

## Vragen gesteld door de leden der Kamer, met de daarop door de regering gegeven antwoorden

### 1072

Vragen van het lid **Aukje de Vries** (VVD) aan de Minister voor Medische Zorg over *het bericht «Ambulance laat Lies (91) uren lijden»* (ingezonden 19 januari 2018).

Antwoord van Minister **Bruins** (Medische Zorg) (ontvangen 7 februari 2018).

Vraag 1

Kent u het bericht «Ambulance laat Lies (91) uren lijden»?<sup>1</sup>

Antwoord 1

Ja.

Vraag 2

Kunt u onderzoeken wat hier precies is gebeurd en hoe deze situatie voorkomen had kunnen worden? Hoe vaak komt dit soort situaties voor?

Vraag 3

Deelt u de mening dat het niet uit te leggen is dat iemand met een gebroken heup vijf uur moet wachten op vervoer naar het ziekenhuis?

Antwoord 2 en 3

Deze mevrouw heeft – blijkens het artikel – veel pijn geleden in de uren dat zij op een moest ambulance wachten. Dat vind ik erg naar voor mevrouw. Ik betreur het dat dit deze mevrouw is overkomen.

Bij de betreffende ambulancevoorziening Ambulancezorg Rotterdam-Rijnmond (AZRR), Ambulancezorg Nederland (AZN) en de Inspectie voor de Gezondheidszorg en Jeugd io (IGJ i.o.) heb ik navraag gedaan over wat er precies gebeurd is. Hierbij zijn aan mij alleen gegevens verstrekt, waarmee de zoon al in de openbaarheid is getreden, gezien de wettelijke bepaling dat aan anderen dan de patiënt geen inlichtingen over de patiënt worden verstrekt dan met diens toestemming.

Het is bekend dat er op dit moment problemen zijn met de beschikbaarheid van voldoende ambulancepersoneel, zowel landelijk als ook in de regio Rotterdam Rijnmond, waardoor de aanrijtijden onder druk staan. Ik heb u daarover in brieven van 21 november 2017<sup>2</sup> en 15 januari jongstleden

<sup>1</sup> <https://www.ad.nl/rotterdam/ambulance-laat-lies-91-uren-lijden~a0dd6ce9/>

<sup>2</sup> Kamerstuk 29 282/ 29 247, nr. 290

geïnformeerd<sup>3</sup>. Dat betekent dat ambulancevoorzieningen de capaciteit die ze hebben, zo efficiënt mogelijk moeten inzetten, waarbij spoedritten (A1- en A2-urgentie) altijd prioriteit hebben over het planbaar en besteld vervoer (B-urgentie). Het vervoer van deze mevrouw viel, zo is door AZRR gemeld, onder B-urgentie en is uitgevoerd zodra er een ambulance beschikbaar was. Er was, naar het oordeel van betrokkenen, geen reden een ambulance met spoed te sturen, ook niet met A2-urgentie, aangezien er geen sprake was van ernstige gezondheidsschade. Dit is door de meldkamer centralist besproken en overeengekomen met de aanvrager van de ambulance. De zorg voor de patiënt blijft tot het moment van overdracht de verantwoordelijkheid van de zorgverlener die de patiënt instuurt; in dit geval het woonzorgcentrum De Vijverhof.

Een eerste stap in het vinden van oplossingen hoe deze situatie voorkomen had kunnen worden is dat betrokken professionals de zorg evalueren (zoals trouwens ook vanuit de wetgeving van hen verwacht wordt). Het lijkt mij dan ook zinvol dat de regionale ambulancevoorziening RAV, de betrokken arts en het woonzorgcentrum zich samen over deze situatie buigen met de vraag of zaken in de zorgverlening, op basis van deze nare ervaring, anders aangepakt hadden moeten worden. Zeker ook bij deze kwetsbare patiëntengroep, de oudere dementerenden, is het noodzaak dat de verschillende onderdelen van de zorg goed op elkaar aansluiten. Of deze mevrouw adequate pijnstilling heeft gekregen is daarbij ook een belangrijke vraag.

U vraagt hoe vaak dit soort situaties voorkomt (dat patiënten lang op een ambulance moeten wachten indien er sprake is van B-vervoer, dus niet van spoedvervoer). Dit wordt door de sector niet systematisch landelijk bijgehouden. Voor B-vervoer gelden geen landelijk bindende tijdsnormen. Van AZN heb ik begrepen dat het helaas voorkomt dat de afgesproken afhaaltijdstip bij B-vervoer soms niet gehaald wordt. Voor zover AZN weet, gaat dit om geringe aantallen. Vanuit de meldkamer wordt gestuurd op het zo min mogelijk overschrijden van het beoogde afhaaltijdstip van patiënten bij B-inzetten.

#### Vraag 4

Had deze mevrouw ook vijf uur moeten wachten als ze was gevallen in het winkelcentrum of op straat? Zo nee, deelt u de mening dat dit verschil niet uit te leggen is?

#### Antwoord 4

Het is aan de zorgverleners (in dit geval de aanwezige arts in het woonzorgcentrum en de verpleegkundig centralist op de meldkamer) om een verantwoorde inschatting te maken van het mogelijke letsel als iemand gevallen is en daarbij passende zorg te bieden. Daarbij is ook aandacht voor de omgeving waarin iemand zich bevindt. Het is zodoende waarschijnlijk dat een vergelijkbaar letsel, indien opgelopen in de openbare ruimte, een hogere urgentie had gekregen, namelijk een A-urgentie. Het verschil wordt verklaard doordat er van uit wordt gegaan dat er in de openbare ruimte, gedurende de wachttijd, geen adequate zorg (waaronder observatie, verpleging en pijnstilling) aan de patiënt had kunnen worden verleend.

#### Vraag 5

Zijn er normen of regels voor situaties waarin geen sprake is van spoedzorg, maar waarin iemand wel direct medische zorg nodig heeft?

#### Antwoord 5

Ja. De normen voor het leveren van goede zorg zijn vastgelegd in de «Nota verantwoorde ambulancezorg» van AZN. Daarnaast is er op de meldkamer een verpleegkundig centralist die uitvoering geeft aan de triage; het proces van ontvangst van de melding, indicatiestelling, zorgtoewijzing en -coördinatie en zorginstructie. De verpleegkundig centralist is bekwaam om te bepalen of en op welke wijze ambulancezorg ingezet wordt, waarbij de urgentie van de zorgvraag op verantwoorde wijze wordt ingeschat.

<sup>3</sup> Kamerstuk 32 620, nr. 197

#### Vraag 6

Zijn er alternatieven mogelijk om in dit soort situaties liggend vervoer op een goede, veilige en tijdige manier te organiseren? Als dit soort situaties vaker voorkomen bent u dan bereid om in overleg met het regionale overleg acute zorgketen (ROAZ) te treden om met een gerichte oplossing te komen voor dit soort situaties?

#### Antwoord 6

Als de verpleegkundig centralist bij de triage bepaalt dat de aanvraag om ambulancezorg niet medisch noodzakelijk vervoer betreft, dan kunnen anderen dan de regionale ambulancevoorziening (RAV) het liggend vervoer verzorgen. Alleen het medisch noodzakelijk vervoer is voorbehouden aan de RAV.

Indien er knelpunten worden ervaren in de spoedzorg, dient hierover in het ROAZ ketenbreed en instellingoverstijgend naar oplossingen worden gezocht. Ik heb begrepen dat alle ketenpartners in de regio Rotterdam Rijnmond via het ROAZ door AZRR op de hoogte zijn gesteld dat vanwege personeelskrapte de spoedritten prioriteit hebben boven het niet urgente B-vervoer. Helaas betekent dit dus dat er lange wachttijden bij niet levensbedreigende situaties voor kunnen komen. Zoals ik u in de brief van 15 januari jongstleden<sup>2</sup> heb gemeld heb ik komende maand overleg met de voorzitters van het ROAZ, waar ik het verbeteren van de responstijden met hen zal bespreken. Ik vind het van groot belang dat iedereen goede en tijdige ambulancezorg krijgt. Daarom moeten partijen samen, in het ROAZ met onder andere de ziekenhuizen, de RAV'en en de verzekeraars, alles op alles zetten om de meest optimale regionale situatie te bereiken.