

Evaluatie extra ambulance Urk
Versie 1.3
Datum 10 maart 2020

Inhoudsopgave

1 Samenvatting en advies	3
1.1 Doel van het onderzoek	3
1.2 Samenvatting	3
1.3 Advies	7
2 Lijst met afkortingen	12
3 Achtergrond en werkwijze onderzoek	13
3.1 IJsselmeerziekenhuis	13
3.2 Rol ambulancezorg na sluiting IJsselmeerziekenhuis	13
3.3 Vertrekpunt evaluatie	14
3.4 Doel van deze evaluatie	14
3.5 Opdrachtgever	14
3.6 Werkwijze van het onderzoek	15
4 Bereikbaarheid ziekenhuizen	16
4.1 Welk ziekenhuis?	16
4.2 Rijafstand ziekenhuizen	17
4.3 De 45-minuten grens	19
5 Interviews	20
5.1 Interview gemeente Urk	20
5.2 Interview verloskundigenpraktijk Madelief en verloskundig actieve huisarts	21
5.3 Interview huisartsenpraktijk Het Dok	22
5.4 Interview Patiënten Federatie	23
5.5 Interview Stichting First Responder Systeem (FRS)	24
5.6 Interview RAV Flevoland	25
5.7 Interview zorgverzekeraars	28
6 Capaciteit ambulancezorg	30
6.1 Locaties	30
6.2 Ambulancecapaciteit	34
7 Rittenanalyse	37
7.1 Algemene gegevens	37
7.2 Ritten naar deelgebied / plaats	41
7.3 Ritten vanaf Urk naar ziekenhuis/kliniek	42
7.4 Prestaties	45
8 Extra inzet versus extra capaciteit	50
9 Alternatieve oplossingen	51
Bijlage	52

1 Samenvatting en advies

1.1 Doel van het onderzoek

In 2018 heeft de Tweede Kamer een motie aangenomen waarin wordt uitgesproken ‘dat Urk voor het cluster Noord van de RAV Flevoland de hoofdpост moet worden, zodat er altijd voldoende ambulance en personeel beschikbaar zijn’. Verondersteld mag worden dat met de term ‘hoofdpост’ bedoeld is: een locatie waar altijd ambulancecapaciteit gevestigd is en die wordt aangevuld zodra de betreffende ambulance ingezet wordt. De minister van VWS heeft deze motie dan ook vertaald in de opdracht om 24/7 een ambulance paraat te hebben op standplaats Urk en tevens te voorzien in een toereikende achterwachtfunctie.

De strekking van de motie wordt vrijwel letterlijk in praktijk gebracht: sinds 2 januari 2019 staat vrijwel 24/7 daadwerkelijk een ambulance op Urk. Als deze ambulance bezet is, of als sprake is van een dienstwissel, dan wordt deze ambulance direct aangevuld vanuit Emmeloord en (vaak) Lelystad. Betrokken partijen op Urk percipiëren de ambulance ook als ‘van Urk-voor Urk’.

Dit rapport bevat de uitkomsten van het onderzoek naar nut en noodzaak van de extra ambulance op Urk. Dit onderzoek komt voort uit de afspraak tot evaluatie die is gemaakt bij de inzet van die extra ambulance op Urk.

Een onderzoek naar een standalone ambulance is onvolledig als niet ook het grotere geheel van zorgaanbod en zorgvraag waar deze ambulance deel van uitmaakt, hierbij wordt betrokken. Daarom is ten behoeve van dit onderzoek ook met deze bredere scope gekeken. Het advies (H1.3) dat volgt uit dit onderzoek, berust ook mede op deze bredere scope.

1.2 Samenvatting

1.2.1 Impact sluiting IJsselmeerziekenhuis voor Urk

Sluiting van het IJsselmeerziekenhuis in Lelystad heeft zonder twijfel impact heeft voor de inwoners van het midden en noorden van de provincie Flevoland. De reistijd naar het ziekenhuis neemt substantieel toe; zowel in geval van spoed als in die gevallen waar spoed niet aan de orde is. Het belang hiervan bij spoed spreekt voor zich: de ambulance is langer onderweg. Het belang van die grotere reisafstand in die gevallen dat er geen sprake is van spoed is ook relevant. Niet alleen voor de ambulance die langer bezet is. Maar ook voor het zorgaanbod in de gemeenten. De verloskundige bijvoorbeeld is bij een ziekenhuisbevalling langer uit de directe werkomgeving weg en dit moet uit oogpunt van zorgcontinuïteit opgevangen worden.

Dit gegeven leidt bij direct betrokken partijen op Urk dan ook tot zorgen. Dit mag blijken uit de navolgende korte samenvatting van de interviews met direct betrokken partijen zoals gemeente Urk, verloskundigen en verloskundig actieve huisartsen, huisartsenpraktijk, Patiënten Federatie en First Responders.

Samenvatting interviews direct betrokkenen

In de zorgen van betrokken partijen klinkt allereerst door dat de sluiting van het ziekenhuis in Lelystad in 2009 is voorafgegaan door sluiting van de ziekenhuislocatie Emmeloord¹. De excentrische ligging van Urk met haar circa 20.000 inwoners, leidt ertoe dat altijd al een vaste afstand overbrugd moet worden. Waar voorafgaand aan sluiting van het IJsselmeerziekenhuis de reistijd naar het ziekenhuis relatief kort was (spoed: 22 minuten), kon een iets langere wachttijd op een ambulance nog opgevangen worden. Sinds eind 2018 is de rijtijd naar het ziekenhuis toegenomen naar 30 tot 34

¹ Geen continu aanbod van acute zorg; wel faciliteiten.

minuten. In die nieuwe situatie komt het er voor betrokkenen dus extra op aan dat gerekend mag worden op een ambulance op korte rijafstand.

Betrokkenen geven aan dat voor Urk die acute zorg van groot belang is gezien het hoge geboortecijfer maar ook gezien het hoge aantal ongevallen en de eventueel daaruit volgende ziekenhuisopnames.

Nadrukkelijk geven betrokkenen aan dat de veiligheid van de zorg voor inwoners van Urk in het geding is. De ambulance garandeert snelle toegang tot de acute zorg. Als huisartsen en verloskundigen niet kunnen rekenen op snelle aanwezigheid van die ambulance, dreigt een situatie waarin zij hun verantwoordelijkheid niet meer kunnen dragen.

Geen van de betrokken partijen ziet in de inrichting van een geboortecentrum in Lelystad of van Spodplein Emmeloord een oplossing voor de gerezen situatie. Het zorgaanbod dat hiermee wordt gecreëerd is gericht op laagcomplexe zorg. Inwoners van Urk hebben juist behoefte aan snelle toegang tot acute zorg.

Gezien de excentrische ligging van Urk, is naar het oordeel van betrokkenen het handhaven van de 'eigen ambulance' vrijwel onontkoombaar. Hierbij wordt onderkend dat in een afweging die uitsluitend is gebaseerd op aantallen ritten, dit mogelijk geen houdbaar scenario is.

Betrokken partijen geven aan dat ze vooral ook behoefte hebben aan duidelijkheid rondom de situatie. Bij voorkeur zien zij een uitkomst waarbij de ambulance op Urk definitief blijft. Indien de uitkomst echter anders is, geeft dat in elk geval duidelijke randvoorwaarden voor het toekomstig handelen van elk van de partijen.

1.2.2 Partijen in Lokaal Overleg

RAV Flevoland heeft vanuit oogpunt van het tijdelijke karakter van de extra ambulance op Urk, ook behoefte aan duidelijkheid. De inzet van deze extra ambulance – naast de beide andere ambulances (24/7) - trekt een wissel op de organisatie. Hierbij speelt allereerst een rol dat de extra capaciteit vrijwel geheel wordt ingevuld met behulp van uitzendkrachten. Dit heeft gevolgen voor de samenhang en cultuur binnen de organisatie die waar nodig zoveel mogelijk worden opgevangen. De extra ambulances zijn nu gestationeerd op locaties waar voldoende stalling en kleed-/slaapruijnte is en bovendien in een gebied waar uitzendkrachten beschikbaar zijn. Als duidelijk wordt in welke mate de extra capaciteit definitief is, dan kunnen eigen medewerkers worden aangetrokken en kunnen aanpassingen gedaan worden aan huisvesting zodanig dat de ambulances opkomen in het gebied waar zij primair hun werkveld hebben. De door de RAV gewenste duidelijkheid geeft haar daarmee perspectief om de organisatie definitief in te richten overeenkomstig de nieuwe situatie.

RAV Flevoland constateert een positief effect van de extra capaciteit. De prestaties zijn in 2019 regio-breed op c.q. boven de norm en ook op Urk is de ambulance veel sneller ter plaatse dan voorheen. Tegelijkertijd is de capaciteit zodanig uitgebreid, dat een risico op leegloop van capaciteit bestaat. Door hier voortdurend aandacht aan te besteden wordt dit risico waar mogelijk opgevangen.

RAV Flevoland én zorgverzekeraars onderkennen de impact van sluiting van het ziekenhuis in Lelystad voor de inwoners van Urk. Door de excentrische ligging van Urk heeft de regio te maken met een kwetsbaar deelgebied met toch een substantieel aantal inwoners.

RAV Flevoland én zorgverzekeraars zijn van oordeel dat het toewijzen van ambulancecapaciteit over de regio, een taak is die aan professionals moet worden toevertrouwd. Zij hebben vanuit kennis en kunde inzicht in hetgeen nodig is voor de regio als geheel en zijn zo het beste gepositioneerd om de per definitie schaarse middelen optimaal te verdelen.

Voor zorgverzekeraars is het in continuïteit handhaven van de extra capaciteit als dat noodzakelijk blijkt, alleszins bespreekbaar; mits voldaan wordt aan vorenstaande randvoorwaarde betreffende toewijzing van capaciteit.

1.2.3 Maat en getal

Ritvolume

Jaarlijks vinden er circa 700 ritten plaats naar Urk. In ruim 500 gevallen resulteert dit in een rit naar het ziekenhuis; dit betreft zowel spoed als niet spoed. In 200 gevallen is sprake van een EHGV-rit. Tevens is sprake van een 80-tal loze c.q. afgebroken ritten

Verdeeld naar urgentie is op jaarbasis sprake van circa 400 A1-ritten (spoed; levensgevaar) en 275 A2-ritten (spoed). Het aantal B-ritten (geen spoed) is beperkt tot enkele tientallen op jaarbasis.

Ook toen het ziekenhuis in Lelystad nog open was, ging niet elke spoedrit vanuit Urk naar Lelystad. In de periode januari tot en met november 2018 is van de 257 A1 ritten vanuit Urk in 146 gevallen naar Lelystad gereden. Dit betekent dat in 43 % van de gevallen al werd uitgeweken naar Sneek en vooral Zwolle. Belangrijkste reden voor met name de ritten naar Zwolle is het zorgniveau dat daar wordt geboden. Voor behandeling bij groot trauma of multitrauma, acute cardiologie, neurologie en vaatchirurgie (interventie) is en was Urk aangewezen op Isala in Zwolle. Hiervoor kon men niet in Lelystad, Sneek of Heerenveen terecht.

Effect langere rijtijd

Dit onderzoek richt zich op de extra ambulancecapaciteit op Urk. Hiertoe is allereerst de werkelijke rijtijd bij spoed met optische en geluidsignalen (OGS) gemeten. Vanuit Urk was de rijtijd bij spoed naar het ziekenhuis in Lelystad 22 minuten. Naar Heerenveen is die rijtijd 30 minuten, naar Sneek ruim 33 minuten en naar Zwolle 31 minuten. Dit betekent een uitbreiding van de rijtijd naar het ziekenhuis van 8 tot 11 minuten.

Het effect op de werkelijke ritduur blijkt voor Sneek en Zwolle echter groter. Op basis van meting van de tijd van moment melding tot moment aankomst ziekenhuis blijkt dat de A1-ritten naar Heerenveen 7 minuten, naar Zwolle 13 minuten en naar Sneek 16 minuten langer is dan gemeten in 2018. Hierin is reeds de snellere aanrijtijd naar incidentadres (ruim 1,5 minuut) verdisconteerd.

Duidelijk is dat voor de op jaarbasis 160 A1 ritten vanuit Urk naar een ander ziekenhuis dan Lelystad, sprake is van een toegenomen ritduur². Voor een juist beeld is het van belang om te onderkennen dat ook andere plaatsen in de regio te maken hebben met dit effect. Op jaarbasis gaan bijvoorbeeld 1.300 A1-ritten vanuit Lelystad niet meer naar ziekenhuis Lelystad maar naar een verder gelegen ziekenhuis. De ritduur voor deze ritten is toegenomen van 33,5 minuut naar gemiddeld 54 minuten. Een toename van ruim twintig minuten.

Het verschil tussen de situatie Lelystad en de situatie op Urk is echter dat de gemiddelde ritduur (tijdstip melding tot aankomst ziekenhuis) vanuit Lelystad uitkomt op 54 minuten (Harderwijk) of 56 minuten (Almere) en daarmee korter is dan de ritduur vanaf Urk. De ritduur vanaf Urk is in 2019 minimaal 58 minuten (Heerenveen), danwel 64 minuten (Zwolle) of 67,5 minuut (Sneek).

Vanuit de MKA worden de ambulances zodanig over de regio verdeeld dat de prestatie A1 op tijd, geoptimaliseerd wordt. Dit is dus gericht op een zo kort mogelijke rijtijd naar het (verwachte)

² De in 2020 in werking tredende beperking van de maximumsnelheid heeft mogelijk beperkt effect voor de ritten richting Sneek en Heerenveen.

incidentadres. Hierbij wordt geen rekening gehouden met het verschil in rijtijd vanaf incidentadres naar het ziekenhuis.

Capaciteit

RAV Flevoland heeft de haar volgens het Referentiekader spreiding & beschikbaarheid toegewezen capaciteit vrijwel volledig ingezet. Daaraan zijn in 2019 bovendien drie ALS-voertuigen 24/7 toegevoegd.

De capaciteit volgens het Referentiekader is voor Flevoland opgebouwd uitgaande van een beperkte³ meervoudige dekking (33,5 %). Dit betekent dat circa 2/3e van de inwoners van Flevoland in 12 minuten rijtijd slechts bereikbaar is vanaf één standplaats. Door het toepassen van schuifregels wordt de ambulancecapaciteit toegewezen aan de werkgebieden waarvan op basis van historische gegevens bekend is dat daar op dat moment mogelijk een incident te verwachten is. Hiermee wordt het gevolg van de enkelvoudige dekking deels opgeheven: meer inwoners kunnen door meerdere ambulances tijdig bereikt worden. Tegelijk blijft dit het verdelen van schaarste die al relatief groot is, doordat initieel sprake is van slechts een beperkte meervoudige dekking. Met andere woorden, als het percentage meervoudige dekking zou worden opgetrokken, dan beschikt RAV Flevoland over meer ambulancecapaciteit.

Door het toevoegen van 24/7 drie extra ambulances heeft RAV Flevoland - vanuit het beeld van de meervoudige dekking - als het ware de beschikking gekregen over drie extra standplaatsen die alle met één ambulance zijn bezet. Hierdoor is de MKA veel beter dan voorheen in staat om capaciteit aan bijvoorbeeld Urk toe te wijzen en daar ook te houden. Tot en met 2018 werd de ambulance op Urk volgens mededeling van het management van de RAV in circa 50 % van de tijd gebruikt voor (VWS-) ritten elders in de regio. Nu staat er vrijwel continu een ambulance op Urk die direct wordt aangevuld bij een rit of dienstwisseling.

Inmiddels blijkt dat regio-breed vooral sprake is van meer EHGVRitten. De declarabele ritten nemen af als gevolg van significant minder B-ritten vanaf Lelystad. Daarnaast worden de ambulances vaker ingezet voor een spoedrit of voor een B-rit vanuit de ziekenhuizen buiten de regio. De direct meetbare extra tijd die vanuit al deze effecten gezamenlijk gemoeid is met ritten waarin patiëntencontact is (declarabele rit/EHGV-rit) bedraagt bij benadering 3.000 uur⁴. Daar moet de – niet gemeten – tijd voor aanvullen van de ambulance, het afwikkelen van de ritadministratie en het positioneren op de juiste plek in de regio nog bijgerekend worden. De inzet van drie extra ambulances vergt ruim 26.000 uur van zowel een verpleegkundige als van een chauffeur.

De tijd die nodig is voor de ritten met patiëntencontact en een incidentadres op Urk, kan op jaarbasis worden gemeten als circa 700 uur⁵. Ook hier moet de – niet gemeten – tijd voor aanvullen van de ambulance, het afwikkelen van de ritadministratie en het positioneren op de juiste plek in de regio nog bijgerekend worden. De inzet van de ambulance die 24/7 gestationeerd is op Urk, vergt 8.700 uur inzet van een verpleegkundige evenals van een chauffeur⁶.

³ Beperkt, omdat slechts twee regio's een dubbele dekking tot 40 % hebben, drie regio's een dubbele dekking tussen de 50 en de 60 % hebben, twee regio's tussen de 60 en 70 %, vier regio's tussen de 70 en de 80 %, zeven regio's tussen de 80 en de 90 % en zeven regio's tussen de 90 en de 100 %. Bron: informatie RIVM.

⁴ Gerekend over het tijdsblok: tijdstip melding tot tijdstip terug in de regio.

⁵ Gerekend over het tijdsblok: tijdstip melding tot tijdstip terug in de regio.

⁶ NB: beide effecten treden naast elkaar op maar mogen niet opgeteld worden.

RAV Flevoland voert op jaarbasis circa 9.000 VWS ritten uit. Er is geen significante toename waarneembaar van het aantal VWS-ritten sinds sluiting van het ziekenhuis in Lelystad (per saldo 3,8 %). Wel is de mix van doeladressen gewijzigd.

Prestaties

De prestaties A1 op tijd voor de hele regio, uitgedrukt in de normtijd van 15 minuten, bedragen in 2017 regio-breed 94 % (norm: 95 %). In 2018 nemen de prestaties toe naar 95 % en in 2019 bedraagt dit percentage 96 %. De prestaties nemen niet alleen toe in het adherentiegebied van het ziekenhuis Lelystad, maar in de hele regio (ook in Almere). De uitbreiding van de ambulancecapaciteit die eind oktober 2018 is begonnen, is hiervan een duidelijke maar niet de enige oorzaak. De verbetering van de prestaties is vanaf medio 2018 al duidelijk zichtbaar. De RAV heeft in 2017 en vooral 2018 belangrijke inspanningen verricht om vanuit het werkproces de prestaties A1 op tijd te optimaliseren.

De extra ambulance op Urk heeft vanaf 2019 een zichtbaar positief effect. De overschrijdingen van A1-ritten op Urk dalen van achttien in geheel 2018 naar vier in de maanden januari tot en met november 2019. Daarmee nemen de prestaties van deze A1-ritten op Urk verder toe van 95,6 % in 2018 naar 98,9 % in 2019. In 2017 was dit nog 91,3 %. De prestaties zijn niet alleen verbeterd als ze worden afgezet tegen het normpercentage ad 95 %. Meting wijst ook uit dat de ambulance gemiddeld genomen aanmerkelijk eerder ter plaatse is. In bijna 50 % van de A1-ritten op Urk, is de ambulance er nu binnen 7 minuten. In 2018 en 2017 lag dit rond de 30 %.

1.3 Advies

Dit advies wordt geschreven vanuit het uitgangspunt dat het ziekenhuis in Lelystad is gesloten en dat de faciliteiten die daar beschikbaar waren, niet op enigerlei wijze in de regio weer worden ingericht. Sluiting van een ziekenhuis heeft consequenties voor inwoners van een gebied en voor de ketenpartners in dat werkgebied. Vervolgens is het zaak om die consequenties zo goed mogelijk op te vangen. Dat kan echter niet altijd 'pijnvrij'. Dit is ook zichtbaar rondom de sluiting van het ziekenhuis in Lelystad. Door het wegvallen van het ziekenhuis worden de inwoners geconfronteerd met langere reistijden en de zorgaanbieders zoals verloskundigen, huisartsen en ambulancezorg geconfronteerd met nieuwe vraagstukken die een oplossing behoeven. Waarbij de uiteindelijke oplossing vanuit hun perspectief wellicht suboptimaal is ten opzichte van de situatie waarin sluiting van het ziekenhuis nog niet een feit was. Maar een oplossing die wel aansluit bij de realiteit van sluiting van dat ziekenhuis.

Eerder in dit hoofdstuk is al aangegeven dat een onderzoek naar een standalone ambulance onvolledig is als niet ook het grotere geheel van zorgaanbod en zorgvraag waar deze ambulance deel van uitmaakt, hierbij wordt betrokken. Dit element komt ook terug in het navolgende advies.

Als uitsluitend wordt gekeken naar het aantal ritten op Urk of naar de prestaties op Urk dan is het inzetten van een extra ambulance specifiek voor Urk, niet rationeel. De werkbelasting is relatief beperkt en de prestaties van A1-ritten naar Urk gaven ook in de maanden januari tot en met november 2018 al een toereikende uitkomst. De 'eigen ambulance' op Urk draagt absoluut bij aan goede prestaties maar is hiervoor geen noodzakelijke voorwaarde. Het toekennen van een 'eigen ambulance' strookt ook niet met de wijze waarop de ambulancezorg in Nederland is ingericht. Het gaat om verdeling van per definitie schaars zorgaanbod voor alle inwoners van een regio.

De werklust in termen van meetbare inzet van uren met patiëntencontact is op zichzelf beschouwd eveneens niet zodanig dat de inzet van (24/7) drie extra ambulances regio-breed, een rationele keus is. Niet rationeel vanwege de noodzaak om efficiënt om te gaan met collectieve middelen (zorggeld) en ook niet rationeel gezien het risico op leegloop van uren en dientengevolge afnemende motivatie bij medewerkers.

De situatie van het wegvallen van het ziekenhuis Lelystad kan echter niet alleen worden vertaald naar capaciteitsbeslag en prestaties van de ambulancezorg. Het ziekenhuis is weggefallen en nadelige consequenties daarvan voor de inwoners, moeten waar nodig en mogelijk worden opgevangen. In een belangrijk deel van de regio is de feitelijke rijtijd⁷ naar het ziekenhuis aanmerkelijk toegenomen. Voor Urk met zeven tot zestien minuten, voor Lelystad (1.300 A1-ritten naar een ziekenhuis op jaarbasis) met ruim twintig minuten. Voor een aantal aandoeningen⁸ geldt, dat de patiënt daadwerkelijk zo snel mogelijk in een ziekenhuis moet worden behandeld. Daar is ambulancezorg geen start van acute zorgverlening, maar vooral het middel waarmee men in het ziekenhuis aankomt. Het is ook om die reden dat de ambulancesector aanvullende kwaliteitsindicatoren heeft opgesteld waarin juist op deze indicatoren wordt gemeten (naast A1 op tijd). In de setting van bijvoorbeeld Lelystad is die ambulance veelal relatief snel beschikbaar, omdat daar gezien het inwoneraantal en de aanwezigheid van de ambulancepost meer capaciteit beschikbaar is. Voor Urk, dat een nog langere rijtijd naar het ziekenhuis kent en bovendien excentrisch ligt is dat niet 'automatisch' het geval; terwijl dit op basis van het aantal inwoners (circa 20.000) wel wenselijk zou zijn.

Dit betekent dat de MKA in haar capaciteitstoerekening niet alleen rekening moet houden met aanrijtijd gericht op goede prestaties A1, maar ook met het mogelijke vervolg-zorgtraject.

Want door die verder gelegen ziekenhuiszorg, moeten lokaal aanwezige zorgverleners (huisartsen, verloskundigen) kunnen rekenen op snelle aanwezigheid van ambulancezorg. Allereerst zoveel mogelijk binnen de geldende norm van 15 minuten. Maar gezien zichtbaar langere rijtijd (tot meer dan 60 minuten) naar het ziekenhuis ook met een waar nodig kortere responstijd.

Gebleken is dat de capaciteitstoerekening voor Flevoland in zichzelf al een zekere krapte kent in vergelijking met de meeste andere regio's in het land. Dit maakt dat voor het afdekken van de gevolgen van het wegvallen van het ziekenhuis Lelystad, niet kan worden volstaan met het volgen van de capaciteitsberekening van het Referentiekader spreiding & beschikbaarheid. Niet omdat die geen juiste uitkomst zou geven. In tegendeel, verwacht mag worden dat de capaciteitsberekening binnen de spelregels die daarvoor zijn vastgesteld, op basis van de rittendata 2019 een goede vertaling van de benodigde capaciteit zal geven op basis van de werkelijke ontwikkeling van ritten en ritduur in 2019. Echter, de regio zat al krap in de capaciteit en de nieuwe situatie (ziekenhuis ligt verder weg) vergt een andere wijze van toewijzing van ambulancezorg. Die twee aspecten kunnen alleen worden opgeheven door het bijplaatsen van capaciteit.

Deze overwegingen leiden tot het volgende advies.

Advies 1

Allereerst dient aansluiting te worden gezocht bij de capaciteitsberekening van het Referentiekader 2020 zoals het RIVM dat medio 2020 zal publiceren. Hierin zijn zowel de werkelijke ritduur als de ritaantallen van 2019 opgenomen zodat de werkelijke situatie in 2019 overeenkomstig de werking van dit model elders in het land, goed wordt uitgedrukt in benodigde capaciteit. Hiermee wordt de 'massieve' inzet van 24/7 drie extra ambulances ook genuanceerd naar die momenten dat de extra inzet echt nodig is op basis van de rekenregels die hiervoor gelden.

⁷ Gerekend over het tijdsblok: tijdstip melding tot tijdstip terug in de regio.

⁸ In elk geval voor acute verloskunde, interventie cardiologie en interventie neurologie. Voor andere ziektebeelden is een korte tijd tussen melding en aankomst ziekenhuis eveneens wenselijk ondanks dat in die gevallen de acute zorgverlening daadwerkelijk al in de ambulance plaatsvindt.

Advies 2

Gerekend vanaf de situatie 2018 (Referentiekader 2019) met 212 diensten per week, mag verwacht worden dat verwerking van de rittendata 2019 tot een uitbreiding van capaciteit leidt. Zonder berekening door het RIVM is echter niet te zeggen wat de uitkomst van die berekening zal zijn.

Omdat het RIVM alleen meet wat zichtbaar is in de rittendata, zal het totale effect van de capaciteitsverruiming die informatie ook representeren. Maar niet meer dan dat. Het onderzoek wijst uit dat die zichtbare effecten relatief beperkt zijn. Onderkend moet worden dat sprake is van meer (niet geregistreeerde) tijdsbesteding. De ambulancezorg wordt bovendien ook ingezet als opvang voor de weggevallen ziekenhuisfaciliteiten. Dit vertaalt zich niet alleen in daadwerkelijke inzet maar ook in de noodzaak van extra beschikbaarheid. Ter voorkoming van onterechte zelfverwijzing, ter voorkoming van zorgmijding en ter ondersteuning van de overige ketenpartners in het zorgnetwerk. Het is hierom wenselijk een ruimere capaciteit te kiezen.

Advies is om uit te gaan van aanvulling van de door RIVM op basis van rittendata 2019 te berekenen capaciteit tot één extra ambulance (24/7) boven op de uitgangspositie 2018 van 212 diensten. Dit leidt tot 233 diensten.

Advies 3

Gezien de geconstateerde krapte in deze berekening voor Flevoland (beperkte meervoudige dekking) is het aanbevelenswaardig om bovenop de capaciteit van het Referentiekader aangevuld met de capaciteit volgens advies 2, in elk geval één extra ambulance in te zetten. Uitgangspunt zou zijn: 24/7; tenzij nadere analyse van de prestaties en rittendruk tot een andere verdeling leidt. In samenhang met advies 1 en 2 leidt dit dan tot 254 diensten (+ 20 %). Feitelijk simuleert RAV Flevoland hiermee één extra standplaats. In het kader van dit onderzoek wordt geen uitspraak gedaan of deze extra ambulance moet worden ingezet in AWD of volledig paraat. Dit is sterk afhankelijk van het gebied van de regio waar extra diensten worden bijgezet. Deze extra capaciteit faciliteert dat ook in de dunner bevolkte en/of excentrisch liggende delen van de regio tijdig ambulancezorg beschikbaar blijft.

Advies 4

Bij toedeling van de ambulancecapaciteit worden schuifregels gebruikt. Op dit moment staat Urk daarbij als het ware op slot. De ambulance mag er niet weg. Gezien de werklast uitgedrukt in uren, is dit niet rationeel. Voorstel is om dit te vervangen door een schuifregel die meer bewegingsvrijheid geeft aan deze ambulance (een groter verzorgingsgebied dus) terwijl dan tegelijkertijd de dekking van het gebied nadrukkelijk wordt gehandhaafd vanuit de wetenschap dat de rijtijd naar het ziekenhuis in sommige gevallen cruciaal is. Ergo, Urk houdt een ambulancepost, deze post telt zwaar in de schuifregels vanwege die langere rijtijd naar het ziekenhuis en wordt daarom ook in een vanuit dat oogpunt toereikende mate aangevuld.

In de praktijk zal blijken dat bij toepassing van een extra gewicht voor Urk in de schuifregels – als gevolg van die excentrische ligging – de ambulance toch nog veelvuldig op Urk of in het gebied van Urk zal zijn. Minder vaak dan nu. Maar aanmerkelijk vaker dan in 2018 toen de post (het gebied) in circa 50 % van de tijd niet bezet was. De reden voor deze veronderstelling is gelegen in de gemeten rijtijd vanaf de opgang van de A6 naar centrum Urk: die rijtijd is zeven minuten. Als de MKA een korte aanrijtijd wil garanderen dan is het niet leegvallen van het werkgebied rondom Urk een voorwaarde. Door een samenspel met de ambulance in Emmeloord kan die ambulance inspringen als de auto van Urk elders is. De ambulance die standplaats Urk heeft, heeft tegelijkertijd een groter werkgebied richting Tollebeek, Nagele en wellicht Swifterbant. Hierdoor kan de MKA beter gebruik maken van de beschikbare capaciteit, wordt (het gebrek aan) werkbelasting eerlijker verdeeld maar houdt Urk een

verzwaarde positie in de schuifregels zodat er altijd een auto snel ter plaatse kan zijn. Dit wordt gefaciliteerd vanuit de extra ruimte bovenop het Referentiekader (advies 2 en 3).

Advies 5

RAV Flevoland heeft behoefte aan meer capaciteit. Maar het is ook zichtbaar dat er risico is op leegloop van uren. Die capaciteit is mede nodig 'voor het geval dat...'. Dit pleit ervoor om toch nader te onderzoeken of de extra capaciteit die op deze wijze wordt gecreëerd niet alternatief kan worden benut. Hierbij kan bijvoorbeeld nog verder worden onderzocht of een scholingscentrum met roulerende bezetting van de diensten in de Noordoostpolder een oplossing kan zijn. Maar ook is denkbaar dat invulling wordt gezocht voor extra taken van de ambulanceverpleegkundige als verpleegkundig specialist. Hierbij kan de mogelijkheid tot nauwere samenwerking met de huisartsen op Urk worden onderzocht. Dit laatste heeft als extra voordeel dat de ambulance ook daadwerkelijk dichtbij is. In beide alternatieven geldt dat het proces zodanig moet worden ingevuld, dat in geval van een incident de ambulanceverpleegkundige in enkele minuten beschikbaar is.

Advies 6

Deze maatregelen moeten worden aangevuld met een aantal ondersteunende maatregelen voor de zorgaanbieders op in elk geval Urk, de verloskundigen en huisartsen. Voor hen is van groot belang dat ze de verantwoordelijkheid kunnen dragen om zorg te verlenen in een gemeente waarvan de afstand naar het ziekenhuis relatief groot is. Dit betekent dat daadwerkelijk en in continuïteit invulling wordt gegeven aan vorenstaande maatregel, maar ook aan de afspraken rondom laagdrempelig bellen met de MKA. Die kan dan de ambulancepositionering aanpassen indien nodig. Deze maatregelen behoeven ook periodieke evaluatie tussen RAV, huisartsen en verloskundigen om in elk geval die keten sterk te maken en te houden.

Het onderzoek heeft echter uitgewezen, dat ook voor de inwoners van andere delen van de regio (bijvoorbeeld Lelystad) een significant langere ritduur tot aankomst in het ziekenhuis is ontstaan. Het is daarom ook zaak om met de ketenpartners in deze gebieden na te gaan in welke mate vorenstaande aanvullende maatregelen ook in continuïteit moeten worden c.q. blijven ingericht voor deze gebieden.

Specifiek voor de verloskundigen is het behulpzaam dat een goede (24/7) achterwachtfunctie wordt ingeregeld vanuit (één van) de ziekenhuizen zodat zij directe toegang hebben tot extra kennis en kunde. Indien de sluiting van het ziekenhuis Lelystad tot gevolg heeft dat meer verloskundigen worden ingezet vanwege invulling van een extra dienstlijn, dan ligt het voor de hand dat de bekostiging hiervan wordt afgedekt. Tenslotte kan extra scholing van ambulancemedewerkers op het onderwerp 'verloskunde' helpen in het verkrijgen van meer handelingszekerheid.

1.4 Effect advies

Dit advies heeft werking voor de inwoners van Urk; zij hebben bij navolging van dit advies garantie voor snelle toegang tot de acute zorg. Maar door de voorgestelde structurele capaciteitstoename geldt hetzelfde voor de inwoners van een deel van de Noordoostpolder (cluster Noord) en de inwoners van Lelystad en omgeving. Alle inwoners van Flevoland profiteren bovendien van betere responstijden in geval van A1, dan in 2018.

Met dit advies wordt – door matiging van de in te zetten extra capaciteit – grotendeels voorkomen dat een teveel aan leegloopuren ontstaat. Tegelijkertijd, de problematiek rondom het ziekenhuis is feitelijk verschoven naar de ambulancezorg. Met dit advies wordt voorkomen dat de inwoners van Flevoland de negatieve effecten van sluiting van het ziekenhuis integraal voelen. Maar dit kan niet helemaal zonder gevolgen. En die gevolgen worden zichtbaar in de capaciteitsbenutting (efficiency).

Aan ketenpartners op Urk, maar ook in bijvoorbeeld Lelystad wordt door deze capaciteitsmaatregel én door continuering van aanvullende maatregelen een omgeving geboden waarin de zorg – ook na gewijzigde omstandigheden – veilig kan plaatsvinden.

1.5 Voorbehoud precedentwerking

Dit advies is geen blauwdruk voor elke andere regio die hetzij een deelgebied heeft met een lange rijtijd naar het ziekenhuis, een lange ritduur van melding tot aankomst ziekenhuis of een lage meervoudige dekking. In regio Flevoland is sprake van een samenloop van gewijzigde factoren met een negatieve impact in gebieden met relatief (schaal Flevoland) veel inwoners. Dit maakt dat dit advies in zijn uitwerking uitsluitend geldig is voor de situatie ten gevolge van de sluiting van het IJsselmeerziekenhuis.

2 Lijst met afkortingen

Onderstaand volgt een opsomming van de in dit rapport gehanteerde afkortingen:

- AED Automatische Elektronische Defibrillator
- ALS Advanced Life Support
- ANW Avond Nacht en Weekend
- AWD Aanwezigheidsdienst
- BLS Basic Life Support
- CVA Cerebro Vasculair Accident
- Dam Dynamisch Ambulance Management
- DIA Directe Inzet Ambulance
- EHGVE Eerste Hulp Geen Vervoer
- FRS First Responder Systeem
- IAT Intra-arteriële behandeling
- IC Intensive Care
- IGJ Inspectie Gezondheid en Jeugd
- MKA Meldkamer Ambulance
- OK Operatiekamer
- PF Patiënten Federatie
- RAV Regionale Ambulance Voorziening
- RAVF Regionale Ambulancevoorziening Flevoland
- RIVM Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
- RRA Rapid Responder Ambulancezorg
- SAB Subarachnoïdale bloeding
- SEH Spoedeisende Eerste Hulp
- VWS Voorwaarde scheppende ritten

3 Achtergrond en werkwijze onderzoek

3.1 IJsselmeerziekenhuis

Op 25 oktober 2018 is het IJsselmeerziekenhuis in Lelystad failliet gegaan en in nasleep daarvan in november 2018 gesloten. Dit ziekenhuis was voor een groot deel van de inwoners van het noordelijk deel van de provincie Flevoland het dichtstbijzijnde ziekenhuis. Het IJsselmeerziekenhuis was 24/7 geopend voor het leveren van Level 3-zorg. Dit betekent dat patiënten er terecht konden voor verschillende soorten acute zorg waaronder acute verloskunde. Voor complexere zorg zoals multi- of groot trauma, neurochirurgie of acute cardiologie (interventie) waren patiënten en zorgverleners altijd al aangewezen op de verder gelegen ziekenhuizen. Voor het noordelijk deel van Flevoland was dat voornamelijk Zwolle.

Door het wegvallen van het IJsselmeerziekenhuis is een situatie ontstaan waarbij de locatie waar acute zorg kan worden verleend, voor veel inwoners van het noordelijk deel van Flevoland verder weg is komen te liggen.

3.2 Rol ambulancezorg na sluiting IJsselmeerziekenhuis

In het Nederlandse zorgsysteem is de ambulance op ALS-niveau een belangrijke schakel in die acute zorg. De ambulancezorg voorziet zowel in acute zorg ter plaatse als in zo snel mogelijk als verantwoord vervoer naar een ziekenhuis.

Om deze reden is bij het wegvallen van het IJsselmeerziekenhuis dan ook extra ambulancezorg ingezet. Het betreft initieel een tweetal ALS-ambulances (24/7) in het noordelijk deel van de regio. Doel van deze capaciteitsuitbreiding is om de langere rijtijd van plaats incident naar het ziekenhuis op te vangen. Bovendien gaan in de nieuwe situatie de ambulances bij vrijwel elke rit naar een ziekenhuis (Flevoziekenhuis in Almere uitgezonderd) de regio uit, waardoor zij niet zoals voorheen direct weer in het werkgebied inzetbaar zijn. In november 2018 is ook een extra zorgambulance (laagcomplex vervoer) ingezet. Deze is vanwege gebleken beperkte effectiviteit in maart 2019 weer afgeschaald.

Op basis van een motie in de Tweede Kamer⁹ heeft het ministerie van VWS¹⁰ opdracht gegeven zorg te dragen voor additionele ambulancecapaciteit. Achtergrond van deze opdracht van VWS zijn de zorgen die op Urk zijn ontstaan. Deze zorgen bij bijvoorbeeld huisartsen, verloskundigen en politiek komen voort uit de toegenomen afstand tot acute zorg in samenhang met de excentrische ligging van Urk ten opzichte van de rest van de Noordoostpolder c.q. Flevoland zoals die door betrokkenen wordt ervaren.

In genoemde motie heeft de Tweede Kamer uitgesproken 'dat Urk voor het cluster Noord van de RAV Flevoland de hoofdpoot moet worden, zodat er altijd voldoende ambulance en personeel beschikbaar zijn'. Verondersteld mag worden dat met de term 'hoofdpoot' bedoeld is: een locatie waar altijd ambulancecapaciteit gevestigd is en die wordt aangevuld zodra de betreffende ambulance ingezet wordt. VWS heeft deze motie dan ook vertaald in de opdracht om 24/7 een ambulance paraat te hebben op standplaats Urk en tevens te voorzien in een toereikende achterwachtfunctie.

RAV Flevoland heeft ingaand 2 januari 2019 zorggedragen voor 24/7 aanwezigheid van een ambulance op Urk.

⁹ Tweede Kamer; 22 november 2018.

¹⁰ VWS; 14515690184532-CZ; ongedateerd.

De Tweede Kamer heeft voorts aangegeven¹¹ dat de aanbevolen evaluatie¹² van deze extra ambulancecapaciteit op Urk niet beperkt moet blijven tot ‘praktische zaken zoals het aantal ritten, maar vooral ook naar de specifieke situatie van Urk en daarbij de veiligheid van de bevolking zwaar te laten wegen’.

3.3 Vertrekpunt evaluatie

Voor deze evaluatie van de extra ambulancecapaciteit op Urk is als vertrekpunt genomen, dat er vooralsnog geen wijziging komt in het aanbod van acute zorg. Dit betekent een situatie waarin de inwoners van het noordelijk deel van Flevoland zijn aangewezen op de ziekenhuizen in primair Sneek, Heerenveen, Harderwijk en Zwolle.

Dit vertrekpunt is niet alleen gekozen vanuit het oogpunt van de actuele situatie, maar ook vanwege de inhoud van het advies Toekomstverkenning zorg in Flevoland¹³ waarin wordt gesteld dat niet gestreefd moet worden naar herstel van de situatie zoals die voorafgaand aan de sluiting van het IJsselmeerziekenhuis was. En daarbij hoort het niet heropenen van SEH en/of afdeling acute verloskunde in Lelystad. Een motie¹⁴ die toch aanstuurt op een onderzoek naar het terugbrengen van een SEH, acute verloskunde en acute kindergeneeskunde naar het ziekenhuis in Lelystad, heeft geen meerderheid gehaald in de Tweede Kamer.

Kortom, tenzij andere ontwikkelingen plaatsvinden mag worden verwacht dat de status quo voor langere tijd zal gelden.

Voor deze evaluatie is eveneens als uitgangspunt gekozen dat de overige aanbevelingen zoals gedaan in de Toekomstverkenning zorg in Flevoland¹⁵ op enigerlei moment zullen worden geïmplementeerd. Dit uitgangspunt is van belang, omdat die overige aanbevelingen gaan over versterking van de verloskundige zorg (samenwerking, scholing, ondersteuning), over inzicht in de beschikbare zorgcapaciteit en over bijvoorbeeld zorgcoördinatie. Deze elementen zijn alle van belang voor verdere versterking van de zorg in Flevoland. In het kader van deze evaluatie is niet gemeten in hoeverre elk van deze elementen ook daadwerkelijk reeds is geïmplementeerd.

3.4 Doel van deze evaluatie

Deze evaluatie gaat over nut en noodzaak van de extra ambulance op Urk.

Deze evaluatie gaat dus niet over de twee extra ambulances die initieel al door RAV Flevoland zijn ingezet. Deze evaluatie gaat ook niet over de ambulancezorg in Flevoland als geheel.

Doel van deze evaluatie is dat uiteindelijk een verantwoorde keus kan worden gemaakt terzake de extra ambulance op Urk.

Tegelijk moet onder ogen worden gezien dat die ambulance niet los van het grotere geheel van zorgaanbod en zorgvraag in de regio kan worden beschouwd. Het is een element in het geheel. Dit gegeven vindt zijn weerslag in dit onderzoek en in het advies dat daaruit voortvloeit.

3.5 Opdrachtgever

De opdracht voor deze evaluatie is verstrekt door de partijen in het Lokaal Overleg, te weten RAV Flevoland en de beide zorgverzekeraars Zilveren Kruis en VGZ. Onderhavige rapportage is primair

¹¹ Tweede Kamer; motie 4 december 2019.

¹² Rapport toekomstverkenning zorg in Flevoland; IG&H; juli 2019.

¹³ IG&H; juli 2019.

¹⁴ Tweede Kamer; motie Van Gerven; 31 016; 4 december 2019.

¹⁵ IG&H; juli 2019; samengevat op pagina 11 van de Toekomstverkenning zorg in Flevoland.

bedoeld voor dit Lokaal Overleg. RAV en zorgverzekeraars rapporteren op basis van dit onderzoek vervolgens aan de Zorgtafel Flevoland.

3.6 Werkwijze van het onderzoek

Ten behoeve van dit onderzoek zijn twee sporen gevolgd.

Allereerst zijn interviews gehouden met verschillende betrokken partijen. Het betreft (een afvaardiging van) de volgende partijen:

- Gemeente Urk
- Verloskundigen verloskundepraktijk Madelief en een verloskundig actieve huisarts
- Huisartsenpraktijk Het Dok
- Patiënten Federatie
- First Responder Systeem Urk
- Management RAV Flevoland (GGD Flevoland)
- Zorgverzekeraars verantwoordelijk voor inkoop van ambulancezorg

Ter voorbereiding op deze interviews is gebruik gemaakt van de beschikbare documentatie rondom de ontwikkelingen van de zorg in Flevoland naar aanleiding van het wegvallen van het IJsselmeerziekenhuis. Documentatie en verkregen informatie uit de interviews geven goed zicht op de situatie en op de manier waarop deze situatie ervaren wordt en welke knelpunten worden onderkend.

De tweede invalshoek voor dit onderzoek is de analyse van de relevante ritteninformatie over de periode 1 januari 2017 tot en met 30 november 2019 zoals verkregen van RAV Flevoland. Hierbij is tevens de samenhang van de ontwikkeling in de ambulancecapaciteit gezien net zoals bijvoorbeeld de wijze van aansturing van de capaciteit. Ook is de capaciteitsontwikkeling in kaart gebracht evenals rijafstanden en de extra inzet in het licht van de extra capaciteit.

Per saldo is hiermee een basis verkregen voor het advies zoals verwoord in dit rapport (H1.3).

4 Bereikbaarheid ziekenhuizen

4.1 Welk ziekenhuis?

De inwoners van Flevoland zijn primair aangewezen op het IJsselmeerziekenhuis in Lelystad en voorts op het Antoniusziekenhuis in Sneek, de Tjongerschans in Heerenveen, St. Jansdal in Harderwijk en Isala in Zwolle. Het Tergooi-ziekenhuis in Blaricum/Hilversum, Universitair Medisch Centrum Utrecht en Amsterdam Medisch Centrum zijn met name voor het zuidelijke deel van Flevoland relevant. Deze ziekenhuizen bieden niet alle dezelfde zorg. Voor complexe zorg (Level 1) zoals multi- of groot trauma, neurochirurgie of acute cardiologie (interventie) was en is Flevoland aangewezen op Zwolle, Utrecht en Amsterdam. Dit wordt zichtbaar in de navolgende tabel¹⁶:

	Lelystad	Almere	Blaricum – Hilversum	Utrecht	Amsterdam	Harderwijk	Zwolle	Sneek	Heerenveen
Basis SEH	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Acute Cardiologie (interventie)	-	-	+/-	+	+	-	+	-	-
Acute Neurologie (CVA)	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Acute Neurologie (SAB en IAT)	-	-	-	+	+	-	+	-	-
Acute Vaatchirurgie	-	-	+/-	+	+	dag	+	-	-
Acute Verloskunde	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Acute Kindergeneeskunde	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Traumaopvang	L3	L3	L3	L1	L1	L3	L1	L3	L3
Brandwonden	Afhankelijk van aard naar gespecialiseerd ziekenhuis								

In onderstaande tabel¹⁷ wordt zichtbaar hoe de patiëntenstroom vanuit heel Flevoland naar de ziekenhuizen zich heeft ontwikkeld:

	Lelystad	Almere	Blaricum - Hilversum	Utrecht	Amsterdam	Harderwijk	Zwolle	Sneek	Heerenveen	Totaal
2017										
A1	2.494	4.260	171	26	288	478	397	199	80	8.393
A2	1.600	2.420	70	37	230	290	203	243	31	5.124
B	798	889	392	39	653	96	126	65	7	3.065
	4.892	7.569	633	102	1.171	864	726	507	118	16.582
Aandeel spoed	30%	49%	2%	0%	4%	6%	4%	3%	1%	
Aandeel planbaar	26%	29%	13%	1%	21%	3%	4%	2%	0%	
2018										
A1	1.964	3.533	225	25	275	493	463	179	85	7.242
A2	1.757	2.774	115	38	238	509	276	287	57	6.051
B	809	978	309	49	611	224	163	74	15	3.232
	4.530	7.285	649	112	1.124	1.226	902	540	157	16.525
Aandeel spoed	28%	47%	3%	0%	4%	8%	6%	4%	1%	
Aandeel planbaar	25%	30%	10%	2%	19%	7%	5%	2%	0%	
2019 (t/m november)										
A1	136	3.659	194	33	284	1.354	610	308	153	6.731
A2	207	2.962	71	32	177	1.434	343	373	114	5.713
B	193	845	244	33	378	434	85	80	20	2.312
	536	7.466	509	98	839	3.222	1.038	761	287	14.756
Aandeel spoed	3%	53%	2%	1%	4%	22%	8%	5%	2%	
Aandeel planbaar	8%	37%	11%	1%	16%	19%	4%	3%	1%	

Vorenstaande tabel geeft een goed beeld van de ontwikkeling van de vervoerstroombaan in heel Flevoland.

¹⁶ Bron: opgave RAV Flevoland

¹⁷ Tabel bevat alleen de voor dit beeld relevante ritten. Het beperkte aantal ritten dat niet naar één van de genoemde locaties is gereden, is buiten beschouwing gelaten. Hierdoor en door de afwijkende periode voor 2017 en 2018, sluit de inhoud van deze tabel niet aan op die van H7.1.1.

De toename van het aantal ritten naar Almere en vooral Harderwijk vindt zijn oorsprong in de plaatsen Biddinghuizen, Dronten, Lelystad en Swifterbant (cluster Midden).

De vervoersstroom in cluster Noord is weergegeven in navolgende tabel. Deze vervoersstroom richt zich in 2019 veel meer dan voorheen op Zwolle, Sneek en Heerenveen:

	Blaricum -									
	Lelystad	Almere	Hilversum	Utrecht	Amsterdam	Harderwijk	Zwolle	Sneek	Heerenveen	Totaal
2017										
A1	461	4	0	0	7	0	293	198	80	1.043
A2	301	1	0	0	7	1	131	241	31	713
B	67	4	0	2	9	3	31	62	5	183
	829	9	0	2	23	4	455	501	116	1.939
Aandeel spoed	43%	0%	0%	0%	1%	0%	24%	25%	6%	
Aandeel planbaar	37%	2%	0%	1%	5%	2%	17%	34%	3%	
2018										
A1	414	5	1	1	7	8	327	179	84	1.026
A2	297	6	0	2	7	7	189	286	55	849
B	59	12	0	0	9	5	55	67	12	219
	770	23	1	3	23	20	571	532	151	2.094
Aandeel spoed	38%	1%	0%	0%	1%	1%	28%	25%	7%	
Aandeel planbaar	27%	5%	0%	0%	4%	2%	25%	31%	5%	
2019 (t/m november)										
A1	0	6	0	2	2	14	436	306	150	916
A2	1	14	0	1	3	24	232	372	113	760
B	5	3	0	0	2	4	36	72	7	129
	6	23	0	3	7	42	704	750	270	1.805
Aandeel spoed	0%	1%	0%	0%	0%	2%	40%	40%	16%	
Aandeel planbaar	4%	2%	0%	0%	2%	3%	28%	56%	5%	

Conclusies uit beide tabellen: het aantal ritten naar een locatie buiten de regio neemt toe (1) en anders dan cluster Midden is cluster Noord niet georiënteerd op Harderwijk maar juist op Zwolle, Sneek en Heerenveen (2).

4.2 Rijafstand ziekenhuizen

Het RIVM hanteert een rijtijdenmodel¹⁸ waarin de modelmatige rijtijd is opgenomen van elk postcodegebied naar elk ander postcodegebied in Nederland. Dit model werkt met een gemodelleerde rij snelheid voor elk type weg ontleend aan de werkelijk gerealiseerde snelheid op dit type weg op geaggregeerd niveau voor heel Nederland. Dit model wordt bijvoorbeeld ook gebruikt voor de analyse gevoelige ziekenhuizen. Het model geeft dus niet met absolute juistheid de rijafstand tussen twee postcodegebieden aan, maar is bedoeld om de werkelijkheid zo goed en handzaam mogelijk te modelleren.

Toepassing van dit model (2016) op de rijafstand naar de verschillende ziekenhuizen geeft het volgende beeld voor die inwoners die - toen het ziekenhuis in Lelystad nog open was - in het adherentiegebied van Lelystad vielen. In deze tabel is de kortste rijtijd (niet zijnde Lelystad) gearceerd weergegeven terwijl ook het verschil ten opzichte van de rijtijd naar Lelystad is opgenomen:

¹⁸ Rijtijdenmodel RIVM 2016; met toestemming gebruikt.

Inwoners		Almere	Harderwijk	Heerenveen	Zwolle	Blaricum	Hilversum	Sneek	Lelystad	2e optie		
Plaats	2015 PC_VAN	1315	3844	8441	8025	1261	1213	8601	8233	min rijtijd	extra rijtijd	
LELYSTAD	260	8211	22,8	23,7	38,6	34,0	26,0	32,6	41,1	7,3	22,8	15,5
LELYSTAD	4.635	8212	20,0	20,2	41,5	35,9	23,3	29,8	44,1	4,0	20,0	16,0
LELYSTAD	245	8218	20,0	16,2	44,5	36,3	20,1	26,6	47,1	7,2	16,2	9,0
LELYSTAD	2.540	8219	18,3	18,5	42,4	35,5	21,6	28,2	44,9	4,3	18,3	14,1
LELYSTAD	10	8221	21,7	22,7	37,5	32,9	25,0	31,6	40,1	6,3	21,7	15,4
LELYSTAD	170	8222	22,1	22,9	37,9	33,3	25,4	32,0	40,4	5,4	22,1	16,7
LELYSTAD	5.005	8223	21,5	21,7	40,7	36,1	24,7	31,3	43,2	4,2	21,5	17,3
LELYSTAD	6.900	8224	19,7	20,0	41,6	37,0	23,0	29,6	44,1	2,7	19,7	17,1
LELYSTAD	8.195	8225	18,9	19,1	43,0	35,8	22,2	28,8	45,6	2,0	18,9	16,9
LELYSTAD	9.655	8226	17,6	17,8	41,7	35,8	20,8	27,4	44,2	2,4	17,6	15,2
LELYSTAD	4.875	8231	20,8	21,0	41,0	36,5	24,1	30,7	43,6	3,1	20,8	17,8
LELYSTAD	6.815	8232	19,4	19,6	42,2	37,6	22,7	29,3	44,7	1,7	19,4	17,8
LELYSTAD	650	8233	18,1	18,3	42,2	37,2	21,3	27,9	44,7	0,0	18,1	18,1
LELYSTAD	175	8239	17,6	17,8	41,6	36,9	20,8	27,4	44,2	2,9	17,6	14,7
LELYSTAD	1.140	8241	23,1	24,9	39,7	35,2	27,2	33,8	42,3	7,0	23,1	16,1
LELYSTAD	6.075	8242	20,7	22,0	41,2	36,6	25,1	31,7	43,7	4,1	20,7	16,6
LELYSTAD	9.525	8243	20,5	20,7	42,6	38,1	23,7	30,3	45,2	2,7	20,5	17,8
LELYSTAD	4.265	8244	19,2	23,9	43,7	39,2	26,9	33,5	46,3	5,9	19,2	13,3
LELYSTAD	5.280	8245	18,9	19,1	42,9	38,2	22,1	28,7	45,5	2,1	18,9	16,8
DRONTEN	12.610	8251	29,9	21,0	40,0	22,9	31,2	37,8	42,6	14,9	21,0	6,1
DRONTEN	6.030	8252	28,7	20,7	42,2	25,6	30,4	36,9	44,8	13,8	20,7	7,0
DRONTEN	8.410	8253	29,6	22,9	38,5	24,5	31,3	37,9	41,1	14,7	22,9	8,2
DRONTEN	680	8254	30,4	21,4	40,3	23,3	31,6	38,2	42,8	15,4	21,4	6,0
SWIFTERBANT	6.490	8255	26,7	25,4	33,9	27,4	30,0	36,6	36,4	14,7	25,4	10,7
EMMELOORD	2.055	8301	33,8	34,7	24,3	28,5	37,1	43,6	26,8	21,7	24,3	2,6
EMMELOORD	9.665	8303	33,7	34,6	24,7	29,7	36,9	43,5	27,2	21,6	24,7	3,1
EMMELOORD	3.540	8304	33,4	34,4	25,1	27,7	36,7	43,3	27,7	21,4	25,1	3,8
EMMELOORD	315	8305	36,1	37,0	24,0	29,0	39,3	45,9	26,6	24,0	24,0	0,0
NAGELE	1.910	8308	29,8	30,7	28,3	25,7	33,0	39,6	30,8	17,7	25,7	8,1
TOLLEBEEK	2.445	8309	34,0	35,0	29,0	30,3	37,3	43,9	31,6	21,9	29,0	7,1
SCHOKLAND	5	8319	32,5	33,4	29,9	24,1	35,7	42,3	32,5	20,4	24,1	3,8
URK	13.950	8321	32,2	33,2	31,1	32,4	35,5	42,1	33,6	20,2	31,1	10,9
URK	5.755	8322	32,7	33,6	30,2	32,9	35,9	42,5	32,8	20,6	30,2	9,6

Het inwoneraantal in deze postcodegebieden bedraagt ruim 150.000. Effect van sluiting van het IJsselmeerziekenhuis is, dat ruim 150.000 inwoners zijn aangewezen op de acute zorg zoals geboden in een verder gelegen ziekenhuis. De gemiddelde extra rijtijd¹⁹ is 12,1 minuut. Voor de inwoners van Urk is dit iets minder (modelmatig: 10-11 minuten, een proefrit wijst uit: 8-9 minuten).

Voor ruim 30.000 inwoners van Flevoland was het IJsselmeerziekenhuis het tweede prioritaire ziekenhuis.

Conclusie hieruit is derhalve dat ritten een langere rijtijd tot aankomst ziekenhuis vergen (3).

Omdat de rijtijden in het model modelmatig zijn, heeft RAV Flevoland ten behoeve van dit onderzoek een drietal proefritten uitgevoerd. Deze proefritten zijn op 14 januari 2020 uitgevoerd en volgens opgave van RAV Flevoland gereden alsof een patiënt en een ambulanceverpleegkundige zich in het achter-compartiment van de ambulance bevonden waarbij tevens de binnen de sector geldende richtlijnen voor het rijden van een A1-rit onder OGS²⁰ zijn gevolgd. De uitkomst van deze proefritten is als volgt²¹:

- Vuurtoren Urk naar voormalig IJsselmeerziekenhuis Lelystad: 22 minuten
- Vuurtoren Urk naar Tjongerschans Heerenveen: 30 minuten
- Vuurtoren Urk naar Isala Zwolle: 31 minuten

¹⁹ Betreft uitsluitend rijtijd en bevat geen meldtijd en/of uitruktijd.

²⁰ Optische en Geluidssignalen.

²¹ Met een gewone auto is deze ritduur 24, 36 respectievelijk 39 minuten en voor Antoniusziekenhuis Sneek 38 minuten. Locatie Vuurtoren is gekozen vanwege ligging ver van snelweg A6. Een rit vanaf een alternatief vertrekadres (Vlechtuinen) heeft dezelfde rijtijd uitgewezen. Geconcludeerd mag worden dat dit dan ook geldt voor de ALS onder OGS.

Deze rittijden zijn representatief voor het moment waarop en vooral de omstandigheden waaronder de ritten gereden zijn. Tegelijk geeft dit een goede aanvulling op de tijden volgens het rittijdenmodel van het RIVM.

Conclusie hieruit is dat, door het wegvallen van het IJsselmeerziekenhuis, de rijtijd voor cluster Noord ten behoeve van bijvoorbeeld acute verloskunde is toegenomen met in elk geval 8 minuten (4). De acute verloskunde is in de nieuwe situatie veelal gericht op Sneek, hetgeen een nog net iets langere rijtijd vergt (rijtijdentabel: 33 tot 34 minuten) van 11 tot 12 minuten. Deze focus op Sneek wordt onder meer ingegeven door de contacten met de polikliniek van Sneek in Emmeloord. In geval van noodzaak kan de bemanning van de ambulance alsnog kiezen voor het dichterbij gelegen Heerenveen.

4.3 De 45-minuten grens

In alle discussies rondom de veranderingen in het zorglandschap van Flevoland, wordt veelvuldig het 45-minuten criterium aangehaald.

Dit criterium wordt door RIVM gehanteerd in de Bereikbaarheidsanalyse gevoelige ziekenhuizen²². Een ziekenhuis is 'gevoelig' als sluiting ervan resulteert in een toenemend aantal inwoners van Nederland dat niet in 45 minuten naar een SEH gebracht kan worden. Hierbij wordt gerekend met een modelmatige tijdsduur die bestaat uit drie minuten uitruktijd, een inlaadtijd (behandeltijd) van vijf minuten en een gezamenlijke aanrij- en vervoerstijd van 37 minuten. Dit model wordt gebruikt als spreidingstoets. Het is geen prestatienorm voor de ambulancezorg. Of die uitruktijd of inlaadtijd al dan niet wordt gehaald, is niet van invloed op (de uitkomsten van) het model. Deze spreidingstoets gaat immers over bereikbaarheid. En die is gelegen in de combinatie van aanrijtijd en ritduur. Voor Urk is de rijtijd met ambulance naar de dichtstbijzijnde SEH in 30 minuten mogelijk (H4.2). Voor de aanrijtijden naar plaats incident hanteert het RIVM de werkelijke standplaatsen. Voor Flevoland is dat onder meer Urk²³. Deze standplaats heeft een aanrijtijd van 0 tot 2,9 minuten naar de beide postcodegebieden van Urk. Dit levert een modelmatige uitkomst uit van circa 33 minuten. Deze uitkomst valt onder de norm ad 37 minuten (aanrij- en vervoerstijd). De conclusie dat het IJsselmeerziekenhuis voor de inwoners van Urk en omgeving volgens deze meetsystematiek geen 'gevoelig' ziekenhuis is, lijkt daarmee gerechtvaardigd.

De minister van VWS schrijft in zijn Adviesaanvraag heroverweging 45-minutennorm²⁴ dat deze norm geen medische onderbouwing kent. De minister beschouwt de norm meer als een maatschappelijk norm en geenszins als een prestatienorm waarbij geldt dat elke patiënt in 45 minuten op de SEH moet worden gepresenteerd. Om juist veel meer tot een medisch onderbouwde norm te komen, heeft de minister aan de Gezondheidsraad gevraagd om advies terzake.

Conclusie uit dit hoofdstuk is derhalve dat de 45-minutengrens (eigenlijk 37-minuten totale rijtijd) geen medische onderbouwing kent (1) maar ook dat zij in geval van aanwezigheid van een ambulance met een rijtijd tot circa 7 minuten vanaf centrum Urk, nog steeds gehaald wordt (2).

²² RIVM; Bereikbaarheidsanalyse SEH's en acute verloskunde 2019; 2 juli 2019.

²³ Zie pagina 8 van genoemde bereikbaarheidsanalyse.

²⁴ VWS; Adviesaanvraag heroverweging 45-minutennorm; 1500029-188327-CZ; d.d. 20 maart 2019.

5 Interviews

Ten behoeve van dit onderzoek zijn meerdere betrokken partijen geïnterviewd. In het navolgende is een korte weergave van elk interview opgenomen. De inhoud van deze hoofdstukken is voorafgaand aan het definitief maken van dit rapport, gelezen en geaccordeerd door betrokkenen.

Deze weergave beschrijft de beelden van de geïnterviewde personen²⁵ en daarmee wordt een achtergrond verkregen bij de situatie als geheel. Deze beelden zijn niet per definitie ook in overeenstemming met de andere hoofdstukken van dit rapport. Wel dragen zij mee bij aan de conclusies van het onderzoek.

5.1 Interview gemeente Urk

De inwoners van Urk hebben door de jaren heen te maken gekregen met een dubbele teleurstelling. Eerst sluiting van de locatie Emmeloord (2009) en nu volgt het ziekenhuis in Lelystad (2018). De concentratie van zorgaanbod in Lelystad heeft niet tot versterking van dit ziekenhuis geleid. Dit lag mede besloten in de komst van de polikliniek van Sneek naar Emmeloord (2008). Het adherentiegebied van Lelystad is hierdoor per saldo afgenomen wat niet heeft bijgedragen aan het voortbestaan van het IJsselmeerziekenhuis.

De ambulancezorg werd op regionaal niveau altijd als voldoende beschouwd. Maar in kernen als Zeewolde en ook Urk waren de prestaties in de periode voorafgaand aan sluiting van het ziekenhuis niet toereikend. Toepassing van Dynamisch Ambulance Management (DAM) maakt dat de ambulances steeds over de regio gespreid staan en stonden. Als gevolg van sluiting van het ziekenhuis in Emmeloord (2009) kreeg GGD Flevoland, mede als gevolg van de geografische ligging van Urk, de beschikking over een extra ambulance. Toen destijds plannen gerealiseerd werden om deze extra ambulancepost aan de Abtsweg te huisvesten (voormalige VWS-locatie) bood de gemeente Urk grond aan (locatie Malzwin) om de post binnen de gemeentegrens te realiseren. Ondanks deze gemeentelijke investering was deze locatie regelmatig niet bezet en werd ook niet aangevuld. Hierdoor ontstonden alsnog langere aanrijtijden in geval van een incident op Urk.

Door sluiting van het IJsselmeerziekenhuis vergt toegang tot de zorg nu een aanmerkelijk langere reistijd. Dit geldt de acute zorg die wordt bereikt per ambulance, maar ook de bereikbaarheid per gewone auto en vooral openbaar vervoer. De inwoners kunnen nu kiezen voor het grootschaliger ziekenhuis in Zwolle of het kleinschaliger ziekenhuis in Sneek. Bij die laatste keus is echter een doorverwijzing naar het nog verder gelegen MCL in Leeuwarden niet uit te sluiten. Kortom, de zorg is voor de 20.000 inwoners van Urk verder weg komen te liggen.

Vanuit de gemeente Urk worden initiatieven bevorderd om doorverwijzing te voorkomen en/of te verminderen. En verdere verbeteringen in bijvoorbeeld samenwerking tussen zorgaanbieders zijn denkbaar. Voor de acute zorg is dit echter geen oplossing. Daar telt de langere duur totdat men in het ziekenhuis is nadrukkelijk. Dit betekent dat een aanrijtijd van de ambulance van vijftien minuten (of soms meer) in combinatie met een langere rijtijd naar het ziekenhuis, als onveilig en dus onacceptabel wordt geacht. Een vergelijking met bijvoorbeeld de Waddeneilanden gaat niet op; niet alleen door de vaste kern van meer eigen inwoners op Urk maar vooral door het grote aantal geboorten. Bovendien is het wegvallen van het zorgaanbod de inwoners van Urk ineens overkomen terwijl wonen op de Waddeneilanden een keus is.

Als het uitgangspunt is dat er geen SEH-voorziening in de buurt van Lelystad (A6-ziekenhuis bijvoorbeeld) komt, dan dient op z'n minst snelle toegang tot de nu verder gelegen acute zorg ingericht

²⁵ Zie bijlage voor namen van geïnterviewde personen.

te zijn. Huisartsen en verloskundigen moeten ervan overtuigd kunnen zijn dat ze veilige zorg leveren. Het risico dat zij zich vanwege de kwaliteit van de omringende zorgketen niet meer zeker voelen en daardoor afhaken, is niet ondenkbeeldig. Dit zou negatief zijn voor de reguliere zorgverlening. Naast snelle toegang tot acute zorg, vergt dit ook het inrichten van sterke ketenafspraken en bijvoorbeeld een altijd beschikbare back-up/achterwacht-functie van een gynaecoloog.

De mogelijke komst van Spoedplein Emmeloord maar ook het bevalcentrum in Lelystad lijken door hun benaming wel als ondersteuning voor deze problematiek te dienen, maar feitelijk is hier sprake van laagcomplex zorg. En daarmee wordt dit niet als een oplossing voor het op Urk ervaren probleem gezien. Qua verwachtingsmanagement is het zaak om vooral duidelijk te zijn in het benoemen van oplossingen; verhullend woordgebruik draagt niet bij aan vertrouwen.

Aanwezigheid van de FRS (H5.5: First Responder Systeem) biedt een gevoel van veiligheid. Maar dit is geen oplossing voor het probleem van de toegenomen afstand tot het ziekenhuis. De komst van het reanimatie-netwerk van HartslagNu, de aangescherpte kwaliteitseisen rondom positionering en bekwaamheid van de first responders in samenhang met het in 2019 stationeren van een vaste ambulance op Urk, heeft impact op de (toekomstige) functie van de FRS. Ook daarom is het van belang dat er zicht komt op een definitieve oplossing.

De gemeente Urk ziet naast de beschikbaarheid van de ambulance ook spoedige verbreding van de N50 richting Zwolle als belangrijke bijdrage aan toegang tot de acute zorg.

De gemeente Urk worstelt met het verantwoordelijkheidsvraagstuk. Wie wordt er aangesproken als er iets gebeurt met bijvoorbeeld moeder en/of kind waarbij de oorzaak is gelegen in de langere rijtijd?

De gemeente Urk wil een professionele afweging van het vraagstuk rondom het al dan niet blijven van de ambulance op Urk. Hierbij ziet zij ook dat het lastig is uit te leggen om de ambulance vast te zetten op Urk, terwijl bijvoorbeeld in Nagele of Tollebeek een incident is en de ambulance van Emmeloord een langere aanrijtijd heeft. Het gaat om het continueren van ambulancezorg door het aanwijzen van Urk als ‘hoofdpost’²⁶.

5.2 Interview verloskundigenpraktijk Madelief en verloskundig actieve huisarts

De verloskundige zorg op Urk wordt geleverd door verloskundigenpraktijk Madelief en door een drietal huisartsenpraktijken, te weten Steenbank, Grote Fok en De Noord.

De gemeente Urk kent het hoogste geboortecijfer van Nederland²⁷ en telt jaarlijks circa 400 bevallingen. Tot aan sluiting van het IJsselmeerziekenhuis was het aantal thuisbevallingen relatief hoog. Voor acute verloskunde was dit ziekenhuis 24/7 beschikbaar. Ook voor poliklinisch bevallen kon men hier in bijna alle gevallen terecht.

In de situatie dat het ziekenhuis geopend was, voelden verloskundigen en verloskundig actieve huisartsen zich redelijk comfortabel qua rijtijd. In een spoedgeval kon de ambulance het ziekenhuis in ruim 20 minuten bereiken (H4.2: 22 minuten). In geval de ambulance op Urk aanwezig was, was de patiënt snel in het ziekenhuis. In die gevallen dat de ambulance van een andere locatie moest komen – zeker als de aanrijtijd langer dan vijftien minuten was - werd de langere wachttijd wel als knelpunt ervaren.

²⁶ Met ‘hoofdpost’ wordt door de gemeente Urk bedoeld: een locatie waar een ambulance aanwezig is en die bij inzet ook direct wordt aangevuld.

²⁷ <https://www.cbs.nl/achtergrond/2018/21/vrouwen-in-urk-krijgen-de-meeste-kinderen>.

Voor poliklinische bevallingen werd de reistijd naar Lelystad per gewone auto eveneens niet als een knelpunt ervaren (H4.2: 24 minuten).

De fase waarin het ziekenhuis in Lelystad al was gesloten, maar er nog geen gegarandeerde ambulancezorg op Urk beschikbaar was, is door betrokkenen als chaotisch en onveilig ervaren. Het aantal thuisbevallingen is sterk afgenomen vanwege het mogelijke risico op complicaties. Incidenten met dodelijke afloop hebben zich niet voorgedaan. Wel hebben zich meerdere kritieke situaties met ernstige complicaties voorgedaan²⁸.

In de actuele situatie is de acute verloskunde veelal georiënteerd op het ziekenhuis in Sneek. Met dit ziekenhuis zijn afspraken gemaakt over capaciteitsmanagement. Ook poliklinisch wordt gebruik gemaakt van de faciliteiten in Sneek. Dit temeer, omdat eventuele nazorg in de gelieerde polikliniek in Emmeloord kan plaatsvinden.

De langere rijtijd naar Sneek (H4.2: 33-34 minuten) heeft in de acute situatie als effect dat de patiënt later hulp krijgt. Ingeval van acute verloskunde, is de zorg die in de ambulance kan worden geleverd zeer beperkt. De patiënt heeft behoefte aan ziekenhuiszorg en veelal een operatiekamer. Vanwege dezelfde reden is ook de inzet van de FRS (H5.5) in deze gevallen geen oplossing. Deze extra rijtijd – samen met de lange aanrijtijd in geval er geen ambulance op Urk staat - wordt door betrokken zorgaanbieders als onveilig ervaren. Aanwezigheid van de ambulance op Urk vermindert dit gevoel van onveiligheid wel, maar doet niets af aan de langere rijtijd naar het ziekenhuis. Deze situatie wordt als suboptimaal ten opzichte van de situatie voorafgaand aan sluiting gezien.

De rijafstand naar het ziekenhuis heeft ook gevolgen voor de poliklinische bevallingen. Aanstaande moeders kiezen vaker voor een poliklinische bevalling. Bovendien wordt ook tijdens het bevalproces thuis, eerder dan voorheen alsnog besloten naar het ziekenhuis te gaan. Hierdoor is de verloskundige langer niet aanwezig op Urk. Dit heeft geleid tot de inzet van een extra dienstdoende verloskundige om wel de verloskundige zorg op Urk zelf te kunnen bieden. Tegelijkertijd merken de verloskundigen dat de ziekenhuisbevalling stress-verhogend werkt, waardoor de bevalling als geheel langer duurt dan in de thuissituatie²⁹.

Verloskundigen zien tevens een zorgpunt ten aanzien van de continuïteit van de praktijkinvulling. Doordat meer diensten gedraaid worden, is extra capaciteit nodig. Deze extra verloskundigen zijn niet allen beschikbaar op Urk en daarom wordt deze capaciteit deels ingevuld met verloskundigen van elders. De vraag leeft, hoe houdbaar dit model is.

Betrokkenen zien het aangekondigde geboortecentrum in Lelystad niet als een oplossing voor de zorgvraag op Urk. Dit, omdat daar feitelijk de thuissituatie wordt nagebootst. Er is geen sprake van daadwerkelijk extra faciliteiten.

Voor verloskundigen en verloskundig actieve huisartsen is de snelle toegang tot acute medische zorg van groot belang. Nu die zorg meer op afstand is komen te liggen, wordt directe beschikbaarheid van de ambulance als noodzakelijk gezien.

5.3 Interview huisartsenpraktijk Het Dok

Op Urk zijn meerdere huisartsenpraktijken werkzaam. Huisartsenpraktijk Het Dok werkt voor de invulling van de avond-, nacht- en weekenddiensten samen met de Huisartsenpost Emmeloord. Hiertoe

²⁸ Ter illustratie zie bijlage bijna-incidenten verloskunde Urk bij brief van wethouder Urk aan IGJ; 21 november 2019.

²⁹ Data van de ontwikkelingen zoals beschreven in deze alinea, zijn niet beschikbaar.

wordt deels gewerkt vanuit Urk. De andere drie huisartsenpraktijken (Steenbank, Grote Fok en De Noord) werken onderling samen voor het leveren van de ANW-diensten.

De kwaliteit van het ziekenhuis in Lelystad werd in het verleden als goed ervaren. De samenwerking met de SEH, maar ook de wijze van organisatie, het omgaan met afspraken en ook de werkafspraken met bijvoorbeeld gynaecologen, werden positief gewaardeerd.

Voor acute zorg kon men 24/7 terecht bij het IJsselmeerziekenhuis. Niet alle patiënten gingen naar Lelystad. Voor hoogcomplexere zorg zoals bij groot- of multitrauma maar ook voor cardiologie (interventie) was men ook voorafgaand aan sluiting van Lelystad al aangewezen op Isala in Zwolle.

De huisartsen kunnen zich enkele gevallen herinneren waarbij de ambulance in het verleden niet op Urk aanwezig was en er dus sprake was van een lange(re) wachttijd. Vooral in dergelijke gevallen was de FRS (H5.5) van meerwaarde.

In de situatie na sluiting IJsselmeerziekenhuis is onmiskenbaar sprake van een langere rijtijd totdat de patiënt in het ziekenhuis is. Voor meerdere aandoeningen begint de noodzakelijke acute zorgverlening echter al in de ambulance. Ook voor cardiologie waarbij men altijd al naar Zwolle reed. Specifiek voor acute verloskunde en voor neurologie (interventie) is echter de ambulance vooral een vervoermiddel. De patiënt in kwestie heeft een operatiekamer of scanner nodig en die is nu verder weg dan voorheen. Vooral in die gevallen wordt het niet aanwezig zijn van een ambulance op Urk en daardoor een langere wachttijd, als bezwarend ervaren.

De huisartsen realiseren zich dat continue bezetting van de post Urk ook resulteert in veel lege uren voor de ambulancemedewerkers (H8). Alternatieve aanwending van die uren in de vorm van bijvoorbeeld werkzaamheden als Verpleegkundig Specialist zou voor hen een mogelijke oplossing voor dit probleem kunnen zijn.

De huisartsen zijn van oordeel dat de door hen in ontwikkeling zijnde ‘anderhalve-lijns-zorg’ waarbij de kennis van de specialist direct in het begintraject van een behandeling reeds wordt betrokken, gericht is op het voorkomen van ziekenhuiszorg waar mogelijk en tegelijkertijd op het direct insturen van de patiënt waar noodzakelijk. Daarom heeft deze ontwikkeling geen relatie met de vraag naar de inzet van de ambulance op Urk.

5.4 Interview Patiënten Federatie

In de Patiënten Federatie (PF) zijn de inwoners van elke gemeente van Flevoland vertegenwoordigd. De PF is tevens vertegenwoordigd aan de Zorgtafel Flevoland.

Diverse ontwikkelingen in de 1^e lijns-zorg op Urk (praktijkondersteuners, anderhalve-lijns-zorg) worden door PF als positief ervaren. Tegelijk zijn nog verbeteringen mogelijk op bijvoorbeeld het punt van samenwerking.

Ziekenhuis Lelystad was een belangrijke locatie voor de inwoners van Urk. Feitelijk ging de ambulance alleen naar Zwolle ingeval van een specifieke zorgvraag. De iets langere aanrijtijd van de ambulance in het verleden als gevolg van toepassen van Dynamisch Ambulance Management (H7.4), was acceptabel in het licht van de relatief korte rijtijd naar Lelystad (H4.2: 22 minuten).

Toegang tot die acute zorg is belangrijk voor Urk; onder meer door het hoge aantal geboorten maar ook door bijvoorbeeld het hoge aantal ongevallen en / of ziekenhuisopnames als gevolg van aanrijdingen. En als die zorg verder weg komt te liggen (H4.2: nu 31-34 minuten), dan moet snelle toegang tot het vervoer er naar toe gegarandeerd zijn.

De functie van de FRS (H5.5) is veranderd nu er een ambulance op Urk staat. Vaak is de ambulance er nu eerder. Ook de komst van de vrijwilligers van HartslagNu, gericht op reanimatie, heeft impact op de functie van FRS. De uitkomst van de evaluatie van de extra ambulance op Urk, is tevens van belang voor de toekomstige positionering van de FRS.

De PF vraagt aandacht voor capaciteitsmanagement in de ziekenhuizen. Isala is voor een heel aantal aandoeeningen van belang voor de Noordoostpolder. Maar ook het achterland van Isala in Overijssel doet een toenemend beroep op de capaciteit van Isala. Lange wachtrijen moeten worden voorkomen.

Naar oordeel van de PF dienen de actuele ontwikkelingen in de 1^e-lijns-zorg op Urk eerst verder te worden uitgebouwd. Ook is behoefte aan duidelijke afspraken rondom het eerder op transport kunnen stellen van patiënten. Pas daarna kan sprake zijn van een meer flexibele beschikbaarheid van de ambulance op Urk richting de omgeving. Wel dient in die eindsituatie de capaciteit in de Noordoostpolder als geheel, groter te zijn dan voorheen. Bovendien vraagt de PF aandacht voor het meewegen in de benodigde ambulancecapaciteit van de incidenten op het IJsselmeer. Deze aantallen (met een lang tijdsbeslag) nemen toe en waar de inzet voorheen door de FRS plaatsvond, wordt dat sinds enige jaren door de RAV gedaan.

De PF ziet het inrichten van een bevalcentrum in Lelystad niet als oplossing voor de problematiek op Urk. Er is behoefte aan acute verloskunde.

De PF verwoordt dat sprake is van een ‘dubbele teleurstelling’ door de sluiting van het IJsselmeerziekenhuis, voorafgegaan door de sluiting van locatie Emmeloord. Dit betekent naar oordeel van de PF, dat de evaluatie van nut en noodzaak van de extra ambulance op Urk moet bijdragen aan meer vertrouwen. Het gevoel van veiligheid van 20.000 inwoners moet mede hierdoor weer toenemen.

5.5 Interview Stichting First Responder Systeem (FRS)

Bij het stopzetten van de Rode Kruis-ambulance die op Urk was gestationeerd tot 1998, is vanuit de inwoners van Urk een systeem van first responders geactiveerd. De functie van deze first responders wordt ingevuld door een groep vrijwilligers en de gezamenlijke huisartsen. De dienstdoende huisarts levert BLS en ALS-zorg. De vrijwilligers leveren assistentie op BLS-niveau. De FRS draagt zelf zorg voor de bekwaamheid via periodieke scholing en oefening. Deze bekwaamheid wordt getoetst in assessments. De FRS beschikt over een eigen volledig ingericht ALS-voertuig. De FRS vervoert echter niet. Het voertuig dient vooral om snel ter plaatse te zijn en bevat voorts dezelfde materialen als de ambulance van de RAV, gericht op eventuele uitwisseling.

De FRS heeft een convenant met de RAV³⁰ waarin de wederzijdse werkafspraken en verantwoordelijkheden zijn vastgelegd. Die werkafspraken betreffen de alarmering, de communicatie, bekwaamheid, geheimhouding en ook de klachtenafhandeling. De medische verantwoordelijkheid voor het handelen van de FRS berust volgens dit convenant bij de aangesloten huisartsen.

Bij het inrichten van een standplaats van de RAV bij Urk (Abtsweg) in 2009 is de FRS gecontinueerd.

Het inzetprotocol van de FRS voorziet in een tweetal situaties. Alarmering van de FRS vindt volgens dit convenant plaats ingeval van een A1-melding. Als er een ambulance op Urk aanwezig is, dan worden de dienstdoende FRS-vrijwilligers ingezet. Als een ambulance vanaf een andere locatie aanrijdend is, dan wordt tevens de dienstdoende huisarts (FRS-arts) ingezet zodat de tijd tot aankomst van de ambulance wordt overbrugd op ALS-niveau.

³⁰ Datum 7 juli 2011.

De gedachte achter deze afspraken is dat de FRS een hele korte responstijd heeft (streefwaarde zes minuten), terwijl een ambulance die van een andere locatie dan Urk komt aanrijden, altijd een langere rijtijd kent (H6.1.2: Emmeloord 10,2 tot 10,8 minuten).

Sluiting van het IJsselmeerziekenhuis heeft voor de feitelijke inzet van de FRS geen effect.

Inmiddels (2019) heeft de IGJ uitgesproken dat de RAV verantwoordelijk is voor de zorgverlening door de FRS en niet de gezamenlijke huisartsen. Het convenant behoeft op dit punt dan ook aanpassing.

Tegelijkertijd is de situatie veranderd door de plaatsing van een 'eigen' ambulance op Urk (Malzwin). Deze ambulance wordt onder het protocol Directe Inzet Ambulance gealarmeerd. Hierdoor is deze ambulance regelmatig eerder ter plaatse dan de FRS. De FRS wordt iets later in het triageproces gealarmeerd en bovendien minder vaak, omdat dan de ambulance al ter plaatse is. Ook bij acute verloskunde wordt de FRS niet meer ingeschakeld. Hierdoor neemt het aantal inzetten van de FRS af: in 2019 telt de FRS 177 inzetten terwijl de inzetten in 2018 245 en in 2017 224 bedroegen.

Een andere wijziging in het zorgaanbod treedt op door de organisatie van burgerhulpverlening in geval van reanimatie. Op Urk is inmiddels ook een netwerk van HartslagNu actief, waarbij omwonenden in geval van reanimatie worden gealarmeerd en tevens een AED wordt ingezet. Deze vrijwilligers kunnen vaak eerder ter plaatse zijn dan de FRS, die bij alarmering eerst het eigen voertuig ophalen.

Door deze wijzigingen ervaart de FRS dat haar belangrijkste doel is gerealiseerd. Toegang tot de acute zorg is voor de inwoners op Urk dichterbij gekomen. Tegelijkertijd neemt hierdoor het belang van de FRS als zodanig af. De FRS heeft dan ook behoefte aan duidelijkheid over het al dan niet handhaven van de extra ambulance op Urk. Het tijdelijke karakter van de maatregel wordt als niet bevorderlijk voor de motivatie van de FRS-vrijwilligers ervaren. Bij eventueel weer vervallen van de ambulance op Urk als gevolg van deze evaluatie, zal de FRS naar verwachting haar rol weer oppakken als voorheen.

5.6 Interview RAV Flevoland

Ondanks alle inspanningen lukte het de RAV in de voorbije jaren niet om de prestaties A1 op regio-niveau verder te verhogen dan tot circa 94 % op tijd (H7.4). De RAV concludeert daarom dat de aan Flevoland toegewezen ambulancecapaciteit aan de krappe kant is. Vooral de capaciteit in de nacht en in delen van de regio (Dronten e.o.) ook overdag, wordt als knelpunt ervaren waarbij in geval van gelijktijdigheid in hetzelfde gebied zich vrijwel standaard een overschrijding voordoet.

Een tweede aspect dat de prestaties van de RAV beïnvloedt, is de spreiding van de standplaatsen. Deze is in het capaciteitsmodel van het Referentiekader zodanig gekozen dat veel postcodegebieden in de regio slechts vanuit één standplaats tijdig bereikbaar is. Hierdoor is de kans op overschrijdingen groter (H6.1.3).

Spreiding van standplaatsen zoals de RAV die toepast, voorziet ook in een standplaats op Urk. De RAV spreidt de beschikbare capaciteit zodanig over de regio, dat de prestatie A1 op tijd zoveel mogelijk geoptimaliseerd wordt. In de praktijk betekent dit veelal toewijzing van voertuigen aan bijvoorbeeld Almere en Lelystad, omdat daar de meeste mensen aanwezig zijn. Om deze reden werd de ambulance op Urk in het verleden vaak VWS ingezet naar Emmeloord, Lelystad of Dronten³¹. Naar schatting van de RAV is de post (het gebied) Urk in 2018 circa 50 % van de tijd bezet geweest.

³¹ In dit model schuift de auto van Lelystad dan weer richting Almere enzovoort.

De inwoners in het noordelijk deel van de provincie Flevoland waren in belangrijke mate aangewezen op het IJsselmeerziekenhuis in Lelystad. Voor multitrauma en interventiecardiologie was men altijd al aangewezen op Zwolle of eventueel Amsterdam.

Bij sluiting van het ziekenhuis in Lelystad zijn afwegingen gemaakt ten aanzien van het voorstel inzet extra capaciteit. Mede hierdoor is het voorstel niet integraal gevolgd. Deze afwegingen zijn allereerst ingegeven door beschikbaarheid van extra medewerkers uit eigen gelederen en op uitzendbasis³². Het aanbod hiervan is niet zodanig aanwezig in omgeving Emmeloord en/of Lelystad dat hiermee de extra capaciteitsvraag volledig gevuld kan worden. In Almere en omgeving (omgeving Amsterdam-Utrecht) is dit aanbod aan beschikbare medewerkers groter. Doordat de RAV de ambulances steeds door de regio beweegt, is een aanvulling van de capaciteit vanuit het zuidelijk deel van de regio naar oordeel van de RAV toereikend voor de ontstane problemen. De aldaar reeds bestaande ambulances kunnen dan doorschuiven naar het midden en het noordelijke deel. Bovendien was de RAV voor het doen stallen van voertuigen en het kunnen laten omkleden en slapen van medewerkers, afhankelijk van de beschikbare ruimte op de verschillende posten.

De situatie op Urk is in deze initiële afwegingen van een oplossing voorzien, door goede afspraken te maken over laagdrempelig, tijdig contact opnemen in geval van een bevalling. Urk is hierbij niet anders behandeld dan de andere woonkernen van de regio.

Direct na sluiting van het ziekenhuis in Lelystad is veel aandacht geweest voor de 45-minuten norm. Deze norm is daarmee een eigen leven gaan leiden als prestatienorm. Inmiddels is hierover duidelijkheid ontstaan (H4.3). De RAV houdt met het spreiden van de ambulance over de regio geen rekening met deze norm. Spreiding vindt in algemene zin plaats gericht op korte responstijden naar de op basis van de historie te verwachten incidenten. Hierbij wordt geen onderscheid gemaakt tussen gebieden met een vervolgens kortere of langere rijtijd naar het ziekenhuis. Dit maakt dat ingeval er nog één auto is in de Noordoostpolder, deze naar Emmeloord en niet naar Urk gaat.

De RAV onderschrijft dat - indien niet alleen gemeten wordt op A1 op tijd maar ook naar overige kwaliteitsindicatoren zoals binnen de sector inmiddels gangbaar - bij een zorgbehoefte zoals trombolysie of acute verloskunde de totale tijd tussen incident en aankomst ziekenhuis wel degelijk relevant is. Waar de ambulance in veel gevallen de acute zorg direct naar de plaats incident brengt, ligt bij dergelijke zorgbehoeftes de nadruk vooral op het in zo kort mogelijke tijd vervoeren van de patiënt naar een ziekenhuis.

Door het wegvallen van het ziekenhuis in Lelystad, wordt meer gevraagd van zowel MKA als van medewerkers op de ambulance. Spreiding is van nog groter belang omdat de ambulances bij vervoer vanuit het midden en noordelijk deel van de regio naar een ziekenhuis, langer bezet zijn, vrijwel standaard altijd buiten de regio komen en bij retour in de regio niet direct optimaal gepositioneerd staan (H7.3). Dit betekent dat meer VWS wordt uitgegeven en gereden (H7.1.1: niet zichtbaar). Om in dat spreidingsmodel de ambulance op Urk zoveel mogelijk te ontzien, is aan Urk een hoge drempelwaarde toegekend in het gehanteerde algoritme. Hierdoor volgt pas in zeer bijzondere gevallen (er is geen andere optie) een voorstel om deze ambulance elders in te zetten. Ook de Noordoostpolder als geheel is voorzien van een dergelijke hogere drempelwaarde.

³² Policy van de RAV is om slechts één uitzendkracht op de ambulance te plaatsen. Dit betekent dat als een chauffeur op uitzendbasis wordt ingezet, de verpleegkundige per definitie een medewerker van de RAV moet zijn; en andersom.

De MKA heeft zicht op de beschikbare capaciteit van ziekenhuizen in het eigen ROAZ-gebieden voor Harderwijk via het Acute Zorg Portaal. Voor de ziekenhuizen in Friesland en ook voor Isala in Zwolle die hierop niet zijn aangesloten, wordt deze informatie telefonisch ingewonnen.

De MKA heeft goede afspraken met Rijkswaterstaat over het bedienen van de verschillende bruggen die in alle toevoerwegen tussen werkgebied en ziekenhuizen liggen.

Operationeel ontstaan effecten doordat veel meer kilometers worden gereden (status wagenpark) en relatief veel met uitzendkrachten wordt gewerkt (roostereffecten, betrokkenheid medewerkers). Alleen al vanwege deze reden heeft de RAV behoefte aan duidelijkheid rondom de continuïteit van de extra capaciteit. Denkbaar is dat bij continuering van de maatregelen een ambulance die nu extra is bijgeplaatst in Lelystad uiteindelijk duurzaam gestationeerd wordt in de Noordoostpolder zodat VWS-bewegingen worden verminderd.

De RAV signaleert bovendien een risico op leegloopuren en motivatieverlies bij medewerkers als gevolg van de continue beschikbaarheidseis de vele VWS-ritten zonder patiëntencontact³³ (H8). Een aantal medewerkers heeft inmiddels overplaatsing aangevraagd naar een drukker deel van de regio. Dit risico wordt zoveel mogelijk opgevangen door op basis van bevindingen bij te sturen qua inzet en eventueel door extra ondersteuning te beiden aan ketenpartners. Uit oogpunt van met name plannings-technische redenen (onvoorspelbaar karakter van de ritten) heeft de RAV na overweging hiervan, afgezien van het aanbieden van bijvoorbeeld scholingsfaciliteiten in het rustiger deel van de regio.

Het in het verleden niet bezetten van post Urk (Abtsweg en later Malzwin), werd ingegeven door het toepassen van Dynamisch Ambulance Management in combinatie met (verdeling van) schaarste. De relatief korte rijtijd naar Lelystad (H4.2: 22 minuten) rechtvaardigde een responstijd tot de norm van vijftien minuten. Zeker in die situatie was een duidelijke meerwaarde waarneembaar in de aanwezigheid en het functioneren van de FRS (H5.5). Als de ambulance een langere aanrijtijd had, kon de FRS al tijdig BLS-hulp verlenen. Met de uitspraken van de inspectie over de verantwoordelijk voor de inzet van de FRS, door de ontwikkeling van het vrijwilligersnetwerk van HartslagNu en de aanwezigheid van een ambulance op Urk, is die positie van de FRS aan het veranderen. De uitkomst van de evaluatie van nut en noodzaak van de extra ambulance op Urk is mede relevant voor de afspraken die in de toekomst met en over de FRS zullen worden gemaakt.

De RAV ziet de meerwaarde van het Spoedplein Emmeloord en/of het bevalcentrum Lelystad vooral in de specifieke laagcomplexe zorg die daardoor dichtbij beschikbaar komt. Voor de (hoog)complexe acute zorgvraag is dit geen oplossing. De RAV hecht eraan dat steeds duidelijk wordt gecommuniceerd over de toegevoegde waarde van mogelijke oplossingen.

De RAV ziet dat er een scheefgroei dreigt van zorgaandacht voor Urk die mogelijk ten koste gaat van de andere inwoners van de Noordoostpolder. Dit wordt zichtbaar in het aanmerken van een ambulance voor alleen Urk, in het direct bedienen van Urk vanuit Emmeloord ook als Emmeloord dan 'leeg staat' en bijvoorbeeld in het overwegen van de locatie van Spoedplein Emmeloord aan of bij de Urkerweg. Toewijzing van de ambulances over het gebied moet boven alles een professionele basis kennen.

Urk ligt excentrisch. Daardoor is de afstand van Urk naar de (acute) zorg ook lang. En deze afstand is zeker langer geworden door sluiting van het ziekenhuis in Lelystad (H4.2: nu 31-34 minuten). In veel gevallen kan de acute zorg snel naar de inwoners van Urk gebracht worden via de ambulance. In die gevallen is rekening houden met de reguliere responstijden gerechtvaardigd. Maar bij een aantal zorgvragen (trombolyse, acute verloskunde) is de patiënt aangewezen op het ziekenhuis. En dat

³³ Cijfermatige onderbouwing hiervan vanuit de RAV is niet beschikbaar.

ziekenhuis is onmiskenbaar op een langere rijafstand komen te liggen. Dit maakt de positie van Urk kwetsbaar en vergt meer van de beschikbaarheid van ambulancecapaciteit.

5.7 Interview zorgverzekeraars

Het noordelijk deel van Flevoland was qua acute zorg in toenemende mate op het ziekenhuis in Lelystad gericht. De kwaliteitsontwikkeling van het ziekenhuis was hiervan een belangrijke oorzaak. Het wegvallen van dit ziekenhuis heeft daardoor onmiskenbaar impact op de inwoners van dit deel van de regio. Wel gold voor een deel van de vraag naar acute zorg dat men per definitie al op Zwolle was georiënteerd vanwege de aard van de aandoening.

Flevoland hoort bij ROAZ Amsterdam. Tegelijk is men qua patiëntenstroom en ketenpartners aan de noordkant verbonden met ROAZ Noord Nederland (UMCG) en aan de oostkant met ROAZ Zwolle (Isala). Dit maakt samenwerking in de zorg niet altijd even gemakkelijk.

Zorgverzekeraars hebben zorgen over de huisartsenzorg in de Noordoostpolder³⁴. Mede hierdoor zien zorgverzekeraars dat bij huisartsen druk ontstaat in zowel de ANW-uren als in de dag-praktijk. De ontwikkeling van anderhalve-lijns-zorg kan behulpzaam zijn voor de verdere versterking van de samenhang tussen 1^e en 2^e lijns-zorg³⁵. Het is echter geen oplossing voor de problematiek in de acute zorg.

Zorgverzekeraars zien geen meerwaarde in een geboortecentrum Lelystad als dat niet direct in verbinding staat met OK/IC-faciliteiten.

Bij het wegvallen van het IJsselmeerziekenhuis moesten er binnen vorenstaande context oplossingen komen. Qua ziekenhuiszorg zijn hier de lijnen gevolgd die er al waren: de ziekenhuizen Zwolle, Sneek en Heerenveen ontwikkelden zich als logische bestemming voor cluster Noord en ziekenhuis Harderwijk voor cluster Midden. Qua ambulancezorg was er tijdelijk onduidelijkheid rondom de 45-minuten grens voor ziekenhuizen (H4.3). Gekozen is voor een oplossing qua ambulancecapaciteit, waardoor het prestatieniveau A1 (circa 94 %) in elk geval zou kunnen worden gehandhaafd en welke oplossing bovendien haalbaar zou zijn gezien de benodigde extra medewerkers. Hierbij is de doorgerekende oplossing (twee 24/7 ALS op Lelystad en één op Emmeloord) grotendeels gevolgd, met dien verstande dat die tweede 24/7 ALS op Lelystad is ingevuld met een zorgambulance overdag op werkdagen. De extra ALS op Urk is in januari 2019 bijgeplaatst, mede op basis van de ontstane zorgen aldaar. De zorgambulance is in voorjaar 2019 afgeschaald vanwege onvoldoende bijdrage aan de ontstane problematiek.

Zorgverzekeraars hebben het beeld dat de totale extra capaciteit nu wel heel hoog is. Dit meten zij af aan de toename van de prestaties A1 van 94 % tot 2018 naar 96 % in 2019 (H7.4). Hierbij komt, dat het ‘pinpointen’ van de ambulance op Urk niet goed uitlegbaar is in het licht van de zorgvraag in bijvoorbeeld Nagele. Maar ook aan de inwoners van bijvoorbeeld Zeewolde met over het algemeen een lange aanrijtijd naar adres incident, is het moeilijk uitlegbaar dat Urk een eigen ambulance heeft die niet meedraait in de voor de regio als geheel beschikbare capaciteit. Zorg moet voor alle inwoners van de regio beschikbaar zijn met toepassing van dezelfde uitleg rondom de 45-minutennorm voor ziekenhuizen en rondom de A1-responstijd.

³⁴ Het onderhavige onderzoek is niet gericht op de huisartsenzorg en daarom wordt hier verder niet nader op ingegaan.

³⁵ NB: de anderhalve-lijns-zorg waar zorgverzekeraars op doelen komt niet noodzakelijkerwijs overeen met de anderhalve-lijns-zorg die huisartsenpraktijk Het Dok (H5.3) ontwikkelt.

Voor zorgverzekeraars is het belangrijk dat professionele afwegingen ten grondslag liggen aan de inzet van de ambulance. Die afweging wordt zichtbaar in de verantwoordelijkheidstoedeling van de spreiding van de capaciteit aan de MKA-centralisten. Zij hebben het overzicht en moeten de per definitie schaarse capaciteit goed toewijzen over de regio.

Het handhaven van extra capaciteit in de regio (nu: drie extra ALS voertuigen 24/7) is voor zorgverzekeraars niet onbespreekbaar. Als blijkt dat deze extra inzet nodig is, dan moet dit gefaciliteerd worden. Het is daarom zaak dat duidelijk wordt welke keuzes er gemaakt moeten worden voor de toekomst. Dergelijke keuzes moeten worden gemaakt op basis van kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg. Bij continuering van de extra capaciteit moet worden gestreefd naar groei van meer eigen personeel zodat het kostenniveau (ten opzichte van invulling met uitzendkrachten) daalt.

Voorts hechten zorgverzekeraars aan het versterken van de onderlinge afspraken tussen zorgverleners (MKA-huisartsen-verloskundigen bijvoorbeeld). Ook moet meer aandacht worden geschonken aan opleiding van de ambulancemedewerkers op gebied van bijvoorbeeld verloskunde. Bovendien vragen de zorgverzekeraars aandacht voor het medewerkersperspectief. Feit is dat het vergroten en vervolgens vastzetten van de capaciteit op een bepaalde locatie tot leegloopuren leidt (H8). In combinatie met veel VWS-ritten (H7.1.1: niet zichtbaar) ontstaat een niet aantrekkelijk medewerkersperspectief. Dit aspect moet meetellen en hiervoor moet naar oplossingen gezocht worden.

6 Capaciteit ambulancezorg

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de ambulancecapaciteit van de RAV maar ook op de onderliggende infrastructuur zoals de spreiding van de standplaatsen en daarmee de dekking van de regio.

6.1 Locaties

Het capaciteitsmodel van het Referentiekader spreiding & beschikbaarheid ambulancezorg van het RIVM³⁶ wijst uit hoeveel ambulances nodig zijn. De minister van VWS spreekt over ‘het minimum aantal ambulances per regio waarmee de ambulancezorg kan worden uitgevoerd’³⁷. Dit model gaat uit van een bepaalde spreiding van standplaatsen over de regio gericht op een bereikbaarheid van de bevolking vanaf die standplaatsen binnen vijftien minuten ad 97 %. Een regio mag in samenspraak met de zorgverzekeraars gemotiveerd afwijken van deze spreiding van standplaatslocaties³⁸.

6.1.1 Formele locaties

Met ‘formele locaties’ wordt bedoeld, de locaties zoals gebruikt in de capaciteitsberekening door het RIVM. Ook de bekostiging door de Nederlandse Zorgautoriteit gaat uit van deze locaties³⁹. Voor regio Flevoland betreft het de volgende locaties, uitgedrukt in viercijferige postcodegebieden:

	Formeel RIVM	
Almere	1326	
Lelystad	8233	
Emmeloord	8304	
Dronten	8251	
Zeewolde	3899	
Nagele	8308	

Het Rijttijdenmodel 2016 van het RIVM wijst uit dat van de ruim 400.000 inwoners (status 2015⁴⁰) in Flevoland, 1.665 inwoners niet in twaalf⁴¹ minuten rijtijd vanaf een standplaats vanuit Flevoland bereikt kunnen worden, maar alsnog wel vanuit de buurregio.

³⁶ RIVM; briefrapport 2019-0157.

³⁷ Minister van VWS; 1609409-198428-CZ; 7 november 2019.

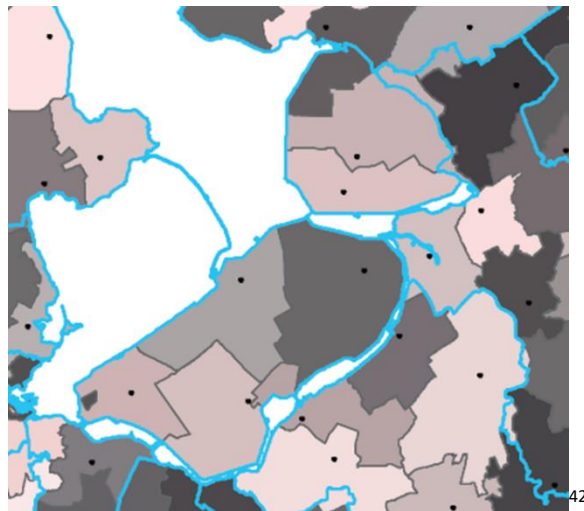
³⁸ Regeling Tijdelijke wet ambulancezorg; artikel 2.3.

³⁹ NZa; beleidsregel Regionale Ambulancevoorziening 2019 – BR/REG-19153.

⁴⁰ In 2019 zijn dit circa 420.000 inwoners; bron www.flevoland.nl.

⁴¹ Norm-responstijd is vijftien minuten waarvan twee minuten meldtijd, één minuut uitruktijd en twaalf minuten rijtijd.

Op onderstaande kaart wordt direct duidelijk waar deze inwoners zich bevinden:



Het betreft postcodegebied Rutten 8313 met 1.665 inwoners. Deze inwoners zijn vanaf Emmeloord in een modelmatige rijtijd van 13,6 minuten aan te rijden. Vanuit Lemmer (regio Fryslân) is dit postcodegebied in een modelmatige rijtijd van 5,1 minuten te bereiken. Voor postcode gebied Creil 8312 en Zeewolde 3898 geldt dat de rijtijd vanuit een eigen locatie wel binnen de norm valt, maar dat deze locaties vanuit Lemmer respectievelijk Harderwijk het snelste kunnen worden bereikt.

Postcodegebied 3896 Zeewolde is modelmatig noch vanuit de eigen regio noch vanuit de buurregio's binnen de 12 minuten rijtijd te bereiken. Dit betreft 565 inwoners. Hierbij past echter een verwijzing naar de laatste alinea van H.6.1.2. Meting wordt bemoeilijkt door de omvang van de postcodegebieden.

Hiermee heeft Flevoland een dekkinggraad vanuit formele standplaatsen van vrijwel 100 %.

6.1.2 Werkelijke locaties

RAV Flevoland heeft gekozen voor een spreiding van standplaatsen die er als volgt uitziet:

	Formeel	Werkelijk
Almere	1326	1326
Lelystad	8233	8233
Emmeloord	8304	8304
Dronten	8251	8251
Urk	-	8321
Zeewolde	3899	3897
Nagele	8308	-

Er is sprake van een geringe afwijking tussen de formele en de werkelijke locaties. Het effect van de verschillen is in het kort als volgt weer te geven.

Allereerst geldt dat de dekkinggraad uitgedrukt in bereikbaarheid van de bewoners binnen de norm van twaalf minuten rijtijd vanaf een standplaats, niet is aangetast door de gemaakte keuzes. RAV Flevoland voldoet ook met de werkelijke spreiding van de standplaatsen ruimschoots (100 %) aan deze norm (97 %).

⁴² RIVM; briefrapport 2016-093.

Het bijplaatsen van locatie Urk leidt tot een afname van de modelmatige rijtijd voor de inwoners van Tollebeek, Espel en Urk. Zie hiertoe de navolgende tabel:

PC	Plaats	Inw 2015	Urk nieuw	formele standplaats	effect	
8309	TOLLEBEEK	2.445	5,18	5,22	NAGELE	-0,03
8311	ESPEL	1.415	7,17	7,98	EMMELOORD	-0,82
8321	URK	13.950	0,00	7,60	NAGELE	-7,60
8322	URK	5.755	2,90	8,05	NAGELE	-5,15
		23.565				

Aangetekend moet worden dat het om een modelmatige rijtijd gaat. Verplaatsen van de ambulance op Urk van Abtsweg naar Malzwin maakt voor het rijtijdenmodel geen verschil omdat beide locaties zich in postcodegebied 8321 bevinden. Het model rekent vanuit de centroïde van het postcodegebied. In werkelijkheid heeft deze verplaatsing wel degelijk effect voor de rijtijd naar de dorpskern van Urk.

Het effect van het niet invullen van de standplaats Nagele is in de navolgende tabel zichtbaar:

vanuit Nagele	PC	Plaats	Inw 2015	vanuit werkelijk	effect	
5,98	8307	ENS	2.980	8,65	EMMELOORD	2,67
0,00	8308	NAGELE	1.910	6,23	EMMELOORD	6,23
5,22	8309	TOLLEBEEK	2.445	5,18	URK	-0,03
10,23	8317	KRAGGENBURG	1.425	11,55	EMMELOORD	1,32
3,68	8319	SCHOKLAND	5	9,30	EMMELOORD	5,62
7,60	8321	URK	13.950	0,00	URK	-7,60
8,05	8322	URK	5.755	2,90	URK	-5,15
			28.470			

Het verplaatsen van de post Nagele naar Urk leidt voor Ens, Nagele, Kraggenburg en Schokland (samen ruim 6.000 inwoners) tot een langere aanrijtijd gemeten vanaf de standplaats. In alle gevallen is de rijtijd nog binnen de grens van twaalf minuten. Voor Kraggenburg met ruim 1.400 inwoners is dit echter nog maar net binnen de norm.

De uitruil van de locatie Zeewolde 3899 naar 3897 geeft op het eerste gezicht een verslechtering voor de inwoners van Zeewolde. Echter, dit wordt veroorzaakt door de wijze van meting in het rijtijdenmodel. Zeewolde 3897 is een dermate uitgestrekt gebied dat meting vanuit de centroïde van dat gebied (midden in een reeks van weilanden) geen goede indicatie geeft van de werkelijke rijafstanden die plaatsvinden vanaf deze locatie, die bij de rotonde N305/301 ligt. Ten behoeve van dit onderzoek is deze situatie niet relevant en daarom niet verder uitgewerkt.

6.1.3 Overlap van locaties c.q. dubbele dekking

De formele c.q. werkelijke locaties van RAV Flevoland zijn volgens het vorige hoofdstuk dus zodanig gepositioneerd dat aan de bereikbaarheidseis van twaalf minuten rijtijd voor 97 % van de bevolking wordt voldaan. De mate van overlap van de locaties van de verschillende standplaatsen is echter relatief beperkt. In de navolgende tabel wordt de mate van meervoudige dekking zichtbaar.

aantal inwoners bereikbaar van standplaats		
standplaatsen	formeel	feitelijk
0	0,1%	0,1%
1	66,5%	67,3%
2	29,7%	29,2%
3	3,7%	3,7%
	100,0%	100,3%

Verondersteld mag worden dat in geval van gelijktijdigheid de kans dat alsnog een ambulance beschikbaar is, groter is naarmate er sprake is van meer ambulances die de plaats incident kunnen bereiken. Dus een hogere meervoudige dekking biedt vanuit deze basisgedachte, een grotere kans op het alsnog tijdig beschikbaar zijn van een ambulance. Uit de tabel blijkt echter dat 2/3^e van de inwoners van Flevoland slechts vanaf één locatie bereikbaar is binnen een rijtijd van 12 minuten.

Specifiek voor Urk geldt, dat beide postcodegebieden vanuit twee ambulancelocaties bereikbaar zijn binnen 12 minuten rijtijd. Naast locatie Urk geldt ook vanaf Emmeloord 8304 een rijtijd binnen deze normtijd. Te weten 10,8 minuten voor Urk 8321 en 10,2 minuten voor Urk 8322. Indien wordt gerekend vanaf een mogelijke locatie voor de ambulancepost in het Spoedplein Emmeloord aan de Urkerweg (omgeving polikliniek Antonius Ziekenhuis) in Emmeloord 8303, dan neemt deze rijtijd af tot 9,2 respectievelijk 8,6 minuten.

De veronderstelling dat meervoudige dekking in de basis leidt tot een betere prestatie A1 op tijd, gaat uit van een relatief statische paraatheid waarbij de RAV steeds zorgdraagt voor ambulancecapaciteit in het werkgebied van een standplaats. In opzet zal de MKA via Dynamisch Ambulance Management (DAM) streven naar die dekking. Via DAM worden de ambulances gespreid over de (werkgebieden van de) standplaatsen. Dit betekent echter dat slechts 1/3^e van de inwoners van Flevoland vanuit meerdere standplaatsen bereikt kan worden. Bereikbaarheid vanuit slechts één standplaats is niet persé een issue als er op die standplaats maar meerdere ambulances beschikbaar zijn. Dat is voor de grotere woonkernen die vanuit slechts één standplaats bereikbaar zijn (Almere en ook Lelystad) het geval. Het door de RAV gehanteerde logaritme dat de schuifregels van de capaciteitstoerekening bepaalt, voorziet in toewijzing van capaciteit aan die postcodegebieden waar de kans op een incident het grootst is. In grote lijnen komt dit overeen met de gebieden waar de meeste mensen aanwezig zijn⁴³. Dit heeft als gevolg dat juist Almere en Lelystad extra capaciteit krijgen toegewezen zodat het in opzet negatieve effect van enkelvoudige dekking voor deze gebieden vervalt. De restcapaciteit is dan beschikbaar voor de overige delen van de regio. Met langere rijtijden tot gevolg. Dit systeem van schuifregels moet acteren binnen de schaarste die er in opzet al is. En die schaarste wordt bepaald door de mate van meervoudige dekking.

Immers, enkelvoudige dekking heeft vooral te maken met de hoeveelheid capaciteit die wordt toegewezen aan een regio. Voor toename van de dekking richting een hoger aandeel meervoudige dekking zijn meer standplaatsen nodig. Hierbij gaat het niet om de standplaats op zich, maar om de dientengevolge uitbreiding van de ambulancecapaciteit met 24/7 een extra ambulance. Daarmee neemt de schaarste af en heeft de MKA meer middelen die ze kan inzetten bij het toepassen van DAM.

Dit effect wordt feitelijk zichtbaar door de inzet van de drie extra ALS 24/7 (H6.2 en H7.4). Het toevoegen van meer standplaatsen helpt om tot een infrastructuur te komen waarin meer dekking

⁴³ NB: 'In grote lijnen' betekent dat voorbij wordt gegaan aan nuances die ook in deze schuifregels zijn opgenomen zoals toewijzing van ambulancecapaciteit aan bijvoorbeeld de A6 tijdens de spitsuren.

ontstaat. Maar dit heeft uitsluitend effect als er ook ambulances worden toegevoegd aan die extra standplaatsen⁴⁴.

In haar rapportage Modellen referentiekader ambulancezorg⁴⁵ onderkent ook RIVM deze situatie. In dit rapport wordt de mate van dubbele dekking voor Flevoland berekend op 31 %. Daarmee kent Flevoland de laagste dubbele dekking van alle regio's. Ter vergelijking, Noord Holland Noord, Zeeland en Zuid Limburg scoren circa 50 tot 55%, Limburg-Noord scoort 65 % en alle andere regio's scoren veelal 80 tot zelfs 100 %. RIVM heeft vastgesteld dat er een zwakke relatie bestaat tussen dubbele dekking en goede prestaties.

6.2 Ambulancecapaciteit

6.2.1 Basis voor capaciteit

Het RIVM berekent periodiek de voor elke regio benodigde minimale ambulancecapaciteit. Deze berekening hanteert de spreiding van de standplaatsen als uitgangspunt (elke standplaats is minimaal één ambulance 24/7) en vervolgens wordt het model gevuld met de werkelijke ritten en rijtijden van elke regio. Dit betekent dat er een modelmatige tijdsvertraging optreedt. De capaciteitsberekening voor het jaar 2018 is uitgevoerd in 2017 met behulp van de ritgegevens 2016, voor 2019 zijn dat de ritgegevens 2017 en voor 2020 zijn dat de ritgegevens 2018. Voor de regio Flevoland heeft deze modelmatige vertraging – zoals blijkt uit de navolgende tabel – nog geen zichtbare consequenties.

Referentiekader	Ritgegevens	Geldig	Aantal diensten
2016	2015	2017	210
2017	2016	2018	210
2018	2017	2019	210
2019	2018	2020	212

De capaciteit wordt uitgedrukt in een aantal diensten per week. Een dienst is de inzet van de ambulance voor een periode van acht uur. Voor een roosterlijn van 24/7 één ambulance kent een week dus 21 diensten.

Het capaciteitsmodel bevat de effecten van de sluiting van het IJsselmeerziekenhuis voorzover die zich in 2018 hebben gemanifesteerd. De langere ritduur die zich heeft voorgedaan vanaf in elk geval datum sluiting (november) is opgenomen in het model. De effecten op de capaciteit zullen in Referentiekader 2020 (ritten 2019) voor het eerst voor een heel jaar zichtbaar zijn. Deze berekening is naar verwachting rondom de zomer 2020 beschikbaar.

6.2.2 Invulling van de capaciteit

Volgens informatie van de RAV wordt de benodigde capaciteit in 2018 ingevuld met 125 ALS diensten in paraatheid, 63 ALS diensten in aanwezigheidsdienst (AWD), 14 diensten Rapid Responder Ambulancezorg (RRA) en 5 Zorgambulancediensten. Samen 207 diensten waarmee de invulling vrijwel overeen komt met de door het RIVM bepaalde minimumcapaciteit voor 2018 (210 diensten).

De aanwezigheidsdienst is een 24-uurs dienst waarbij in het tijdsblok van 23.00-07.00 uur de medewerkers wel op de post zijn, maar desgewenst mogen slapen. Dit is ingegeven door de historisch bekende werkdruk op dat moment. De RAV past AWD toe op de satelliet-posten Urk, Dronten en Zeewolde. De bekostiging van Flevoland is gebaseerd op een viertal AWD-diensten te weten Nagele, Dronten, Zeewolde en Emmeloord. Wisseling van de AWD-diensten vindt plaats nadat het gebied eerst

⁴⁴ NB: alleen toevoegen van capaciteit op een bestaande locatie en die VWS naar een gebied sturen met veel inwoners en relatief beperkte meervoudige dekking heeft hetzelfde effect. Het gaat om het innemen van de juiste positie met extra capaciteit.

⁴⁵ RIVM; Modellen referentiekader ambulancezorg 2016; briefrapport 2015-0190.

is afgedekt door een VWS-staande auto. In 2019 wordt dit systeem van afdekken voor Urk vrijwel altijd en voor Dronten en Zeewolde zoveel mogelijk toegepast.

De RRA betreft een voertuig met uitsluitend een ambulanceverpleegkundige. Deze verpleegkundige is specifiek opgeleid om als solo-eenheid te kunnen functioneren. Deze eenheid wordt in de hele regio ingezet als volwaardige ambulance maar is vooral gericht op de stedelijke omgeving vanwege het aldaar voorkomende aantal EHG-ritten. De RRA heeft geen vervoerscapaciteit.

De Zorgambulance is gericht op laagcomplex gepland vervoer. De Zorgambulance kan niet worden ingezet voor een spoedrit.

Na sluiting van het IJsselmeerziekenhuis is een proces gestart tot uitbreiding van de ambulancecapaciteit. Deze ontwikkeling heeft als volgt plaatsgevonden:

	ALS-Paraat	ALS-AWD	RRA	Zorgambulance	Totaal
Capaciteit 2018	125	63	14	5	207
26-10-2018	21				21
09-11-2018				6	6
01-12-2018	21				21
02-01-2019	21				21
april 2019				-6	-6
Capaciteit 2019	188	63	14	5	270

Per saldo is de capaciteit initieel met twee 24/7 ALS-auto's uitgebreid; oftewel met 42 diensten per week. De extra inzet van de zorgambulance is door de RAV als niet doelmatig bevonden en om die reden in samenspraak met de zorgverzekeraars in voorjaar 2019 afgeschaald. Op basis van een additioneel besluit van de Tweede Kamer heeft de RAV in januari 2019 een derde 24/7 ALS-voertuig (21 diensten) ingezet voor Urk. Per saldo zijn dus 63 ALS-diensten bijgeplaatst.

De initiële capaciteitsuitbreiding in najaar 2018 heeft plaatsgevonden na analyse⁴⁶ van de te verwachten effecten. Deze analyse was erop gericht om – rekening houdend met meer ritten en langere ritten – de capaciteit zo in te richten dat het prestatieniveau (94 % A1 op tijd) niet zou worden aangetast door de ontwikkelingen. Uitkomst van deze analyse is dat drie 24/7 ALS-auto's ingezet moeten worden waarbij – volgens die berekening - in de nieuwe situatie ruim 95 % A1 op tijd zou kunnen worden gereden.

De uiteindelijke keus voor inzet van additionele capaciteit is mede ingegeven door beschikbaarheid van extra medewerkers en door het al dan niet beschikbaar zijn van toereikende ruimte voor stalling van voertuigen, kleedruimte en eventueel ruimte voor het doen overnachten van medewerkers. Invulling van de extra capaciteit vindt plaats met uitzendkrachten. Deze keus is mede ingegeven door het tijdelijke karakter van de maatregelen. Hierbij hanteert de RAV het beleid dat er slechts één uitzendkracht op een ambulance mag rijden. Uitzendkrachten zijn aan de zuidkant van de regio (omgeving Amsterdam/Utrecht) meer beschikbaar dan aan de noordkant. Daarom heeft de RAV ervoor gekozen de capaciteit in Almere (21 diensten) en vooral Lelystad (35 diensten) te versterken en in mindere mate in de Noordoostpolder (7 diensten). Door continu te sturen op afdekken van de regio waar mogelijk, schuiven de auto's van cluster Zuid naar cluster Midden, en van cluster Midden naar cluster Noord. Hiermee is de capaciteit beschikbaar waar nodig – cluster Midden en cluster Noord – maar dit vergt wel continue sturing. Hierbij fungeert vooral Lelystad als uitvalsbasis voor veel VWS-ritten.

⁴⁶ Stokhos; 26 november 2018; Extra capaciteitsberekening t.b.v. Sluiting Zuiderzee.

6.2.3 Capaciteitseffect voor Urk

De in het voorgaande geschetste ontwikkeling van de ambulancecapaciteit heeft gevolgen voor de capaciteit in de hele regio. In H7.4 is ook zichtbaar welk effect hierdoor optreedt in het prestatieniveau.

Urk geldt sinds 2009 als satelliet-post. Ook in 2018 en eerder was hier (Abtsweg) een ALS-voertuig gestationeerd. Echter, schaarse capaciteit vergt het maken van keuzes bij toewijzing over de regio. Deze ambulance werd daarom veelvuldig VWS ingezet in met name de Noordoostpolder. De RAV schat in: ca. 50 % van de tijd stond deze ambulance met een VWS-opdracht elders in de regio. De omgeving Urk werd dan niet automatisch zelf ook weer afgedekt via een extra VWS-opdracht. De inwoners van Urk waren in die gevallen aangewezen op de ambulance vanuit Emmeloord; met een rijtijd van 10 á 11 minuten.

De capaciteitsuitbreiding met drie 24/7 ALS-voertuigen geeft capaciteitsverruiming voor de hele regio. Hierdoor kan de gebiedsafdekking gemakkelijker plaatsvinden: de MKA beschikt over meer eenheden. Aantekening hierbij is wel, dat die ambulances ook allemaal langer onderweg zijn dan voorheen vanwege de locatie van het dichtstbijzijnde ziekenhuis (H7.3).

Het besluit tot inzet van de 'eigen' auto voor Urk leidt er niet toe dat er nu op Urk een vaste, eigen ambulance staat náást de ambulance die er standaard al gestationeerd was en veelvuldig op VWS-basis werd ingezet in met name de Noordoostpolder. Er staat nu één auto (vrijwel) vast op Urk. Deze wordt bij inzet direct VWS-aangevuld vanuit Emmeloord of (vooral) Lelystad. De oorspronkelijke ambulance is toegevoegd aan de totale capaciteit van de RAV en draait mee in die capaciteit. Dat kan – net als voorheen – ten behoeve van de Noordoostpolder zijn en daarbij soms als VWS voor specifiek Urk. Maar het is net zo goed mogelijk dat deze ambulance wordt ingezet in bijvoorbeeld de omgeving van Dronten. De MKA maakt op basis van haar schuifregels continu afwegingen over de spreiding van de capaciteit over de regio.

7 Rittenanalyse

Ten behoeve van de analyse van de rittendatabase is gebruik gemaakt van de door RAVF verstrekte informatie over de periode 1 januari 2017 tot en met 30 november 2019. De hierin opgenomen informatie is voor dit onderzoek als uitgangspunt genomen. Ten behoeve van het onderzoek is dan ook geen onderzoek gedaan naar de betrouwbaarheid van de in deze database opgenomen gegevens.

7.1 Algemene gegevens

Om een beeld te krijgen van de ontwikkeling van de ritten wordt eerst kort stilgestaan bij de ritten van de hele regio, vervolgens bij de ritten buiten de regio waarna wordt ingezoomd naar de situatie op Urk. Deze analyse op regioniveau geeft de context waarbinnen een oplossing voor de situatie op Urk moet worden gezocht.

Tenzij anders aangegeven is steeds sprake van een vergelijking van de ritten in de maanden januari tot en met november van elk jaar.

7.1.1 Algemene gegevens binnen de regio

De volgende ritten uit de rittendatabase zijn relevant voor het ambulanceproces:

	jan-nov		
	2017	2018	2019
declarabel	15.692	15.701	15.305
ehgv	6.323	6.678	7.765
	22.015	22.379	23.070
loos-afgebroken	2.047	2.464	2.643
productie	24.062	24.843	25.713
VWS	6.737	8.423	8.745
	30.799	33.266	34.458

Het aantal declarabele⁴⁷ ritten met een incidentadres binnen de regio neemt licht af. De EHGVR-ritten⁴⁸ daarentegen nemen substantieel toe evenals de loze en afgebroken ritten, waardoor per saldo sprake is van een productiestijging.

De declarabele ritten nemen af én de mix naar urgentie wijzigt door de jaren heen:

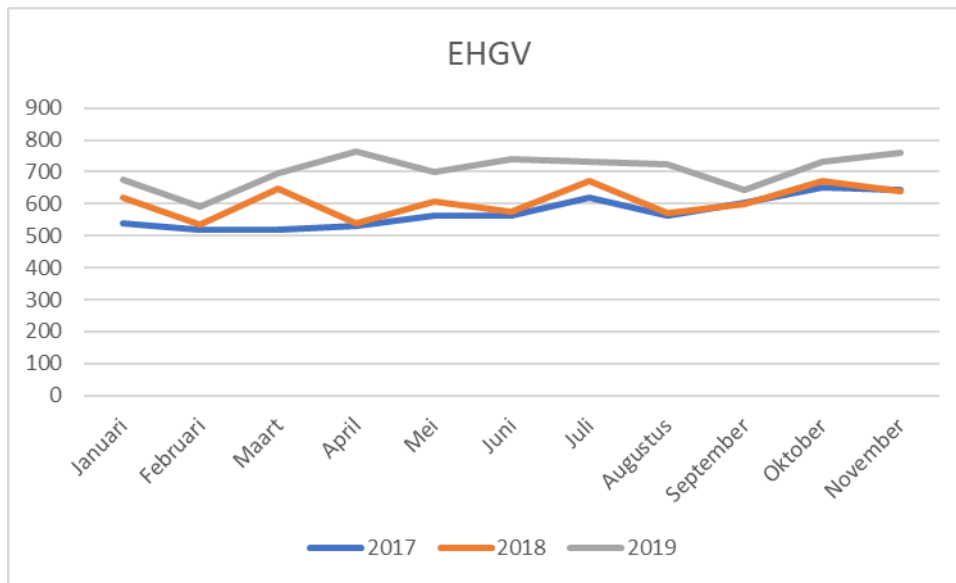
	jan-nov		
	2017	2018	2019
decl A1	7.834	6.645	6.811
decl A2	4.711	5.670	5.823
decl B	3.147	3.386	2.671
	15.692	15.701	15.305

Het aantal B-ritten neemt af met 22 %. Hieraan is vooral het aantal ritten vanuit Lelystad debet, dit aantal neemt af van ruim 1.500 ritten in 2018 naar ruim 700 ritten in 2019.

⁴⁷ Een declarabele rit is een rit waarbij sprake is van vervoer van een patiënt per ambulance.

⁴⁸ Een EHGVR-rit (eerste hulp geen vervoer) is een rit waarbij de patiënt wel is gezien maar niet wordt vervoerd.

De EHGVRitten nemen toe. Deze toename vindt het hele jaar 2019 plaats waarbij vooral de periode april tot en met augustus duidelijk hoger is dan in 2018:

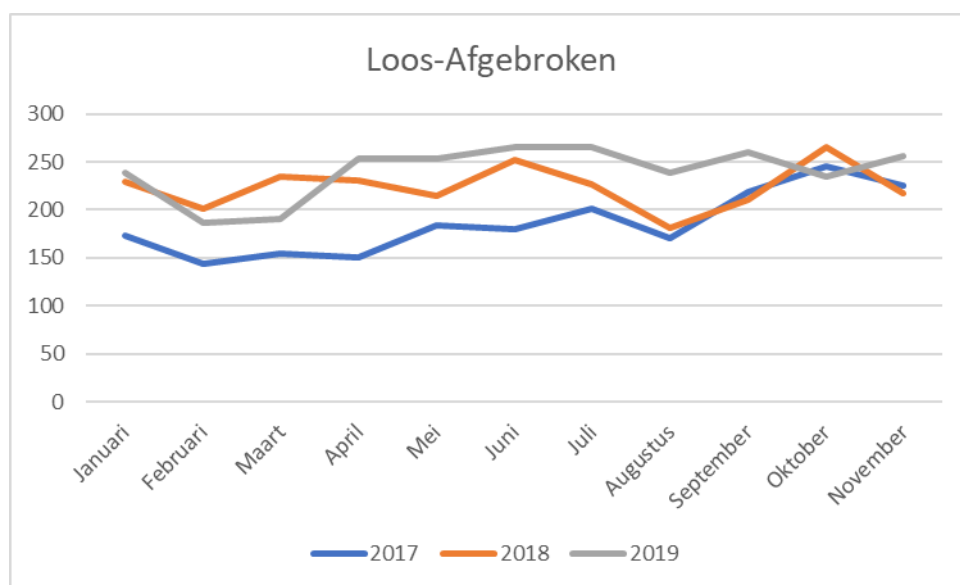


Ook hier geldt dat de mix naar urgentie wijzigt, het aandeel A2 ritten neemt in 2018 zowel als in 2019 toe:

	A1	A2	B	Totaal
2017	4.233	1.846	244	6.323
2018	4.026	2.402	250	6.678
2019	4.392	3.150	223	7.765

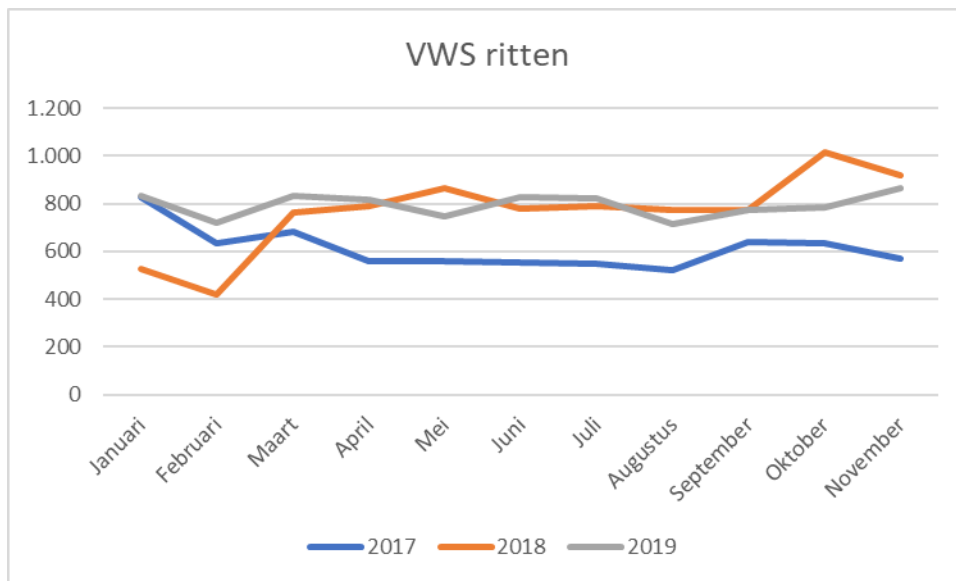
In urgentie A1 manifesteert de toename zich vooral in Lelystad (+197), in EHGVR A2 is de toename vooral zichtbaar in Almere (+276) en Lelystad (+269 / 46 %).

De loze ritten (ambulance ingezet maar geen patiënt of alvorens uitruk teruggeroepen) en afgebroken ritten (afgebroken terwijl ambulance al onderweg is als gevolg van doorgaande triage of andere opdracht) ontwikkelen zich als volgt:



Ook in 2019 is nog sprake van een toename van loze ritten (677 versus 619 in 2018) en vooral afgebroken ritten (1.966 versus 1.845 in 2018) maar deze ontwikkeling is eigenlijk al in 2017 ingezet. De toename van de afgebroken ritten doet zich vooral voor in ritten met A2-urgentie, als gevolg van het hanteren van het protocol DIA (Directe Inzet Ambulance). Hierbij wordt de ambulance onder A2 uitgestuurd bij mogelijke spoed, terwijl de triage nog gaande is. Indien alsnog geen ambulance nodig is of de urgentie wordt omgezet naar bijvoorbeeld A1, dan wordt de rit als afgebroken aangemerkt. Dit DIA-protocol is in het laatste kwartaal van 2017 ingezet⁴⁹ en medio 2018 nog strikter toegepast en inmiddels ondersteund door een uitgifte-centralist. Dit verklaart naast de toename van de afgebroken ritten met A2-urgentie ook de toename van de A2-urgentie bij declarabele en EHGVR-ritten.

De ontwikkeling van de VWS ritten is als volgt weer te geven:



In 2019 is sprake van meer VWS-ritten (8.745) dan in 2018 (8.423), maar de toename is beperkt (3,8%). Sluiting van het ziekenhuis heeft volgens deze registratie niet geleid tot een significante toename van de VWS-ritten.

Onderstaande tabel bevat de VWS-doeladressen die blijken uit de rittendatabase. Hierbij is niet een exactere locatie aangegeven. Het gaat steeds om de (omgeving van de) standplaats. Als gevolg van de versterking met extra ambulances behoeven Dronten en Emmeloord in 2019 aanmerkelijk minder vaak te worden aangevuld. Urk daarentegen kent veel VWS-opdrachten. Dit is inclusief de opdracht om de locatie 24/7 bezet te houden (dienstwisseling) waarbij gedurende de ploegwisseling ook een ambulance met VWS-opdracht richting/naar Urk wordt geplaatst.

VWS doeladres	2019	2018	diff
Almere	1.326	1.621	-295
Dronten	2.434	2.852	-418
Emmeloord	538	964	-426
Lelystad	1.757	1.661	96
Urk	1.295	193	1.102
Zeewolde	1.357	1.086	271
Overige	38	46	-3
	8.745	8.423	327

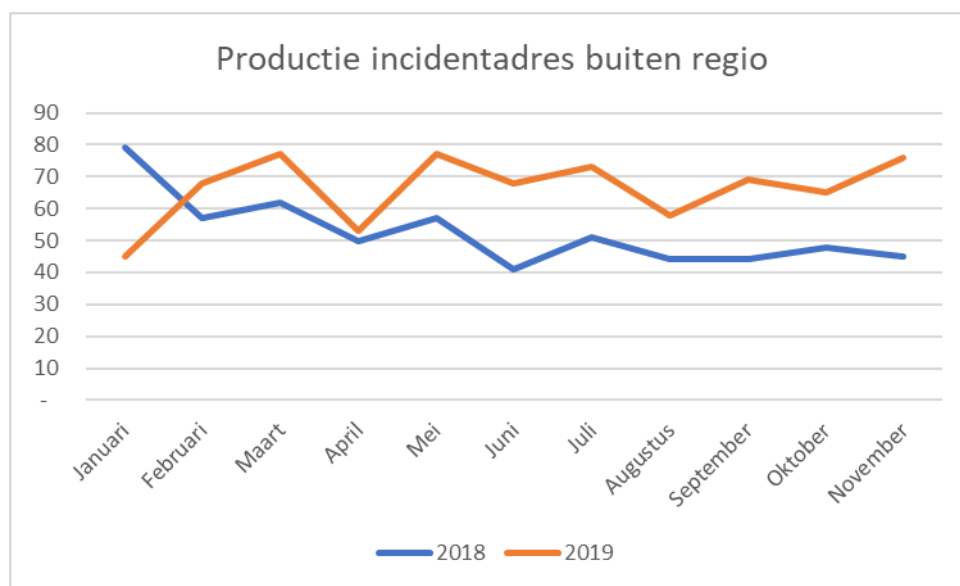
⁴⁹ Jaarverslag RAV Flevoland 2018.

Overigens is zichtbaar in de database dat ook vanaf standplaats Urk VWS-opdrachten worden gegeven naar een locatie elders (circa 300 ritten). In het kader van het onderzoek is niet nagegaan of dit de ambulance was die op Urk was geplaatst, of een aanvullende ambulance die Urk tijdelijk afdekte. Het management van de RAV heeft bevestigd dat de ambulance op URK in beperkte mate VWS-opdrachten krijgt.

7.1.2 Algemene gegevens buiten de regio

Als gevolg van het wegvallen van het ziekenhuis Lelystad eindigen veel meer ritten dan voorheen bij een ziekenhuis buiten de regio. Dit heeft als gevolg dat de ambulance van RAVF vaker dan voorheen wordt ingezet op een rit naar een adres buiten de regio vanuit de regel: inzet dichtstbijzijnde ambulance bij spoed. Ook wordt vaker dan voorheen een B-rit opgepakt vanuit een ziekenhuis buiten de regio.

Dit is zichtbaar in de navolgende grafiek en vervolgens tabel (beide jaren januari-november):



De tabel met incidentadressen geeft een nader inzicht in de spreiding van deze ritten. Hierbij is de toename vooral zichtbaar rondom Blaricum/Hilversum en rondom Harderwijk:

Incidentadres	2018				2019				%
	A1	A2	B	totaal	A1	A2	B	totaal	
Amsterdam	4	3	106	113	2	3	72	77	68%
Blaricum-Naarden-Huizen etc	66	14	102	182	98	17	127	242	133%
Enkhuizen	21	10	-	31	2	-	-	2	6%
Ermelo-Garderenetc	21	2	-	23	28	2	2	32	139%
Fryslân	4	2	11	17	8	2	15	25	147%
Harderwijk-Hierden etc	9	5	35	49	36	16	131	183	373%
Amersfoort-Nijkerk etc	39	9	3	51	25	9	2	36	71%
Kuinre-Vollenhove-Blokzijl etc	25	7	-	32	37	5	1	43	134%
Zwolle-Elburg-Kampen etc	8	-	45	53	9	5	26	40	75%
Overige	8	3	16	27	12	5	32	49	181%
	205	55	318	578	257	64	408	729	126%

Naast deze productie (declarabel/EHGV) is ook zichtbaar dat meer dan voorheen (570 in januari tot november 2019 versus 408 keer in heel 2018) een ambulance van RAVF een VWS opdracht krijgt naar een positie buiten de regio. Dit vindt vooral plaats naar Harderwijk.

7.1.3 Algemene gegevens- conclusies

Conclusie van dit hoofdstuk is dat in de rittendatabase duidelijk effecten zichtbaar zijn van de sluiting van het IJsselmeerziekenhuis: er zijn aanzienlijk minder B-ritten. Tegelijk is ook sprake van een toename van loze ritten, afgebroken ritten en EHG-ritten (A2). Dit is in elk geval een gevolg van het toepassen van het DIA-protocol maar is ook gevolg van laagdrempeliger inzetten gericht op het spoedig leveren van zorg waar (mogelijk) nodig. Hiermee worden huisartsen en verloskundigen ondersteund conform advies van de Toekomstverkenner. De toename van de EHG-ritten verklaart de RAV tevens doordat de ambulance weliswaar laagdrempeliger wordt ingezet maar dat juist strenger wordt getrieerd of de ambulance wel het aangewezen vervoermiddel is. Deze strengere triage bij vervoer wordt ingegeven door de wetenschap dat een ambulance - bij een rit naar het ziekenhuis - langer bezet is dan voorheen. De ontwikkeling van de VWS-ritten gerelateerd aan de doeladressen is verklaarbaar uit zowel de uitbreiding van de capaciteit (minder bewegingen) als uit de afspraak de ambulance op Urk bij voortdurend te handhaven. Er blijkt uit de rittendatabase geen significante toename van VWS-ritten.

Conclusie van dit hoofdstuk is voorts dat (extra) capaciteit van RAVF meer dan voorheen ook ten goede komt aan de ambulancezorg in de omliggende regio's (zie ook H8).

7.2 Ritten naar deelgebied / plaats

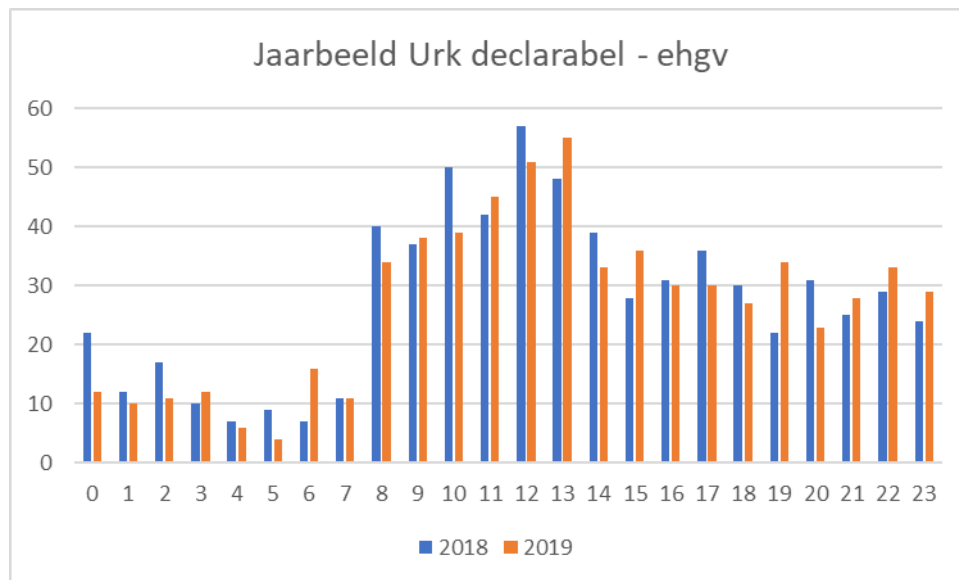
In de navolgende tabel is de verdeling van ritten naar incidentadres en urgentie opgenomen voor drie opeenvolgende jaren. Het betreft zowel de declarabele als de EHG-ritten. Zwaartepunt van het aantal ritten ligt in deelgebied 1 (Zuid), te weten het gebied rondom Almere en vervolgens in deelgebied 2 (Midden), te weten het gebied rondom Lelystad en Dronten. Het aandeel van de ritten in de Noordoostpolder (deelgebied 3, Noord) bedraagt ruim 18 % van het totaal aantal ritten.

januari tot en met november									
Plaats /Deelgebied	A1			A2			B		
	2017	2018	2019	2017	2018	2019	2017	2018	2019
1	6.539	5.566	5.838	3.466	4.151	4.561	1.605	1.629	1.796
Almere	6.002	5.109	5.284	3.218	3.795	4.155	1.556	1.579	1.739
Zeewolde	537	457	554	248	356	406	49	50	57
2	3.832	3.463	3.677	2.150	2.764	3.174	1.512	1.695	873
Biddinghuizen	212	191	204	120	144	172	16	30	25
Dronten	766	703	670	370	525	576	136	130	103
Lelystad	2.669	2.418	2.625	1.575	1.989	2.318	1.340	1.515	713
Swifterbant	185	151	178	85	106	108	20	20	32
3	1.696	1.642	1.688	941	1.157	1.238	274	312	225
Bant	23	32	17	8	13	20	1	6	2
Creil	22	22	31	18	16	14	2	2	5
Emmeloord	912	820	867	508	665	721	185	204	148
Ens	68	73	74	38	37	39	3	5	7
Espel	26	27	20	6	11	18	2	1	4
Kraggenburg	33	32	46	30	25	22	4	6	3
Luttelgeest	57	63	53	23	22	29	0	6	4
Marknesse	96	80	86	55	67	56	7	7	14
Nagele	71	66	63	25	29	30	7	6	11
Rutten	19	11	20	9	15	12	4	2	2
Schokland	0	0	0	0	1	2	0	0	0
Tollebeek	47	42	40	21	26	23	3	7	1
Urk	322	374	371	200	230	252	56	60	24
	12.067	10.671	11.203	3.346	3.952	4.347	1.573	1.615	1.766

Voor Urk zijn de rittenaantallen als volgt in één tabel weer te geven:

Urk	2017	2018	2019
A1	322	374	371
A2	200	230	252
B	56	60	24
	578	664	647

Deze ritten met een incident-adres op Urk, zijn in 2018 en 2019 in grote lijnen vergelijkbaar verdeeld over de dag:



Het zwaartepunt van de ritten ligt overdag en in de avond. B-ritten vinden uitsluitend plaats tussen 08.00 en 20.00 uur.

	nacht	dag	avond	totaal	nacht	dag	avond
A1 2019	55	175	141	371	15%	47%	38%
A1 2018	70	160	144	374	19%	43%	39%
A2 2019	27	138	87	252	11%	55%	35%
A2 2018	25	131	74	230	11%	57%	32%
B 2019	0	18	6	24	0%	75%	25%
B 2018	0	50	10	60	0%	83%	17%

7.3 Ritten vanaf Urk naar ziekenhuis/kliniek

De ambulancezorg is erop gericht om in geval van spoed direct ter plaatse zorg te bieden. Dat start met stabiliseren van de patiënt waarna ook verdere (acute) zorg wordt verleend. Indien nodig vindt vervolgens vervoer van de patiënt plaats naar het ziekenhuis gericht op voortzetting van die acute zorg. Voor veel meldingen is het daarom primair van belang dat de ambulance snel ter plaatse is. Dit maakt het ook begrijpelijk dat de prestatie 'A1 op tijd' vaak als prestatie-indicator van de ambulancezorg wordt gebruikt. Wettelijk⁵⁰ is vastgelegd dat voor deze prestatie-indicator een responstijd van 15 minuten als norm wordt gehanteerd. Hieraan ligt geen nadere medische

⁵⁰ VWS; Regeling bij de Tijdelijke wet ambulancezorg.

onderbouwing ten grondslag⁵¹. De norm is ontstaan als een groeimodel gericht op spreiding van de ambulancestandplaatsen (spreidingsnorm). Dat medische aspect wordt echter heel relevant ingeval van bijvoorbeeld een reanimatie. Voor een goede overlevingskans is het noodzakelijk dat zo snel mogelijk wordt gestart met de behandeling⁵². Dit verklaart ook de inzet van een organisatie als HartslagNu om in geval van reanimatie vrijwilligers in de buurt van het incident adres te activeren om te starten met reanimatie in afwachting van de komst van de ambulance. Dit verklaart tevens waarom sectororganisatie Ambulancezorg Nederland indicatoren ontwikkeld heeft die veel breder zijn dan alleen de tijdigheid ter plaatse⁵³.

De kanttekeningen die bij de prestatie-indicator 'A1 op tijd' zijn te maken moeten echter niet afleiden van het belang om zo snel mogelijk ter plaatse te zijn. Voor dit onderzoek wordt daarom nog verder op deze prestatie-indicator ingezoomd.

De normtijd is bepaald op twee minuten meldtijd, één minuut uitruktijd en 12 minuten rijtijd⁵⁴. Als na behandeling ter plaatse ook vervoer naar het ziekenhuis nodig is, wordt de zorg onderweg voortgezet en vervolgens overgenomen in het ziekenhuis.

Onderstaand overzicht bevat de ritten naar Urk in 2019 (11 maand) en 2018 (12 maand):

	Urk 2019 (11 maand)			Totaal
	A1	A2	B	
Declarabel	227	171	22	420
EHGV	144	81	2	227
Productie	371	252	24	647

	Urk 2018 (12 maand)			Totaal
	A1	A2	B	
Declarabel	268	198	58	524
EHGV	142	55	4	201
Productie	410	253	62	725

Voor alle A1 meldingen is een korte aanrijtijd van belang. De gemiddelde aanrijtijd voor alle A1 ritten naar Urk is afgenomen van precies 00:07:00 in 2018 naar 00:05:33 in 2019. De responstijd⁵⁵ is afgenomen van 00:09:16 naar 00:7:39 ofwel met 00:01:36.

Vervolgens is voor die 227 c.q. 268 declarabele ritten met een incident adres op Urk tevens van belang hoe lang het duurt voordat de patiënt in het ziekenhuis is.

De navolgende tabel geeft inzicht in de ontwikkeling van dit gegeven zoals gemeten over januari tot en met november 2018 en 2019⁵⁶, waarbij is gemeten van melding incident tot aankomst ziekenhuis:

⁵¹ Nivel; 2018; Urgentie in de ambulancezorg en de acute eerstelijns zorgketen.

⁵² Zie bijvoorbeeld www.hartstichting.nl.

⁵³ AZN; 2014; Kwaliteitsindicatoren ambulancezorg.

⁵⁴ In geval van rijdende paraatheid (niet van de standplaats dus) vervalt de uitruktijd ten gunste van de rijtijd die dan 13 minuten mag bedragen.

⁵⁵ Responstijd is gelijk aan rijtijd plus meldtijd plus uitruktijd.

⁵⁶ Betreft de ritten op aangrenzende ziekenhuizen. Overige ziekenhuizen zijn buiten beschouwing gelaten.

bestemming	2019 (11 mnd)	2018 (11 mnd)	2019	2018	2019	2018
	Aantal ritten in meting		Gemiddelde aankomst ziekenhuis		Gemiddelde van Ritduur	
Almere	2	2	00:58:13	01:24:12	01:08:30	01:44:08
Harderwijk	9	4	01:09:05	01:06:18	01:29:23	01:21:02
Heerenveen	31	4	00:58:14	01:00:56	01:15:16	01:21:30
Lelystad	-	146	-	00:51:19	-	01:04:28
Sneek	56	30	01:07:39	01:07:04	01:25:24	01:24:11
Zwolle	122	71	01:04:17	01:06:25	01:22:55	01:25:41
Eindtotaal	220	257	01:04:26	00:57:58	01:22:36	01:13:28

Hieruit blijkt dat de tijd ‘gemiddelde aankomst ziekenhuis’ in 2019 voor de verschillende ziekenhuizen niet écht afwijkt van die in 2018 (Almere: n=2 ritten). De circa 160 patiënten op jaarbasis die voorheen vanuit Urk naar Lelystad reden met een gemiddelde tijd van 00:51:19 zijn nu aangewezen op een verder gelegen ziekenhuis. De patiëntengroep uit 2018 is niet zonder meer vergelijkbaar met die in 2019: er zijn minder declarabele ritten en bovendien is de mix per definitie anders. Er is niet onderzocht of elk van de patiënten die in 2019 naar Heerenveen, Sneek en Zwolle is vervoerd, naar Lelystad zou zijn vervoerd als daar het ziekenhuis nog open zou zijn. Gezien echter de vervoerstromen in de periode 2017 tot en met 2019 (H4.1) is in algemene zin wel te zeggen dat circa 160 patiënten met een A1-urgentie nu uitwijken naar een verder gelegen ziekenhuis waardoor de tijd tot aankomst ziekenhuis 7, 16 of (meestal) 13 minuten langer is⁵⁷. Deze berekening bevat tevens de snellere responstijd naar de plaats incident ad 00:01:36 (zie H7.4) zodat de behandel- en reistijd voor de populatie die is uitgeweken naar het ziekenhuis in Zwolle bijvoorbeeld, gemiddeld genomen 14,5 minuten langer is.

De gemiddelde ritduur van ritten vanuit Urk neemt toe. Dit is de tijd tussen melding incident totdat de ambulance weer beschikbaar is in de regio Flevoland. Deze ontwikkeling is regio-breed zichtbaar en een logisch gevolg van de meer dan voorheen te bereiken afleveradressen van ziekenhuizen buiten de regio.

Om de situatie op Urk goed te duiden, is nader inzicht in de ontwikkelingen van de ritduur in Flevoland relevant.

De ritduur voor heel Flevoland exclusief Urk laat ook een toename zien: de gemiddelde aankomsttijd ziekenhuis is toegenomen van 00:42:07 in 2018 tot 00:47:17 in 2019 ofwel met bijna vijf minuten. Dit gegeven wordt afgevlakt door het grote aandeel van de ritten in cluster Zuid (Almere c.a.). Nadere verdieping naar de ontwikkeling van de ritduur voor bijvoorbeeld de inwoners van Lelystad wijst het navolgende uit:

In januari tot en met november 2018 zijn circa 1.200 ritten met A1-urgentie van incidentadres Lelystad naar ziekenhuis Lelystad gereden. De gemiddelde tijd tot aankomst ziekenhuis van deze ritten was circa 33,5 minuut. Het gemiddelde van alle ritten vanuit Lelystad naar een ziekenhuis bedroeg bijna 37 minuten. In 2019 is het gemiddelde van alle ritten toegenomen naar 54 minuten. Deze uitkomst is vrijwel identiek aan de gemiddelde ritduur van de ritten vanuit Lelystad naar Harderwijk (48 %) terwijl de ritten vanuit Lelystad naar Almere (32%) een tijd tot aankomst ziekenhuis van 56 minuten kennen.

Conclusie van dit hoofdstuk is dat de gemiddelde ritduur voor ritten vanuit Flevoland naar een ziekenhuis daadwerkelijk is toegenomen. Deze ontwikkeling wordt deels positief beïnvloed door een kortere responstijd. Per saldo is echter sprake van een toename van de gemiddelde aankomsttijd ziekenhuis. Dit speelt vooral in cluster Midden en cluster Noord. Voor Urk is de ritduur voor ritten georiënteerd op Lelystad (circa 160 ritten), toegenomen met circa 14,5 minuten. Door de kortere responstijd resteert voor deze ritten een toename van circa 13 minuten. Het gemiddelde van alle ritten

⁵⁷ Uit de data blijkt niet of de langere ritduur uitsluitend aan de langere rijtijd is toe te rekenen of dat ook keuzes worden gemaakt gedurende de rit, om bijvoorbeeld vanwege patiëntcomfort rustiger te rijden.

met incidentadres op Urk neemt toe van bijna 58 minuten tot 64,5 minuten. Voor Lelystad met ruim 1.200 ritten gericht op ziekenhuis Lelystad neemt de ritduur tot aankomst in het ziekenhuis echter toe van 33,5 minuten tot circa 54 minuten (Harderwijk) of 56 minuten (Almere). Sluiting van het ziekenhuis Lelystad heeft derhalve voor het aanmerkelijk hogere inwoneraantal van Lelystad een grotere impact in de tijd tot aankomst ziekenhuis. Wel blijft die tijdsduur tot aankomst ziekenhuis voor de inwoners van Lelystad onder de tijdsduur die ontstaan is voor de inwoners van Urk.

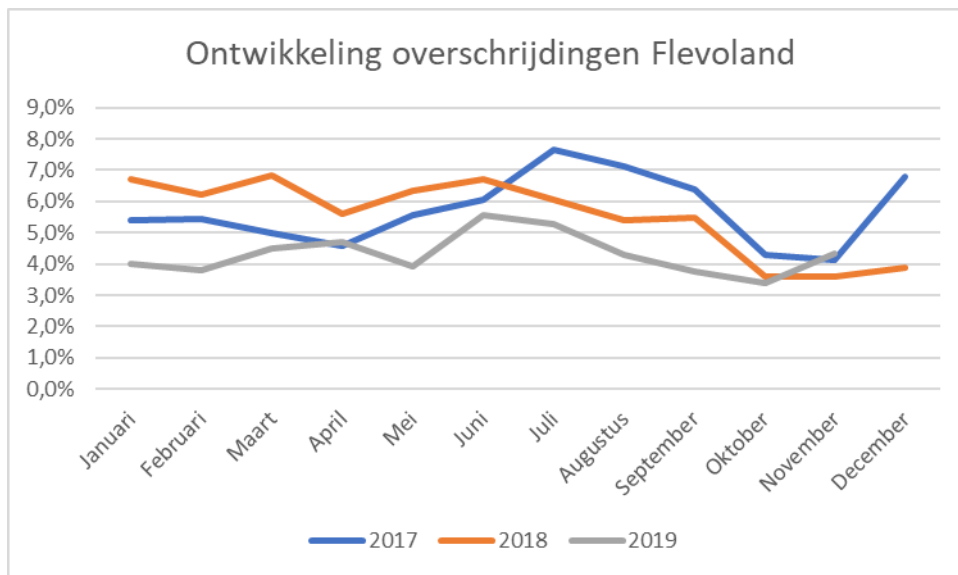
7.4 Prestaties

De prestatienorm voor A1 ritten (95 % < 15 minuten ter plaatse) geldt op regio-niveau. Dit betekent dus niet alleen dat niet elke rit binnen 15 minuten ter plaatse hoeft te zijn, maar ook dat nog steeds aan de norm kan worden voldaan, ook al wordt in een bepaalde gemeente niet aan de norm voldaan.

Niet alle declarabele en EHGv ritten met A1-urgentie kwalificeren ook voor tijdsmeting. Een overplaatsing met A1-urgentie valt bijvoorbeeld buiten de tijdsmeting. Hierdoor wijkt het aantal A1 ritten in onderstaande tabel af van de informatie zoals opgenomen in H.7.2.

Plaats	Deelgebied	2017 (jaar)			2018 (jaar)			2019 (januari t/m november)		
		ritten	> 15	%	ritten	> 15	%	ritten	> 15	%
Almere	1	6.423	201	3,1%	5.549	170	3,1%	5.205	110	2,1%
Zeewolde	1	579	102	17,6%	515	81	15,7%	554	68	12,3%
Biddinghuizen	2	226	85	37,6%	209	56	26,8%	204	49	24,0%
Dronten	2	835	65	7,8%	769	58	7,5%	670	31	4,6%
Lelystad	2	2.822	115	4,1%	2.600	90	3,5%	2.596	83	3,2%
swifterbant	2	192	15	7,8%	168	14	8,3%	178	8	4,5%
Bant	3	28	1	3,6%	35	7	20,0%	17	1	5,9%
Creil	3	22	7	31,8%	23	5	21,7%	31	8	25,8%
Emmeloord	3	974	38	3,9%	881	31	3,5%	864	15	1,7%
Ens	3	72	8	11,1%	83	17	20,5%	74	6	8,1%
Espel	3	28	1	3,6%	30	0	0,0%	20	3	15,0%
Kraggenburg	3	38	20	52,6%	38	18	47,4%	46	18	39,1%
Luttelgeest	3	64	13	20,3%	73	16	21,9%	53	6	11,3%
Marknesse	3	106	20	18,9%	87	15	17,2%	86	12	14,0%
Nagele	3	75	3	4,0%	69	8	11,6%	63	7	11,1%
Rutten	3	21	10	47,6%	14	5	35,7%	20	11	55,0%
Schokland	3	0	0	0,0%	1	0	0,0%	2	0	0,0%
Tollebeek	3	48	2	4,2%	45	3	6,7%	40	0	0,0%
Urk	3	344	30	8,7%	410	18	4,4%	371	4	1,1%
		12.897	736	5,7%	11.599	612	5,3%	11.094	440	4,0%
Zuid	1	7.002	303	4,3%	6.064	251	4,1%	5.759	178	3,1%
Midden	2	4.075	280	6,9%	3.746	218	5,8%	3.648	171	4,7%
Noord	3	1.820	153	8,4%	1.789	143	8,0%	1.687	91	5,4%

Deze tabel laat een ontwikkeling zien die als volgt in de tijd kan worden uitgezet:

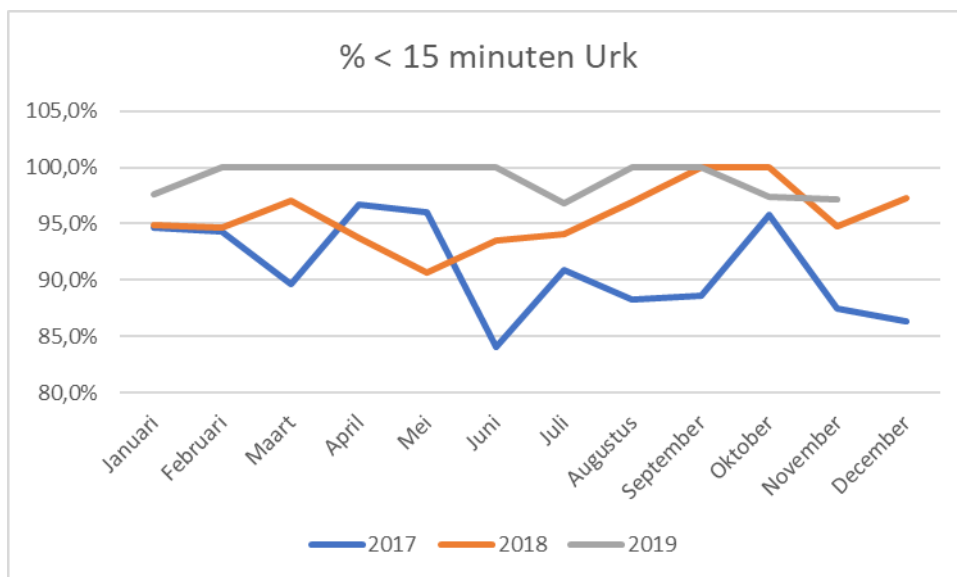


Uit deze grafiek blijkt dat de overschrijdingen afnemen en daarmee de prestaties toenemen vanaf medio 2018. Vanaf het moment van bijplaatsing van extra capaciteit in de laatste maanden van 2018 ligt het percentage overschrijdingen nog weer lager. In het kader van dit onderzoek is niet onderzocht in hoeverre de implementatie van DIA eind 2017, van invloed is geweest op de prestaties. De tabel wijst voorts uit dat deze prestatieverbetering ook ten goede komt aan het gebied waar de sluiting van IJsselmeerziekenhuis niet tot slechts heel beperkt een rol speelt, te weten in cluster Zuid. De prestaties in dit cluster waren al goed maar zijn verder verbeterd.

De tabel laat ook zien dat de prestaties op Urk in 2017 nog onder de norm scoren maar in 2018 reeds op de norm zitten en in 2019 zelfs verbeteren tot slechts 4 overschrijdingen op 371 ritten in elf maanden.

	Q1	Q2	Q3	Q4	Jaar
2017	7	6	9	8	30
2018	5	7	3	3	18
2019	1	0	1	2	4

In de tijd uitgezet is deze ontwikkeling als volgt weer te geven (NB: grafiek toont de ritten die wél op tijd zijn):



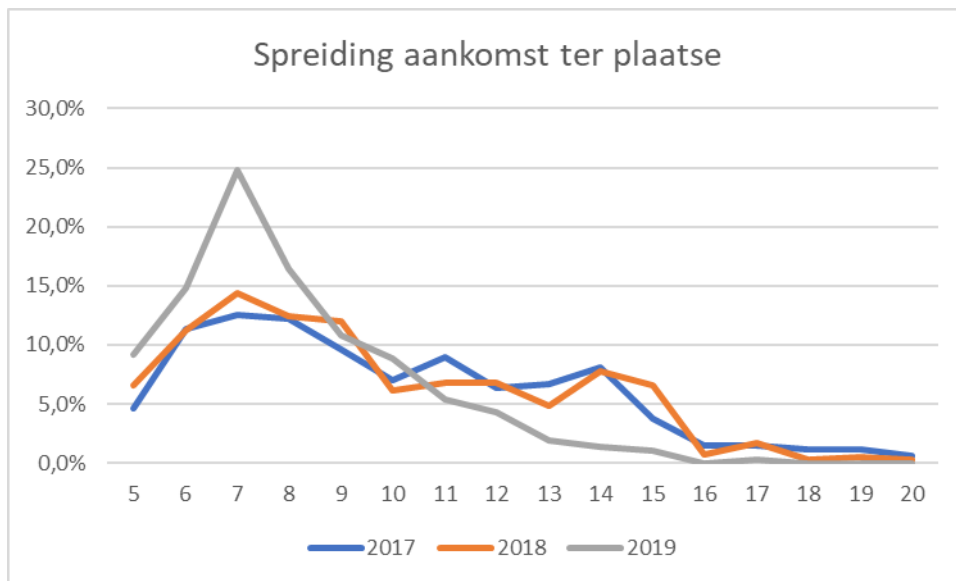
De verbetering in 2019 is volledig toe te schrijven aan de aanwezigheid van de ‘eigen’ ambulance op Urk. In 2018 was hiervan geen sprake. Ook toen was de prestatie echter reeds conform de (regio-) norm. Dit wordt veroorzaakt doordat de RAV in 2017 en met name 2018 intern veel maatregelen heeft getroffen om de prestaties aan te scherpen.

Hieruit is te concluderen dat – als de prestatienorm op gemeentenniveau wordt toegepast hetgeen niet de strekking van deze norm is – de aanwezigheid van een ‘eigen ambulance’ absoluut bijdraagt aan goede prestaties maar geen noodzakelijke voorwaarde is voor die goede prestaties.

In de volgende tabel is de verbetering van respons- en aanrijtijd van alle ritten naar Urk opgenomen. De verbetering van 00:01:36 wordt vrijwel geheel gerealiseerd dankzij de afgenomen aanrijtijd:

A1								
aantal	responstijd	rijtijd	aantal	responstijd	rijtijd	aantal	responstijd	rijtijd
2017			2018			2019		
37	00:09:38	00:07:09	39	00:09:46	00:07:11	42	00:07:49	00:05:29
35	00:09:03	00:06:38	37	00:08:56	00:06:29	28	00:07:49	00:05:21
29	00:09:35	00:06:43	34	00:09:12	00:06:23	32	00:07:23	00:05:12
30	00:08:55	00:06:23	32	00:09:02	00:07:03	39	00:07:18	00:05:12
25	00:10:58	00:07:26	32	00:10:08	00:07:42	31	00:06:51	00:04:34
25	00:10:08	00:06:53	31	00:09:11	00:07:04	34	00:07:06	00:04:55
33	00:09:42	00:05:59	34	00:10:00	00:07:49	31	00:08:40	00:06:33
17	00:09:48	00:06:44	33	00:08:55	00:06:33	27	00:07:59	00:05:41
35	00:11:15	00:08:50	26	00:08:05	00:06:07	34	00:07:34	00:05:54
24	00:09:03	00:07:03	38	00:08:59	00:07:00	38	00:07:43	00:05:53
32	00:10:36	00:08:31	38	00:09:30	00:07:18	35	00:08:05	00:06:15
22	00:10:25	00:07:44	36	00:09:06	00:07:11	-	-	-
344	00:09:55	00:07:11	410	00:09:16	00:07:00	371	00:07:39	00:05:33
verbetering:							00:01:36	00:01:27

Onderstaande grafiek geeft een beeld van de spreiding in responstijd van de ritten op Urk:



Waar in 2017 en 2018 een substantieel aantal ritten een responstijd van 11 tot 15 minuten kent, is in 2019 de ambulance duidelijk eerder ter plaatse. In bijna 50 % van de gevallen is de ambulance er binnen 7 minuten (2018: 32 % en 2017: 27 %).

Navolgende tabel tenslotte, toont aan dat in vrijwel alle gevallen dat sprake is van een overschrijding, dit ook veroorzaakt wordt door een rijtijd langer dan twaalf minuten:

		A1			
respons	rijtijd	aantal	rijtijd	aantal	rijtijd
2017 N= 30		2018 N=18		2019 N=4	
00:19:23	00:16:58	00:19:36	00:17:11	00:21:28	00:19:42
00:17:46	00:15:07	00:16:35	00:14:25	00:16:03	00:12:14
00:40:34	00:35:38	00:16:50	00:15:40	00:21:33	00:17:07
00:18:49	00:15:05	00:21:56	00:18:51	00:23:16	00:21:51
00:18:55	00:02:37	00:21:21	00:13:59		
00:15:43	00:13:35	00:18:07	00:16:11		
00:15:47	00:13:26	00:16:03	00:14:16		
00:16:43	00:11:39	00:16:38	00:12:57		
00:18:24	00:17:12	00:15:38	00:09:11		
00:22:12	00:20:07	00:16:47	00:13:46		
00:16:28	00:14:49	00:17:16	00:14:32		
00:16:28	00:14:42	00:16:06	00:14:29		
00:15:37	00:14:01	00:15:49	00:11:02		
00:21:01	00:14:22	00:15:48	00:13:57		
00:15:31	00:11:42	00:20:37	00:18:45		
00:16:27	00:13:42	00:18:17	00:15:21		
00:23:14	00:21:10	00:23:21	00:16:55		
00:23:22	00:18:25	00:16:11	00:14:07		
00:20:47	00:18:57				
00:17:50	00:15:15				
00:17:07	00:14:09				
00:24:46	00:20:15				
00:20:42	00:12:10				
00:20:36	00:19:07				
00:19:08	00:15:22				
00:15:34	00:11:47				
00:20:09	00:17:23				
00:16:10	00:12:53				
00:18:10	00:15:23				
00:17:02	00:14:37				

Conclusie van dit hoofdstuk is, dat de prestaties van de ambulancezorg in 2017 en (nog meer) in 2018 al vrijwel⁵⁸ conform de norm waren. In 2019 zijn drie ALS-voertuigen 24/7 extra ingezet. De positieve effecten daarvan zijn duidelijk waarneembaar. Deze verbetering geldt de gehele regio en dus ook de deelgebieden (vooral Zuid) waar de prestatie al goed was.

Specifiek voor Urk geldt dat in 2018 – zonder extra ambulances – de prestatienorm A1<15 minuten die op regio-niveau geldt, al wordt gehaald. In 2019 is een extra ambulance bijgeplaatst die is ‘vastgepind’ op Urk. Deze ontwikkeling leidt tot een sterke verdergaande verbetering met als resultaat een overschrijdingspercentage van 1 % in 2019.

De overschrijdingen die er zijn, zijn direct te relateren aan een langere rijtijd. Door de maatregel van de extra ambulance op Urk is in 2019 sprake van een duidelijk waarneembare situatie ‘eerder ter plaatse’.

⁵⁸ AZN; Ambulances in zicht; 2017 93,5 % en 2018 94,1 %; deze percentages wijken iets af van de percentages uit de eigen database (eerste tabel H7.4) omdat de eigen database niet de ritten bevat die andere regio's in het verzorgingsgebied van RAV Flevoland hebben gereden.

8 Extra inzet versus extra capaciteit

De extra capaciteit is bijgeplaatst gericht op het opvangen van een verwacht hoger aantal ritten en bovendien de verwachte langere ritduur van die ritten. Deze extra capaciteit bedraagt op jaarbasis 63 diensten per week á 8 uur * 52 weken ofwel 26.200 uur.

Uit het onderzoek blijkt dat een deel van Flevoland met een grotere afstand tot de ziekenhuiszorg heeft te maken (H4.2). Tevens blijkt dat sprake is van minder declarabele ritten (H7.1.1) en een toenemend aantal EHGVR-ritten (H7.1.1). De declarabele ritten hebben daadwerkelijk een langere ritduur van alarmering tot tijdstip terug in de regio (H7.3). Tenslotte is zichtbaar dat aanwezigheid van de ambulances van RAV Flevoland buiten de regio, ook leidt tot meer inzetten buiten de regio. Zowel declarabel en EHGVR als VWS (H7.1.2). De rittendatabase wijst geen significante toename van het aantal VWS-ritten binnen de regio uit (H7.1.1).

Een globale benadering van de hierdoor toegenomen werkzaamheden uitgedrukt in uren, komt voor de declarabele ritten uit op een belasting van circa 1.700 uur op jaarbasis. Hierbij is gerekend met de werkelijke ritten naar ziekenhuizen en met de gerealiseerde ritduur tot aan vrijmelding in de eigen regio. Voor de EHGVR-ritten geldt eveneens dat de gemiddelde ritduur tot moment vrijmelding is toegenomen. Bovendien zijn er aanmerkelijk meer EHGVR-ritten. Op jaarbasis leidt dit tot circa 1.000 uur. Het effect van de toegenomen inzet buiten de regio (H7.1.2: 151 declarabele en EHGVR ritten in elf maanden) is niet berekend maar geschat: op jaarbasis zal dit circa 200 uur bedragen. Per saldo is in 2019 op jaarbasis sprake van bij benadering een meetbare toename van circa 3.000 uur aan ritten met patiëntencontact; gerekend van moment melding tot moment terug in de eigen regio. Uit een rit komen nog vervolgacties voort zoals het aanvullen en eventueel schoonmaken van de ambulance, invullen van het ritformulier en ook het weer innemen van de juiste plaats binnen de regio (rijtijd). Dit betekent dat het werkelijke aantal uren dat samenhangt met de ritontwikkeling hoger zal liggen dan de gemeten 3.000 uren. Uit het onderzoek is niet gebleken hoeveel dit meerdere is.

De loze en afgebroken ritten nemen toe (H.7.1.1). Het betreft een toename op jaarbasis van circa 200 ritten met een – zeker bij de afgebroken ritten - over het algemeen korte ritduur. Het tijdsbeslag dat hiermee samenhangt is derhalve beperkt en leidt net als bij de VWS-ritten niet tot patiëntcontact.

Het tijdsbeslag dat samenhangt met de extra VWS ritten in zowel de eigen regio (circa 350 ritten meer op jaarbasis; H7.1.1) als buiten de eigen regio (circa 200 ritten meer op jaarbasis; H7.1.2) wordt door medewerkers in grote lijnen vergelijkbaar gepercipieerd als de wachttijd op de post. Met dit verschil dat er wél uitvoering aan een ritopdracht moet worden gegeven.

Per saldo is de conclusie dat het daadwerkelijk toegenomen patiëntencontact op jaarbasis circa 3.000 uur bedraagt te verhogen met een – in het kader van dit onderzoek niet bepaald – aantal extra uren voor afwikkelen rit, aanvullen ambulance en rijtijd naar juiste positie in regio. Hiervoor zijn 26.200 extra uren (van zowel verpleegkundige als chauffeur) ingezet.

Specifiek voor Urk geldt dat is gemeten dat 490 uur is besteed aan declarabele ritten in elf maanden. Voor de EHGVR-ritten is dit bij benadering 130 uur. Op jaarbasis leidt dit tot een beeld waarbij ritten met patiëntencontact een direct tijdsbeslag vergen van circa 700 uur. Daar komt een (eveneens binnen dit onderzoek niet gemeten) aantal uren voor aanvullen ambulance, ritadministratie en positionering binnen de regio bij. Hiervoor wordt een ambulance met een verpleegkundige en chauffeur 24/7 beschikbaar gehouden (8.700 uur elk).

Conclusie uit dit hoofdstuk is dat op het niveau van Flevoland de inzet van drie ALS-voertuigen 24/7 in relatie tot de extra gebleken werklast, ruim bemeten lijkt. Ook de werklast in uren voor de op Urk vastgezette ambulance is beperkt in het licht van de beschikbare tijd.

9 Alternatieve oplossingen

In regio Flevoland wordt gesproken over een aantal mogelijke aanvullingen van het zorgaanbod. Het betreft een 'bevalkamer' in Lelystad en het inrichten van een spoedplein in Emmeloord. Daarnaast is sprake van ontwikkelingen in de huisartsenzorg.

De 'bevalkamer' biedt volgens de nu bekende informatie vooral de mogelijkheid om te bevallen in een setting vergelijkbaar aan de thuissituatie, als die thuissituatie die mogelijkheid niet biedt. Ook is sprake (geweest) om deze faciliteit uit te breiden tot een 'geboortecentrum' met iets meer faciliteiten voor bijvoorbeeld pijnbestrijding en meer apparatuur. Indien echter geen sprake is van de aanwezigheid van een gynaecoloog en de directe toegang tot een OK/IC, dan is deze faciliteit geen alternatief voor het wegvallen van de acute verloskunde in Lelystad.

Voor het spoedplein in Emmeloord geldt eigenlijk dezelfde afweging. De patiënt die zich daar meldt komt voor laagcomplexere zorg op het niveau (maximaal) Huisartsenpost-plus. Afhankelijk van het zorgniveau dat uiteindelijk zal worden geboden zal dit bijdragen aan het 'zorgaanbod dichtbij'. Maar het is geen vervanging voor de meer complexere zorg zoals die tot 2018 in Lelystad werd geboden. Dit is qua bedoeling ook in lijn met het advies van de Toekomstverkenner.

De huisartsenzorg op Urk werkt met praktijkondersteuners en ontwikkelt paden voor anderhalve-lijnszorg. Deze aanvulling is erop gericht dat meer kennis en bekwaamheid in de directe omgeving beschikbaar is. Ook worden de specialisten vanuit het ziekenhuis eerder in een zorgtraject betrokken gericht op het leveren van direct de juiste zorg. Ook hiervoor geldt dat dit van grote waarde kan zijn voor de patiënten – in dit geval specifiek op Urk. Maar het biedt geen vervanging voor snelle toegang tot acute zorg ter vervanging van het ziekenhuis Lelystad.

Hierbij past de aantekening dat wanneer bijvoorbeeld verpleegkundig specialisten worden toegevoegd aan het bestaande zorgaanbod, er afhankelijk van opleiding en deskundigheid, wél sprake kan zijn van meer acute zorg ter plaatse. Dit is dan nog geen vervanging voor het ziekenhuis, maar wel voor bijvoorbeeld de werkzaamheden die de ambulance ter plaatse kan uitvoeren.

Specifiek voor Urk en omgeving geldt dat men ook na realisatie van deze oplossingen is aangewezen op Sneek (geboortezorg) maar ook op Heerenveen of Zwolle met daarbij de langere rijtijd zoals geconstateerd.

Ondersteuning voor de zorg op Urk kan worden gevonden in de aanbevelingen vanuit het onderzoek van IG&H⁵⁹ om de ketenafspraken te versterken en om specifiek op te leiden. Voorbeelden hiervan zijn het continueren van het laagdrempelig, tijdig bellen in geval van een bevalling en eventueel andere spoedgevallen, het inregelen van een continue achterwachtfunctie van een gynaecoloog voor de verloskundigen en het ook financieel faciliteren van de extra diensten van verloskundigen. Het specifiek nader opleiden van ambulancemedewerkers op het gebied van verloskunde kan meer zekerheid van handelen bieden tijdens het transport naar het ziekenhuis in medisch acute situaties. Dergelijke maatregelen zijn ondersteunend van aard en bieden verbetering van randvoorwaarden. Zij zijn echter geen vervanging van de weggevallen faciliteiten.

⁵⁹ Rapport toekomstverkenning zorg in Flevoland; IG&H; juli 2019.

Bijlage

Lijst met geïnterviewde personen

- Gemeente Urk – dhr. Freek Brouwer (wethouder) en dhr. Andries Brands (beleidsadviseur).
- Verloskundigenpraktijk Madelief – mw. Karine van der Heyden, mw. Berdien Eilander, mw. Nicole Schollaardt en mw. Celia Bos (verloskundigen).
- Verloskundig actieve huisartsen – dhr. Wilco Bloed (arts).
- Huisartsenpraktijk Het Dok – dhr. Kees de Visser en dhr. Antonie Schothorst (artsen).
- Patiënten Federatie – dhr. Pieter Leen Bos en dhr. Dirk Visser (lid PF en tevens vrijwilliger KNRM).
- FRS – dhr. Jan de Boer en dhr. Teunis Verheij (leidinggevende vrijwilligers) en dhr. Peter Hildering (FRS-arts).
- Management RAV – dhr. René Ton en dhr. Gijs Roest (directie), dhr. Andre van Breukelen (beleid), dhr. Hendrik Groen (teamleider Emmeloord/Urk) en dhr. Remko Knook (hoofd MKA).
- Zorgverzekeraars – mw. Marieke Lavèn-Arts (VGZ) en dhr. Paul Martina (Zilveren Kruis); (zorginkopers).