties heeft voor de precieze vormgeving van product- en functiedifferentiatie behoeft nauwelijks betoog.

Men lijkt in ieder geval geen 'voorschriften' te willen stellen aan de vormgeving van de differentiatie elders. Dat ondersteunt het pleidooi voor de vrijheid om die differentiatie vooral regionaal, naar eigen goeddunken en toegesneden op de eigen situatie, in te vullen, maar vanzelfsprekend binnen bepaalde inhoudelijke en materiële kaders.

Patiënt

1. hulpambulancezorg sluit aan op de zorgbehoefte(n) van de vervoerde patiënten;
2. hulpambulancezorg is doeltreffend: men doet het *goede*;
3. patiënten die vervoerd moeten worden met ‘besteld vervoer’ worden in het geval van de hulpambulance niet achtergesteld bij patiënten voor wie spoedeisend vervoer noodzakelijk is; een geplande rit hoeft niet te wijken voor een spoedeisende; onzekerheden over ophaaltijden zijn verdwenen; wachttijden, in de zin van verschil tussen tijd waarop men zegt dat vervoer zal komen en tijdstip waarop dit daadwerkelijk arriveert blijkt tot een absoluut minimum beperkt;
4. vanuit de patiënt bekeken is de hulpambulance een uitstekende vorm van dienstverlening; het is naar volle tevredenheid van de patiënt georganiseerd, uitgerust en bemenst, toegesneden op de zorgbehoefte. Het *kan* om die redenen ook elders in den lande worden ingevoerd;

Zorg

1. degenen die met hulpambulancezorg worden verplaatst zijn ziek én moeten liggend vervoerd worden; dit maakt hulpambulancezorg tot (gezondheids-)zorg; het onderscheidt zich daarmee naar aard en vorm van personenvervoer;
2. de vervoerde patiënten kennen een bepaalde zorgbehoefte, maar deze reikt niet zover dat *verpleegkundige of medische* handelingen noodzakelijk zijn om iemand te kunnen vervoeren;
3. de verleende zorg behelst:
 - a) begeleidende taken van patiënt en naasten, voorafgaand, tijdens en na afloop van het vervoer;
 - b) de aard en wijze waarop patiënt in en uit de hulpambulance wordt geholpen (tillen e.d.);
 - c) de overdracht aan de ontvangende instelling of naasten;
4. om de wijze van zorg en (gedifferentieerd) vervoer in de toekomst beter te kunnen afstemmen op de (zorg- en begeleidings-) behoeften van de patiënt is het noodzakelijk om de vraag te verduidelijken (welke behoeften), welke zorg op die behoeften past (het aanbod) en welke kennis, vaardigheden, materiële en immateriële voorzieningen daarbij nodig zijn (middelen en menskracht);
5. de vraag of hulpambulancezorg *ambulancezorg* is, is vanuit de patiënt bekeken irrelevant;

Indicaties

1. de Haagse criteria zijn dermate onderscheidend/afgrenzend dat er zelden of nooit een misverstand is over de vraag of een patiënt met een hulpambulance of met een reguliere ambulance moet worden vervoerd;
2. wenst men deze categorie patiënten qua organisatie en afwikkeling van zorg en vervoer af te zonderen van patiënten die wel verpleegkundige en/of medische zorg tijdens het transport behoeven, dan is uitbreiding van de indicatiecriteria niet gewenst;
3. wil men financiële voordelen behalen uit deze vorm van differentiatie dan is uitbreiding van de indicatiecriteria evenmin wenselijk;
4. indicatiestelling van deze categorie patiënten via de behandelend arts, zoals in Den Haag, biedt voldoende waarborgen voor goede zorg, naast de eisen die de vervoerder aan organisatie, middelen en personeel stelt;
5. het in één hand brengen van de indicatie van al het medisch geïndiceerd vervoer is geen garantie voor een adequate indicering; dat vergt een meer expliciete uitwerking van de uiteenlopende zorgbehoeften van categorieën patiënten en een daarop toegesneden zorgverlening, geformuleerd in handelingen en een beschrijving van de daarbij behorende middelen en menskracht;

6. indien men de indicatiestelling wil onderbrengen bij de CPA, dan *hoeft* dit niet per definitie te betekenen dat a) de CPA feitelijk de meldingen afhandelt, b) in alle individuele gevallen daadwerkelijk de indicatie stelt, c) de logistiek van het vervoer regelt en d) de afzonderlijke ritten toewijst. Als indicatiestelling essentieel wordt gevonden voor betrokkenheid van de CPA, dan kan deze ook indirect vorm krijgen: de CPA stelt de criteria op en bewaakt dat deze door anderen (vervoerder en/of behandelend arts) in de praktijk juist worden toegepast;
7. bij het bepalen van de plek, instantie of beroepsbeoefenaar waar de “indicatiestelling” zou moeten plaatsvinden moet onderscheid gemaakt worden in niveaus: er is sprake van een indicatie op *micro*-niveau (mag/moet *dé* concrete patiënt volgens de geldende criteria deze vorm van zorg krijgen), op *meso*-niveau (welk deel van de organisatie en welke organisatie ziet er op toe dat de indicatiestelling op microniveau conform de afspraken wordt uitgevoerd) en *macro*-niveau (wie stelt de indicatiecriteria op, beslist dat zij aldus moeten worden ingevoerd en ziet toe op coördinatie en afstemming met andere vormen van zorg). Voor een goede indicatiestelling is het niet per definitie noodzakelijk dat de drie niveaus bij één functionaris, één deel van een organisatie, of zelfs bij één organisatie worden gelegd;

Functionies, functieprofielen en functieinhouden

1. de functie van hulpambulancebegeleider is een gezondheidszorgberoep of -functie;
2. de hulpambulancechauffeur assisteert de hulpambulance-begeleider, naast de hoofdtaken die direct en indirect met het besturen van het vervoermiddel van doen hebben;
3. van de hulpambulancechauffeur worden -naast rijtechnische vaardigheden voor niet-spoedeisend vervoer- dusdanige vaardigheden verlangd, dat de functionaris de hulpambulancebegeleider kan assisteren bij de zorg voor en de omgang met de patiënt en diens naasten; de functie behelst derhalve meer dan het vervoeren van (gezonde of zieke) personen van A naar B;
4. beide functionarissen moeten gekwalificeerd zijn om dergelijke (zorg- en begeleidings-) taken naar behoren te vervullen;
5. ambulanceverpleegkundigen verrichten werkzaamheden (daarbij geassisteerd door de ambulancechauffeur) op een zodanig niveau dat aan kwaliteitseisen spoedeisend medisch- en verpleegkundig handelen wordt voldaan, omschreven in het Landelijk Protocol Ambulancezorg. Dergelijke eisen worden *niet* aan hulpambulancebegeleiders, geassisteerd door hulpambulancechauffeurs gesteld, gegeven de patiënten waarvoor zij zorg dragen;
6. regionale vrijheid voor het scheiden van spoedeisend en planbaar vervoer en het afgrenzen van bepaalde vormen van planbaar vervoer van high/medium-care besteld vervoer maakt het onwenselijk een algemeen geldend functieprofiel voor te schrijven;
7. de benodigde kwalificaties voor hulpambulance-personeel worden in hoge mate beïnvloed door de gestelde indicatiecriteria; in de Haagse situatie sluiten die criteria uit dat de als ziekenverzorgende opgeleide hulpambulancebegeleider de kernactiviteiten van het beroep waarvoor zij zijn opgeleid kunnen en mogen uitvoeren. Dit kan gevolgen hebben voor de motivatie, in- en uitstroom;
8. men dient zich er rekenschap van te geven dat aard en samenstelling van werkzaamheden van ambulancepersoneel met de introductie van hulpambulances verandert; er valt een deel van de patiëntcategorieën af en verhoudingsgewijs vindt er meer spoedeisend en high- en medium care besteld vervoer plaats; ook zijn veranderingen in roostering, piket- en/of parate diensten denkbaar;

Arbeidsvoorwaarden

1. daar hulpambulancezorg (ook) wordt beschouwd als gezondheidszorg is een methodiek voor waardering en salariering van het vak van hulpambulancebegeleider in principe reeds voorhanden (FWG);
2. aangezien hulpambulancezorg voor wat betreft rijdende en begeleidende taken van de chauffeur, naast verschillen, overeenkomsten vertoont met (een deel van de taken) van de chauffeur in de ambulancezorg kan eventueel ook binnen de systematiek van de CAO en Salarisregeling Ambulancezorg een plaats voor de hulpambulance-chauffeur worden gezocht c.q. geschapen;
3. het onderbrengen van personeel in een andere CAO dan die voor het ambulancevervoer is naar alle waarschijnlijkheid alleen mogelijk indien men het hulpambulancevervoer formeel juridisch, arbeidsrechtelijk, onderbrengt in een organisatie los van het ambulancevervoer;

Arbeidsmarktvragestukken en personeelsbeleid

1. zoekt men in de ambulancebranche oplossingen voor problemen op de (regionale) arbeidsmarkt dan betekent productdifferentiatie en daarmee verbonden functiedifferentiatie, een middel om die knelpunten te lijf te gaan; men kan anders gekwalificeerd personeel in de branche laten instromen voor functies waarin zij een deel van het werk -en daarmee taken van regulier ambulancepersoneel- voor hun rekening nemen;
2. afzondering van (deel-) producten binnen de algehele ambulancezorg kan wenselijk zijn in verband met leeftijdbewust personeelsbeleid, het terugdringen van ziekteverzuim en het tegengaan van uitstroom naar arbeidsongeschiktheid, de reïntegratie na ziekte of tijdelijke arbeidsongeschiktheid en het verlengen van de arbeidzame periode;
3. wenst men een personeelsbeleid waarin carrière-stappen zijn ingebouwd, dan is afzondering van delen van de ambulancezorgproductie in andere functies dan die van het reguliere ambulancepersoneel een mogelijkheid; via een in- of extern scholingsbeleid kan men functionarissen die op het ene niveau (of voor het ene product) instromen uiteindelijk door laten stromen naar een ander niveau of product;
4. deze afzondering kan ook worden gemaakt om redenen van sociaal beleid: terugdringen van ziekteverzuim en verloop, reïntegratie na ziekte of tijdelijke arbeidsongeschiktheid, tegengaan van uitstroom naar arbeidsongeschiktheid, leeftijdsbewust personeelsbeleid en demotiebeleid. Beperkt men het hiertoe, dan zijn de productiekosten in hoge mate hetzelfde als die van de 'reguliere ambulancezorg'. Immers de reguliere ambulancezorgverleners voeren dan de afgezonderde producten uit met dezelfde (vervoer-) middelen;
5. de functie van hulpambulancechauffeur kan onder voorwaarden een opstap zijn naar de functie van ambulancechauffeur; daarmee zou men een extra ingang naar de regionale arbeidsmarkt creëren. Tevens schept men zo carrièreperspectief voor een deel van de werknemers;
6. de functie van hulpambulancebegeleider kan onder bepaalde voorwaarden eveneens een opstap zijn naar de functie van ambulancechauffeur; zeker als de hulpambulancebegeleider reeds een gezondheidszorgberoep heeft die past binnen de instroomeisen voor ambulancechauffeur (zoals ziekenverzorgende);
7. zou men ziekenverzorgenden (met name niveau 3 IG) laten instromen in de functie van hulpambulancebegeleider dan bestaat uiteindelijk ook een mogelijkheid om deze functionaris te laten instromen in de functie van ambulanceverpleegkundige. In een deeltijdfunctie als hulpambulancebegeleider zou deze eerst kunnen worden geschoold tot verpleegkundige niveau 4-5 (via het duale stelsel binnen de verpleegkundige opleidingen) en dan -nadat de mogelijkheid tot instroom van niet-gespecialiseerde verpleegkundigen/HBOV-ers is gecreëerd- instromen in de SOSA-opleiding tot ambulanceverpleegkundige;
8. gegeven de rijtijden en het rooster zoals die in Den Haag in de praktijk zijn uitgekristalliseerd, zijn de functies geschikt voor personen die -al dan niet tijdelijk- part-time willen werken op regelmatige werktijden en zonder nacht- en weekenddiensten;

Opleidingsbeleid en kwaliteitszorg

1. als hulpambulancezorg ‘zorg’ is, en feitelijk een deelproduct binnen de ambulancezorg zou moeten zijn, dan dienen bedrijfsopleiding, bij- en nascholingstrajecten op een vergelijkbare manier te worden opgezet als die voor de overige functies in de ambulancezorg. Tevens dient er gekeken te worden naar onderlinge afstemming en afbakening van beider opleidings-, bij- en nascholingsprogramma’s;
2. als hulpambulancezorg een deelproduct van ambulancezorg is, dan dient bewaking van de kwaliteit op vergelijkbare wijze te worden georganiseerd als die in de ambulancezorg;
3. dit geldt eveneens voor verantwoording van individuele medewerkers voor hun handelen in een gegeven situatie, bijvoorbeeld via intercollegiale toetsing;
4. als hulpambulancezorg tot de ambulancezorg behoort, ligt het voor de hand dat er communicatie en overleg plaatsvindt tussen hulpambulance- en ambulancepersoneel, zulks om op operationeel, vakinhoudelijk en methodisch niveau tot een bepaalde mate van afstemming te komen;
5. omdat de hulpambulance-organisatie een gezondheidszorginstelling is of moet zijn, is de Kwaliteitswet Zorginstellingen van toepassing; een kwaliteitszorgsysteem en vorm van certificering is daarom noodzakelijk;
6. de Algemene Kwaliteitscriteria “de kwaliteit van de gezondheidszorg in patiëntenperspectief” van de Nederlandse Patiënten/Consumenten Federatie (juni 1995) zijn van toepassing op instelling en functionarissen die hulpambulancezorg (gaan) leveren;
7. er dient daarom een kwaliteitszorgsysteem te worden ontwikkeld/ingevoerd waarin organisatie, inzet van personeel en materieel, verantwoordelijkheidsverdeling, resultaten van overleg met verzekeraars, patiënten/consumenten-organisaties en betrokken instellingen expliciet een plek krijgen;
8. als men hulpambulancezorg bestempelt als (deel van de) ambulancezorg dan ligt het voor de hand dat het opleidingsbeleid en de kwaliteitszorg van beide worden geïntegreerd, ondergebracht in één samenhangend systeem;
9. bij een *zorg*voorziening hoort de invoering en toepassing van een klachtenregeling; de regeling geldig voor de ambulancezorg kan daarbij als voorbeeld dienen;

Financiering en financiën

1. hulpambulancezorg is efficiënt: men doet het *goed*;
2. er zijn onder bepaalde omstandigheden financiële voordelen te behalen door een deel van het bestelde vervoer af te zonderen van de spoedeisende ambulancezorg en het high- en medium-care bestelde vervoer;
3. financiële voordelen zijn vooral te realiseren bij:
 - a) de kosten van de afhandeling van aanvragen voor hulpambulancezorg-vervoer (meldkamer) (de helft van de financiële voordelen);
 - b) anders gekwalificeerd personeel dan dat in de reguliere ambulances (een derde);
 - c) in anders ingerichte vervoermiddelen dan de reguliere ambulances (plusminus een zesde);
4. indien men de afhandeling van aanvragen voor hulpambulancevervoer elders onderbrengt dan binnen de CPA, dan zal het moeilijk blijken deze ritten te laten meetellen in de budgetonderhandelingen en -toewijzing voor deze CPA. Laat men echter de ritten daarin wel volledig meetellen dan vervalt de helft van de mogelijke financiële voordelen van de invoering van het “Haagse model” voor hulpambulancevervoer;
5. financiële voordelen zijn over het algemeen alleen te behalen als een deel van de ambulancecapaciteit wordt omgezet in hulpambulance-capaciteit;
6. ook wanneer financiële overwegingen geen rol spelen, is in de ambulancezorgproductie een splitsing van (een deel van het) besteld vervoer en spoedeisend vervoer mogelijk, bijvoorbeeld om redenen van personeels- en sociaal beleid, of uit (regionale) arbeidsmarktoverwegingen;
7. financiering van de hulpambulancezorg moet blijven lopen via de gezondheidszorgregelingen;

Vervoersstromen en werkgebied

1. een hulpambulance in Den Haag verrijdt ongeveer 1830 ritten per jaar; het bestelde vervoer, inclusief de hulpambulanceritten, maakt in Den Haag bijna 35% van het totaal aantal ambulance-ritten uit; het aantal hulpambulanceritten is bijna de helft van alle besteld vervoer ritten in die regio; hulpambulanceritten vormen plusminus 17 procent van het totaal aantal ambulanceritten in Den Haag;
2. vertaalt men deze cijfers en verhoudingsgetallen naar Nederland in zijn totaliteit dan
 - a. verrijden alle ambulances in het land iets meer dan 145.000 ritten die conform de Haagse criteria met een hulpambulance zouden kunnen worden verreden;
 - b. zou men deze daadwerkelijk met hulpambulances (kunnen) uitvoeren én gaat men uit van de besparing zoals die uit de deelrapportage Financiën in dit project komen, dan zou de totale besparing *theoretisch* meer dan 8 miljoen Euro zijn; zou men de invoering beperken tot de vier grote steden dan bedraagt de besparing nog altijd een kleine 3 ½ miljoen Euro;
3. zou men alle ritten in den lande op een vergelijkbare wijze als die in Den Haag organiseren en uitvoeren dan zijn dus op het eerste oog enorme besparingen te realiseren;
4. er zitten in het aantal ritten dat ambulances in Nederland maken een groot aantal (naar schatting 10 tot 15%) dat volgens sectorale criteria (geformuleerd in Verantwoorde Zorg, HKZ Certificatieschema en het Landelijk Protocol), niet tot ‘ambulancezorg’ behoren. In dat geval zijn er drie mogelijkheden:
 - a) men past de criteria aan zodat ook de categorie patiënten die geen verpleegkundige (care) en medisch zorg (cure) behoeft, die bovendien geen preventieve activiteiten behoeven, maar wel behoefte hebben aan vormen van zorg en begeleiding en op medische gronden liggend moeten worden verplaatst, onder de definiëring moeten gaan vallen;
 - b) men zondert deze categorie af van de ambulancezorg in strikte zin, maar beschouwt het wel als een product dat door ambulancezorgverleners -naast hun hoofdproduct- mag worden uitgevoerd (ambulancezorg in ‘engere zin’ en planbaar vervoer);
 - c) men blijft alle huidige criteria hanteren en zondert deze patiëntcategorie af van de ambulancezorg en biedt daarmee de mogelijkheid deze zorg buiten de structuur, organisatie en logistiek van de ambulancezorg om te verlenen;
5. de zorg-, begeleidings- en vervoerbehoefte van de categorie patiënten voor het hulpambulancevervoer beperkt zich in hoofdzaak tot werkdagen en tijdens deze werkdagen vooral tot ‘kantoor-tijden’. De tijden zoals die in Den Haag op basis van praktijkervaringen uiteindelijk werden ingesteld, zijn ook goed bruikbaar in regio in andere delen van het land;
6. het omzetten van ambulancecapaciteit in hulpambulancecapaciteit betekent niet alleen maar “verlies van” ambulancecapaciteit; deze capaciteit neemt namelijk tegelijkertijd toe, doordat een deel van de patiënten vanaf dat moment met hulpambulances wordt verplaatst; de tijd die een ambulance voorheen bestede aan patiënten volgens de criteria van de hulpambulanceritten, komt beschikbaar voor A1, A2 en high/medium care besteld-vervoer-ritten;
7. op werkdagen, tussen 8.00 en 16.00 uur, rijdt een ambulance in Nederland per jaar gemiddeld 235 A1- ritten, 120 A2-ritten en 471 B-ritten. Als van deze B-ritten de helft kan vallen onder de Haagse indicatie voor de hulpambulance, dan verrijdt iedere ambulance in Nederland, behoudens die in Den Haag, 235 hulpambulanceritten per jaar. Dit aantal wordt vanzelfsprekend hoger (rond de 350) als men uitgaat van de tijden en dagen waarop de Haagse hulpambulances inzetbaar zijn (7-22 uur);
8. de hulpambulancezorg moet beschikbaar zijn in het gehele gebied van de gezondheidszorg-, CPA- of RAV-regio; er zijn geen zorginhoudelijke redenen om delen daarvan uit te zonderen;
9. indien bij invoering van hulpambulancezorg geen ambulancecapaciteit wordt omgezet in hulpambulancecapaciteit, dan stijgen de kosten van ambulancezorg in de regio en daalt de bezettingsgraad van ambulances, omdat een deel van het vervoer met andere middelen wordt gedaan;
10. bij de introductie van hulpambulances en afhandeling van aanvragen buiten de CPA verandert de aard van de meldingen bij de CPA; deze bestaan vanaf dat moment uit spoedeisende meldingen en aanvragen voor high- en medium-care besteld vervoer;

11. om de voordelen van hulpambulances volledig te kunnen benutten is het wenselijk om de logistieke functie te scheiden van de indicerende; de inzet van hulpambulances is in hoge mate een organisatorisch, een logistiek- of planningsvraagstuk;
12. het aandeel A1 en A2-vervoer van de ritten die via de CPA Haaglanden lopen is 78% van het totaal der ritten, exclusief de hulpambulanceritten. Dit is het hoogste percentage in het land; betreft men echter de hulpambulanceritten in deze berekening dan komt het percentage A1 en A2 ritten in de buurt van het landelijk gemiddeld;
13. de overschrijdingen zijn in Den Haag -in vergelijking met elders- aan de lage kant; het is niet onomstotelijk vast te stellen of de invoering van hulpambulances hier volledig debet aan is. Gebleken is namelijk ook dat het aantal ambulances dat daadwerkelijk beschikbaar is, hoger is dan volgens 'faalkansberekeningen' voor werkdagen en de tijden waarop hulpambulances inzetbaar zijn, nodig zou zijn;
14. voordat in een regio wordt beslist om een voorziening zoals de hulpambulances te introduceren doet men er goed aan nader onderzoek te doen naar omvang en aard van de zorgvraag van verschillende categorieën patiënten in de betreffende regio, het bestaande aanbod, de overige zorgvoorzieningen, ketenpartners en (mogelijke) verwijzers en dergelijke (marktonderzoek);

Organisatorische inbedding

1. organisatie en logistiek van de hulpambulanciezorg kán buiten de CPA worden verzorgd;
2. de uitvoering van hulpambulanciezorg moet wel geschieden door of onder verantwoordelijkheid van een 'gezondheidszorginstelling';
3. vanuit de patiënt en de verwijzers geredeneerd zijn er geen (zorginhoudelijke) argumenten om de hulpambulanciezorg binnen de kaders van de RAV uit te voeren;
4. als hulpambulanciezorg als ambulanciezorg wordt aangemerkt, dient de uitvoering van de productie van beide op elkaar te worden afgestemd. Instrumenteel daarvoor is onder meer het bevorderen van communicatie en overleg tussen managers en personeel werkzaam in ambulance- en hulpambulanciezorg;

Statistische gegevens

1. de administratie en registratie van hulpambulanceritten moet op een vergelijkbare wijze worden ingericht als die waarmee de ambulanceritten worden geregistreerd, zowel naar aard van de gegevens die worden geregistreerd en verwerkt, als de wijze waarop en het softwarepakket waarin dit in een regio gebeurt. Dit moet het mogelijk maken dat de CPA haar wettelijke statistische taak (artikel 19 WAV) volledig kan uitoefenen;

Ambulanciezorg en Verantwoorde Zorg

1. de vraag of hulpambulanciezorg 'ambulanciezorg' genoemd wordt is -op dit moment- afhankelijk van de insteek die men kiest; de wetgever beschouwt de hulpambulanciezorg in ieder geval wel als ambulanciezorg. Daarmee is onder meer de financiering geregeld, alsmede de (institutionele) kwaliteitszorg;
2. hulpambulanciezorg volgens het Haagse model verloopt in organisatorische en logistieke zin niet via de CPA; dan zou het volgens de definitie in Verantwoorde Zorg geen ambulanciezorg mogen worden genoemd;
3. in hulpambulanciezorg ontbreken drie van de vier elementen uit de onderling samenhangende methodische ambulanciezorgfuncties zoals omschreven in Verantwoorde Zorg;
4. als men alle vereisten c.q. kenmerken van Verantwoorde Zorg integraal toegepast wil hebben om een vorm van zorg en vervoer tot 'ambulanciezorg' te benoemen dan valt hulpambulanciezorg buiten deze definitie; overigens zou dit dan eveneens kunnen gelden voor de motorambulance, de traumahelicopter, het verzorgen van vervoer voor de huisartsencentrale en andere deelproducten die in de praktijk van alledag ondertussen zijn ontstaan;

5. als men alle elementen in de omschrijving van ambulancezorg die de sector zélf heeft opgesteld onverkort wil blijven hanteren dan is hulpambulancezorg geen ambulancezorg. De huidige situatie is dus verwarrend: de zorgverlening die volgens de wet ambulancezorg is, is dit voor de ambulancesector zelf als geheel (nog) niet (volledig);
6. toch zou hulpambulancezorg onder ‘Verantwoorde Zorg’ kunnen vallen als men akkoord gaat met het uitgangspunt dat niet bij iedere rit, door ieder team met elk voertuig aan alle vereisten hoeft te zijn voldaan om hulpambulancezorg toch door ambulancezorgbedrijven c.q. de RAV te laten uitvoeren;
7. worden in de toekomst aan hulpambulancezorg wettelijk dezelfde rechten en plichten toegedicht als ambulancezorg, dan zal ook het vergunningstelsel van toepassing zijn; daarmee komt het ‘recht op uitvoering van hulpambulancezorg’ in principe bij de RAV te liggen en zullen ook voor deze vorm van zorg ‘ambulancevergunningen’ en ‘aansluitingen’ noodzakelijk zijn;
8. dat hulpambulancezorg niet in álle opzichten aan Verantwoorde Zorg voldoet wil niet zeggen dat de zorgverlening niet ‘verantwoord’ is of kan zijn;
9. binnen de hulpambulancezorg worden geen verpleegkundige handelingen uitgevoerd, wel (ver-)zorgende en begeleidende;
10. de nadruk in de hulpambulancezorg ligt op de begeleiding en verplaatsing van patiënten van en naar gezondheidszorginstellingen of medici;
11. hulpambulancezorg kán vallen onder ambulancezorg, op grond van het element ‘adequaate vervoeren’ in de definitie in Verantwoorde Zorg;
12. als men er van uit gaat dat ambulancebedrijven ook andersoortige diensten kunnen/mogen leveren dan ambulancezorg volgens de strikte definiëring in Verantwoorde Zorg, dan kan hulpambulancezorg worden uitgevoerd door ambulancebedrijven; ambulancezorg wordt dan veeleer gezien als een ‘product-groep’ dan als één vastomlijnd en afgebakend product;
13. beschouwt men ambulancezorg als een productgroep, dan is het mogelijk dat één partner binnen een RAV méér en/of ándere producten levert dan een andere partner/vervoerder; de definiëring en concretisering van de producten die de RAV levert kan gestalte krijgen in het Regionaal Ambulance Plan;
14. belangrijk element in de definitie van Verantwoorde Zorg is dat indicatiestelling van individuele meldingen binnen en door de CPA moet worden gedaan; men kan het principe dat de CPA de toegang tot de ambulancezorg reguleert echter ook overeind houden, indien indicatiestelling organisatorisch en logistiek langs andere kanalen/functionarissen verloopt. Dan wordt indicatiestelling op microniveau vervangen door ‘verantwoordelijkheid voor toezicht en controle op de juistheid van de van tevoren geformuleerde criteria die moeten worden gehanteerd’ (indicatie’s t e l l i n g ’ op organisatorisch of strategisch niveau);
15. als men ambulancezorg als productgroep ziet en hulpambulancezorg als een product daarbinnen dan ligt het ook voor de hand dat opleiding, bij- en nascholing, kwaliteitszorg, professionele toetsing, protocollair werken, personeelsbeleid en dergelijke op elkaar worden afgestemd;
16. als men indicatiestelling en vervoer volledig loskoppelt van de organisatie en structuur van de ambulancezorg dan bestaat de kans dat de hulpambulancezorg de ambulancezorg concurrentie aandoet; zij haalt een deel van de ritten die nu nog door ambulances worden uitgevoerd daar weg. Het omgekeerd is echter ook goed mogelijk, als ook de ambulances dan nog steeds met de betreffende categorie patiënten (mogen) rijden. De crux van het verhaal wordt dan welke dienstverlener de beste contacten onderhoudt met de verwijzers/aanvragers/indicatiestellers voor vervoer;

Toezi c h t

1. op grond van de huidige wet- en regelgeving beschikt de Inspectie Gezondheidszorg over mogelijkheden toe te zien op de uitvoering van die wet en regelgeving; zij zou van die mogelijkheden gebruik moeten maken. Tot de wetten waarop zij in de Haagse situatie en eventueel elders kan toezien behoren in ieder geval de Wet Ambulance Vervoer en de Kwaliteitswet Zorginstellingen;

Randvoorwaarden

1. belangrijke randvoorwaarde bij invoering van hulpambulancezorg is dat spreiding en paraatheid op een aanvaardbaar niveau blijven of komen;
2. een andere voorwaarde is dat de GHOR-capaciteit voldoende blijft;
3. in regio's waar knelpunten zijn in de paraatheid kan men overwegen het probleem (deels) op te lossen niet door toevoeging van reguliere ambulances, maar door toevoeging van hulpambulances; er ontstaat dan ruimte doordat ambulances een deel van het besteld vervoer overdragen aan de hulpambulance; deze capaciteit kan worden benut voor verbeteringen in paraatheid spoedeisend vervoer;
4. in regio's waar de paraatheid al (ruim) voldoende is kan -gegeven de beperkte middelen- niet worden volstaan met de introductie van de hulpambulance; er zal ambulancecapaciteit moeten worden omgezet in hulpambulancecapaciteit, maar niet in die mate dat de spreiding, paraatheid en de GHOR-capaciteit in gevaar komt;

Landelijke invoering

1. de mogelijkheid tot splitsing van (delen van) het besteld vervoer en spoedeisend vervoer en binnen dat bestelde vervoer van high/medium care, low care en vervoer van patiënten die noch 'cure', noch 'care' nodig hebben mag niet beperkt blijven tot een déél van een gezondheids-zorgregio;
2. iedere RAV in het land moet de vrijheid hebben om andere vormen van zorg en zorgvervoer dan de reguliere ambulancezorg te introduceren;
3. een RAV mag delen van haar eigen regio niet uitzonderen van een bepaalde vorm van dienstverlening;
4. deze vrijheid moet nadrukkelijk zijn ingebed in randvoorwaarden en kwaliteitseisen zoals overeenstemming met zorgverzekeraar, patiëntenorganisaties, ketenpartners en verwijzers, voldoende paraatheid en een goede spreiding, voldoende GHOR-capaciteit, toepassing Kwaliteitswet Zorginstellingen, certificering conform de HKZ-systematiek en protocolering volgens de systematiek van de ambulancezorg;
5. de wetgever zou uitsluitend deze vrijheid-in-gebondenheid moeten regelen en geen gedetailleerde voorschriften voor indicering, organisatorische plek et cetera in de nieuwe WAV moeten opnemen; voordeel daarvan is eenvoud in wetgeving en het leggen van verantwoordelijkheden voor de inrichting van de zorgverlening waar deze hoort te liggen;
6. de wetgever kan 'de' hulpambulance tot een vorm van ambulancezorg maken door al het medisch geïndiceerde vervoer waarbij patiënten liggend moeten worden vervoerd, tot de ambulancezorg te rekenen, lós van de vraag met welk voertuig dit geschiedt, de wijze waarop dat voertuig is ingericht, het personeel dat een en ander uitvoert en de vraag wie de medische verantwoordelijkheid draagt voor de indicatie dat iemand liggend moet worden vervoerd;
7. in de definiëring van 'ambulancezorg' door de sector zelf zouden eveneens minder strikte eisen moeten worden gesteld aan de aard van het voertuig, het personeel dat kan worden ingezet en dergelijke; men zou 'ambulancezorg' veeleer moeten beschouwen als productgroep; dat wil zeggen een geheel van uiteenlopende, maar wel verwante, producten die ieder voor zich aantoonbaar zijn toegesneden op een nader omschreven categorie patiënten en hun zorgbehoeften;
8. wenst men een grotere sturende rol voor de zorgverzekeraars dan is er alle aanleiding om de precieze organisatorische en operationele vormgeving -binnen kaders en randvoorwaarden- over te laten aan de regionale betrokkenen: zorgverzekeraar, patiëntenorganisaties, vervoerder(s), vergunninghouder, ketenpartners en dergelijke.

Sinds 1992 wordt in de regio Den Haag gewerkt met gedifferentieerde ambulancezorg. Patiënten die naar de mening van de behandelend arts tijdens het vervoer geen verpleegkundige en/of medische behandeling nodig hebben, worden met een voertuig verplaatst dat anders is uitgerust dan een reguliere ambulance. De 'hulpambulance' wordt bemand door personeel dat anders is gekwalificeerd dan het reguliere ambulancepersoneel. De aanvragen lopen via de meldkamer van de exploitant van de hulpambulances. Deze vorm van (ambulance-) zorg valt onder de Wet Ambulance Vervoer, maar mag vooralsnog alleen in (een deel van) de regio worden toegepast.

Het bedrijf dat de hulpambulances inzet wil -na meer dan tien jaar- duidelijkheid over de toekomst van deze voorziening, zowel in de regio als landelijk. Vandaar dat zij opdracht gaf tot het uitvoeren van een uitgebreid onderzoek. In dit onderzoek getiteld "*Zorg Gelijk Vervoer ?*" zijn de ervaringen met hulpambulances op een dusdanige manier beschreven en geanalyseerd dat het voor andere ambulanceregio's mogelijk wordt te beoordelen of deze vorm van dienstverlening daar kan worden ingevoerd. Het onderzoek levert ook het materiaal voor landelijke partijen om een standpunt in te nemen over de vraag of de hulpambulances in principe elders kunnen worden ingevoerd, maar vooral over de randvoorwaarden waaronder.

Er is gekeken naar uiteenlopende aspecten: tevredenheid van patiënten, ervaringen van aanvragers, meningen van ketenpartners, vervoersstromen, financiën, personele zaken, functies en functiebeschrijvingen, indicatiestelling, wet- en regelgeving en opvattingen van landelijke betrokkenen.

Belangrijke resultaten zijn:

- patiënten zijn uitgesproken tevreden over de wijze waarop zij verzorgd en vervoerd worden;
- aanvragers/behandelend artsen zijn content over deze vorm van dienstverlening;
- betrokkenen in de regio willen deze vorm van zorg en vervoer voor deze categorie patiënten continueren;
- de geldende indicatiecriteria zijn helder en voldoende onderscheidend om een juiste indicatie te stellen; deze criteria behoeven geen aanpassing;
- introductie van hulpambulances heeft consequenties voor aard en samenstelling van de meldingen die via de CPA lopen en voor aard en samenstelling van de ritten die ambulances in de regio uitvoeren: verhoudingsgewijs meer spoedeisende ritten; het bestelde vervoer betreft nog vooral high- en medium-care;
- invoering van hulpambulances is mogelijk zonder de paraatheid en spreiding aan te tasten en met instandhouding van voldoende GHOR-capaciteit; in sommige omstandigheden kan met de introductie van hulpambulances zelfs capaciteit vrijgemaakt worden voor spoedeisend vervoer;
- onder bepaalde randvoorwaarden kan invoering van hulpambulances financiële besparingen opleveren en/of komen middelen beschikbaar die voor andere doeleinden binnen de ambulancezorg kunnen worden ingezet;
- de (potentiële) financiële besparingen vloeien voor de helft voort uit het feit dat de aanvragen lopen via de meldkamer van de hulpambulancevervoerder, voor iets meer dan een derde uit de omstandigheid dat er anders gekwalificeerd personeel wordt ingezet. Het resterende deel van de besparingen heeft van doen met de aard van het voertuig en de uitrusting ervan;
- door de differentiatie is sprake van kwalitatieve verbeteringen: wachttijden, onzekerheid over tijdstippen waarop de patiënt vervoerd kan worden, worden tot een minimum gereduceerd;

- volgens wetgever en financier maakt hulpambulancezorg onderdeel uit van de ambulancezorg; wanneer alle elementen van de definiëring van ambulancezorg, zoals vastgesteld door de sector zelf, ten allen tijde op iedere rit van toepassing moeten zijn vallen de hulpambulances echter niet onder ambulancezorg;
- gegeven de omstandigheden waarin de patiënten, die per hulpambulance worden vervoerd, zich bevinden is het (medisch/verpleegkundig) niet noodzakelijk hen per ambulance en met gekwalificeerd ambulancepersoneel te verplaatsen;
- hulpambulancezorg zoals die vorm krijgt in de regio Den Haag kan elders worden ingevoerd; randvoorwaarden zijn onder andere een bepaalde omvang van het potentiële aantal hulpambulance-ritten en het feit dat spreiding, paraatheid en GHOR-capaciteit niet onder druk mogen komen te staan;
- hulpambulancezorg is vanwege de aard van patiënten, vervoer en handelingen op zijn minst te beschouwen als ‘zorg’; de hulpambulancebegeleider vervult dus een gezondheidszorgberoep, de hulpambulancechauffeur assisteert de begeleider daarin, naast zijn/haar rijdende taken;
- hulpambulancezorg biedt mogelijkheden tot verbeteringen in het personeelsbeleid, zoals vergroting en verbreding van instroommogelijkheden vanuit de regionale arbeidsmarkt, loopbaanbeleid, verzuimbeleid, reïntegratie-, demotie- en leeftijdsbewust personeelsbeleid;
- daar waar hulpambulancezorg wordt ingevoerd is coördinatie en afstemming met de ambulancezorg gewenst; deze kan vorm krijgen door de organisatorische inbedding, door vormen van communicatie en overleg en door personeels-, opleidings- en kwaliteitsbeleid;
- in de nieuwe wetgeving voor de ambulancezorg moeten meer mogelijkheden voor een specifieke regionale invulling van ‘verantwoorde ambulancezorg’ worden geschapen;
- ambulancezorg moet in de toekomst meer worden omschreven als een groep van (deel)producten dan als één, enkelvoudig, product dat altijd en overal met dezelfde middelen en personeel wordt geproduceerd;
- de omschrijvingen van ‘Verantwoorde Zorg’ zijn gericht op het bestaan van slechts één ambulancezorgproduct en ook maar één ‘juiste’ context en wijze van produceren; door ambulancezorg te gaan beschouwen (en beschrijven) als product’groep’ wordt meer recht gedaan aan het feit dat in de sector al op relatief grote schaal wordt gedifferentieerd;
- door meer beleidsvrijheden te scheppen wordt het beter mogelijk om verschillende middelen van zorg en vervoer af te stemmen op uiteenlopende zorgbehoeften.

Literatuurlijst

Hulpambulance: patiëntenvervoer zonder toeters en bellen ?

Begeleidingscommissie Experiment Hulpambulancevervoer, Den Haag, mei 1994

Niet zonder zorg

Een onderzoek naar de doelmatigheid en kwaliteit van de ambulancezorg.
Veen, A.A.van der; S.L.N. Zwakhals, B.Hazelzet-Crans en J.W.van Manen
RIVM, Bilthoven, rapportnummer 270556002

Ambulances binnen bereik

Analyse van de spreiding en bereikbaarheid van de ambulancezorg in Nederland.
Kommer, G.J; A.A. van der Veen, W.F.Botter en I.Tan;
RIVM, Bilthoven, 2003, rapport nummer 270556006/2003

Vershil moet er zijn

Functie- en productdifferentiatie in de ambulancezorg; inventarisatie van initiatieven en meningen.
Brouwer, K; *Brouwer Onderzoek, Ontwikkeling & Advies*, Groningen, mei 2003;
te downloaden van de website www.sovam.nl

Verantwoorde Zorg

AZN/BVA, Zwolle, maart 2003

Met zorg verbonden

Ministerie van VWS, 1997

Certificatieschema Ambulancezorg

Stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector, Utrecht, 1997

Overzicht Algemene Kwaliteitscriteria;

uit "De kwaliteit van de gezondheidszorg in patiëntenperspectief; overzicht en analyse van criteria.
NC/CF juni 1995

Deelrapportages

Onderzoekers

A. Patiënttevredenheidsonderzoek

Intraval en Brouwer O, O & A

B. Ervaringen van verwijzers c.q. aanvragers

Brouwer O, O & A

C. Meningen van ketenpartners

Brouwer O, O & A

D. Vervoersstromen

Botter

E. Financiën

Gelink

F. Indicatiestelling

De Nooij

G. Personeel

De Jong en Brouwer O, O & A

H. Functies en functieprofielen

De Jong

I. Landelijke ontwikkelingen

Timmermans

COLOFON

“Zorg Gelijk Vervoer ?”

bruikbaarheid van differentiatie in de ambulancezorg, in de vorm van hulpambulances Witte Kruis Den Haag

Opdrachtgever:

Witte Kruis B.V.
Kobaltstraat 26
2544 EV Den Haag
telefoon: 070 - 32 11 22 1
fax: 070 - 32 95 13 1
email: wkruis@xs4all.nl
website: www.ambulance-nederland.net/ambudiensten/wittekruis/home.html

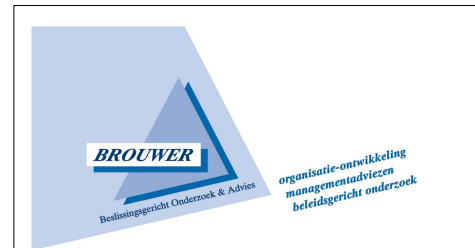


Opdracht:

beschrijven en analyseren van product- & functiedifferentiatie in de vorm van ‘hulpambulances’ in de regio Haaglanden, op een dusdanige manier dat het voor andere ambulancebedrijven/RAV-en in het land mogelijk wordt een oordeel te vellen over de bruikbaarheid ervan voor de eigen regio.

Opdrachtnemer/auteur “Zorg Gelijk Vervoer”

drs. Klaas Brouwer
BROUWER Onderzoek, Ontwikkeling & Advies
S.O.J.Palmelaan 197
9728 VJ Groningen
telefoon: 050 - 526 83 85
email: Brouwer.K@inter.NL.net
website per 1-1-2004: www.brouwerk.nl



Deelrapportages:

- Adviesbureau W.F. Botter, Amsterdam: *vervoersstromen*
- B.Gelink, Interim management & Organisatieadvies, Vleuten: *budgeteffecten*
- Intraval, Onderzoek en Advies, Groningen/Rotterdam: *tevredenheidsonderzoek patiënten*
- B.Timmermans, Wittelte: *landelijke ontwikkelingen, wet- en regelgeving*
- J.de Nooij, Leiden: *indicatiestelling en -criteria*
- A.L.de Jong, Leiden: *functiebeschrijvingen*
- Brouwer O, O & A: *personele zaken, ketenpartners en verwijzers*

Medefinanciering onderzoek:

Het onderzoek werd financieel mede mogelijk gemaakt door het sectorfonds voor de ambulancezorg:

SOVAM

Veerallee 68, Zwolle

Postbus 489, 8000 AL Zwolle
telefoon: 038 - 422 68 65
email: info@sovam.nl
website: www.sovam.nl



Niets uit deze uitgave mag worden veelevoudigd, in enigerlei vorm of op enige wijze,
zonder voorafgaande toestemming van de auteur.