

KUNNEN WE OOK SAMEN?

ONDERZOEK NAAR DE MOGELIJKHEDEN VAN OPERATIONELE SAMENWERKING TUSSEN
AMBULANCE EN BRANDWEER BINNEN DE VEILIGHEIDSREGIO AMSTERDAM-AMSTELLAND



MASTERTHESIS

Master of Crisis and Public order Management

6 augustus 2021

Student:

Wilfred van Randwijk

Studentnr. 363635

Thesisbegeleider:

Prof. Dr. Ira Helsloot

Colofon

OPLEIDINGSINSTITUUT

Fysieke Veiligheid / Politieacademie

Kemperbergerweg 783

6816 RW Arnhem

STUDENTGEGEVENS

Naam: Wilfred van Randwijk

Studentnummer: 363635

THESISBEGELEIDER

Prof. Dr. Ira Helsloot

Hoogleraar Besturen van Veiligheid

Radboud Universiteit Nijmegen

HOOFDDOCENT

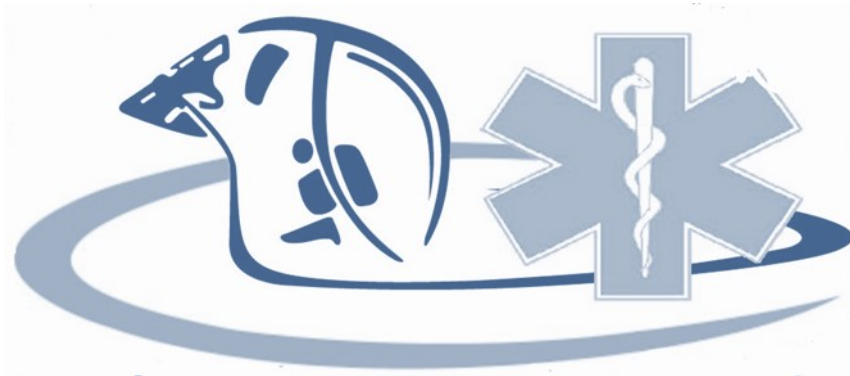
Ron Berkhout

VERSIE

Definitief, 6 augustus 2021

Foto kافت: Regionale Ambulancevoorziening Utrecht (RAVU)

© Niets uit deze uitgave mag worden veeelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar gemaakt worden in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch of door fotokopieën, opname, of op enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de auteur.



Wederzijdse afhankelijkheid, échte samenwerking, wordt geboren als je niet denkt in termen van concurrentie, maar van gezamenlijk winnen. Concurrentie hoort thuis in de markt, niet binnen bedrijven of binnen gezinnen”

Stephen R. Covey

AFKORTINGEN

AED	Automatische Externe Defibrillators
ALS	Advanced Life Support
AVG	Algemene Verordening Gegevensbescherming
AZN	Ambulancezorg Nederland
BAA	Brandweer Amsterdam-Amstelland
BIG	Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg
BLS	Basic Life Support
BOT	Bedrijfs Opvang Team
CBRN	Chemische Biologische Radiologische en Nucleaire stoffen
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
EHBO	Eerste Hulp Bij Ongevallen
EHV	Eerste Hulpvoertuig
EMS	Emergency Medical Services
FLO	Functioneel Leeftijdsontslag
GAGS	Gezondheidskundig Adviseur Gevaarlijke Stoffen
GGD	Gemeentelijke Geneeskundige Dienst
GHOR	Geneeskundige Hulpverleningsorganisatie in de Regio
HART	Hazard Area Response Team
HWT+	Hoofdbrandwacht plus
IC	Intensive Care
IFV	Instituut Fysieke Veiligheid
IGJ	Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd
ILS	Immediate Life Support
JenV	Ministerie van Justitie en Veiligheid
MKA	Meldkamer Ambulance
MMA	Medisch Managers
MOB	Medische Ondersteuning Brandweer
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
OOV	Onderzoeksraad Voor Veiligheid
QRT	Quick Response Team
RAV	Regionale Ambulancevoorziening
RBC	Raad van Brandweercommandanten
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
SEH	Spoedeisende Eerste Hulp

SORT	Special Operations Response Team
VIC	Veiligheids Informatie Centrum
VrAA	Veiligheidsregio Amsterdam-Amstelland
VRGZ	Veiligheidsregio Gelderland-Zuid
VRR	Veiligheidsregio Rotterdam-Rijnmond
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WGBO	Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst
Wav	Wet Ambulancevoorzieningen
Wvr	Wet veiligheidsregio's
ZN	Zorgverzekeraars Nederland

VOORWOORD

Voor u ligt de laatste en afsluitende opdracht van de opleiding Master of Crises and Public Order Management (MCPM). Een opleiding die voor mij begon met een traan en eindigt met een glimlach. Een traan toen ik net na de start van de opleiding op 31 januari 2019 in Warnsveld door mijn hoofddocent Ron Berkhout uit de les werd gehaald. Een moment om nooit meer te vergeten, zo onwerkelijk, mijn vader was plotseling overleden! Een paar minuten daarvoor had ik in de les nog vol trots over hem en zijn passie voor de brandweer verteld.

Hoe onwerkelijk dat moment toen was, zo onwerkelijk is het moment van dit schrijven nu ook, maar nu wel met een glimlach. Ik mag u namelijk eindelijk mijn onderzoek laten lezen. Een onderzoek wat inzicht geeft in de vraag of de Brandweer Amsterdam-Amstelland haar publieke waarde kan vergroten door een hechtere samenwerking aan te gaan met de Ambulance Amsterdam. Het antwoord op deze onderzoeksvraag is het sluitstuk van een waardevolle opleiding.

Een waardevolle opleiding in velerlei opzichten. Het opdoen van kennis, het toepassen van kennis, het samenwerken met bevlogen mensen uit de wereld van de crisisbeheersing, het leren kennen van mensen en daarbij werken aan mijn eigen persoonlijke ontwikkeling. Het zat allemaal in de MCPM 7 opleiding.

En hoe raar het ook klinkt, maar de dagen bij het IFV/Politieacademie waren voor mij een stukje ontspanning binnen het dagdagelijkse drukke leven. Was het allemaal ontspanning? Nee zeker niet! De opleiding heeft veel van mij gevraagd, maar ook van mijn thuissituatie. Daarom wil ik als eerste mijn lieve vriendin Manuela bedanken voor haar begrip, geduld en flexibiliteit. Haar steun heeft ervoor gezorgd dat ik deze opleiding naast mijn drukke baan heb kunnen volgen.

Speciale dank ben ik verschuldigd aan de Brandweer Amsterdam-Amstelland voor de kans en het in mij gestelde vertrouwen om deze opleiding te mogen volgen. Maar ook dank richting Ambulance Amsterdam, voor hun transparante medewerking aan dit onderzoek.

Ten slotte wil ik ook mijn thesisbegeleider prof. dr. Ira Helsloot bedanken. Ondanks zijn drukke agenda was er toch altijd weer tijd en ruimte om mij te inspireren en zag hij kans om mij vanuit Renswoude weer met nieuwe inzichten naar huis te laten gaan. Bedankt voor je tijd en positieve kritische feedback.

Ik wens de lezer van deze masterthesis veel leesplezier.

Wilfred van Randwijk

Aalsmeer, 6 augustus 2021

SAMENVATTING

Bestuurlijke-, landelijke-, maatschappelijke- en organisatorische ontwikkelingen dwingen Brandweer Amsterdam-Amstelland te onderzoeken of er taken zijn die bijdragen aan een bredere maatschappelijke context en zo voor de toekomst een beter financieel- en maatschappelijk rendement kan realiseren. Als gevolg van de prestaties van de aanrijtijden van de Ambulancedienst Amsterdam, de huidige vorm van samenwerking op straat, de positionering van ambulances op brandweerkazernes en de per 1 oktober 2019 opgerichte veiligheidsdirectie binnen Veiligheidsregio Amsterdam-Amstelland (VrAA), is de vraag gerezen of samenwerking met de ambulancedienst hier mogelijkheden voor biedt?

Het doel van dit onderzoek is inzicht verkrijgen in de vraag of de Brandweer Amsterdam-Amstelland haar publieke waarde kan vergroten door een hechtere samenwerking met de Ambulance Amsterdam op operationeel niveau. Hiervoor is de volgende centrale onderzoeksvraag opgesteld: *Welke mogelijkheden van interprofessionele samenwerking op operationeel niveau tussen ambulance en brandweer dragen bij aan het creëren van meer publieke waarde voor de Veiligheidsregio Amsterdam-Amstelland?*

Om een antwoord te kunnen geven op de onderzoeksvraag is o.a. een vergelijkend onderzoek uitgevoerd bij de brandweerkorpsen van Brussel (B), Düsseldorf (D) en Reims (F). Op basis van dit vergelijkend onderzoek is een online vragenlijst uitgezet onder operationeel personeel van Brandweer Amsterdam-Amstelland en van Ambulance Amsterdam. Daarnaast zijn interviews afgenomen bij bestuurders en functionarissen op tactisch- en strategisch niveau binnen het werkveld van de brandweer, 'witte' kolom¹ en veiligheidsregio.

Uit dit onderzoek blijkt dat zich de komende jaren een aantal ontwikkelingen gaan aandienen die van invloed zijn op de gehele samenleving en leiden tot vraagstukken die ook van toepassing zijn op de toekomstige inrichting van de ambulance- en brandweezorg binnen de VrAA. Dit vraagt om afstemming, gezamenlijk werken aan oplossingen en nopen tot nieuwe vormen van samenwerking. In het belang van een toekomstbestendige gegarandeerde snelle (medische) hulpverlening aan burgers kan samenwerking tussen ambulance en brandweer één van die nieuwe vormen binnen het maatschappelijk domein zijn.

Daarnaast blijkt uit dit onderzoek dat bij beide diensten een positieve attitude aanwezig is om de samenwerking met elkaar aan te gaan en dat er diverse mogelijkheden tot *samen werken*

¹ Witte kolom; reguliere medische instanties en organisaties op het gebied van de geneeskundige hulpverlening.

(praktische mogelijkheden) en *samenwerking* (theoretische mogelijkheden) zijn die bijdragen aan het creëren van publiek waarde voor de brandweer. Tevens blijken er ook mogelijkheden tot *samen werken* te zijn die weliswaar niet bijdragen aan het creëren van meer publieke waarde, maar wel tot meer efficiency voor beide organisaties. Denk hierbij aan mogelijkheden op het gebied van medische ondersteuning brandweer, facilitaire ondersteuning, operationele voorbereiding en vakbekwaam worden en blijven.

Mogelijkheden van interprofessionele samenwerking op operationeel niveau: <i>(Welke bijdragen aan het creëren van publieke waarde voor de Veiligheidsregio Amsterdam-Amstelland)</i>	
Mogelijkheid	Interprofessionele samenwerkingsvorm
Praktische mogelijkheid tot <i>samen werken</i>	
Invoeren van paramedics op de tankautospuiter	Unidisciplinair ¹
Brandweer in de rol van 2 ^e ambulance	Multidisciplinair ²
Brandweer en ambulance samen inzetten voor het bevorderen van een veilige leef- en woonomgeving	Interdisciplinair ³
Theoretische mogelijkheid tot <i>samenwerking</i>	
Brandweer in stedelijk gebied middels een cascade model standaard laten uitrukken bij de urgentieclassificatie A0 (tijdkritische patiënten)	Interdisciplinair
Ambulancezorg onderbrengen in de veiligheidsregio	Multidisciplinair Transdisciplinair ⁴ (directie en staf)
Brandweerchauffeurs inzetten voor laag- en midden complex ambulancevervoer	Interdisciplinair
Brandweer inzetten als nieuwe laag binnen de zorg differentiatie (vervoerder van laag- en midden complexe zorg patiënten)	Interdisciplinair
Het oprichten van een paramedische dienst binnen de VrAA. (EMS-dienstverleningsmodel volgens het "scoop and run")	Transdisciplinair

- 1) Unidisciplinair: Alle professionals behoren tot dezelfde discipline of beroepsgroep en vervullen samen dezelfde opdrachten (Vyt, 2015).
- 2) Multidisciplinair: Professionals vanuit verschillende disciplines werken samen en hebben ieder hun eigen specifieke inbreng en expertise (Vyt, 2015).
- 3) Interdisciplinair: Professionals met verschillende discipline achtergronden werken samen, maar hebben hierbij wel gemeenschappelijke taken, verantwoordelijkheden en doelstellingen (Xyrichis & Lowton, 2008) (Vyt, 2015).
- 4) Transdisciplinair: Professionals van verschillende disciplines werken (gedeeltelijk) in het veld van de andere discipline (Vyt, 2015), waarbij de teamleden elkaars taken kunnen overnemen (Adler, Bryk, Cesta, & McEachen, 1995).

Tabel 1. Mogelijkheden van interprofessionele samenwerking op operationeel niveau

Het antwoord op de centrale onderzoeksvraag luidt dan ook dat er diverse mogelijkheden van interprofessionele samenwerking op operationeel niveau zijn die voor Brandweer Amsterdam-

Amstelland en dus de Veiligheidsregio Amsterdam-Amstelland publieke waarde kunnen creëren. Welke mogelijkheden dit zijn, staat aangegeven in tabel 1. Dit zijn mogelijkheden van interprofessionele samenwerking waarbij professionals van beide diensten in meer of mindere mate elkaars taken kunnen overnemen en door de samenwerking aan te gaan daadwerkelijke nieuwe manieren van samenwerking kunnen ontstaan, waarbij op termijn een transdisciplinaire samenwerkingsvorm in de vorm van een paramedische dienst tot de mogelijkheden kan behoren.

Een andere conclusie is echter dat door het ontbreken van een 'sense of urgency' en een gezamenlijke 'baas' voor beide diensten de mogelijkheden tot *samenwerking* voorlopig geen kans van slagen zullen hebben.

Een denkbare uitzondering hierop is de mogelijkheid om de brandweer te laten uitrukken bij tijdkritische patiënten. Dit is een mogelijkheid waarvoor nu het momentum is om als brandweer en ambulancedienst in samenspraak met het bestuur het gesprek aan te gaan.

INHOUDSOPGAVE

Afkortingen	1
Voorwoord	3
Samenvatting	5
1. Inleiding	13
1.1. Aanleiding.....	13
1.2. Probleemstelling	16
1.3. Onderzoeksdoelstelling	17
1.4. Onderzoeksvragen	18
1.5. Leeswijzer	18
2. Theoretisch kader	19
2.1. Samenwerking tussen professionals.....	19
2.1.1. Wat is samenwerking?.....	19
2.1.2. Waarom samenwerken?.....	20
2.1.3. Vormen van samenwerking	22
2.1.4. Het begrip samenwerken nader beschouwd	25
2.2. Kritische succesfactoren voor samenwerking	26
2.2.1. Doelovereenstemming	27
2.2.2. Helderheid in taakverdeling en verantwoordelijkheden	27
2.2.3. Vertrouwen.....	28
2.2.4. Structurele bevorderende en/of belemmerende factoren	28
2.2.5. Bureaucratie.....	29
2.2.6. Autonomie.....	30
2.3. Fasen in een samenwerking	31
2.4. Ambulance- en brandweercultuur nader beschouwd	32
2.5. Creëren van publieke waarde	36
2.6. Samenvattend theoretisch model	41
3. Onderzoeksmethode	43
3.1. Methode van onderzoek	43
3.2. Literatuur- en documenten onderzoek	43
3.3. Vergelijkend onderzoek	44
3.4. Half-gestructureerde interviews	44
3.5. Digitale vragenlijst	45
3.6. Schematische weergave onderzoeksopzet.....	46
3.7. Afbakening	46
3.8. Betrouwbaarheid	46

4. Resultaat: Huidige samenwerking.....	47
4.1. Brandweer en ambulancezorg in historisch perspectief	47
4.2. Huidige samenwerking ambulance en brandweer in de VrAA.....	49
4.3. Beleving huidige samenwerking	50
4.4. Initiatieven op landelijk niveau	51
4.4.1. Onderzoeken	51
4.4.2. Operationele samenwerking	51
4.5. Deelconclusie	53
5. Resultaat: Vergelijkend onderzoek.....	55
5.1. Overeenkomsten en verschillen.....	55
5.2. Inhoudelijke vergelijking.....	57
5.3. Deelconclusie	58
6. Resultaat: Omgevingsanalyse	59
6.1. Maatschappelijk ontwikkelingen.....	59
6.1.1. Groei van de bevolking	59
6.1.2. De vergrijzing van de bevolking.....	60
6.1.3. Gevolgen Covid 19 pandemie	61
6.2. Ontwikkelingen ambulancezorg	61
6.2.1. Veranderingen in het zorglandschap	61
6.2.2. Houtskoolschets Ministerie VWS.....	62
6.2.3. Personeelstekort	63
6.2.4. Urgentieclassificaties	63
6.3. Ontwikkelingen brandweer	64
6.3.1. Minder branden.....	64
6.3.2. Tweede loopbaanbeleid.....	65
6.3.3. Taakdifferentiatie brandweer	65
6.3.4. Terrorisme gevolg bestrijding (TGB).....	66
6.4. Ontwikkelingen binnen de gemeente amsterdam	67
6.4.1. Toerisme	67
6.4.2. Personen met verward gedrag	68
6.4.3. Groei gemeente Amsterdam.....	68
6.4.4. Bereikbaarheid in Amsterdam	68
6.5. Actoren.....	69
6.6. Deelconclusie	69
7. Resultaat: Mogelijkheden tot samenwerking.....	71
7.1. Praktische mogelijkheden tot samenwerking	71
7.1.1. Medische ondersteuning brandweer.....	71
7.1.2. Vakbekwaam worden en blijven	73
7.1.3. Operationele voorbereiding	74
7.1.4. Personeelsgebied	75
7.1.5. Veilige Leefomgeving	76
7.1.6. Facalitaire ondersteuning	77

7.2.	Theoretische mogelijkheid tot samenwerken	78
7.2.1.	Snellere hulpverlening aan de burger.....	78
7.2.2.	Veiligheid en gezondheid in één winkel.....	81
7.2.3.	Stip op de horizon.....	84
7.2.4.	Brandweer en zorgdifferentiatie.....	90
7.3.	Deelconclusie	92
8.	Resultaat: Beïnvloedende onderwerpen en factoren	95
8.1.	Het waarom	95
8.2.	Bevorderende en belemmerende factoren.....	97
8.3.	Welke vorm van interdisciplinaire samenwerking.....	103
8.4.	Creëert de samenwerkingsvorm publieke waarde	103
9.	Analyse onderzoeksresultaten	105
9.1.	Analyse resultaten - theoretisch model	105
9.1.1.	Mogelijkheden tot samenwerking	105
9.1.2.	Waarom samenwerken?.....	105
9.1.3.	Bevorderende en belemmerende factoren	106
9.1.4.	Welke vorm van interprofessionele samenwerking?	108
9.1.5.	Creëert de samenwerkingsvorm publieke waarde?	108
9.1.6.	Fasen in de samenwerking.....	110
9.2.	Analyse mogelijkheden tot samenwerking	111
9.2.1.	Samenwerking in zijn algemeenheid	111
9.2.2.	Belemmerende factoren	111
9.2.3.	Bestuurlijke urgentie	112
9.3.	Deelconclusie	113
10.	Conclusie en aanbevelingen.....	115
10.1.	Conclusie centrale onderzoeksvraag.....	115
10.2.	Eindconclusie	117
10.3.	Aanbevelende beschouwing.....	118
10.3.1.	Aanbevelingen in het kader van <i>samen werken</i>	118
10.3.2.	Aanbevelingen in het kader van <i>samenwerking</i>	118
10.3.3.	Algemene aanbevelingen	119
11.	Discussie.....	121
12.	Literatuurlijst.....	123
Bijlage 1.	De ambulance- en brandweezorg	135
1.1.	Ambulancezorg.....	137
1.1.1.	Ambulancevervoer van 1963 tot 2021	137
1.1.2.	Huidige organisatie Ambulancezorg	138
1.1.3.	Ordering Ambulancezorg	138
1.1.4.	Ambulancezorg in Amsterdam-Amstelland	140

1.2.	Brandweezorg in Nederland en Amsterdam-Amstelland.....	141
1.2.1.	Brandweer Nederland.....	141
1.2.2.	Brandweer Amsterdam-Amstelland.....	142
1.2.3.	Financiering brandweer.....	142
Bijlage 2. Wettelijk kader		145
2.1.	Wet veiligheidsregio	145
2.2.	Landelijke visie hulpverlening brandweer.....	146
2.3.	Kwaliteitskader First Responder	146
2.4.	Wet ambulancevoorzieningen (Waz)	147
2.5.	Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (WBIG)	148
2.6.	Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO)	150
2.7.	Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (WKKGZ)	150
2.8.	Algemene verordening gegevensbescherming (AVG)	151
Bijlage 3. Respons- en opkomstijden		153
3.1.	Responstijden Ambulance Amsterdam	153
3.2.	Opkomsttijd Brandweer Amsterdam-Amstelland.....	154
3.3.	Is de brandweer sneller?	156
Bijlage 4. Vergelijkend onderzoek - Vragenlijsten		157
Bijlage 5. Respondenten - Interviewformulier		171
Bijlage 6. Digitale vragenlijst brandweer en ambulance.....		177
Bijlage 7. Plan van aanpak.....		199

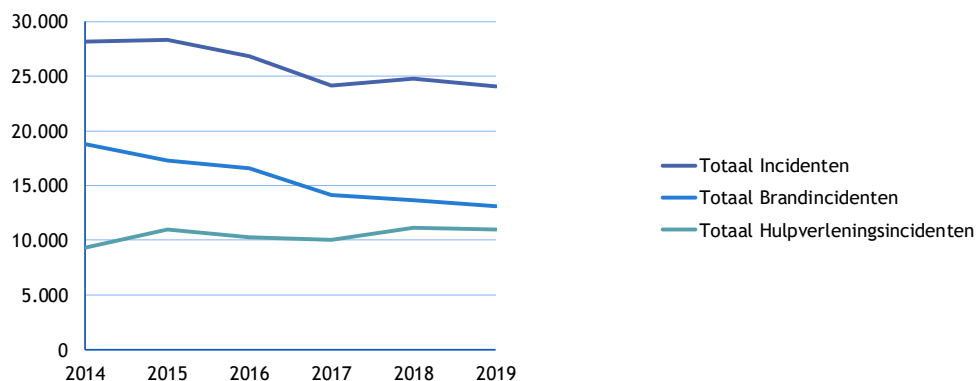
1. INLEIDING

1.1. AANLEIDING

“De brandweer steeds vaker dokter in plaats van blusser” (Leeuwarder Courant, 2020) dit was de titel van een krantenartikel naar aanleiding van recente cijfers van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). De brandweer rukt in heel Nederland steeds vaker uit voor assistentie bij medische noodsituaties; mensen die bijvoorbeeld onwel worden of gereanimeerd moeten worden. Het aantal brandmeldingen dat bij de brandweer binnenkomt, laat tegelijkertijd de laatste jaren een dalende trend zien. De brandweer kreeg in 2019 ongeveer 115.000 brandmeldingen. Dit leidde tot zo’n 30.000 daadwerkelijke alarmeringen voor de kazernes, een daling in vijf jaar van 42 procent vergeleken met 2014 (CBS, Brandweer, 2020). Die daling zou wel eens kunnen doorzetten omdat de technologische ontwikkelingen in de wereld enorm snel gaan. Bijvoorbeeld de ontwikkelingen in de wijze waarop brand gedetecteerd wordt en waarop mensen gealarmeerd worden. De wijze van brandbestrijding zal naar verwachting ook wijzigen als gevolg van het gebruik van nieuwe technologie. In dit verband kunnen ook ‘domotica’ (ook wel ‘huisautomatisering’) en de ontwikkeling van ‘smart homes’ genoemd worden (IFV, Toekomstverkenning Brandveiligheid, 2019). De verwachting is dat door voornoemde ontwikkelingen en risicogerichte brandveiligheidseisen het aantal brandmeldingen voor de brandweer in de toekomst nog verder zullen afnemen (Brandweer Nederland, 2016).

Zoals uit figuur 1 blijkt is het aantal brandincidenten in de Veiligheidsregio Amsterdam-Amstelland (VrAA) waarop de verschillende brandweerkazernes uitrukken in de loop der jaren ook minder geworden.

Branden en hulpverleningen regio Amsterdam-Amstelland



Figuur 1. Branden en hulpverleningen Amsterdam-Amstelland (CBS, Brandweer, 2020)

Deze dalende trend heeft landelijk en binnen de VrAA geleid tot bestuurlijke aandacht. Wijlen burgemeester Van der Laan van Amsterdam heeft destijds mede naar aanleiding van deze dalende trend, omdat twaalf beroepskazernes fors drukken op de begroting van de VrAA nadrukkelijk aangedrongen op flexibilisering van de organisatie van Brandweer Amsterdam-Amstelland (BAA). De toenmalige commandant is daarom gevraagd naar de mogelijkheden of de brandweer in de toekomst nog meer voor de samenleving kan gaan betekenen door het oppakken van andere taken.

Bij het aantreden van burgemeester Halsema heeft ook zij op 25 mei 2019 een appel gedaan op het gehele managementteam van BAA om mee te denken over oplossingen die bijdragen aan het vergroten van de productiviteit van de 24-uurs kazernes in de stad Amsterdam (Brandweer Amsterdam-Amstelland, 2019). Halsema gaf aan dat er echt nagedacht moet worden over hoe de brandweer zich met andere maatschappelijke taken verdienstelijk kan maken voor de samenleving. Er ligt dus een actuele en duidelijke opgave voor BAA om na te denken over een taakuitbreiding van de brandweer.

De oproep van de Amsterdamse bestuurders sluit naadloos aan op de door de Raad van Brandweercommandanten (RBC) in 2018 opgestelde landelijke agenda brandweezorg met daarin aangegeven hoe de RBC de komende jaren de ambities uit 'Brandweer over morgen' wil gaan realiseren (RBC, 2018). Eén van de ambities op deze agenda is volgens de RBC (2018) het aangaan van samenwerking op het steeds dunner wordend grensvlak tussen (spoedeisende) zorg en veiligheid en wat dit dan betekent voor de taak- en rolopvatting van de brandweer. Hierbij kan het fijnmazige netwerk van brandweerkazernes in de lokale gemeenschap bijvoorbeeld dienen als experimenteerruimte voor nieuwe hulpverleningsconcepten in het netwerk van First Responders (RBC, 2018). Volgens de RBC (2018) past dit bij een brandweer die er niet alleen is om te blussen, maar van waarde kan zijn in een bredere maatschappelijke context. In de afstemming op de omgeving realiseert zich het maatschappelijk rendement (RBC, 2018). Ook brandweer Nederland wil dus onderzoeken of er taken zijn die bijdragen aan een bredere maatschappelijke context.

Gezien bovenstaande ontwikkelingen staat Brandweer Amsterdam-Amstelland voor de opgave om de toegevoegde waarde van de brandweer aan de maatschappij te vergroten. Dit met als doel het financiële- en maatschappelijk rendement van de brandweer in de toekomst te kunnen blijven verantwoorden aan de samenleving en het bestuur van de VrAA.

BIEDT DE AMBULANCEDIENST PERSPECTIEF?

Op dit moment zijn er ook uitdagingen voor de Ambulance Amsterdam. In een kwart van de ambulance regio's in ons land zijn er ernstige zorgen bij de lokale en landelijke politiek, omdat de ambulance na een melding niet snel genoeg ter plekke is. Dat blijkt uit een brief van toezichthouder Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) die de toenmalige minister Bruins (Medische zorg) naar de Tweede Kamer heeft gestuurd (Ministerie van Volksgezond, Welzijn en Sport, 2019). Zo ook in de regio Amsterdam-Amstelland. Op basis van de analyse van de aanrijtiden is geconcludeerd, dat Ambulance Amsterdam in bepaalde gebieden in de regio consequent onvoldoende presteert (Ambulance-Amsterdam, 2019). In augustus 2019 dient Ambulance Amsterdam bij BAA een verzoek in of zij gebruik mogen maken van enkele brandweerkazernes om ambulances gunstiger voorwaardenscheppend te positioneren in het gezamenlijk werkgebied. Het beschikbaar stellen van huisvesting voor ambulances is binnen BAA aanleiding tot nadenken welke andere bijdrage de brandweer kan bieden voor de medische spoedhulpverlening aan burgers. Is het een mogelijkheid om net zoals in de ons omringende landen België en Duitsland de ambulancezorg en de geneeskundige hulpverlening te koppelen aan de brandweer (Van Duin & Wijkhuis, 2013)?

Dagelijks bieden ambulance en brandweer hulp aan de samenleving. Daar waar de ambulance zorgdraagt voor slachtoffers en indien noodzakelijk het vervoer van patiënten, ligt de focus van de brandweer op het bestrijden van brand en het verlenen van hulp bij ongevallen.

In de steeds drukker wordende stad Amsterdam (Gemeente Amsterdam, 2020) en de hiermee samenhangende intensiteit van incidenten rukken ambulance en brandweer inmiddels steeds vaker gezamenlijk uit om hulp te verlenen (Ambulance Amsterdam, 2021) (Brandweer Amsterdam-Amstelland, 2021). Of het hier nu gaat om patiënten met behulp van een redvoertuig horizontaal uit hun woning te halen (zgn. afhijzen) of om het reanimeren van patiënten, de medewerkers van de ambulance en de brandweer werken hierbij met elkaar samen. Waarbij de reanimatietaak met behulp van de Automatische Externe Defibrillators (AED) sinds 2002 een kerntaak is van de brandweer in Amsterdam (Brandweer Amsterdam, 2002). Een vraag kan zijn, waarom behoren het toedienen van zuurstof en beademen met de beademingsballon niet ook tot het standaard takenpakket van de brandweer?

De huidige vorm van samenwerking leidt er vaak toe, dat voor één patiënt soms twee tot drie ambulances en brandweerwagens voor de deur van dezelfde patiënt staan. Zou dit anders en efficiënter georganiseerd kunnen worden zonder afbreuk te doen aan de kwaliteit en de snelheid van het optreden?

Binnen de VrAA speelt ook een ontwikkeling m.b.t. de positionering van de 'witte kolom' binnen de veiligheidsregio. Op 1 oktober 2019 is binnen de VrAA een veiligheidsdirectie opgericht. Met de oprichting van de veiligheidsdirectie is ook de positionering van de Geneeskundige

Hulpverleningsorganisatie in de Regio (GHOR) aan de orde (Veiligheidsbestuur, 2019). Waarbij het een mogelijkheid is dat de brandweer en GHOR binnen afzienbare tijd onder aansturing van één directeur gaan vallen. Gezien deze ontwikkeling is het logisch, dat er onderzocht wordt om de hulpverlening binnen VrAA effectiever en/of efficiënter te organiseren. De geschetste ontwikkelingen en vragen zijn aanleiding voor een verkennend onderzoek. De centrale vraag is of samenwerking met de Ambulance Amsterdam mogelijkheden biedt om als Brandweer Amsterdam-Amstelland nog meer bij te dragen aan de maatschappij en zo voor de toekomst een beter financieel- en maatschappelijk rendement kan realiseren.

1.2. PROBLEEMSTELLING

Zoals geschetst in paragraaf 1.1 dwingen bestuurlijke-, landelijke-, maatschappelijke- en organisatorische ontwikkelingen de Brandweer Amsterdam-Amstelland te onderzoeken of er taken zijn die bijdragen aan een bredere maatschappelijke context. Brandweer Amsterdam-Amstelland staat voor de opgave om de waarde aan de maatschappij, de publieke waarde, te vergroten. Als gevolg van de prestaties van de aanrijtijden van de Ambulancedienst Amsterdam en de per 1 oktober 2019 opgerichte veiligheidsdirectie is de vraag gerezen of een hechtere samenwerking met de ambulancedienst hier mogelijkheden voor biedt?

In tegenstelling tot het buitenland komt medische brandweerondersteuning of -assistentie aan de geneeskundige hulpverlening in Nederland niet veel voor. Uit een vergelijkend onderzoek van het Instituut Fysieke Veiligheid (2013) is gebleken, dat in landen als het Verenigd Koninkrijk, België, Frankrijk en Zweden de brandweer gekoppeld is aan de ambulancezorg en de geneeskundige hulpverlening. In tegenstelling tot Nederland is de brandweer in deze landen geheel of in belangrijke mate verantwoordelijk voor het gewondenvervoer. In Zweden heeft de brandweer zelfs een expliciete taak in de eerste medische hulpverlening bij verkeersongevallen. De Nederlandse brandweer lijkt ook deze tendens, het uitvoeren van taken in de eerstehulpverlening, te willen gaan volgen. Zo zijn Automatische Externe Defibrillators (AED's) al in veel brandweerauto's te vinden en worden verschillende kazernes gealarmeerd voor reanimaties (Van Duin & Wijkhuis, 2013).

Van Duin (2011) schrijft in zijn lectorale rede, dat de verbreding van het alledaagse en de samenwerking tussen de hulpdiensten aandacht dient te krijgen, maar ook hoe in de ons omringende landen deze samenwerking vorm heeft gekregen. Met het alledaagse bedoelt Van Duin organisaties en instellingen, die in de normale meer dagelijkse situaties een rol spelen bij orde- en veiligheidsvraagstukken (Van Duin, 2011).

In Nederland heeft de brandweer tot op heden een relatief bescheiden bijdrage geleverd aan ambulancezorg, meestal als bieder van onderdak en leverancier van chauffeurs, soms door uitvoering van het ziekenvervoer met hulpambulances of ambulances. Hoewel het voor bestuurders logisch lijkt deze taken te combineren, is het op de werkvloer blijkbaar minder vanzelfsprekend (Gras, 2013). Daarnaast spelen volgens Gras (2013) hierbij ook cultuurverschillen tussen beide diensten een duidelijke rol.

In juli 2014 werd een pilot in de regio Rotterdam gestart met de 'Brambulance', een nieuw soort eerste hulpvoertuig (EHV) waarbij ambulance- en een brandweertzorg in één voertuig gecombineerd werden. Op die manier kon medische hulp op straat geboden worden, maar ook een eerste inzet gedaan worden bij het blussen van beginnende en kleinere branden. De Veiligheidsregio Rotterdam-Rijnmond wilde het voertuig met name inzetten voor snelle, eerste hulp en inzetten bij grote incidenten, ongevallen en evenementen. In een periode van drie maanden zou bekeken worden of de Brambulance de aanrijtijden kon verbeteren (Baars, 2015). De uitkomst van de evaluatie was dat de Brambulance in combinatie met een tankautospuit en/of ambulance het gewenste niveau van brandweer- en ambulancezorg levert en dat de bemanning van het voertuig veilig en verantwoord kan optreden. De pilot was een succes (Deddens & Van Schie, 2014), maar waarom is in de regio Rotterdam-Rijnmond of elders in Nederland dan geen gevolg gegeven aan deze pilot?

Naast de vraag of een hechtere samenwerking tussen ambulance en brandweer in de dagelijkse praktijk bijdraagt aan een efficiëntere en kwalitatieve betere hulpverlening en zo publieke waarde gecreëerd kan worden, roept het bovenstaande meerdere vragen op. Wat is de reden dat medische brandweerondersteuning of -assistentie aan de geneeskundige hulpverlening in Nederland nog niet veel voorkomt en waarom heeft deze samenwerking in de ons omringende landen wel vorm gekregen en op welke wijze dan?

1.3. ONDERZOEKSDOELSTELLING

Het onderzoek heeft de volgende doelstelling:

Het verkrijgen van inzicht in de vraag of de Brandweer Amsterdam-Amstelland haar publieke waarde kan vergroten door een hechtere samenwerking met de Ambulance Amsterdam op operationeel niveau.

1.4. ONDERZOEKSVRAGEN

Vanuit de onderzoeksdoelstelling komen de volgende centrale onderzoeksvraag en bijbehorende deelvragen voort:

Centrale onderzoeksvraag:

Welke mogelijkheden van interprofessionele samenwerking op operationeel niveau tussen ambulance en brandweer dragen bij aan het creëren van meer publieke waarde voor de Veiligheidsregio Amsterdam-Amstelland?

Deelvragen:

1. Wat wordt gezien als interprofessionele samenwerking tussen organisaties?
2. Op welke wijze werken ambulance en brandweer in de huidige praktijk samen?
3. Wat wordt verstaan onder publieke waarde?
4. Welke praktische- en theoretische mogelijkheden zijn er tot samenwerking op het operationele vlak tussen beide diensten?
5. Welke factoren bevorderen of belemmeren de mogelijkheden tot samenwerking tussen beide diensten?
6. Welke actoren en ontwikkelingen bevorderen of belemmeren de mogelijkheden tot samenwerking tussen beide diensten?

1.5. LEESWIJZER

De thesis is als volgt opgebouwd: hoofdstuk 1 bevat de aanleiding, probleemstelling en de onderzoeksdoelstelling van het onderzoek. Het hoofdstuk sluit af met de centrale onderzoeksvraag en deelvragen. In hoofdstuk 2 is het theoretisch kader uitgewerkt en zijn de onderwerpen en factoren uit het literatuuronderzoek uitgewerkt in een model. Dit theoretisch model vat de theorie samen en is gebruikt als analysekader voor het onderzoek. De onderzoeksopzet met onder andere de methoden van onderzoek en afbakening staan beschreven in hoofdstuk 3. Daarna volgt in hoofdstuk 4 een beschrijving van de samenwerking tussen brandweer en ambulance in Nederland. In hoofdstuk 5 wordt ingegaan op de onderzoeksresultaten van het vergelijkend onderzoek in België, Duitsland en Frankrijk. De resultaten m.b.t. de toekomstige ontwikkelingen die van invloed zijn op een mogelijke samenwerking worden beschreven in hoofdstuk 6. Waarna in hoofdstuk 7 de resultaten van de mogelijkheden tot samenwerking worden gepresenteerd. Hoofdstuk 8 beschrijft de opgehaalde onderwerpen en factoren die van invloed zijn op een eventuele samenwerking. In hoofdstuk 9 worden de onderzoeksresultaten gekoppeld aan het theoretisch kader. Vervolgens beschrijft hoofdstuk 10 de conclusies en aanbevelingen van dit onderzoek en sluit hoofdstuk 11 af met een discussie over het onderzoek.

2. THEORETISCH KADER

In dit hoofdstuk wordt vanuit de wetenschappelijke literatuur de basis voor dit onderzoek gevormd. Vanuit verschillende invalshoeken wordt belicht welke onderwerpen en factoren van invloed zijn om de centrale hoofdvraag te kunnen beantwoorden. Daarnaast wordt specifiek antwoord gegeven op de deelvragen 1 en 3:

- *Wat wordt gezien als interprofessionele samenwerking tussen organisaties?*
- *Wat wordt verstaan onder publieke waarde?*

2.1. SAMENWERKING TUSSEN PROFESSIONALS

Samenwerken tussen professionals vereist samenwerking. Maar wat verstaan we nu onder samenwerking, waarom willen professionals samenwerken en welke vormen van samenwerking zijn er? In deze paragraaf zullen voorgenoemde vragen worden beantwoord.

2.1.1. WAT IS SAMENWERKING?

Samenwerken dat doen we toch allemaal? Samenwerking tussen individuen en organisaties lijkt dan ook vanzelfsprekend, maar wat wordt nu onder samenwerking verstaan?

Bij samenwerking werken volgens Bronstein (2003) twee of meer autonome actoren samen en hij omschrijft dit als volgt: *“Samenwerking is een doeltreffend intermenselijk proces dat de verwezenlijking vergemakkelijkt van doelstellingen die niet kunnen worden bereikt wanneer individuele beroepsbeoefenaren op eigen houtje handelen”* (p.299). Samenwerking kan dus worden gezien als coördinatie van handelingen op een manier waarbij het resultaat beter is dan de som van individuele handelingen (zonder coördinatie). Door samen te werken wordt het resultaat gemaximaliseerd (Bronstein, 2003).

Omdat bij samenwerking twee of meer autonome actoren samenwerken kan samenwerking gezien worden als een relatie tussen twee of meer ‘entiteiten’. Omvattende voorbeelden van entiteiten ook wel stakeholders genoemd zijn: individuen, groepen, families, professionals, organisaties en gemeenten (Lawson, 2004).

Volgens Kaats en Opheij (2013) is samenwerken een menselijke activiteit en is samenwerken niet altijd eenvoudig en vanzelfsprekend. Bij samenwerken gaat het in essentie om het aangaan van verbindingen: *“verbindingen tussen mensen, verbindingen tussen gemeenschappen, verbindingen met de wereld waarin wij leven”* (p. 27).

Van de Bossche (2006) definieert samenwerking als: *“Een proces van het opbouwen en onderhouden van een gedeelde opvatting over een probleem of taak, het verdelen van de verantwoordelijkheid over de leden van de groep, het delen van deskundigheid, en het wederzijds construeren van en onderhandelen over cognitie”* (Van den Bossche, Gijssels, Segers, & Kirschner, 2006, p. 494).

Samenwerking kan dus beschouwd worden als een proces. Een proces waarbij:

- Mensen of organisaties met elkaar in verbinding zijn;
- Interactie tussen deze mensen of organisaties plaatsvindt;
- Een gezamenlijke visie op een bepaalde taak of probleem wordt gedeeld;
- Verantwoordelijkheden en deskundigheid worden gedeeld.

Er is veel wetenschappelijke literatuur beschikbaar over samenwerking. Smith, Carroll & Ashford (1995) geven aan dat uit deze literatuur blijkt dat veel auteurs het erover eens zijn dat samenwerking een proces is waarin individuen, groepen en organisaties in verbinding zijn en relaties aangaan om tot een gemeenschappelijk doel te komen.

Voor dit onderzoek wordt voor het begrip samenwerking de volgende omschrijving gehanteerd:

Een proces waarin professionals van brandweer en ambulance met elkaar in verbinding staan en een relatie vormen waarin met een gezamenlijke visie samengewerkt wordt aan één en dezelfde taak door een coördinatie van handelingen om zo een gemeenschappelijk doel te bereiken met een gemaximaliseerd resultaat.

2.1.1.2. WAAROM SAMENWERKEN?

In het kader van dit onderzoek gaat het over samenwerking in de publieke dienstverlening. Publieke dienstverlening houdt volgens Koppenjan (2012) het leveren van diensten van publiek belang aan burgers in. Het betreft diensten die niet vanzelf door de markt of de samenleving geleverd worden en waarvan de gemeenschap vindt dat de overheid erin moet voorzien (Koppenjan, 2012). Volgens Delden (2009) wordt samenwerking in de publieke dienstverlening algemeen gewenst en nagestreefd. Waarbij in de gezondheidszorg en veiligheid samenhang tussen de diensten van verschillende organisaties wordt gevraagd. *“Het publiek verwacht samenhangende diensten en brede effecten, zoals een pluriforme en patiënt volgende zorg en een veilige stad”* (Delden, 2009, p. 9). Binnen overheids- en semioverheidsorganisaties wordt voor de continuïteit van deze organisaties samenwerking steeds meer als oplossing gezien. De laatste jaren is de term samenwerken, zeker binnen het veiligheidsdomein, tot ‘applausterm’ geworden (Scholtens, 2007). Een begrip dat het in het beleidsdebat zo goed doet, dat het noemen ervan of aansporen ertoe tot kritiekloze

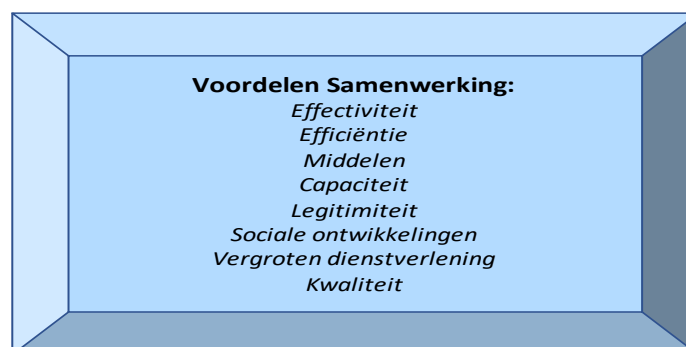
instemming leidt. Meer samenwerking is altijd beter, lijkt de gedachte, maar wat samenwerking precies inhoudt, hoe het gestalte krijgt en of het daadwerkelijk altijd betere resultaten oplevert wordt voor het gemak buiten beschouwing gelaten.

Uit internationaal onderzoek blijkt dat overheidsinstanties een (intensievere) samenwerking overwegen vanuit de gedachte meer efficiëntie te bewerkstelligen. Wat resulteert in schaalvergrotingen, fusies en (inter)regionaal samenwerken (Ordaz & Stinchcomb, 2007). Factoren die verband houden met de kwaliteit, zoals het verhogen van de effectiviteit en vergroten van de dienstverlening komen hierbij vaak op de tweede plaats. Wanneer wordt vermoed dat de samenwerking een negatieve uitwerking heeft op de huidige kwaliteit van de dienstverlening wordt kwaliteit juist benoemd als reden om de samenwerking niet aan te gaan (Helsloot, Groenendaal, & Warners, 2009).

Kenmerkend voor samenwerkingen is dat de actoren samenwerken, omdat er sprake is van wederzijdse afhankelijkheden. Zij doen mee aan de samenwerking met als doel om er zelf beter van te worden (Lawson, 2004). Volgens Lawson (2004) zijn er drie hoofdredenen voor deze afhankelijkheden, namelijk:

1. Moral altruism: Stakeholders hebben de wens om een breed collectief goed na te streven, ook al profiteren ze hier niet onmiddellijk en rechtstreeks van;
2. Enlightened self-interest: Stakeholders gaan de samenwerking aan omdat ze één of meer voordelen (bijvoorbeeld: betere resultaten) ervan nodig hebben;
3. Concerns about being left out: Stakeholders zijn bezorgd om buitengesloten te worden. Dat wil zeggen ze zijn bang door niet de samenwerking aan te gaan een belangrijke kans te missen of nog erger, hun legitimiteit, status en middelen te verliezen.

Samenwerking kan uiteindelijk leiden tot meerdere voordelen, zoals winst in effectiviteit, efficiëntie, middelen, capaciteit, legitimiteit en sociale ontwikkelingen (Lawson, 2004). Een onbalans tussen de netto-opbrengst van de voordelen bij beide partijen kan volgens Ordaz & Stinchcomb (2007) de samenwerking verstoren of zelfs geheel laten mislukken.



Figuur 2. Voordelen samenwerking (Lawson, 2004) (Ordaz & Stinchcomb, 2007)

Om een betere kwaliteit en meer efficiëntie van de rampenbestrijding en crisisbeheersing in Nederland te realiseren, is op 1 oktober 2010 de Wet veiligheidsregio's (Wvr) in werking getreden. In de Wvr is de aansturing van de brandweer en de geneeskundige hulpverleningsorganisatie in de regio (GHOR) op hetzelfde regionale niveau georganiseerd. Gemeenten zijn destijds verplicht gesteld om de taken van de brandweer en de GHOR middels een gemeenschappelijke regeling onder te brengen in een regionaal samenwerkingsverband.

Ook werden de besturen van de veiligheidsregio's op basis van artikel 35 van de Wvr verantwoordelijk gesteld voor het instellen van een gemeenschappelijke meldkamer. Door deze samenwerking wordt onder één bestuurlijke regionale regie een efficiënte en kwalitatief hoogwaardige organisatie beoogd van brandweezorg, geneeskundige hulpverlening, rampenbestrijding en crisisbeheersing.

De rampenbestrijding en crisisbeheersing is in Nederland belegd bij de diensten die ook verantwoordelijk zijn voor de dagdagelijkse hulpverlening. Kwaliteit en efficiëntie zijn echter ook aspecten van de dagdagelijkse hulpverlening. In relatie tot dit onderzoek wordt vanuit de brandweer samenwerking gezocht om bij te dragen aan een efficiëntere en effectievere hulpverlening en zo publieke meerwaarde te creëren. Dit om als brandweer nog meer bij te dragen aan de maatschappij en zo voor de toekomst een beter financieel- en maatschappelijk rendement te realiseren. Met als uiteindelijke doel de legitimiteit van de brandweer voor de toekomst te borgen. De brandweer wil van maatschappelijk betekenis zijn en blijven. Volgens Boonstra (2017) krijg je dit alleen voor elkaar door samenwerking.

2.1.3. VORMEN VAN SAMENWERKING

Samenwerking tussen professionals kan volgens Lawson (2004) worden onderverdeeld in twee categorieën, namelijk intra-professionele samenwerking en interprofessionele samenwerking. Bij intra-professionele samenwerking zijn twee of meer personen uit hetzelfde vakgebied betrokken; bijvoorbeeld leraren van dezelfde school, maatschappelijk werkers van dezelfde instelling en artsen van dezelfde kliniek. Interprofessionele samenwerking, waarschijnlijk de meest voorkomende vorm, is daarentegen een samenwerking tussen professionals van twee of meer gespecialiseerde beroepsgroepen (Lawson, 2004) (Hoefnagel, 2012).

Voor de samenwerking tussen professionals van verschillende beroepsgroepen worden verschillende begrippen gehanteerd, zoals unidisciplinaire-, multidisciplinaire-, interdisciplinaire- en transdisciplinaire samenwerking (De Waal, 2018) (Vyt, 2015).

Bij unidisciplinaire samenwerking behoren alle professionals tot dezelfde discipline of beroepsgroep en vervullen ze samen dezelfde opdrachten, zoals bijvoorbeeld de verpleegkundigen in een verpleegteam of de bezetting van een tankautospuiter (Vyt, 2015).

Bij multidisciplinaire samenwerking werken professionals vanuit verschillende disciplines samen en hebben ieder hun eigen specifieke inbreng en expertise (Vyt, 2015). In multidisciplinaire teams hebben de professionals ieder hun eigen specifieke taken en verantwoordelijkheden. Volgens Xyrichis en Lowton (2008) zijn deze taken en verantwoordelijkheden verschillend ten opzichte van de teamleden met een andere discipline. De voordelen van een multidisciplinair team zijn de duidelijk onderscheiden taken, expertise en verantwoordelijkheden, die weliswaar naast elkaar bestaan, maar elkaar ook kunnen aanvullen en versterken (Vyt, 2015). De keerzijde kan zijn dat er geen gemeenschappelijk doel is, waardoor de verschillende disciplines niet optimaal samenwerken (Vyt, 2015) (Hofhuis, Ten Den, Rijdsdijk, & De Vries, 2015).

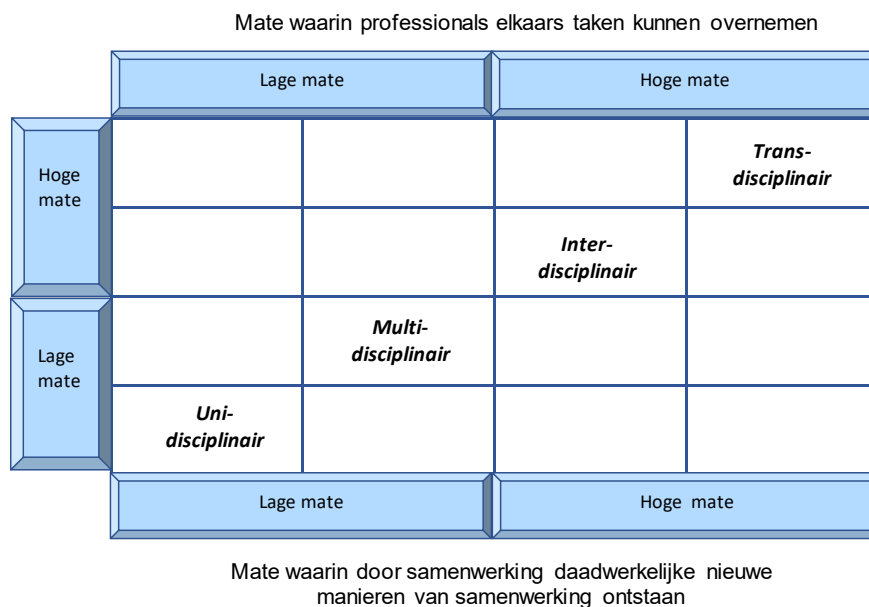
Binnen de hoofdstructuur van de lokale crisisstructuur in Nederland werken ambulance, brandweer en overige hulpdiensten al multidisciplinair samen. De hierboven beschreven multidisciplinaire samenwerking heeft in het kader van dit onderzoek betrekking op de dagelijkse samenwerking tussen ambulance en brandweer binnen de VrAA.

Interdisciplinaire samenwerking wil zeggen dat professionals met verschillende discipline achtergronden samenwerken, maar dat zij hierbij wel gemeenschappelijke taken, verantwoordelijkheden en doelstellingen hebben (Xyrichis & Lowton, 2008) (Vyt, 2015). Interdisciplinair samenwerken vereist naast inzicht in de deskundigheid van de teamleden van de andere discipline ook de bereidheid om over de eigen werkzaamheden te willen discussiëren (Vyt, 2015) (Fay, Borrill, Amir, Haward, & West, 2006) (Hofhuis, Ten Den, Rijdsdijk, & De Vries, 2015). Als reactie op de gefragmenteerde kennis van verschillende disciplines komen D'Amour & Oandasan (2005) met het begrip 'interdisciplinariteit'. Door deze kennis te verzamelen en te integreren kunnen nieuwe disciplines ontstaan (Hofhuis, Ten Den, Rijdsdijk, & De Vries, 2015).

Transdisciplinaire samenwerking wil zeggen dat de verschillende disciplines (gedeeltelijk) in het veld van de andere discipline werken (Vyt, 2015). Deze vorm van samenwerking gaat dus nog verder. Hierbij bestaan de teams uit leden van verschillende disciplines die samenwerken aan dezelfde taken (Werkgroep Ethiek in de Geestelijke Gezondheidszorg, 1997) en kunnen de teamleden elkaars taken overnemen (Adler, Bryk, Cesta, & McEachen, 1995) (Hofhuis, Ten Den, Rijdsdijk, & De Vries, 2015).

Bij samenwerking wordt ook regelmatig de term interprofessionele samenwerking genoemd, maar wat is dat nu precies? Volgens D'Amour & Oandasan (2005) is interprofessionaliteit: *“De ontwikkeling van een samenhangende praktijk tussen professionals uit verschillende disciplines. Het is een proces waarbij beroepsbeoefenaren nadenken over en manieren van handelen ontwikkelen die een geïntegreerd en samenhangend antwoord bieden op de behoeften van de cliënt/het gezin/de populatie”* (p.9). Interprofessionele samenwerking is dus het samenwerkingsproces tussen verschillende disciplines en kan worden beschouwd als een omvattende term voor multi-, inter-, en transdisciplinaire teams.

In figuur 3 zijn de verschillende vormen van interprofessioneel samenwerken weergegeven. Het verschil van deze vormen komt volgens de Waal (2018) tot uitdrukking in de mate van gemeenschappelijke taken, de mate waarin teamleden taken kunnen overnemen en de mate waarin door samenwerking nieuwe werkwijzen ontstaan.



Figuur 3. Verschillende vormen van interprofessionele samenwerking (De Waal, 2018)

Hoewel de bovenstaande beschreven concepten en definities van elkaar verschillen, hebben ze een gezamenlijke karakteristiek; ze kunnen namelijk allemaal vergeleken worden t.o.v. een mono- of unidisciplinair team. Teams waarbij professionals van één en dezelfde discipline of beroepsgroep samenwerken aan één en dezelfde opdracht, zoals bijvoorbeeld verpleegkundigen in een verpleegteam (Werkgroep Ethiek in de Geestelijke Gezondheidszorg, 1997) of meerdere zorgprofessionals betrekken bij een patiënt (Reinink, 2018). Maar ook in het kader van dit onderzoek waarbij professionals van de brandweer assistentie verlenen bij medische noodsituaties.

De verschillen zitten volgende De Waal (2018) in:

- a) De mate van het hebben van gemeenschappelijke taken, verantwoordelijkheden en doelen;
- b) De mate waarin de leden van het team elkaars taken kunnen overnemen;
- c) De mate waarin door samenwerking daadwerkelijk nieuwe manieren van zorgverlening en zelfs disciplines ontstaan.

Kijkende naar het begrip samenwerking, zoals geduid in paragraaf 2.1., kan voor dit onderzoek interprofessionele samenwerking als volgt worden omschreven:

Interprofessionele samenwerking is de organisatie van afgestemd handelen van professionals van ambulance en brandweer om op verschillende wijzen een gezamenlijk geformuleerd doel te bereiken, en dat is om de hoogste kwaliteit van zorg te kunnen bieden aan de inwoners van de Veiligheidsregio Amsterdam-Amstelland.

2.1.4. HET BEGRIP SAMENWERKEN NADER BESCHOUWD

Samenwerking tussen professionals van twee of meer beroepsgroepen met specialistische kennis en vaardigheden wordt door Lawson (2004) geduid als interprofessionele samenwerking. Deze samenwerking kan op verschillende manieren worden geïnterpreteerd en gedefinieerd. Volgens Scholtens (2007) staan hierbij de begrippen 'samenwerking' en 'samen werken' centraal.

Overeenkomstig Scholtens wordt samenwerken gedefinieerd als 'het gezamenlijk aan eenzelfde taak werken'. Scholtens is als volgt tot deze definitie gekomen: "*Wanneer <gezamenlijk> vervangen wordt door <samen> dan staat er eigenlijk niets anders dan dat samenwerken 'het samen werken aan eenzelfde taak' is. Het samenvoegen van de termen <samen> en <werken> tot de nieuwe term <samenwerken> levert een extra voorwaarde op, namelijk: er is alleen sprake van samenwerken als er samen aan één en dezelfde taak wordt gewerkt*" (Scholtens, 2007, p. 14). Haar observatie is dat samenwerken, wat zij als samenwerking betitelt, en <samen> <werken> twee essentieel verschillende begrippen zijn (Scholtens, Samenwerking in de crisisbeheersing, 2007).

Helsloot, Groenendaal & Warners (2019) zeggen hierover het volgende: "*In tegenstelling tot 'samenwerking' staan organisaties in beginsel niet afwijzend tegenover 'samen werken'. 'Samenwerking' doet echter bureaupolitiek pijn, en lijdt tot ingrijpende(re) wijzigingen van bestaande organisaties en haar culturen*" (p.9).

In het kader van dit onderzoek kunnen in lijn met Scholtens en Helsloot, Groenendaal & Warners voor 'samenwerking' en 'samen werken' de volgende definities gehanteerd worden:

Samenwerking: *Het besturingsstelsel voert de taken van een van de twee organisaties uit in een organisatorische omgeving waar beide organisaties verantwoordelijk en bevoegd voor zijn.*

Samen werken: *Het ondersteunen van elkaars systemen om de huidige taak van één van de twee partijen uit te kunnen voeren, of samen met gescheiden verantwoordelijkheden en bevoegdheden werken aan de huidige taken.*

Zoals in paragraaf 2.1.3. beschreven zit volgens De Waal (2018) het verschil bij interprofessionele samenwerking o.a. in:

- a) De mate van het hebben van gemeenschappelijke taken, verantwoordelijkheden en doelen;
- b) De mate waarin de leden van het team elkaars taken kunnen overnemen.

Kijkende naar het begrip samenwerking, zoals gedefinieerd in paragraaf 2.1.1. kan worden gesteld, dat hoe groter de mate van het hebben van gemeenschappelijke taken, verantwoordelijkheden en de overname van elkaars taken het begrip 'interprofessioneel *samenwerken*' zal veranderen in het begrip 'interprofessionele *samenwerking*'. Een begripsverandering die leidt tot steeds verdergaande wijzigingen van de bestaande organisaties en haar culturen.

N.B.:

Voor de duidelijkheid van dit onderzoek wordt vanaf nu met het woord samenwerking; *samen werken* en *samenwerking* bedoeld. Indien het van essentieel belang is dat samenwerking expliciet moet worden gedefinieerd in één van beide begrippen dan zullen deze separaat worden betiteld als; *samen werken* of *samenwerking*.

2.2. KRITISCHE SUCCESFACTOREN VOOR SAMENWERKING

Bremenkamp, Kaats en Opheij (2009) beweren dat niet alle samenwerkingsverbanden succesvol zijn en dat samenwerken dikwijls een taai proces is (Bremenkamp & Kaats, 2009). Mensen en organisaties kunnen een verschillend beeld hebben over een succesvolle samenwerking. In deze paragraaf gaan we nader in op de kritische succesfactoren die een rol bij samenwerkingsverbanden spelen en bepalen of een samenwerking succesvol zal zijn.

2.2.1. DOELOVEREENSTEMMING

Allereerst is het van belang dat er sprake is van doel-overeenstemming tussen de organisaties. Gemeenschappelijke doelen leiden er namelijk toe, dat men van elkaar als samenwerkingspartners weet, dat beiden naar hetzelfde doel toewerken (Battle-Bryant, 2009). Zoals in paragraaf 2.1.2. beschreven nemen organisaties deel aan een samenwerkingsverband vanwege verschillende motieven. Ongeacht de reden proberen organisaties met behulp van de samenwerking ook iets nieuws te bereiken en willen beide organisaties voordeel behalen uit de samenwerking (Perry & Thomson, 2006). Volgens Provan & Kenis (2008) is een samenwerking effectief wanneer samen bepaalde activiteiten worden bereikt, die individuele organisaties alleen niet hadden kunnen realiseren. Het is hierbij van belang om stil te staan bij de oorspronkelijke taak van de organisaties en met welke externe eisen en behoeften men te maken gaat krijgen door de samenwerking. Organisaties die samenwerken hebben naast een gezamenlijk doel, de reden waarom ze samen werken, ook ieder afzonderlijk nog individuele doelen (Perry & Thomson, 2006). Volgens Garrett-Jones, Turpin, Burns & Diment (2005) blijkt uit een kwalitatief onderzoek, dat doelconsensus aan de basis ligt van samenwerking; zo ontstaat een zekerheid onder actoren dat aan de doelen gewerkt wordt (Garrett-Jones, Turpin, Burns, & Diment, 2005).

2.2.2. HELDERHEID IN TAAKVERDELING EN VERANTWOORDELIJKHEDEN

Naast doelovereenstemming is helderheid in de taakverdeling en verantwoordelijkheden een voorwaarde voor een succesvolle samenwerking. Het is van belang dat de verschillende actoren in een samenwerking duidelijk voor ogen hebben wat hun verantwoordelijkheden en taken zijn. Het gaat hierbij om hun bevoegdheden en plichten. Helderheid in de taakverdeling en verantwoordelijkheden kan verschaft worden door formalisering. Formalisering heeft betrekking op het codificeren in contracten van input, output en interorganisatorische activiteiten. Het formaliseren heeft dus betrekking op het vastleggen van afspraken, rechten en plichten, en de wijze waarop de actoren worden gecontroleerd op de gemaakte afspraken en wat moet gebeuren wanneer een partij zich niet aan deze afspraken houdt (Van den Bosch, Vlaar, & Volberda, 2006). Het gaat hierbij dus om verantwoordelijkheden en het afleggen van verantwoording hierover. Hierbij is het van belang dat een goede balans gevonden wordt in de mate van formalisering (Van den Bosch, Vlaar, & Volberda, 2006). Wanneer sprake is van te veel formalisering kan dit zorgen voor een overmaat aan regelgeving en administratie met weinig ruimte voor flexibiliteit. Dit kan zorgen voor een beperking van de mogelijkheden voor initiatieven, creativiteit en innovatie. Aan de andere kant leidt te weinig formalisering tot desorganisatie. Het is dus van belang om een goede balans te vinden in de mate van formalisering.

2.2.3. VERTROUWEN

Daarnaast speelt vertrouwen een grote rol bij een samenwerking. Vertrouwen in de zin dat je aanneemt dat de ander eerlijk is, dat je op de ander kunt rekenen en dat die zich aan de afspraken houdt (De Kunst van Anders, 2021). Vertrouwen kan worden gezien als de bereidheid om kwetsbaar te zijn en bepaalde risico's te nemen. Deze bereidheid is gebaseerd op de positieve verwachting met betrekking tot het gedrag van de andere partner (McEvily, Perrone, & Zaheer, 2003). Vertrouwen is dus essentieel om te garanderen dat de relatie op lange termijn kan voortbestaan (Provan & Kenis, 2008). Davis, Mayer en Schoorman (1995) sluiten hierop aan en definiëren 'vertrouwen' als volgt: *"The willingness of a party to be vulnerable to the actions of another party based on the expectation that the other will perform a particular action important to the trustor, irrespective of the ability to monitor or control that other party"* (p. 712).

Wanneer er sprake is van een gebrek aan vertrouwen, wordt vaak onderling getwijfeld aan competenties en motieven, hetgeen kan leiden tot wantrouwen en achterdocht (Van den Bosch, Vlaar, & Volberda, 2006). Vertrouwen kan vergroot worden wanneer samenwerkende actoren ideeën uitwisselen en elkaar leren kennen (Thomas, Zolin, & Hartman, 2009). Zo concludeerden Thomas, Zolin en Hartmann (2009) na een kwantitatieve studie onder werknemers van de olie-industrie in de Verenigde Staten dat het delen van nuttige en adequate informatie tussen medewerkers het vertrouwen blijkt te vergroten.

Samengevat; een hogere mate van vertrouwen tussen de actoren vergroot de kans op succesvol samenwerken. De reden hiervoor is dat de samenwerkende actoren meer op de hoogte zijn van elkaars werkzaamheden en onzekerheid wordt weggenomen. Een hogere mate van vertrouwen kan ertoe leiden dat actoren er zekerder van zijn dat de andere actor zich houdt aan gemaakte afspraken.

2.2.4. STRUCTURELE BEVORDERENDE EN/OF BELEMMERENDE FACTOREN

Het integreren van activiteiten van verschillende afdelingen van één organisatie is vaak een moeilijke taak voor het management van een organisatie, maar het is nog moeilijker om de activiteiten van verschillende organisaties te integreren (Axelsson & Axelsson, 2006).

Op organisatieniveau bestaan een aantal structurele en sociaal-culturele factoren die de samenwerking bevorderen of belemmeren. Volgens Axelsson & Axelsson (2006) zijn belangrijke structurele factoren die de samenwerking bemoeilijken of belemmeren het bestaan van verschillende administratieve procedures en verschillende wetgeving, regels en procedures waaraan een organisatie zich vanuit haar verantwoordelijkheid en taak moet houden. Daarnaast spelen verschillen in budget- en financiële stromen en verschillende

informatiesystemen en databases een belangrijke rol (Axelsson & Axelsson, 2006) (Hofhuis, Ten Den, Rijdsdijk, & De Vries, 2015).

Als we specifiek kijken naar de budget- en financiële stromen dan is het een opvallend gegeven uit veel onderzoek naar organisatieveranderingen, dat de vooraf door deskundigen geraamde middelen die noodzakelijk zijn voor die verandering vrijwel nooit beschikbaar komen (Helsloot, 2012). Daarnaast kan er sprake zijn van een financiële belemmering voor een samenwerking tussen ambulance en brandweer. De verschillende professionals vallen namelijk onder andere wet- en regelgeving en daardoor valt de geleverde zorg onder verschillende wet- en regelgeving en dus financieringsstromen. Dit kan invloed hebben op de baten en de kosten van investeringen. De baten van investeringen die worden gedaan behoeven hierdoor namelijk niet altijd te liggen bij degene die ook de kosten voor deze investeringen maakt. Voor het leveren van integrale hulp bij medische noodsituaties zouden de professionals idealiter uit één pot gefinancierd moeten worden.

Sociaal-culturele factoren zijn vaak lastige barrières bij samenwerking. De oorzaken hiervan zijn naast de verschillende organisatieculturen, ook gelegen in de verschillen tussen waarden, normen en belangen. Daarnaast speelt ook de mate van commitment van de direct betrokken individuen, de professionals en de organisaties een rol (Axelsson & Axelsson, 2006). In paragraaf 2.4 zal nader ingaan worden op de ambulance- en brandweercultuur.

2.2.5. BUREAUCRATIE

De belangrijkste organisaties waarvoor samenwerking belemmerend zijn, zijn volgens Mintzberg (1983) te karakteriseren als een machine- of professionele bureaucratieën of een samenstel van beide. Professionele organisaties hebben problemen op het gebied van coördinatie, professionele autonomie en vernieuwing (Mintzberg, 1983).

Veel overheidsorganisaties kunnen getypeerd worden als een professionele bureaucratie. In een professionele bureaucratie zijn de werkprocessen gestandaardiseerd aan de hand van kennis en vaardigheden. De uitvoerende kern vormt het centrale deel van de organisatie. De professional binnen de organisatie werkt onafhankelijk en streeft naar vrijheid van handelen, maar is wel afhankelijk van de uiteindelijke bestuurder die een sleutelrol speelt richting de politieke en maatschappelijke omgeving (Mintzberg, 2003).

Wilson (1989) ziet overheidsorganisaties ook als bureaucratieën (Wilson, 1989). Verschillende auteurs, zoals Wilson (1989) en Ringeling (2004) stellen dat niet alle overheidsorganisaties als gelijkvormige organisaties kunnen worden beschouwd. Overheidsinstellingen verschillen in kenmerken, doelstelling, omgeving, methode van werken en vele andere facetten

(Ringeling, 2004). Deze verschillende kenmerken leiden tot diversiteit in de wijze waarop overheidsorganisaties functioneren.

Organisaties die binnen het veiligheidsdomein samenwerken verschillen volgens Dozy (2012) in de mate waarin structuurkenmerken als hiërarchie en bureaucratie van invloed zijn op het handelen van uitvoerenden die samenwerken met representanten van andere organisaties. Hoe hiërarchischer en/of bureaucratischer de organisatie, hoe minder de handelingsvrijheid van de werknemers is. Het werk wordt uitgevoerd met gestandaardiseerde regels en procedures (Dozy, 2012). Voorbeelden hiervan zijn uitvoeringsinstellingen binnen het socialezekerheidsstelsel. Deze zijn meer hiërarchisch en bureaucratisch ingesteld dan bijvoorbeeld organisaties voor maatschappelijk werk en is de vrijheid tot handelen tijdens de colleges van hoogleraren en die van conciërges op scholen aanzienlijk meer dan die van een ambulanceverpleegkundigen of bevelvoerders van de brandweer die op een prio-1-melding reageren.

Mintzberg (1983) benoemt vijf structuren voor organisaties. In de context van dit onderzoek zijn er hiervan twee specifiek belangrijk. Als eerste de machinebureaucratie, die van toepassing is op de brandweer- en politieorganisatie. Als tweede kan de professionele bureaucratie worden benoemd. Deze is van toepassing op organisaties in de gezondheidszorg, waaronder de ambulancedienst. Een mogelijke zwakte van een professionele bureaucratie is inflexibiliteit. Er is namelijk een grote drang voor het volgen van regels en normen (Wilson, 1989). Typisch voor deze configuratie is dat de werkvloer het bepalend structurelement is en dat de afhankelijkheden tussen de specialismen door het administratief systeem worden geregeld.

Staren & Eckes (2013) beweren dat de toenemende mate van strenge regels en bureaucratie de grootse uitdagingen zijn om veranderingen binnen de gezondheidszorg te bewerkstelligen.

2.2.6. AUTONOMIE

Kaats & Opheij (2013) omschrijven het organiseren tussen organisaties als een vorm van organiseren waarbij mensen uit autonome organisaties ertoe overgaan duurzame afspraken te maken en zo delen van het werk op elkaar af te stemmen. Volgens Kaats, Van Klaveren & Opheij (2005) gaat samenwerking over het vrijwillig loslaten van 'beetjes' autonomie in de verwachting dat het loslaten voordelen oplevert.

Helsloot (2012) stelt dat echte samenwerking tussen autonome professionele organisaties altijd beperkt is, omdat voor leidinggevende professionals autonomie zwaarder weegt dan efficiency. Hierbij is overkoepelende aansturing door een integraal verantwoordelijk bestuur noodzakelijk om efficiency af te dwingen. Professionals van verschillende organisaties werken

over het algemeen goed met elkaar samen als het gaat om het bereiken van een gelijk doel. Voorwaarde voor deze harmonie op organisatieniveau is echter dat geen van de professionele organisaties in haar autonomie wordt aangetast. Dus samen aan een taak werken, lukt vaak goed, maar samenwerken in de zin dat autonomie wordt ingeruild voor effectiviteit en efficiency door het uitbesteden van taken, lukt professionele organisaties vrijwel nooit (Helsloot, 2012).

Volgens Helsloot (2012) betekent dit dat wanneer samenwerking cruciaal is voor de effectiviteit en efficiency van een veiligheidsstelsel, de verschillende organisatieonderdelen onder één bestuur of ambtelijke leiding dienen te vallen om deze samenwerking af te dwingen.

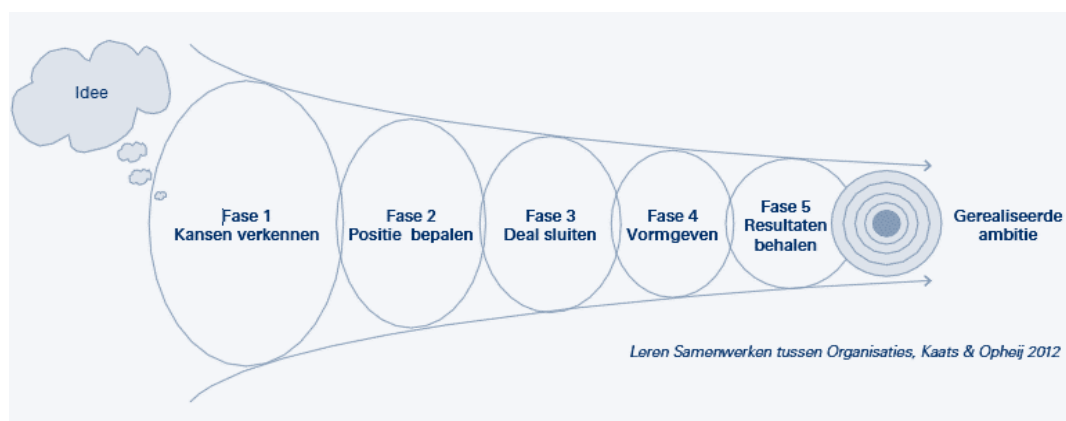
2.3. FASEN IN EEN SAMENWERKING

Kaats & Opheij (2012) stellen dat ieder samenwerkingsproces een aantal fasen doorloopt. De fasen in een samenwerking lopen niet lineair. Ze zijn soms grillig en niet geheel controleerbaar. Een samenwerking is dus een ingewikkeld proces, wat soms vereist dat wordt teruggekeerd naar een vorige fase in het proces (Kaats & Opheij, 2012).

Kaats en Opheij (2012) hebben verschillende samenwerkingsprocessen onderzocht en vervolgens geanalyseerd. Zij kwamen tot de conclusie dat bij samenwerkingsprocessen een aantal gemeenschappelijke fasen te onderscheiden zijn. De volgende fasen kunnen hierbij worden onderscheiden (Kaats & Opheij, 2012):

- Verkennen
- Delen
- Overeenkomen
- Vormgeven
- Uitvoeren en vernieuwen

Kaats & Opheij (2012) ontwikkelden een fasenmodel waarin de fasen van het ontwikkelingsproces van een samenwerkingsband zijn weergegeven, zie figuur 4.



Figuur 4. Leren samenwerken tussen organisaties (Kaats & Opheij, 2012)

Hieronder worden de verschillende fasen van het model nader toegelicht (Expoo, sd) (Kaats & Opheij, 2012):

- Voorfase/Opstartfase: Initiatiefnemer lanceert idee en analyseert stakeholders.
- Fase 1: Verkennen
 - Waarom willen we met elkaar samenwerken? Dit is de kennismakingsfase. In deze fase wordt in gesprek getreden met de verschillende partners.
 - Resultaat: startnotitie
- Fase 2: Delen
 - Eigen ambities en belangen in kaart brengen en delen met de partners. Waarbij vanuit een oprecht en geïnteresseerd gesprek zicht verkregen wordt op elkaars ambities en belangen. Met als doel om geleidelijk zicht te krijgen op de gedeelde ambitie. Tijdens deze fase wordt de positie bepaald. Het is in deze fase cruciaal om open kaart te spelen, belangen en inzet bespreekbaar maken, komen tot een gemeenschappelijke taal, bespreken van mandaat en draagvlak.
 - Resultaat: intentieverklaring
- Fase 3: Overeenkomen
 - Tijdens deze fase wordt koers en richting bepaald. De gedeelde ambitie wordt concreter en vertaald in een actieplan. Waar nodig dient onderhandeld te worden en knopen worden doorgehakt.
 - Resultaat: afsprakennota of actieplan
- Fase 4: Vormgeven
 - Vorm en inhoud van de samenwerkingsacties vastleggen. Tijdens deze fase dienen ook de rollen en posities verhelderd worden.
 - Resultaat: projectfiche
- Fase 5: Uitvoeren en vernieuwen
 - Afspraken en werkplanning worden uitgevoerd, op regelmatige basis geëvalueerd en vernieuwd. Er worden in deze fase resultaten behaald.
 - Resultaat: procesmanagement en beleid rond evaluatie

2.4. AMBULANCE- EN BRANDWEERCULTUUR NADER BESCHOUWD

Zoals beschreven in paragraaf 2.2.4. zijn sociaal-culturele factoren volgens Axelsson & Axelsson (2006) dikwijls de meest lastige belemmeringen bij samenwerking. Bij samenwerking is cultuur een belangrijke factor. Die kan soms hevig botsen tussen mensen uit de verschillende groepen en disciplines onderling, maar ook binnen een team (Lubbers & Hammelburg, 2014).

Volgens de managementliteratuur speelt cultuur een cruciale rol bij veranderprocessen en draagt zelfs bij aan het succes van organisaties (Schein, 2006). Als de ambulancedienst en de brandweer hechter met elkaar gaan samenwerken, wat als een veranderproces kan worden beschouwd, is het belangrijk om te realiseren dat de cultuuraspecten van beide (bureaucratische) organisaties de samenwerking kunnen beïnvloeden.

Medewerkers van hiërarchische en bureaucratische organisaties accepteren macht en gehoorzamen regels en procedures, omdat zij in meer of minder mate instemmen met de onderliggende opvatting dat hiërarchie en/of regels en procedures noodzakelijk zijn om de organisatiedoelen te bereiken (Dozy, 2012). Hiërarchie en bureaucratie worden, met andere woorden, door de leden van de organisatie beschouwd als legitiem, bijdragend aan het goed functioneren van de organisatie waarvan men als medewerker deel van uitmaakt (Dozy, 2012). Hiërarchie en bureaucratie zijn naast structuurkenmerken dus ook cultuurkenmerken.

Organisatiecultuur is gebaseerd op de waarden en normen die betrekking hebben op een organisatie. De cultuur van een organisatie komt voort uit de kenmerken van een organisatie en wordt ook gedeeld door de leden of werknemers van een organisatie. Organisatiecultuur krijgt de laatste jaren steeds meer aandacht, omdat het een rol heeft in het zo optimaal mogelijk realiseren van organisatie doelstellingen en het daaruit voortvloeiende bestaansrecht van een organisatie (Tennekes, 1995).

Volgens Van Lochem en Verhallen (2017) is de brandweercultuur spaarzaam beschreven en onderzocht. Duidelijk is dat een kameraadschap, gevaarbeleving, beroepstrots en het redden van mensen bepalend zijn voor de 'mentale modellen' die ten grondslag liggen aan de informele organisatie van de brandweer. Deze informele organisatie is in belangrijke mate bepalend voor de gedragspatronen van de brandweermensen. De samenhang van deze kenmerken van de brandweercultuur hangt evident samen met de brandweertaak en is in die zin functioneel. Echter niet alleen functioneel. De focus op de gevaarlijkste topmomenten van het brandweeroptreden – redden in uiterst risicovolle situaties – maakt dat zaken die daaraan niet direct dienstbaar zijn, althans zo worden beleefd, minder aandacht en waardering krijgen, zoals de nazorg (Van Lochem & Verhallen, 2017).

Ook de cultuur binnen de ambulancesector in Nederland, als onderdeel van de "witte" kolom, is spaarzaam beschreven en onderzocht. Dat aandacht voor die cultuur van belang is, blijkt uit de constatering van Gras (2013) dat het verschil in cultuur tussen beide diensten een duidelijke oorzaak heeft gespeeld bij het stoppen van de samenwerking tussen verschillende brandweerkorpsen en ambulancediensten (Gras, 2013).

Een vergelijking tussen de organisatieculturen van de brandweer en de “witte” kolom in Den Haag geeft volgens Van den Berkmortel (2004) een aantal overeenkomsten aan. Zo is het personeel van deze organisaties gedreven in hun vak en willen zij dienstbaar zijn voor de samenleving. Ze zijn praktisch ingesteld en meer reactief dan proactief georiënteerd en kunnen slecht tegen kritiek. Bij allen is er sprake van een wachtcultuur, waarbij men het functioneren van de eigen organisatie bespreekt en op die manier een ‘eigen’ werkelijkheid creëert. De vrijheid van het werken op straat staat in tegenstelling tot de vrijheid die men ervaart in de organisatie. Men denkt niet in ketens (Van den Berkmortel, 2004).

Tussen de kolommen zijn anderzijds ook grote culturele verschillen. De brandweerkolom kent heel veel procedures, is technisch georiënteerd, werkt altijd in groepsverband en is erg op zichzelf gericht. De geneeskundige kolom is individu georiënteerd, is niet gewend aan leidinggevende- en bevelsstructuren, heeft geen duidelijke rangkenmerken en werkt protocollair. Gezondheid is het hoogste goed en dit betekent dat hun professionaliteit als belangrijker wordt gezien bij gecombineerde hulpverleningssituaties (Van den Berkmortel, 2004).

Thijssen (2008) concludeert in zijn onderzoek naar culturele variëteit op een gecoloeerde meldkamer dat brandweermensen over het algemeen gepassioneerd en trots op hun werk zijn. Daarnaast concludeert hij dat de brandweer ten tijde van incidenten volgens strikt hiërarchische lijnen werkt en dat daarbuiten de rangen en standen minder relevant zijn. Thijssen (2008) geeft aan dat er dan eerder sprake is van een overlegcultuur; voordat besluiten worden genomen wordt geprobeerd draagvlak te creëren.

Volgens Thijssen (2008) omschrijven de centralisten van de Meldkamer Ambulance (MKA) hun cultuur als 'typisch horend bij de zorg'. Van oudsher is men binnen de ambulancesector niet gewend te werken met bevelstructuren. Zo'n beetje alles wordt met elkaar besproken; consensus wordt nagestreefd. Door de ingezette professionalisering van de afgelopen jaren is de ambulancesector sterk onderhevig geweest aan protocollering. Als gevolg daarvan zijn de flexibiliteit en klantgerichtheid van de centralist en ambulancepersoneel onder spanning komen te staan (Thijssen, 2008).

In Amerika fuseren brandweerkorpsen vanwege efficiëntie, effectiviteit en kostenbesparing (Riley, 2001) al tientallen jaren met medische hulpdiensten. Cultuurverschillen bij brandweer en ambulance zorgen hierbij in vrijwel alle gevallen voor problemen. Brandweerlieden zijn vaak erg traditioneel en beschouwen de hulpverleners als ongedisciplineerd en minder belangrijk. Brandbestrijding is veel heroïscher in de ogen van het publiek, en EMS-providers hebben vaak een hekel aan de glorie die brandweerlieden ontvangen wanneer Emergency Medical Services (EMS) vaak het grootste deel van het levensreddende werk van de afdeling doet. De meeste oproepen van de brandweer zijn van medische aard, maar de meeste media-aandacht gaat

uiteraard uit naar de relatief zeldzame branden. Naast de trots en traditie zijn de meeste brandweerkorpsen gebouwd rond een paramilitaire commandostructuur, waarbij een officier het bevel voert over zijn eenheid. EMS werkt anders, vaak met slechts twee medewerkers en de oudste heeft de leiding (Miller, 2016). Tevens is er een mening of perceptie met betrekking tot de zogenaamde "culturele verschillen" tussen medewerkers van de brandweer en die van een EMS-systeem. Het argument draait om de houding van brandweelieden bij het verlenen van zorg aan patiënten. Sommige traditionalisten in de brandweer beweren dat ze bij de brandweer kwamen om branden te bestrijden en als ze paramedici wilden zijn, zouden ze wel zijn toegetreden tot de ambulancedienst (Kelly, 2014).

Uit de zeer beperkte onderzoeken in Nederland en de ervaringen uit Amerika blijkt dat er tussen ambulance- en brandweerpersoneel wel degelijk een cultuurverschil aanwezig is. Dit cultuurverschil dient bij een eventuele samenwerking in welke vorm dan ook zeker aandacht vanuit het management van beide organisaties te krijgen.

Wanneer verschillende culturen bij elkaar komen, kunnen deze culturen zich volgens Schein (2006) op drie manieren tot elkaar gaan verhouden: scheiding, overheersing of vermenging. Bij de eerste manier blijven de culturen apart van elkaar in stand. Een voorbeeld hiervan is bij holdings waarin dochtermaatschappijen hun eigen identiteit mogen blijven behouden. Bij de tweede manier overheerst de ene cultuur de andere. Dit gebeurt bijvoorbeeld bij een overname. Bij de derde manier is sprake van vermenging of integratie van culturen en wordt van beide culturen het beste overgenomen. Hierbij wordt vaak wel het gewenste resultaat benoemd. Dit resultaat wordt meestal niet zomaar behaald. Hiervoor is het beïnvloeden van de bestaande culturen noodzakelijk (Schein, 2006).

In de literatuur worden twee modellen voor cultuurbeïnvloeding benoemd: cultuuronderhoud en culturommekeer (Neuijen & Sanders, 1992). In relatie tot dit onderzoek is het model van cultuuronderhoud van toepassing. Dit omdat de methode van culturommekeer wordt toegepast wanneer een radicale ingreep in de gegroeide en ingeslepen patronen van een organisatie noodzakelijk is. Deze ingreep wordt veelal ingegeven door een organisatiecrisis of misstanden. Van beiden is ten tijde van dit onderzoek geen sprake.

Bij cultuuronderhoud is het van belang, dat vanuit het management continu aandacht wordt gegeven aan nieuwe inzichten (Neuijen & Sanders, 1992). Om verbeteringen in de toekomst te kunnen realiseren worden leermomenten uit het (recente) verleden gebruikt. Prominente organisatieaspecten uit het verleden, zoals handelingen, waarden en veronderstellingen worden tegen het licht gehouden. Om zo te kunnen bepalen of deze aspecten in de toekomst van meerwaarde kunnen zijn. Kijkende naar een mogelijke hechtere samenwerking tussen ambulance en brandweer als toekomstbeeld, dan kan het management overwegen om nieuwe

gedragsrichtlijnen, kernwaarden en veronderstellingen voor te stellen. Vragen die hierbij spelen zijn hebben betrekking op het bestaansrecht en de identiteit van beide organisaties (Neuijen & Sanders, 1992), zoals: waarom zijn wij op aarde, waar komen wij allebei vandaan en waar willen wij met elkaar naartoe? Het beantwoorden van deze vragen dient in overleg met de medewerkers van de organisatie te gebeuren. Wanneer het management van Ambulance Amsterdam en Brandweer Amsterdam-Amstelland het lukt om de nieuwe cultuur aansluiting te laten vinden bij de oude cultuur, dan zal er bij de verandering tot samenwerking nagenoeg geen weerstand worden ervaren.

Volgens Boonstra (2010) raakt het veranderen van de organisatiecultuur de identiteit van de organisatie en grijpt in op ingesleten patronen, brengt conflicten boven tafel, richt zich op het realiseren van klantwaarde en draagt bij aan de zijnswaarde (Boonstra, 2010). Boonstra (2010) beschrijft de cultuur als de identiteit van de organisatie. Cultuur als identiteit duidt op diepgewortelde kenmerken van een organisatie. Het vertelt ook iets over de kracht van de organisatie en eigenaardigheden. Volgens deze opvatting bestaat een organisatiecultuur uit stabiele basisassumpties over menselijke samenwerking, onderlinge relaties en de relaties tussen organisaties en omgeving. Het gaat om opvattingen over wat wel en niet werkt, hoe de omgeving eruitziet en hoe een bedrijf daarmee omgaat (Boonstra, 2010).

Boonstra (2010) concludeert op basis van de theorie van Schein (1985) dat de identiteit van een organisatie meerdere niveaus kent, waaronder de basisaannames. Deze basisassumpties vormen het fundament voor waarden en normen over wat hoort en wat niet hoort. De waarden en normen worden gevoed door verhalen en mythes en de wijze waarop mensen samenwerken en kennis ontwikkelen. Veel organisaties formuleren kernwaarden die het gedrag richting geven. Het meest zichtbare van identiteit zijn de symbolen en artefacten. Het gaat hierbij om taalgebruik, huisstijl, kledingwijze en stijl van leidinggeven (Boonstra, 2010). Deze aspecten zijn duidelijk herkenbaar bij hulpverleningsdiensten, zoals ambulance en brandweer. Bij een eventuele hechtere samenwerking tussen beide diensten vraagt dit dus om aandacht van het management van beide organisaties.

2.5. CREËREN VAN PUBLIEKE WAARDE

Doel van dit onderzoek is inzicht verkrijgen in de vraag of de Brandweer Amsterdam-Amstelland haar publieke waarde kan vergroten door een hechtere samenwerking aan te gaan met de Ambulance Amsterdam. Middels samenwerking dient er publieke waarde te worden gecreëerd, maar wat is publieke waarde nu eigenlijk?

Publieke waarde is het collectieve beeld van wat de samenleving ervaart als waardevol (Talbot, 2008). Publieke waarde is de waarde die het samenleven ten goede komt, bijvoorbeeld door een product te leveren dat de maatschappelijk nuttig en vrij toegankelijk is

of door een probleem dat mensen in de samenleving hebben op te lossen. Maar publieke waarde kan ook gaan over het vermeerderen van maatschappelijke waarde: iets dat nu al gebeurt groter maken, beter maken of breder toegankelijk maken (Bovens, et al., 2017).

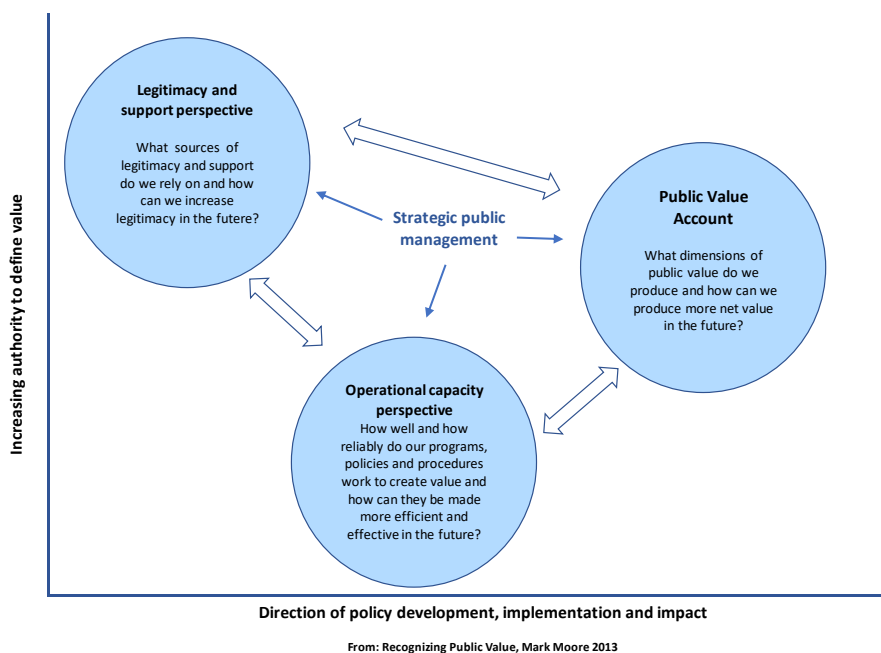
In het publieke waarde denken zijn overheden of publieke organisaties succesvol als ze maatschappelijke meerwaarde creëren voor de samenleving (De Jong, 2016). De maatschappelijke waarde definieert wat de organisatie aan waarde creëert voor de maatschappij en haar burgers (Moore, 1997). Het gaat in eerste instantie om moeilijk grijpbare behoeften van burgers, zoals gezondheid, kwaliteit van leven, fysieke en sociale veiligheid, toekomst bieden, thuis geven, verzorging, welzijn en rust. Vervolgens gaat het om een toespitsing op de producten, diensten, concrete resultaten en maatschappelijke effecten voor de doelgroepen in het publieke domein waarmee de organisatie zich verbindt (Boonstra, 2017).

Publieke waarde staat gelijk aan de mate waarin een publieke organisatie op korte en lange termijn erin slaagt diensten te leveren en effecten te genereren die collectief door het publiek en de politiek worden beschouwd als waardevol (Van Eijk, 2015).

Moore (1997) betoogt dat de publieke waarde van een overheidsorganisatie het resultaat is van de interactie tussen (Moore, 1997):

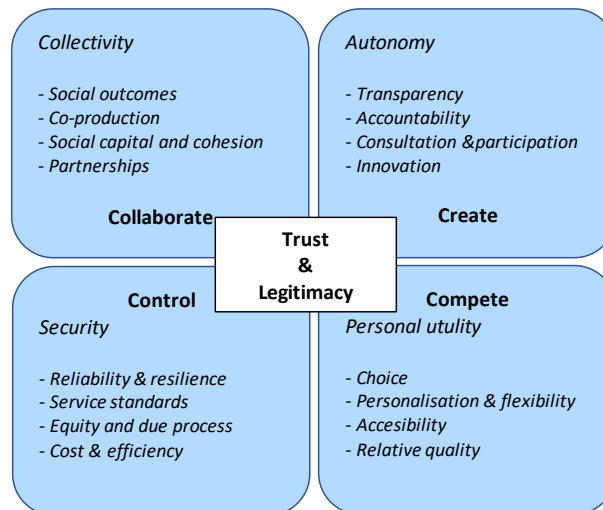
- Het leveren van daadwerkelijke diensten/producten;
- Het realiseren van 'social outcomes' (maatschappelijke doelen);
- Het behouden van het vertrouwen en de legitimiteit van de organisatie.

Moore heeft dit uitgewerkt in het volgende model (Moore, 2013):



Figuur 5. Public value, Mark Moore (Moore, 2013)

Hoe scoren we nu de publieke waarde? Publieke waarde kan gescoord worden met het scoremodel van Talbot (2008). Het model staat afgebeeld in figuur 6 en is gebaseerd op theorieën van Moore (1997) en Moore (2013). Bij de toepassing van dit model dient er een bepaalde balans te zijn tussen de scores van de kwadranten. Anders geformuleerd; houdt rekening met het feit dat bij te veel nadruk op één van de kwadranten een tegenreactie zal worden opgeroepen vanuit het tegengestelde kwadrant.



Figuur 6. Balanced Score Card (Talbot, 2008)

Hieronder worden de verschillende kwadranten uit de 'balanced score card' nader toegelicht (Van Lingen, 2017) (Talbot, 2008) (Thaens, 2017):

- Collectiviteit (algemeen belang):

Op welke wijze draagt een initiatief bij aan het gemeenschappelijk belang?

Collectiviteit verwijst naar de meer altruïstische waarden van openbaar en gemeenschappelijk belang die het publiek nastreeft zonder dat dit noodzakelijkerwijs van direct nut is voor een bepaald individu. De collectieve waarden dragen bij aan een verbetering van de huidige situatie van het collectief en zijn daarom aantrekkelijk. Dit kan bijvoorbeeld gaan om snellere medische hulp aan burgers, maar ook investeringen in sport, onderwijs of werkgelegenheid zonder dat individuele burgers er persoonlijk direct beter van worden.

Om vast te stellen of een innovatie bijdraagt aan collectiviteit wordt bijvoorbeeld gekeken naar de mate waarin een innovatie bijdraagt aan:

- De resultaten waarvoor een overheidsorganisatie verantwoordelijk is, zoals bijvoorbeeld onderwijs, acute medische zorg, openbare orde en veiligheid, etc. (Draagt de innovatie bij aan het primaire proces?);

- De totstandkoming of ondersteuning van actieve coproductie initiatieven door gebruikers van diensten zelf. Bijvoorbeeld burgers die de overheid gaan helpen, zoals; sociaal kapitaal en sociale cohesie, bijvoorbeeld doordat een innovatie bijdraagt aan acties binnen de samenleving, zoals buurtbewaking door burgers zelf;
- De vorming van effectieve partnerships tussen organisaties en/of burgers.
- Autonomie

In welke mate draagt het initiatief ertoe bij dat burgers 'controle' blijven houden?

Autonomie verwijst hier naar het verlangen van burgers om persoonlijke vrijheid en om zelf controle over hun leven te houden. Het gaat hierbij om betrokkenheid van burgers bij beleid en bestuur en participatie bij concrete overheidsinitiatieven. Dit vereist naast transparantie en verantwoordingsplicht van openbare diensten ook een element van innovatie en creativiteit, zodat diensten zich voortdurend kunnen ontwikkelen en transformeren om aan nieuwe behoeften en veranderende voorkeuren van burgers te kunnen voldoen.

Om vast te stellen of een innovatie bijdraagt aan autonomie kan gekeken worden naar de mate waarin een innovatie bijdraagt aan:

- Een verbeterde verantwoording door de overheid en overheidsorganisaties;
- Een verhoging van transparantie of een versterking van de vrijheid van informatie met betrekking tot diensten en de overheid als zodanig;
- Vergroting van mogelijkheden om burgers te betrekken of versterking van de innovatie binnen de publieke sector.

Denk hierbij aan de participatie bij de ontwikkelingen ten aanzien van het creëren van een veilige woon- en leefomgeving.

- Veiligheid:

Hoe verhoudt het initiatief zich tot de waarden die de samenleving beschouwd als belangrijk?

Veiligheid verwijst naar de vele voordelen van de manier waarop we de overheid hebben georganiseerd en de voordelen die samenhangen met de bureaucratische organisatievorm. Denk hierbij aan betrouwbaarheid, consistentie in normen, gelijkheid, rechtszekerheid en een behoorlijke procesvoering en beheersing van kosten en efficiëntie. Bureaucratie is eigenlijk een relatief efficiënt systeem (Wilson, 1989).

In het algemeen wordt van overheidsinstanties verwacht bij te dragen tot een algemeen gevoel van veiligheid en betrouwbaarheid en er te zijn wanneer zij nodig zijn. De

overheid moet dus staan voor veiligheid en betrouwbaarheid, bijvoorbeeld bij (medische) noodgevallen, zoals overstromingen, rampen en ongevallen.

Specifieke maatstaven voor veiligheid kunnen zijn:

- Maatregelen inzake veerkracht en betrouwbaarheid;
 - Maatstaven voor dienstverleningsnormen, met inbegrip van minimumnormen voor behandelingstermijnen, opkomsttijden, etc.;
 - Maatstaven voor gelijkheid en behoorlijke rechtsgang;
 - Besparing van kosten en verhoging van de efficiëntie.
- Persoonlijk nut:

Welk voordeel heeft het initiatief voor mij als burger? (What's in it for me?)

Persoonlijk nut verwijst naar de keuze die burgers worden geboden en naar mogelijkheden om maatwerk richting burgers te leveren dat rekening houdt met specifieke omstandigheden en kenmerken van een burger (denk aan personalisering). Persoonlijk nut is de laatste tijd het centrale thema van veel overheidsbeleid geweest.

De onderliggende waarden die worden uitgedrukt zijn die van persoonlijk eigenbelang en comparatief voordeel. Grofweg gezegd, wat zit er voor mij en de mijnen in? Dit is een volkomen legitiem aandachtspunt voor overheidsinstanties, maar net als bij de andere dimensies van prestaties, moet het worden afgewogen tegen andere eisen.

Om vast te stellen of een innovatie bijdraagt aan persoonlijk nut, kun je bijvoorbeeld kijken naar de mate waarin een innovatie bijdraagt aan:

- Maatstaven van personalisering en flexibiliteit van diensten;
- Vergroten toegankelijkheid van diensten;
- Relatieve kwaliteit van diensten (ten opzichte van elkaar en ten opzichte van soortgelijke diensten in andere sectoren).

Betere kwaliteit van dienstverlening, meer keuzemogelijkheden en flexibiliteit van diensten zijn ook vormen van persoonlijk nut.

Vertrouwen en legitimiteit zijn in het midden geplaatst omdat vertrouwen en legitimiteit voorwaarden zijn voor alle andere categorieën van waarden. Door een gebalanceerde benadering die tegemoetkomt aan de eisen uit alle kwadranten kun je vertrouwen en legitimiteit behouden. Te ver doorschieten naar één van de categorieën leidt tot een tegenreactie vanuit het tegenovergelegen kwadrant en ondermijnt daarmee het algemene vertrouwen en het vertrouwen dat burgers hebben in (het beleid van) een specifieke overheidsorganisatie. Het is ook in het midden geplaatst van deze schematische weergave, omdat vertrouwen en legitimiteit in elk van de vier kwadranten tot uitdrukking komt (Talbot, 2008).

Wanneer de maatregel of innovatie tegemoetkomt aan de vier kwadranten van de 'balanced score card' en deze in evenwicht zijn met elkaar, kan men volgens Moore (2003) rekenen op een hoge mate van legitimiteit en vertrouwen. De mogelijkheden van operationele samenwerking tussen ambulance en brandweer zouden op deze wijze gescoord kunnen worden. Zodat kan worden ingeschat of de mogelijkheden tot samenwerking kunnen rekenen op steun.

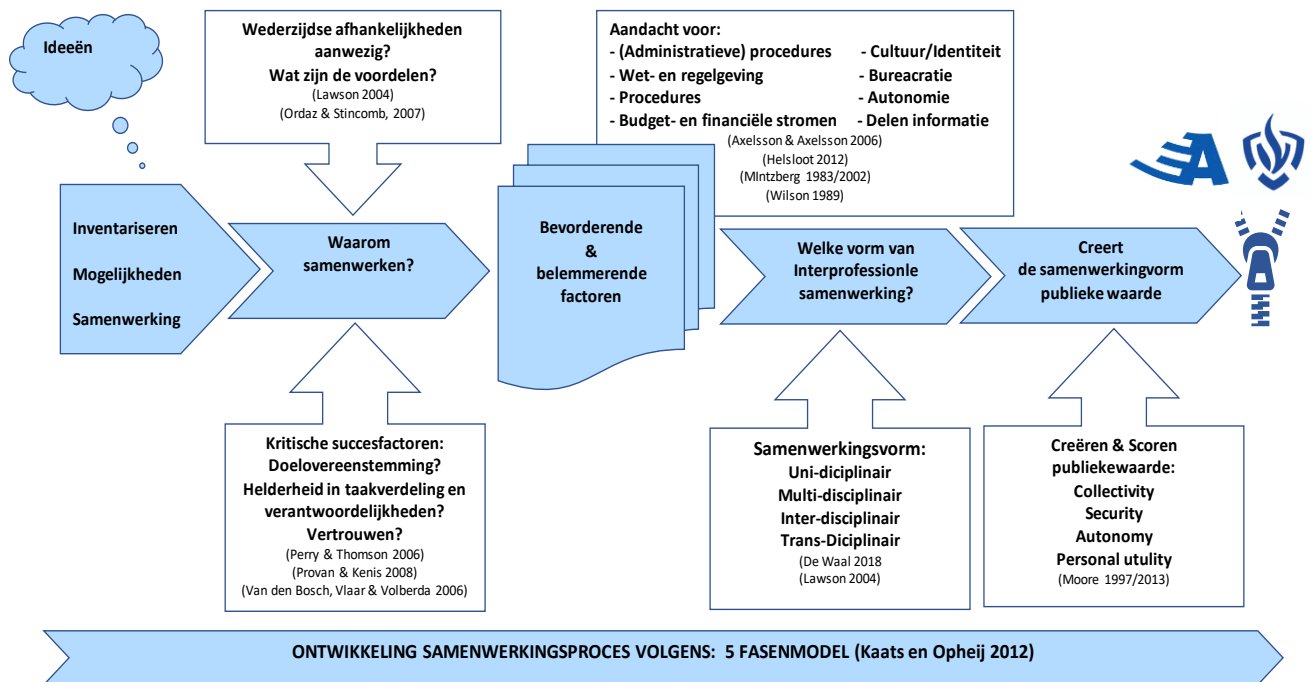
2.6. SAMENVATTEND THEORETISCH MODEL

De beschreven theorie geeft inzicht in onderwerpen die van belang zijn om te bepalen of en hoe de Brandweer Amsterdam-Amstelland haar publieke waarde kan vergroten door een hechtere samenwerking met de Ambulance Amsterdam op operationeel niveau. De onderwerpen bevatten een aantal essentiële factoren die van invloed zijn op samenwerking. In tabel 1 worden de onderwerpen uit het literatuuronderzoek benoemd met de daarbij behorende factoren die van invloed zijn op het ontstaan van een eventuele hechtere samenwerking tussen Ambulance Amsterdam en Brandweer Amsterdam-Amstelland.

Onderwerp	Factoren
Wat is samenwerking?	Vormen van samenwerking
Waarom samenwerken?	Wederzijdse afhankelijkheid Voordelen samenwerking
Kritische succesfactoren	Doelovereenstemming Helderheid in taakverdeling en verantwoordelijkheden Vertrouwen
Belemmerende en bevorderende factoren	Administratieve procedures Wet- en regelgeving Budget- en financiële stromen Procedures Bureaucratie Autonomie Cultuur Delen van informatie
Fasen in een samenwerking	5-fasenmodel
Creëren van publieke waarde	Creëren publieke waarde Scoren publieke waarde

Tabel 1. Onderwerpen en factoren die van invloed zijn op samenwerking

De factoren uit tabel 1 zijn van invloed op het succes van de samenwerking. De verschillende onderwerpen met de daaraan verbonden factoren zijn in een procesmodel (figuur 7) geplaatst. Aan de hand van dit model kan herleid worden op welk moment welke factor een rol speelt.



Figuur 7. Theoretisch model: factoren die bijdragen aan ontstaan van samenwerking

3. ONDERZOEKSMETHODE

In dit hoofdstuk wordt de onderzoeksopzet beschreven. Als eerste wordt de methode van onderzoek beschreven. Vervolgens zullen de verschillende onderzoeksmethoden aan de orde komen en bij de scope van het onderzoek worden stilgestaan. Tot slot zal een schematische weergave van de onderzoeksopzet worden weergegeven en op de afbakening en betrouwbaarheid van het onderzoek worden ingegaan.

3.1. METHODE VAN ONDERZOEK

Om de centrale onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden richt dit onderzoek zich op:

- Onderwerpen en factoren uit de (wetenschappelijke) literatuur en praktijk die van invloed zijn om de deelvragen en centrale hoofdvraag te kunnen beantwoorden;
- De huidige samenwerking tussen brandweer en ambulance op landelijk- en regionaal niveau;
- De medische brandweerondersteuning in België, Duitsland en Frankrijk;
- Actoren en ontwikkelingen die van invloed zijn om de samenwerking tussen brandweer en ambulance aan te gaan (omgevingsanalyse);
- Welke praktische- en theoretische mogelijkheden tot samenwerking er zijn;
- Meninge, houdingen en kennis ten aanzien van een eventuele samenwerking tussen brandweer en ambulance.

Omdat het onderzoek verkennend van aard is, passen hierbij volgens Baarda, et al. (2013) methoden van kwalitatief onderzoek. Bij kwalitatief onderzoek gaat het o.a. om kwaliteiten, perspectieven, ervaringen, perceptie en betekenisverlening (Baarda, et al., 2013). Voor het verzamelen van cijfermatige data, meten van meningen, houding en kennis past volgens Baarda (2013) de methode van kwantitatief onderzoek.

Om te zorgen voor een betrouwbaar beeld, zijn voor dit onderzoek in verschillende opeenvolgende fasen diverse dataverzamelmethode gebruikt. Dit wordt ook wel 'methodetriangulatie' genoemd (Verhoeven, 2018). In dit onderzoek zijn hiervoor de onderzoeksmethoden: literatuur- en documentenonderzoek, vergelijkend onderzoek (benchmark), interviews en digitale vragenlijsten toegepast.

3.2. LITERATUUR- EN DOCUMENTEN ONDERZOEK

Het onderzoek is gestart met een literatuuronderzoek naar wetenschappelijke literatuur met als doel om een theoretisch kader te ontwikkelen (hoofdstuk 2) wat bijdraagt om tot het antwoord op de centrale onderzoeksvraag te komen.

Uit de probleemstelling volgt een opgave voor Brandweer Amsterdam-Amstelland om de waarde aan de maatschappij, de publieke waarde, te vergroten en/-of dit in samenwerking met de ambulancedienst gerealiseerd kan worden. Het literatuuronderzoek richtte zich daarom vooral op onderwerpen en factoren m.b.t. samenwerking, vormen van samenwerking en creëren van publieke waarde.

Voor het literatuuronderzoek zijn verschillende bronnen geraadpleegd. Zoals open bronnen en bronnen die zijn verkregen via de Politieacademie en het Instituut Fysieke Veiligheid. Deze bronnen zijn gevonden met behulp van het internet, vakbladen en gepubliceerde literatuur. Verder zijn beleidsdocumenten, procesbeschrijvingen, wet- en regelgeving en andere documentatie van de betrokken actoren geanalyseerd, zowel nationaal als internationaal. Alle voor dit onderzoek gebruikte bronnen zijn terug te vinden in de literatuurlijst.

Aan de hand van de beschreven literatuur is een theoretisch model ontwikkeld (paragraaf 2.6). Aan de hand van dit model is onderzocht welke onderwerpen en factoren bijdragen aan het ontstaan van samenwerking en zijn het vergelijkend onderzoek (benchmark), de interviews en de digitale vragenlijsten inhoudelijk vorm gegeven. Daarnaast is het theoretisch model gebruikt als analytisch raamwerk waarbinnen de resultaten zijn verkregen en geanalyseerd om zo de deelvragen 1, 2, 3, 5 en 6 (deels) te kunnen beantwoorden.

3.3. VERGELIJKEND ONDERZOEK

In de tweede fase van het onderzoek is een vergelijkend onderzoek (benchmark) gedaan bij de brandweer Brussel (B), Feuerwehr Düsseldorf (D) en de Sapeurs-Pompiers Reims (F). Het doel van dit vergelijkend onderzoek was om te leren van de wijze waarop de medische brandweerondersteuning of -assistentie aan de geneeskundige hulpverlening in de ons omringende landen is georganiseerd en waarom deze werkwijze in het buitenland wel vorm heeft gekregen. Denk hierbij aan praktische mogelijkheden van samenwerking, succesfactoren, belemmerende factoren, cruciale aspecten, etc.

Het vergelijkend onderzoek heeft gediend als input voor de opzet van de interviews en bijgedragen aan het beantwoorden van deelvraag 2, 4, 5 en 6. De resultaten van dit vergelijkend onderzoek worden beschreven in hoofdstuk 5. De respondenten van het vergelijkend onderzoek en de gehanteerde vragenlijsten zijn opgenomen in bijlage 4.

3.4. HALF-GESTRUCTUREERDE INTERVIEWS

In de tweede fase van dit onderzoek, na het vergelijkend onderzoek, is met behulp van interviews informatie verzameld om de deelvragen 2, 4, 5 en 6 te kunnen beantwoorden. Dit betrof o.a. informatie met betrekking tot: de beschreven theorie, de huidige samenwerking

tussen brandweer en ambulance, ontwikkelingen die aanleiding kunnen zijn om de samenwerking tussen beide diensten aan te gaan en welke mogelijkheden en vormen tot samenwerking er zijn.

De interviews zijn half-gestructureerd afgenomen (Verhoeven, 2018). Voor deze wijze van interviewen is gekozen omdat de geïnterviewden zo de mogelijkheid hadden om hun eigen bevindingen toe te voegen aan het gesprek.

Om voldoende diepgang te verkrijgen zijn de interviews gehouden onder functionarissen op tactisch- en strategisch niveau binnen de ambulancedienst en brandweer in de regio Amsterdam-Amstelland. Bewust is gekozen voor functionarissen op tactisch- en strategisch niveau, omdat op deze niveaus goed overzicht bestaat van behoeften binnen hun eigen organisaties en besef van noodzaak tot samenwerking binnen de veiligheidsregio aanwezig is. Daarnaast zijn relevante actoren die (mogelijk) van invloed zijn op een structurele samenwerking tussen ambulance en brandweer bevestigd. Denk hierbij o.a. aan hoofd GHOR-bureau Amsterdam, voorzitter ondernemingsraad Brandweer Amsterdam-Amstelland, portefeuillehouder brandweer veiligheidsbestuur VrAA, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), Ministerie van Justitie en Veiligheid (JenV) en Ambulancezorg Nederland. Tevens zijn drie directeuren veiligheidsregio en twee burgemeesters geïnterviewd. In totaal hebben 28 interviews plaatsgevonden. Een overzicht van de respondenten en de gehanteerde algemene interviewlijst zijn opgenomen in bijlage 5.

3.5. DIGITALE VRAGENLIJST

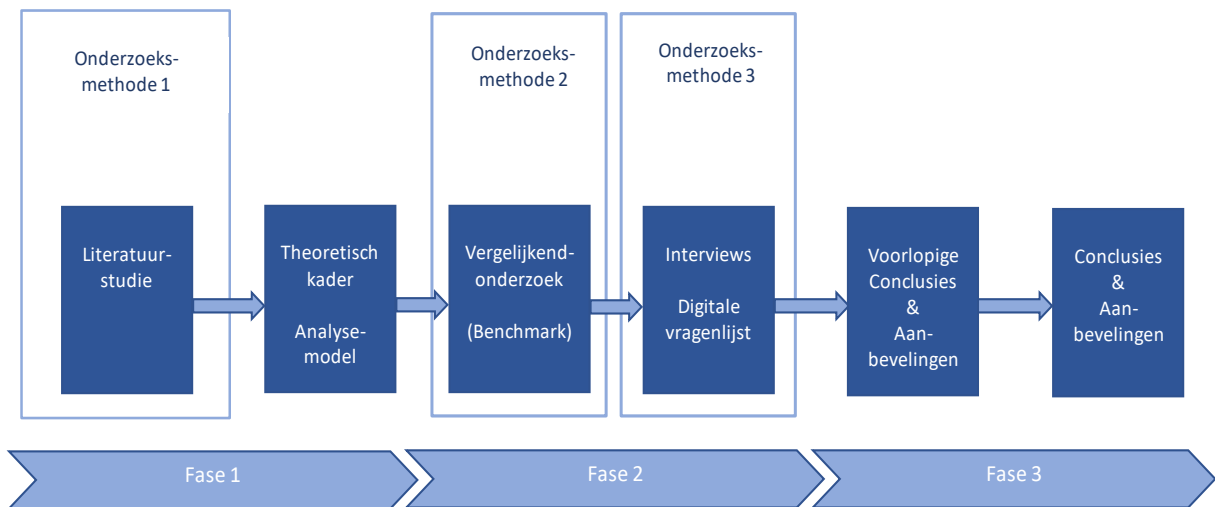
Voor het volledig kunnen beantwoorden van de deelvragen 2, 4, 5 en 6 was ook de inbreng en afweging van operationele aspecten noodzakelijk. Hiertoe zijn medewerkers op operationeel niveau bevestigd naar hun mening, houding en kennis ten aanzien van de huidige- en eventuele toekomstige samenwerking tussen beide diensten.

In verband met de werkbelasting en beschikbare tijd is bewust voor een digitale vragenlijst (enquête) gekozen. Hiervoor is gebruik gemaakt van de enquêtesoftware van Onderzoekdoen.nl. Het betrof een selecte steekproef, onder operationeel personeel van de ambulancedienst en brandweer. De steekproef bij de brandweer betrof een quotumsteekproef en bij de ambulancedienst een sneeuwbalsteekproef.

Voor de respondenten van de ambulancedienst en brandweer zijn twee verschillende vragenlijsten ontworpen. De vragenlijst is uitgezet onder 75 brandweermensen en 14 medewerkers van de ambulancedienst. De gehanteerde vragenlijsten zijn opgenomen in bijlage 6.

3.6. SCHEMATISCHE WEERGAVE ONDERZOEKSOPZET

De beschreven onderzoeksopzet is schematisch weergegeven in onderstaande figuur 8.



Figuur 8. Schematische weergave onderzoeksopzet

3.7. AFBAKENING

Dit verkennend onderzoek naar samenwerking op operationeel niveau tussen ambulance en brandweer is gericht op mogelijkheden tot samenwerking die bijdragen aan het creëren van publieke waarde voor de brandweer.

Ofschoon efficiency wel een motief is om samenwerking te bevorderen, zal in dit onderzoek niet 'gerekend' worden aan de (eventuele) efficiencyvoordelen. Dit onderzoek zal dan ook niet beoordelen of en in welke mate door samenwerking financiële efficiencyvoordelen behaald kunnen worden.

3.8. BETROUWBAARHEID

De betrouwbaarheid van een onderzoek bestaat uit de mate waarin het onderzoek onafhankelijk is van toeval (Baarda, 2014). Een onderzoek is betrouwbaar als het bij herhaling dezelfde resultaten oplevert. Dit heeft vooral betrekking op de transparantie en herhaalbaarheid van de onderzoeksresultaten. Exacte replicatie van een kwalitatief onderzoek is meestal niet mogelijk (Baarda, 2014).

Bij dit onderzoek is door de specifieke context van de interviews, alsmede de betrokkenheid van de onderzoeker bij het onderwerp, een mogelijke mate van kleuring niet geheel uit te sluiten. Dit kan van invloed zijn op de betrouwbaarheid. Daarom zijn alle respondenten ruim vooraf voorzien van dezelfde informatie. Daarnaast is getracht de betrouwbaarheid te borgen door de interviews op te nemen, te transcriberen en ter inzage aan te bieden.

4. RESULTAAT: HUIDIGE SAMENWERKING

Uit een internationaal vergelijkend onderzoek van het Instituut Fysieke Veiligheid (2013) is gebleken dat in landen als het Verenigd Koninkrijk, België, Duitsland, Frankrijk en Zweden de brandweer in zijn geheel of in belangrijke mate verantwoordelijk is voor de ambulancezorg, maar hoe zit dit nu in Nederland? In dit hoofdstuk wordt nader ingegaan op de huidige samenwerking tussen de brandweer en ambulance in Nederland en binnen de Veiligheidsregio Amsterdam-Amstelland. Een specifieke omschrijving van de ambulance- en brandweezorg in Nederland en Amsterdam-Amstelland staat beschreven in bijlage 1.

4.1. BRANDWEER EN AMBULANCEZORG IN HISTORISCH PERSPECTIEF

In tegenstelling tot het buitenland komt medische brandweerondersteuning of -assistentie aan de geneeskundige hulpverlening in Nederland niet veel voor. In diverse landen bestaat een nauwe band tussen brandweer en ambulancedienst. Vaak kwam de ambulancedienst in deze landen bij de brandweer terecht om twee redenen: hulp kunnen verlenen aan eigen personeel en hulp kunnen verlenen aan slachtoffers die bij een brand vielen. Omdat de brandweer gewend was aan mobiele middelen, was de drempel laag om ook voor het ziekenvervoer een vervoermiddel aan te schaffen. In Nederland is een heel andere traditie, wat maakt dat de verbinding tussen brandweer en ambulancedienst veel minder hecht is. Hier was het vervoer van gewonden in de 19^e eeuw eerder een taak van de politie die gewend was om dit met relatief primitieve middelen te doen, zoals draagbaren en raderbrancards. In 1901 werd in Amsterdam de Gemeentelijke Geneeskundige Dienst opgericht die zich ook bezig ging houden met eerstehulpverlening en ziekenvervoer. De dienst nam hiervoor verplegers in dienst en zo werd ziekenvervoer meer verbonden met gezondheidszorg dan met openbare orde en veiligheid. Doordat veel andere steden de regeling in Amsterdam als voorbeeld namen, blokkeerde dit enigszins de ontwikkeling van het ziekenvervoer bij de brandweer. In de kleinere plaatsen lag dit sowieso al minder voor de hand, omdat hier geen beroepskorpsen waren (Gras, 2013).

Volgens Gras (2013) kan door de jaren heen de relatie tussen de brandweer en het ambulancewerk in een aantal niveaus worden onderscheiden, namelijk:

- De normale samenwerking bij een inzet;
- De brandweer in de rol van bieder van onderdak aan ambulances (en in het verlengde daarvan deed ze dan ook vaak het onderhoud);
- Het leveren van chauffeurs voor ambulancevervoer;
- Het geheel uitvoeren van het ambulancevervoer, dus zowel het chaufferen als het begeleiden achterin.

Het door de brandweer leveren van chauffeurs voor ambulances van de gemeentelijke geneeskundige dienst (GGD) nam volgens Gras (2013) een vlucht na de bezetting toen het aantal verkeersongevallen begon te stijgen. Gemeentebesturen worstelden met hun verantwoordelijkheid om hier adequaat op in te spelen tegen aanvaardbare kosten. In veel kleinere en middelgrote steden werden kazernes gebouwd waar ruimte was voor een ambulance. Dit gebeurde bijvoorbeeld ook in Ouderkerk aan de Amstel. De brandweer kwam daarmee bij diverse gemeenten in beeld voor het leveren van een chauffeur. In de periode van 1968 tot medio 1983 gebeurde dit ook bij de gemeentelijke brandweer in Amstelveen. Aangezien men in Nederland gewend was om op de ambulance verplegers in te zetten, leidde de inzet van de brandweer daarentegen wel tot een botsing van culturen.

In Heerlen, Kerkrade en Geleen voerde de brandweer het ziekenvervoer geheel zelfstandig uit. Ook hier was de stijging van het aantal auto-ongevallen de aanleiding om hier als brandweer in te stappen.

Met de komst van de Wet ambulancevervoer in 1971 raakte de brandweer uitgespeeld in de rol van ambulancier. In de overgangperiode tot 1979 werden steeds hogere eisen gesteld aan zowel de begeleiders (gespecialiseerde verpleegkundigen) als de chauffeurs (speciaal opgeleid tot ambulancechauffeur). Daarnaast gingen de ontwikkelingen binnen de brandweer ook door. Met als gevolg dat deze dubbelfunctie niet meer vol te houden was. De brandweer van Ede was medio 2010 het laatste korps in Nederland die chauffeursdiensten voor de ambulance verrichtte.

Vanaf de jaren zeventig namen de ontwikkelingen qua samenwerking op meldkamer gebied wel toe. De brandweer had destijds de beschikking over goed uitgeruste alarmcentrales. Dit was voor de ambulancedienst aanleiding om de samenwerking met de brandweer te intensiveren. De brandweer was blij met deze taakuitbreiding die geld en formatie opleverde. Geleidelijk is de samenwerking tussen brandweer, politie en ambulancedienst op meldkamergebied steeds verder geïntensiveerd. Steeds meer faciliteiten en technische zaken werden samen gedeeld en het einde van deze ontwikkeling is nog niet in zicht (Gras, 2013).

Tegenwoordig is het *<samen> <werken>* (in de termen van Scholtens) tussen ambulancedienst en brandweer in de dagelijkse praktijk heel gewoon. De brandweer levert hierbij meestal technische ondersteuning bij het redden en bevrijden van een slachtoffer. Daarnaast wordt de brandweer in toenemende mate ingeroepen bij het afhijzen en tillen van patiënten uit woningen. Een nieuw aspect van de laatste jaren is de rol van de brandweer als 'first responder'; brandweerlieden met een AED worden ingezet bij situaties waarin een hartstilstand wordt vermoed en waar zij mogelijk sneller ter plaatse kunnen zijn dan een ambulance. Zo zijn Automatische Externe Defibrillators (AED's) al in veel brandweerauto's te vinden en worden verschillende kazernes gealarmeerd voor reanimaties (Van Duin & Wijkhuis,

2013). Daarnaast heeft de brandweer de nodige expertise op het gebied van gevaarlijke stoffen en is ook dit een terrein waar brandweer en ambulancedienst elkaar geregeld ontmoeten. De ambulancedienst kan daarbij terugvallen op de Gezondheidskundig Adviseur Gevaarlijke Stoffen (GAGS), een functionaris die bij de Geneeskundige Hulpverleningsorganisatie in de Regio (GHOR) is ondergebracht en 24 uur per dag aanspreekbaar is.

In Nederland werken ambulance en brandweer wel samen, maar er is in de termen van Scholtens geen sprake van echte *samenwerking*. Volgens Gras (2013) spelen hierbij wet- en regelgeving, vakbekwaamheidseisen en cultuurverschillen tussen beide diensten een duidelijke rol (Gras, 2013).

4.2. HUIDIGE SAMENWERKING AMBULANCE EN BRANDWEER IN DE VRAA

In de steeds drukker wordende veiligheidsregio en stad Amsterdam (Gemeente Amsterdam, 2020) rukken ambulance en brandweer inmiddels steeds vaker gezamenlijk uit om hulp te verlenen (Brandweer Amsterdam-Amstelland, 2021). Het gaat hierbij naast het redden en bevrijden van slachtoffers bij brand of hulpverlening steeds vaker om patiënten met behulp van een redvoertuig horizontaal uit hun woning halen (zgn. afhijzen), tilassistentie en reanimeren van patiënten. Waarbij de reanimatietaak met behulp van de Automatische Externe Defibrillators (AED) sinds 2002 een kerntaak is van de brandweer in Amsterdam en sinds 2008 van alle kazernes binnen de VrAA (Brandweer Amsterdam, 2002).

Daarnaast werkt BAA bij de oprichting van het Quick Response Team (QRT) nauw samen met het Special Operations Respons Team (S.O.R.T) van Ambulance Amsterdam. Beide teams komen in actie bij geweldsincidenten met mogelijk meerdere slachtoffers en een (vermoeden van) terroristische aanslag.

Voor het vervoer van patiënten op en over het water kan Ambulance Amsterdam een beroep doen op de brandweerboot van kazerne Aalsmeer. Op deze boot is een speciale brandcardsteun aanwezig; een innovatie die brandweer en ambulance samen hebben ontwikkeld.

Tijdens het uitbreken van de COVID-19-pandemie weten brandweer en ambulance elkaar beter te vinden in het maken van operationele afspraken, afstemming over persoonlijke beschermingsmiddelen en sinds medio april 2020 assisteert de brandweer Ambulance Amsterdam bij het ontsmetten van ambulances waarmee coronapatiënten zijn vervoerd.

In augustus 2019 heeft Ambulance Amsterdam bij BAA een verzoek in gediend of zij gebruik mogen maken van enkele brandweerkazernes om ambulances gunstiger voorwaardenscheppend te positioneren in het gezamenlijk werkgebied. Het beschikbaar

stellen van huisvesting voor ambulances is binnen BAA aanleiding tot nadenken welke andere bijdrage de brandweer kan bieden ten aanzien van de medische spoedhulpverlening aan burgers. Begin 2020 heeft er tussen beide directies een oriënterend gesprek plaatsgevonden over mogelijke intensivering van de samenwerking. Concreet heeft dit ertoe geleid dat sinds februari 2020 ambulances zijn gehuisvest op de kazernes Diemen, Hendrik en Osdorp.

De samenwerking vindt vooralsnog alleen plaats op voornamelijk repressief gebied en in preparatieve zin bij bereikbaarheidskwesties binnen de VrAA. Wel heeft inmiddels een oriënterend gesprek plaatsgevonden over gezamenlijk onderhoud en aanschaf van materieel, maar daar is nog geen concrete samenwerking uit voortgekomen.

De huidige samenwerking tussen Brandweer Amsterdam-Amstelland en Ambulance Amsterdam kenmerkt zich gezien het voorgaande op dit moment voornamelijk door *< Samen >* *< werking >* op operationeel niveau dat toegespitst is op de dagdagelijkse repressie door het bevrijden, redden en assisteren bij medische noodsituaties van mensen. Volgens paragraaf 2.1. kenmerkt de huidige samenwerkingsvorm zich door een zeer lage mate waarin professionals van beide diensten elkaars taken kunnen overnemen en waarbij geen nieuwe manieren van samenwerking ontstaan. Dit wordt volgens De Waal (2018) ook wel unidisciplinaire samenwerking genoemd.

4.3. BELEVING HUIDIGE SAMENWERKING

Uit dit onderzoek blijkt dat 61 brandweermensen de huidige samenwerking op straat waarderen met het gemiddeld cijfer 7,7. Bij 14 medewerkers van de ambulancedienst ligt deze waardering gemiddeld op een 8,2.

81 procent van de bevroegde brandweermensen ziet mogelijkheden om de samenwerking op straat nog beter te laten verlopen. Vanuit de ambulancedienst draagt 54 procent van de respondenten mogelijkheden tot verbetering aan. Opvallend hierbij is dat de respondenten vanuit beide diensten aangeven dat er behoefte is aan meer oefenen, meer inzicht in elkaars procedures en werkwijzen. Daarnaast is er vanuit beide diensten behoefte om incidenten meer en beter te evalueren.

61 procent van de respondenten van de brandweer geeft aan op straat kennis, vaardigheden, spullen en/of apparatuur te missen om goed te kunnen *samen werken*. In tegenstelling tot de brandweer geeft 78 procent van de respondenten uit de ambulancedienst aan, dat zij bij de brandweer geen kennis, vaardigheden, spullen of apparatuur missen om goed te kunnen *samen werken*.

4.4. INITIATIEVEN OP LANDELIJK NIVEAU

Uit literatuuronderzoek en gesprekken met respondenten blijkt dat er in Nederland een beperkt aantal initiatieven is geweest om de samenwerking tussen ambulancediensten en de brandweer te intensiveren. De initiatieven beperken zich tot onderzoeken, operationele samenwerking en samenwerking op organisatorisch niveau.

4.4.1. ONDERZOEKEN

De afgelopen jaren heeft een aantal onderzoeken in Nederland plaatsgevonden op het gebied van samenwerking tussen brandweer en ambulance of brandweer en politie:

- Verkenning naar de mogelijkheden van operationele samenwerking tussen politie en brandweer (Helsloot, Groenendaal, & Warners, 2009);
- Noodhulp Organisatie Brandweer Politie (NoBraPol) Utrecht (Helsloot, Groenendaal, & Warners, 2009);
- Haalbaarheidsonderzoek naar Snelle Interventieteams in de Regio Rotterdam-Rijnmond (Van Bladel, 2008);
- Hoe maak je als brandweer het verschil? (Helsloot, Groenendaal, & Stijf, 2014);
- Samenwerking Brandweer – Regionale Ambulancevoorziening (RAV) (Van Zanten, 2018).

4.4.2. OPERATIONELE SAMENWERKING

In Nederland is op operationeel gebied een zeer beperkt aantal initiatieven geweest m.b.t. samenwerking tussen brandweer en ambulance op medisch gebied.

BRAMBULANCE

Naar aanleiding van het onderzoek van Van Bladel (2008) werd in juli 2014 een pilot in de regio Rotterdam-Rijnmond gestart met de 'Brambulance', een nieuw soort eerste hulpvoertuig (EHV) waarbij een ambulance en een brandweerauto in één voertuig gecombineerd werden. Zo kon eerste hulp op straat geboden worden, maar ook als eerste inzet bij blussen van beginnende en kleinere branden. De Veiligheidsregio Rotterdam-Rijnmond wilde het voertuig met name gebruiken voor snelle, eerste hulp en inzetten bij grote incidenten, ongevallen en evenementen. In een periode van drie maanden zou bekeken worden of de Brambulance de aanrijtijden kon verbeteren (Baars, 2015). De uitkomst van de evaluatie was, dat de Brambulance in combinatie met een tankautospuit en/of ambulance het gewenste niveau van brandweezorg en ambulance levert en dat het een veilige manier van werken was voor de bemanning van het voertuig. De pilot was een succes (Deddens & Van Schie, 2014).

Echter, na onderzoek blijkt dat volgens één van de direct betrokken respondenten de Brambalance op dit moment in de 'koelkast' staat. Door veiligheidsaspecten, cultuurverschil, geen robuuste financiering en geen gezamenlijke doelovereenstemming is de pilot destijds gestrand. De andere direct betrokken respondent geeft aan dat 'broodroof' de echte weerstand veroorzaakte, maar dan onder de noemers van veiligheid en arbeidstijdenbesluit. De ambulancedienst maakte zich volgens hem hierbij vooral druk over het geld.

MOB

In 2013 is de Brandweer Gelderland-Midden in Ede gestart met MOB-concept (Medische Ondersteuning Brandweer). De MOB had hierbij als belangrijkste doelstelling om slachtoffers zo snel als mogelijk van medische hulp te voorzien. De MOB fungeerde hierbij als een vooruitgeschoven post voor de ambulancedienst en voerde ondersteunende taken uit. De MOB was een ondersteunende eenheid voor de ambulancedienst en nooit een vervangende eenheid. De MOB werd uitgevoerd vanuit twee locaties, namelijk Ede en Arnhem en rukte uit voor: onwelwordingen, reanimaties, tilassistentie en algemene ondersteuning van ambulanceteams. Ze hadden daarvoor een terreinvaardige auto met extra middelen beschikbaar (Van Surksom, 2017).

In 2020 is besloten om met het MOB-concept te stoppen. De uren die de medewerkers qua voorbereiding moesten maken, stonden niet in verhouding tot de daadwerkelijke inzetten. Uit onderzoek blijkt dat dit de reden was waarom men met de MOB is gestopt. De beperkte werkervaring die werd opgedaan zorgde in die gevallen dat waar de MOB wel eerder was dan de ambulance en men te maken kreeg met medische kwetsuren waarvoor men onvoldoende opleiding en ervaring had opgedaan voor een mentale belasting. De MOB werd dermate weinig ingezet dat de kosten/baten niet meer tot elkaar in verhouding stonden.

Geconcludeerd kan worden dat echte '*samenwerking*' uiteindelijk niet is gerealiseerd. De effectiviteit- en efficiencywinst van het MOB-concept was dermate laag dat de incentive tot structurele implementatie en borging te laag was. Een ander aspect was de aankomende integratie van de meldkamer van de Veiligheidsregio Gelderland-Midden in de meldkamer Oost-Gelderland. De MOB was een dermate uitzondering in het brandweerproces en dit wordt als onwenselijk beschouwd binnen het meldkamerproces.

VEILIGHEIDSREGIO GELDERLAND-ZUID

In 2018 heeft de Veiligheidsregio Gelderland-Zuid (VRGZ) onderzocht welke mogelijkheden er zijn om de samenwerking tussen Brandweer en Regionale Ambulancevoorziening (RAV) verder te ontwikkelen en te versterken (Van Zanten, 2018). Op basis van dit onderzoek heeft de VRGZ besloten om:

1. De aansturing van brandweer en RAV op directieniveau te combineren in één functie van een gezamenlijke directeur voor beide sectoren.
2. De afstemming en verbinding tussen middenmanagement van brandweer en RAV meer gestructureerd te organiseren en te borgen, als aanvulling op de projectmatige of onderwerp gerichte samenwerking die er al bestond.
3. De komende jaren sterk in te zetten op verdere samenwerking tussen brandweer en RAV. Vanuit de ervaring die daarmee al werkende zou worden opgedaan, zou over enkele jaren nogmaals de mogelijkheden voor samengaan van onderdelen van RAV en brandweer tegen het licht worden gehouden.

Op vakinhoudelijk gebied heeft men destijds geconstateerd dat er geen mogelijkheid tot verdere samenwerking mogelijk was. Dit omdat in de ambulancezorg en de daaraan gekoppelde bekwaamheidsnoodzaak de nadruk ligt op medisch inhoudelijke interventies met een vereist voortraject op medisch gebied. Terwijl aan de brandweer geheel andere en specifieke eisen gesteld worden op het gebied van de hulpverlening die de brandweer biedt (Van Zanten, 2018).

4.5. DEELCONCLUSIE

Met dit hoofdstuk is antwoord gegeven op deelvraag 5:

- *Op welke wijze werken ambulance en brandweer in de huidige praktijk samen?*

Het blijkt dat de brandweer tot op heden een relatief bescheiden bijdrage levert aan de ambulancezorg. Hierbij spelen wet- en regelgeving, vakbekwaamheidseisen en cultuurverschillen tussen beide diensten een duidelijke rol. Daarnaast blijkt dat er in Nederland een beperkt aantal initiatieven zijn geweest om de samenwerking tussen ambulancediensten en de brandweer te intensiveren.

Binnen de VrAA kenmerkt de huidige samenwerking zich voornamelijk door samenwerking op operationeel niveau, wat toegespitst is op de dagdagelijkse repressie door het bevrijden, redden en assisteren bij medische noodsituaties van mensen. Deze samenwerking laat zich omschrijven als een unidisciplinaire vorm van samenwerken.

Op operationeel niveau ervaart men de huidige samenwerking als ruim voldoende. Vooral bij de brandweer ziet men mogelijkheden om de samenwerking op straat nog verder te verbeteren.

5. RESULTAAT: VERGELIJKEND ONDERZOEK

In het kader van dit onderzoek zijn de brandweerkorpsen van Brussel (B), Düsseldorf (D) en Reims (F) onderzocht. Alle drie de korpsen hebben medische spoedhulp/ambulancezorg in hun pakket. In onderstaande paragrafen worden de overeenkomsten en verschillen als mede een inhoudelijke vergelijking tussen deze drie korpsen weergegeven.

5.1. OVEREENKOMSTEN EN VERSCHILLEN

In onderstaande tabel zijn enkele onderdelen verwerkt die een indruk geven van de overeenkomsten en verschillen tussen de bezochte brandweerkorpsen en de ambulancezorg in Nederland.

Brandweerkorps:	Düsseldorf	Brussel	Reims	Nederland
OPLEIDING				
Theorie (uur)	1920	240	40-120	168
Stage (uur)	2680 ²	40	?	960
Bijscholing (u.p.j.)	30	24	?	48
Cursussen	?	?	geen	PHTLS + divers aanbod AA
Eerdere opleiding of ervaring	geen	geen	geen	vpk + specialisatie (ca. 8500 uur) ³
Profcheck	?	Elke 5 jaar	Elk jaar?	Elke 5 jaar
DIENSTENPRAKTIJK				
Ambulancediensten	2/maand	4/maand	?	15/maand
Duur dienst (uur)	24	24	24	8-9
Inzetten per dienst (ca.)	5-20	10-20	?	5-7
Inzetten per jaar (ca.)	250	700	?	1100
Bezetting ambulance	2 (Notfallsanitäter of NFS en R-ass/ R-san)	2 (ambulancier)	3 (CH, senior, assistent)	2 (ACH en AVPK) ⁴

² Inclusief 760 uur ziekenhuisstages.

³ In Nederland gaat men uit van 1600 uur per jaar voor elke opleiding; gespecialiseerde verpleegkundigen hebben een opleiding van 4 jaar basisverpleegkundige en dan 1-2 jaar specialisatie. Daarnaast hebben ze tussendoor minimaal een jaar gewerkt.

⁴ Ambulancechauffeur (ACH) heeft ook speciale opleiding van ca. 1100 uur.

MEDISCHE PRAKTIJK	Düsseldorf	Brussel	Reims	Nederland
Brancardage	Ja	Ja	Ja	Ja
Wondbehandeling en spalken	Ja	Ja	Ja	Ja
Infuus (IV)	Ja	Nee	Nee	Ja
Botboor	Nee	Nee	Nee	Ja
Medicatie (IV)	Ja (ca. 5) ⁵	Nee	Nee	Ja (ca. 30)
Airway geavanceerd	Ja	Nee	Nee	Ja
Zuurstof geven	Ja	Ja	Ja	Ja
Vernevelen	Ja	Nee	Nee	Ja
12K ECG	Ja	Nee	Nee	Ja
Defibrilleren	Ja	Ja	Ja	Ja
Externe pacing	Nee	Nee	Nee	Ja
Cardioversie	Nee	Nee	Nee	Ja
Spanningspneu ontlasten	?	Nee	Nee	Ja
BIJZONDERE ONDERWERPEN				
Meldkamer	Bezet met brandweer Aanvraag altijd (?) gehonoreerd	Bezet met burgers Aanvraag altijd gehonoreerd	Bezet met brandweer, ook veel overleg met SAMU bezet door arts	Bezet met verpleegkundigen Aanvraag niet altijd gehonoreerd
Responstijd	80% in 8 min.	3-6 min.	86% in 20 min.	15 min.
Externe ondersteuning	Notarzt, bij veel meldingen	MUG/PIT, bij veel meldingen	SMUR, bij veel meldingen	MMT, bij bijzondere meldingen (trauma, kind)
Protocollen	Ja, vrij strikt te volgen	Ja, strikt te volgen	Ja, te volgen iom SAMU	Ja, ruime mogelijkheden aan te passen
Wel of niet vervoeren	Vrijwel altijd vervoer	Altijd vervoer	Vervoer iom SAMU, vaak wel	Geregeld (ca. 1/3) thuisgelaten

Tabel 2. Overzicht buitenlandse brandweerkorpsen met medische spoedhulp/ambulancezorg in hun pakket.

Hierbij passen wel enkele algemene opmerkingen:

- Alle drie de buitenlandse brandweerkorpsen doen alleen spoedgevallen;
- De verhouding brandweerinzetten versus medische inzetten is bij alle korpsen ca. 20/80;
- Bij niet alle inzetten is sprake van patiëntenzorg (loze ritten, stand-by-inzetten). De indruk bestaat dat bij alle drie de korpsen de ambulance vaker op voorhand wordt meegestuurd dan in Nederland (standaard uitrukken woningbrand bijvoorbeeld);

⁵ Men leert meer in de opleiding, maar heeft er maar 5 aan boord, rest wordt door Notarzt verzorgd.

- Het gaat hier specifiek om de drie onderzochte korpsen. Invulling van ambulancetaken en organisatie ervan kan binnen een land verschillen.

5.2. INHOUDELIJKE VERGELIJKING

Kijkende naar de voordelen, nadelen, uitdagingen en bedreigingen van de drie brandweerkorpsen komen we tot het inhoudelijk overzicht, zoals in tabel 3 is weergegeven.

Brandweerkorps	Düsseldorf	Brussel	Reims
VOORDELEN	<ul style="list-style-type: none"> - Veel mensen opgeleid - Personeel uitwisselbaar - Basisopleiding vrij hoog niveau - Gespreide ervaring 	<ul style="list-style-type: none"> - Veel mensen opgeleid - Personeel uitwisselbaar - Weinig kosten - Gespreide ervaring 	<ul style="list-style-type: none"> - Veel mensen opgeleid - Personeel uitwisselbaar - Weinig kosten - Redelijke geografische spreiding
NADELEN	<ul style="list-style-type: none"> - Scholing kost veel formatie - Scholing kost veel tijd - Scholing kost veel geld - Weinig ervaring ambulance - Niet iedereen gemotiveerd voor medische taak - Men valt onder twee ministeries 	<ul style="list-style-type: none"> - Basisopleiding vrij laag niveau - Bijscholing kost formatie - Personeel minder motivatie voor medische taak - Men valt onder twee ministeries 	<ul style="list-style-type: none"> - Basisopleiding laag niveau - Vrijwel geen inkomsten voor deel werk - Personeel minder motivatie voor medische taak - Ziekenhuisregio's niet congruent met brandweer - Men valt onder twee ministeries
UITDAGINGEN	<ul style="list-style-type: none"> - Niveau op peil houden voor beide taakgebieden - Carrièreperspectief bieden 	<ul style="list-style-type: none"> - Interessant houden - Carrièreperspectief bieden 	<ul style="list-style-type: none"> - Niveau verhogen - Terugdringen oneigenlijke inzet - Samenwerking SAMU en particuliere diensten
BEDREIGINGEN	<ul style="list-style-type: none"> - Toenemende specialisatie 	<ul style="list-style-type: none"> - Particulieren nemen ritten over 	<ul style="list-style-type: none"> - Toename oneigenlijke inzetten - Gaat ten koste primaire brandweertaken - Voorstel van 3 naar 2 man (vakbonden tegen)

Tabel 3. Tabel inhoudelijke vergelijking

5.3. DEELCONCLUSIE

Uit het vergelijkend onderzoek blijkt dat de ambulancezorg in Brussel (B), Düsseldorf (D) en Reims (F) volledig wordt verzorgd door de brandweer. Deze samenwerkingsvorm is historisch ontstaan en kenmerkt zich door een mate waarin professionals van de brandweer de ambulancezorgtaken volledig voor hun rekening nemen, waarbij door de samenwerking daadwerkelijke nieuwe manieren van *samenwerking* zijn ontstaan met (spoed) artsen en verpleegkundigen op straat (transdisciplinaire samenwerking).

Uit de overzichten in paragraaf 5.1. en 5.2. kan geconcludeerd worden dat de ambulancezorg in Nederland van een medisch kwalitatief hoger niveau is dan bij de bezochte brandweerkorpsen in Brussel, Düsseldorf en Reims. Sommige respondenten maken zelfs de vergelijking dat men in Nederland met een mini-ziekenhuis komt voorrijden.

In tegenstelling tot Nederland zijn de ambulances in Brussel en Düsseldorf gemiddeld negen tot tien minuten sneller ter plaatse dan in Nederland. Hierdoor kan er sneller medische zorg worden verleend en kunnen patiënten sneller naar het ziekenhuis worden vervoerd. Ook zit er verschil in het aantal patiënten wat wel of niet vervoerd wordt naar het ziekenhuis. Bij de bezochte buitenlandse korpsen wordt nagenoeg iedereen vervoerd, terwijl in Nederland circa 1/3 van de patiënten thuis wordt behandeld en wordt doorverwezen naar de huisarts.

Kenmerkend is dat de slagkracht van ambulancezorg bij grote incidenten, zowel het aantal ambulances als de medische kennis, in Düsseldorf snel te organiseren is. Dit kan door beschikbaar brandweerpersoneel snel in te zetten op (reserve) ambulances. Daarnaast blijkt dat bij de drie bezochte korpsen op de tankautospuitten altijd medische kennis en ervaring aanwezig is. Waarvan het niveau in Brussel en Düsseldorf aanzienlijk hoger is dan het huidige niveau van de brandweermensen in Nederland.

6. RESULTAAT: OMGEVINGSANALYSE

In dit hoofdstuk worden (actuele) ontwikkelingen beschreven die de mogelijke aanleiding kunnen zijn om de samenwerking tussen brandweer en ambulance op operationeel gebied aan te gaan. Het betreft hier relevante trends en ontwikkelingen binnen onze maatschappij, de ambulancezorg, brandweer en de gemeente Amsterdam. Daarnaast worden de belangrijkste actoren beschreven die een eventuele samenwerking tussen beide diensten kunnen bevorderen of belemmeren.

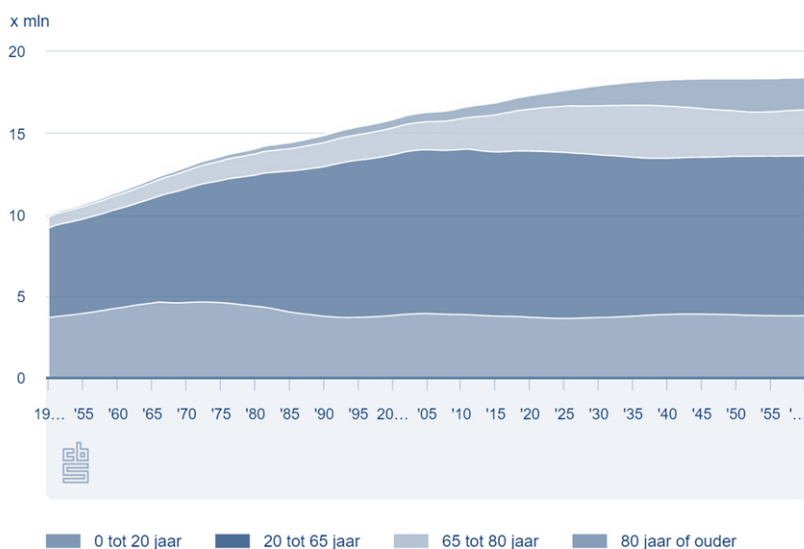
6.1. MAATSCHAPPELIJK ONTWIKKELINGEN

Er zijn een aantal ontwikkelingen die in onze samenleving op ons afkomen, zoals de groei van onze bevolking, de vergrijzing en de gevolgen van de COVID-19-pandemie. In deze paragraaf zal e.e.a. worden toegelicht.

6.1.1. GROEI VAN DE BEVOLKING

Volgens de nieuwe prognose van het CBS (2020) zal de Nederlandse bevolking de komende decennia blijven groeien tot ruim 18,4 miljoen inwoners in 2060. De 18 miljoenste inwoner wordt in 2031 verwacht. Nederland telt in de toekomst meer ouderen en meer personen met een migratieachtergrond (CBS, 2020).

Bevolking naar leeftijd (vanaf 2018 prognose)



Figuur 9. Bevolking naar leeftijd prognose (CBS, 2020)

In 2020 constateerde het Rijksinstituut voor de Volksgezondheid en Milieu (RIVM) dat er vanwege de bevolkingsgroei extra ambulances bij moeten komen (RIVM, 2020). Daarnaast heeft de bevolkingsgroei (en verdichting) onder andere gevolgen voor de impact van uitval

elektriciteit, overstromingen en extreem weer (Veiligheidsregio Flevoland, 2020). Door deze bevolkingsgroei is het aannemelijk dat de werkdruk voor de hulpverleningsdiensten in de toekomst zal gaan toenemen.

6.1.2. DE VERGRIJZING VAN DE BEVOLKING

Het aantal ouderen neemt de komende jaren snel toe. Volgens de CBS Bevolkingsprognose (2020) zal het aantal 65-plussers in de komende jaren toenemen. In 2012 waren dit nog 2,7 miljoen 65-plussers, in 2041 zal dit aantal rond de 4,7 miljoen zijn. In de periode tot aan 2060 zal het aantal rond de 4,7 miljoen blijven schommelen.

In de komende jaren zal vooral de populatie mensen tussen de 65 en 79 jaar sterk stijgen. Medio 2025 zal ook de groep 80-plussers sterk toe noemen. In 2040 wordt het hoogtepunt van het aantal 65-plussers verwacht. Naar verwachting is dan 26 procent van de bevolking 65-plusser, waarvan een derde ouder is dan 80 jaar. In 2012 waren er 686.227 mensen van 80 jaar of ouder, in 2040 zijn dat er 1.554.742 (CBS, 2020).

De potentiële beroepsbevolking zal naar ratio kleiner worden. Deze groep zal rond 2025 nog maar 60 procent van de totale bevolking zijn. In tegenstelling tot 2012 toen er nog vier potentieel werkenden op elke oudere waren, zal dit in 2040 afnemen naar twee potentieel werkenden voor iedere 65-plusser. De zogenaamde 'grijze druk' zal dus gaan toenemen; meer vergrijzing en meer zorg. Onder de grijze druk wordt verstaan; het aantal personen van 65 jaar en ouder als percentage van het aantal personen van 20-64 jaar. Volgens de grafiek van figuur 9 stijgt de grijze druk van 20 procent (1990-2000) naar 50 procent (2040) (CBS, sd) (Zorg voor beter, 2019).

Door de vergrijzing zal het aantal ouderen tot 2040 ongeveer verdubbelen. Dit heeft invloed op de zelfredzaamheid van onze samenleving (Hagen & Van Zoonen, 2015) en als gevolg dat er dan minder werknemers zijn die de sociale lasten kunnen dragen, waaronder de lasten voor de gezondheidszorg (Zorg voor beter, 2019). Daarnaast leidt dit tot een steeds krappere arbeidsmarkt (CBS, sd), ook voor de ambulance- en brandweersector. Beide sectoren zullen in de toekomst uit dezelfde en steeds kleiner wordende vijver personeel moeten gaan werven. Daarnaast is het aannemelijk dat door de vergrijzing de werkdruk van ambulancediensten en brandweer in de toekomst gaan toenemen en vaker samen op straat zullen gaan optreden. Denk hierbij o.a. aan meer onwelwordingen, afhijzen van minder mobiele patiënten en vergeten pannetjes op het vuur. Deze ontwikkelingen zorgen ervoor dat nadere afstemming en verdere samenwerking noodzakelijk zal worden.

6.1.3. GEVOLGEN COVID 19 PANDEMIE

De Onderzoeksraad voor Veiligheid (OVV) heeft mede naar aanleiding van een verzoek van de regering in mei 2020 besloten onderzoek te gaan verrichten naar de aanpak van de COVID-19 door de Nederlandse overheid en andere betrokken partijen. De door de Inspectie uit te voeren evaluatie zal gedeeld worden met de OVV, zodat het resultaat van deze evaluatie en de verworven bevindingen mede betrokken kunnen worden bij het onderzoek van de OVV (Ministerie van Justitie en Veiligheid, 2020).

Door de coronacrisis verdwijnen voor gemeenten de geprognoseerde inkomsten als sneeuw voor de zon, terwijl de kosten als gevolg van de coronacrisis zich opstapelen. Gemeenten dreigen hierdoor in financiële problemen terecht te komen. Een groot aantal gemeenten verwacht hierdoor extra te moeten gaan bezuinigen. Sommige gemeenten verwachten zelfs dat zij op korte termijn al niet meer aan hun betalingsverplichtingen kunnen voldoen. Driekwart van de gemeenten voorziet extra bezuinigingen door coronacrisis (Binnenlands Bestuur, 2020). Bezuinigingen die zeer aannemelijk tot bezuinigingsvoorstellen leiden, waar de hulpverleningsdiensten hun steentje aan zullen moeten gaan bijdragen. Waardoor de noodzaak tot efficiency bij de hulpverleningsdiensten urgenter gaat worden. Verdergaande samenwerking tussen ambulance en brandweer kan mogelijk voor efficiencyvoordelen zorgen.

Verschillende respondenten op strategisch niveau hebben aangegeven dat de uitkomsten van de evaluatie door de OVV en de interne evaluaties door de Veiligheidsregio's van invloed zullen zijn op de inrichting van het zorglandschap en de financiering van de gezondheidszorg.

6.2. ONTWIKKELINGEN AMBULANCEZORG

De ambulancesector als onderdeel van de acute zorg heeft en krijgt te maken met verschillende ontwikkelingen in haar omgeving. In de volgende paragrafen zal dit nader worden toegelicht.

6.2.1. VERANDERINGEN IN HET ZORGLANDSCHAP

Het zorglandschap is volgens Ambulancezorg Nederland (2019) op een aantal gebieden aan het veranderen, zoals:

- Concentratie en specialisatie van ziekenhuiszorg;
- Spreiding van chronische, acute en electieve zorg;
- Veranderende patiënt en veranderende zorgvraag;

- Extramuralisering⁶ van de zorg.

De vraag naar zorg neemt toe en wordt aldoor complexer. We zien ook dat patiënten zelfstandiger worden en maatwerk verwachten. Als gevolg van de bevolkingsgroei neemt de eerder aangegeven ‘grijze druk’ toe en zal het aantal ouderen tot 2040 circa verdubbelen. Tegelijkertijd neemt het aantal mensen dat werkt af. Deze demografische veranderingen leiden tot een steeds krappere arbeidsmarkt. Veranderingen in het zorglandschap kunnen per regio verschillen, evenals de demografische verschuivingen (Ambulancezorg Nederland, sd).

Voorgenoemde ontwikkelingen zorgen ervoor dat de acute zorg steeds meer onder druk komt te staan. Door de toenemende vraag is het steeds moeilijker om die vraag op het juiste moment en met de juiste zorg te beantwoorden. Met als gevolg dat de druk op de ambulancezorg toeneemt, wat effect heeft op de prestaties van RAV’s (Ambulancezorg Nederland, 2019).

Volgens Ambulancezorg Nederland (2019) dienen de RAV’s op de korte termijn verbeterplannen uit te voeren die zij in overleg met zorgverzekeraars hebben opgesteld en die onder andere het verbeteren van het responstijdpercentage ten doel hebben. Voor de lange termijn is duidelijk dat sectoren in de acute zorg één en ander niet alleen kunnen oplossen en moeten samenwerken om ook in de toekomst een antwoord te kunnen bieden op de toenemende vraag. Ambulancezorg Nederland heeft in dat kader het concept zorgcoördinatie⁷ ontwikkeld (Ambulancezorg Nederland, 2019). Ligt hiervoor de brandweer een toekomstige rol als (keten)partner?

6.2.2. HOUTSKOOLSCHETS MINISTERIE VWS

Op ministerieel niveau wordt middels een houtskoolschets nagedacht over de toekomstige inrichting en bekostiging van de acute zorg. In deze houtskoolschets wordt ook over de toekomstige ambulancezorg gesproken in relatie tot de concentratie van de traumazorg en hoog complexe of levensbedreigende acute zorg op de spoedeisende hulp. Deze concentratie van zorg heeft gevolgen voor de inzet van de ambulances die soms wat langere afstanden moeten rijden. De gevolgen voor reisafstanden, inzetbaarheid, ambulancestandplaatsen, aantal medewerkers en ambulances zal nader onderzocht moeten worden (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2020).

Tevens blijkt uit de houtskoolschets dat de focus van de ambulancezorg nu ligt op de behandeling van patiënten met daaropvolgend vaak vervoer naar een zorglocatie. In de

⁶ Extramuralisering is het streven om buiten de muren van een intramurale instelling (waar iemand opgenomen wordt) gelijkwaardige zorg te bieden, bijvoorbeeld in de eigen woning m.b.v. thuiszorg.

⁷ Zorgcoördinatie; middels optimale ketensamenwerking de juiste zorg voor patiënten garanderen.

toekomst dient er meer gelegenheid te komen voor het mobiele zorgconsult, waarbij het voornemen tot vervoer wordt losgelaten. De ambulance brengt dan zorg, mensen en materialen naar de patiënten toe. De ambulance verleent dan ter plaatse zorg en laat, mits dit vertrouwt, veilig en verantwoord is, de patiënt verzorgd thuis achter (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2020).

Opvallend is dat in de houtskoolschets acute zorg niets beschreven wordt over een eventuele intensivering van de samenwerking met hulpverleningsdiensten, waaronder met de brandweer. Twee respondenten uit de 'witte' kolom gaven aan dat het nader beschouwd vreemd is, dat in de houtskoolschet de multidisciplinaire inzet niet wordt benoemd. Beide gaven aan dat in de acute zorg de overige hulpdiensten een duidelijke rol hebben.

6.2.3. PERSONEELSTEKORT

Uit de interviews met verschillende respondenten uit de ambulancesector worden ook zorgen geuit over de (toekomstige) beschikbaarheid van voldoende deskundig ambulancepersoneel. Meerdere respondenten geven aan dat de prestaties van de ambulancezorg onder druk staan. Dit wordt vooral veroorzaakt door een tekort aan verpleegkundigen wat weer een gevolg is van de complexe omstandigheden in de gehele zorgketen, reorganisaties en bezuinigingen, plus de gevolgen van de vergrijzing (Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd, 2018). De vraag kan gesteld worden of een eventuele samenwerking met de brandweer hiervoor een oplossing zou kunnen bieden. Dit mede in relatie tot het tweede loopbaanbeleid⁸ binnen brandweer Nederland.

6.2.4. URGENTIECLASSIFICATIES

Uit onderzoek van Bos, De Boer & Rolink (2019) is gebleken dat binnen de ambulancezorg meer behoefte is aan gedifferentieerde urgenties om de acute zorgvraag van patiënten gericht te kunnen classificeren. Binnen de ambulancezorg geeft de urgentieclassificatie het spoedeisende karakter van een melding aan. Hierbij wordt onderscheid gemaakt in de urgenties A1, A2 en B. Het doel van triage en urgentie-indelingen is te komen tot inzet van de juiste zorgverlener op het juiste moment met een voor de patiënt zo optimaal mogelijke uitkomst (Bos, De Boer, & Rolink, 2019).

Uit een impactanalyse blijkt dat de verbeterde urgentie-indeling een positieve invloed kan hebben op de kwaliteit van acute zorg. In het nieuwe systeem krijgen burgers met de meest

⁸ Sinds 2006 is het uitgangspunt van het loopbaanbeleid bij de brandweer dat medewerkers twintig jaar werkzaam zijn in een bezwarende functie. Daarna gaat een medewerker een andere functie vervullen, binnen of buiten de organisatie.

spoedeisende zorgvragen (A0) naar verwachting sneller ambulancezorg. Denk hierbij aan reanimaties en verdrinkingen. Een ander positief gevolg is dat andere spoedpatiënten vaker in één keer de juiste (ambulance)zorg ontvangen dan nu. Daarnaast maakt de verbeterde urgentie-indeling samenwerking met andere spoedzorgverleners makkelijker en geeft het meer ruimte voor de inzet van laag- en midden complexe ambulancezorg. In al deze processen komt de rol van de MKA meer centraal te staan (Ambulancezorg Nederland, sd). Gezien de opkomstsnelheid van de brandweer ligt hier een mogelijkheid om als ambulancedienst bij A0 meldingen met de brandweer als spoedzorgverlener de samenwerking aan te gaan.

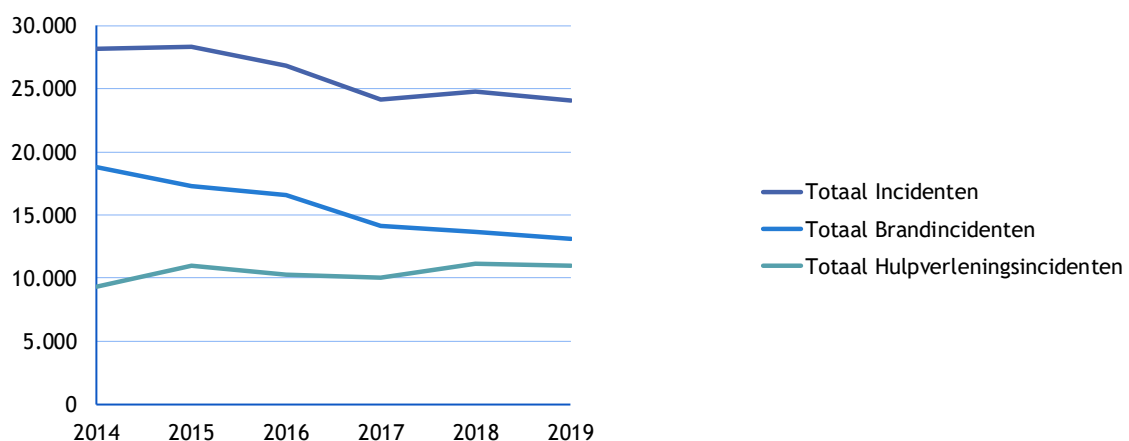
6.3. ONTWIKKELINGEN BRANDWEER

Binnen brandweer Nederland spelen een aantal ontwikkelingen die van invloed kunnen zijn om de samenwerking op te zoeken met de Ambulance Amsterdam, namelijk: minder branden, tweede loopbaanbeleid, taakdifferentiatie brandweer en terrorisme gevolg bestrijding. Alle vier worden hieronder kort toegelicht.

6.3.1. MINDER BRANDEN

Er is een landelijke trend waarneembaar dat het aantal branden minder wordt (CBS, Brandweer, 2020). Zoals beschreven in paragraaf 1.1. blijkt ook in de Veiligheidsregio Amsterdam-Amstelland (VrAA) het aantal brandincidenten waarop de verschillende brandweerkazernes uitrukken in de loop der jaren minder is geworden.

Branden en hulpverleningen regio Amsterdam-Amstelland



Figuur 10. Branden en hulpverleningen Amsterdam-Amstelland (CBS, Brandweer, 2020)

Deze dalende trend heeft landelijk en binnen de VrAA geleid tot bestuurlijke aandacht. Wijlen burgemeester Van der Laan van Amsterdam heeft destijds mede naar aanleiding van deze dalende trend, maar ook gezien het feit dat twaalf beroepskazernes fors drukken op de

begroting van de VrAA nadrukkelijk aangedrongen op flexibilisering van de organisatie van Brandweer Amsterdam-Amstelland (BAA). Tevens is de toenmalige commandant gevraagd naar de mogelijkheden of de brandweer in de toekomst nog meer voor de samenleving kan gaan betekenen.

Gezien de dalend trend van het aantal branden ontstaat er bij de brandweer ruimte voor een mogelijk uitbreiding van hun takenpakket met medische taken.

6.3.2. TWEEDE LOOPBAANBELEID

De functie van de operationeel medewerker bij de brandweer (brandweerman m/v) is fysiek en psychisch te zwaar om een heel werkbaar leven te kunnen volhouden. Tot 2006 was er voor deze functie het functioneel leeftijdsontslag (FLO), waarbij een brandweerman op zijn 55e jaar kon stoppen met werken. Sinds 2006 is deze regeling afgeschaft en gelden afspraken voor het loopbaanbeleid voor bezwarende functies. Het uitgangspunt van het loopbaanbeleid is dat medewerkers twintig jaar werkzaam zijn in een bezwarende functie. Daarna gaat een medewerker een andere functie vervullen binnen of buiten de organisatie. Voor medewerkers die op of na 1 januari 2006 in dienst zijn gekomen, staat na twintig dienstjaren de tweede loopbaan centraal.

Het werken aan de tweede loopbaan is een gedeelde verantwoordelijkheid van de organisatie en de medewerker. De organisatie ondersteunt de medewerker om een loopbaanstep te maken, de medewerker gaat actief aan de slag om een nieuwe functie te vinden na de operationele dienst.

Brandweermensen zullen ook tot aan hun wettelijke pensioenleeftijd moeten werken. Tot aan de pensioenleeftijd in de operationele dienst lijkt onmogelijk. Het doorstromen naar een andere functie binnen of buiten de organisatie is dus noodzakelijk. Het grootste deel van de brandweermensen zal moeten uitstromen, omdat er binnen de veiligheidsregio's doorgaans onvoldoende passende functies zijn (Brandweer loopbaan, sd).

Het tweede loopbaanbeleid binnen de brandweer en het in paragraaf 6.1. aangegeven personeelstekort binnen de ambulancesector kunnen aanleiding zijn om op personeelsgebied een mogelijk samenwerking aan te gaan.

6.3.3. TAAKDIFFERENTIATIE BRANDWEER

Op dit moment zijn het Veiligheidsberaad, het ministerie van Justitie en Veiligheid (JenV) en de Brandweerkamer aan het onderzoeken op welke manier de bestaande brandweerorganisatie ingericht kan worden. Uitgangspunt hierbij is dat er een nadrukkelijk en fundamenteel verschil moet komen tussen vrijwilligers en beroepskrachten. Aanleiding voor

dit onderzoek is het resultaat van eerder onderzoek naar de rechtspositie van brandweervrijwilligers in Nederland. Uit dit onderzoek is gebleken dat de huidige inrichting en werkwijze van de vrijwillige brandweer op grond van de Europese richtlijn voor deeltijdwerk binnen het bestaande juridische kader niet kan blijven bestaan. De reden hiervan is dat werkzaamheden en aanstellingseisen van beroepskrachten en vrijwilligers gelijk zijn, zodat brandweervrijwilligers op grond van het gelijkheidsbeginsel door hun werkgevers (de veiligheidsregio's) feitelijk als deeltijdwerkers beschouwd zouden moeten worden (Veiligheidsberaad, 2019).

Bij de taakdifferentiatie gaat het om te komen tot een denkrichting die een fundamenteel onderscheid tussen vrijwilligers en beroepsmedewerkers bij de brandweer mogelijk maakt. Mogelijk dat een taakuitbreiding in het kader van brandweerondersteuning bij medische noodgevallen een bijdrage kan bieden om tot een fundamenteel onderscheid te komen in takenpakket tussen beroepskrachten en vrijwilligers binnen de VrAA.

6.3.4. TERRORISME GEVOLG BESTRIJDING (TGB)

De afgelopen jaren hebben in de landen om ons heen verschillende terroristische aanslagen plaatsgevonden. Bij de bestrijding van de gevolgen van extreem geweld zullen politie, ambulance, brandweer en andere hulpverleningspartners multidisciplinair samenwerken om slachtoffers te redden en de gevolgen van het extreem geweld zoveel als mogelijk te beperken. Hierbij is het van belang dat de hulpverleners, die als eerste ter plaatse komen bij een aanslag of een vermoeden daarvan, zo optimaal mogelijk worden ondersteund en zijn geprepareerd (Brandweer Nederland, sd).

In het regionaal risicoprofiel van de VrAA komen de impact en waarschijnlijkheid van terroristische aanslagen duidelijk naar voren. Voorbereiding op dit incidenttype is dan ook van belang, zeker gelet op de aantrekkelijkheid van Amsterdam als doelwit (Amsterdam-Amstelland, 2017). Zowel Brandweer Amsterdam-Amstelland als Ambulance Amsterdam staan voor de opgave om zich voor te bereiden om de gevolgen van een terroristische aanslag adequaat te kunnen bestrijden.

Brandweer Amsterdam-Amstelland heeft als doelstelling om in Q4 van 2021 operationeel te gaan met een Quick Response Team. Dit team komt in actie bij incidenten met (mogelijk) meerdere slachtoffers en een (vermoeden van) terroristische aanslag. Deze ontwikkeling is aanleiding dat Brandweer Amsterdam-Amstelland de verbinding en samenwerking aangaat met het Special Operations Respons Team (SORT) van Ambulance Amsterdam wat wordt ingezet bij grootschalige incidenten en evenementen.

6.4. ONTWIKKELINGEN BINNEN DE GEMEENTE AMSTERDAM

Naast de landelijke ontwikkelingen spelen ook regio specifieke ontwikkelingen die van invloed zijn op de toekomstige ambulance- en brandweezorg. Factoren die hierop van invloed zijn o.a. de groei van het toerisme met het daarbij behorende alcohol en drugsgebruik, verwarde personen problematiek en de groei van de gemeente Amsterdam met de daarbij bijbehorende verkeersproblematiek.

6.4.1. TOERISME

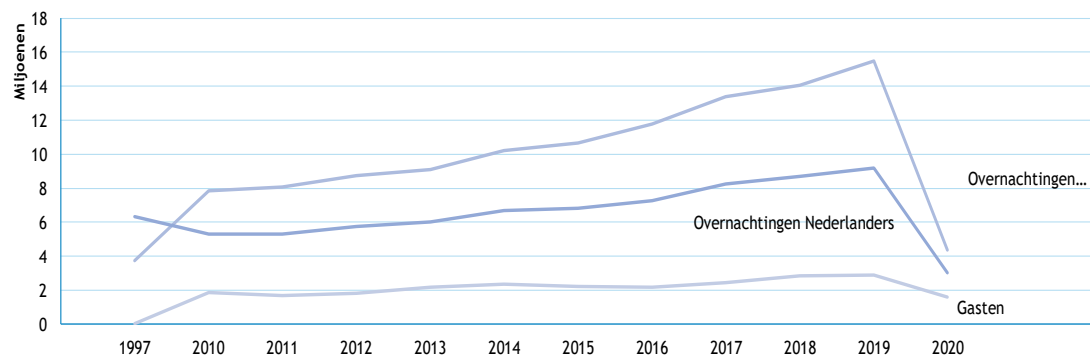
Toerisme is een belangrijk en veelbesproken onderwerp in Amsterdam. Het aantal toeristen en hotelovernachtingen groeit harder dan elders.

Uit een prognose van het aantal bezoekers in Amsterdam in 2025 en 2030 aan de hand van drie scenario's blijkt dat (Gemeente Amsterdam (OIS), 2020):

- In het lage groeiscenario zijn er in 2025 24,4 miljoen en in 2030 26,3 miljoen bezoekers;
- In het hoge groeiscenario zijn er in 2025 26,1 miljoen en in 2030 29,9 miljoen bezoekers.

In 2020 kwamen als gevolg van de COVID-19-pandemie 83 procent minder buitenlandse en 53 procent minder Nederlandse toeristen naar Amsterdam ten opzichte van 2019 (De Telegraaf, 2021).

GASTEN EN OVERNACHTINGEN IN AMSTERDAM



Figuur 11. Gasten en overnachtingen in Amsterdam (Gemeente Amsterdam (OIS), 2020)

In 2018 had Ambulance Amsterdam in Amsterdam 2.686 ritten als gevolg van alcohol gebruik en 2.896 ritten als gevolg van het gebruik van drugs (GGD Amsterdam, 2020). Hiervan werd het grootste gedeelte veroorzaakt door toeristen. Als gevolg van de COVID-pandemie waren er in 2020 41 procent minder drank- en/of drugsincidenten dan in 2019 (Stravens, 2021). Door het stijgend aantal toeristen in de toekomst is de verwachting dat de werkdruk van Ambulance Amsterdam vanwege het toerisme nog verder zal toenemen.

6.4.2. PERSONEN MET VERWARD GEDRAG

De politie heeft in 2019 meer personen met verward gedrag aangetroffen dan het jaar daarvoor. In 2018 was in heel Nederland sprake van 90.000 meldingen met een gemiddelde van 247 per dag. In de gemeente Amsterdam ging het om 7.000 meldingen en zo'n 19 per dag. In tegenstelling tot 2014 waarbij het nog ging om 5.821 verwarde personen, een toename van 20 procent. Deze toename wordt mede veroorzaakt door het toegenomen inwonersaantal en de gegroeide toeristenstroom (Van Kempen, 2019). In 2020 had Ambulance Amsterdam een stijging van 1,2 procent van het aantal psychiatrie gerelateerde inzetten in de regio (Stravens, 2021). Verwarde personen veroorzaken met name een werklast voor de politie en ambulance. Volgens respondenten is het de verwachting dat de werkdruk voor Ambulance Amsterdam op dit aspect in de toekomst nog verder zal toenemen.

6.4.3. GROEI GEMEENTE AMSTERDAM

Zoals in paragraaf 6.1. aangegeven groeit de Nederlandse bevolking. Ook Amsterdam groeit, al was die groei in 2020 vrijwel nihil. Op 1 januari 2021 telde de stad 872.497 inwoners, 117 meer dan een jaar eerder. Tussen 2008 en 2021 steeg het inwonertal gemiddeld met ruim 10.000 per jaar. In 2050 zal het aantal inwoners gestegen zijn tot 1.080.000, een groei van 24 procent (Gemeente Amsterdam, sd). Vanaf 2021 neemt in Amsterdam het aantal 75-plussers voor het eerst sinds lange tijd weer toe. De verwachting is dat de stad Amsterdam in 2039 ruim twee keer zoveel 75-plussers zal tellen dan nu het geval is. Het aantal jongere ouderen tussen de 65 en 75 jaar zal met 39 procent toenemen (Gemeente Amsterdam (OIS), sd). De groei van de gemeente Amsterdam heeft invloed op de toekomstige organisatie van de hulpdiensten in Amsterdam.

6.4.4. BEREIKBAARHEID IN AMSTERDAM

De openbare ruimte in Amsterdam is beperkt. De ruimte die de verschillende vervoerswijzen en vervoersmiddelen in de stad innemen varieert. Auto's nemen zowel rijdend als stilstaand in verhouding veel ruimte in. Dit is van invloed op de inrichting van openbare ruimte en op het aantal parkeerplaatsen op straat. De gemeente Amsterdam wil in 2040 een leefbare en toegankelijk stad. Als gevolg hiervan zal de gemeente Amsterdam de komende jaren verschillende straten autoluw maken. Daarnaast zal op legio plekken in de stad de maximumsnelheid worden verlaagd naar 30 kilometer per uur. Bovendien gaat het gemeentebestuur ervoor zorgen dat doorgaand verkeer dat geen bestemming heeft in Amsterdam, zoveel mogelijk gebruik maakt van de wegen rondom de stad (Gemeente Amsterdam, 2020).

Daarnaast onderzoekt, bewaakt en vernieuwt de gemeente Amsterdam op grote schaal bruggen en kademuren. Waar nodig neemt de gemeente veiligheidsmaatregelen om ze in gebruik te houden. Ook werkt de gemeente aan maatregelen om de voortdurende overbelasting van de bruggen en kades terug te dringen (Gemeente Amsterdam, sd).

Beide ontwikkelingen hebben invloed op de bereikbaarheid en aanrijtijden van de hulpdiensten.

6.5. ACTOREN

Om het samenwerkingsproces (zie paragraaf 2.3.) tussen ambulance en brandweer vorm en inhoud te kunnen geven is het van belang inzicht te hebben in de spelers (actoren) die een rol spelen in de (potentiële) samenwerking (Berenschot, 2019). Actoren kunnen namelijk verschillende opvattingen en belangen hebben die van invloed zijn om tot een uiteindelijk *samenwerking* te komen (De Bruijn & Ten Heuvelhof, 2017).

Uit de literatuur en interviews blijkt dat de onderstaande actoren als meest beïnvloedende actoren worden gezien bij een eventuele *samenwerking* tussen beide diensten:

- Ondernemingsraden
- Ambulancezorg Nederland (AZN)
- Inspectie Gezondheid en Jeugd (IGJ)
- Zorgverzekeraars (ZN – koepelorganisatie zorgverzekeraars)
- Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)
- Bestuurders, binnen de Veiligheidsregio Amsterdam-Amstelland
- Personeel op tactisch niveau
- Personeel op operationeel niveau
- Vakbonden
- Medisch Managers (MMA)

6.6. DEELCONCLUSIE

Met dit hoofdstuk is antwoord gegeven op deelvraag 6:

- *Welke actoren en ontwikkelingen bevorderen of belemmeren de mogelijkheden tot samenwerking tussen beide diensten?*

Het blijkt dat de ambulancezorg in Nederland door verschillende ontwikkelingen onderdruk staat. Volgens Ambulancezorg Nederland (2019) zal de ambulancesector hiervoor de samenwerking met (keten) partners moeten aangaan. Hierbij biedt de verbeterde urgentie-

indeling mogelijk perspectief om de samenwerking met de brandweer bij medische noodsituatie te intensiveren.

Daarnaast spelen binnen brandweer Nederland op diverse gebieden vraagstukken die van invloed zijn op de inrichting van de toekomstige brandweezorg van Brandweer Amsterdam-Amstelland. Vraagstukken waarvan het zeer realistisch is dat de antwoorden hierop niet gevonden gaan worden binnen de eigen kolom en dus samenwerking met andere (keten)partners noodzakelijk is.

De komende jaren dient zich dus een aantal ontwikkelingen aan die van invloed zijn op de gehele samenleving en leiden tot vraagstukken. Vraagstukken die ook van toepassing zijn op de toekomstige inrichting van de ambulance- en brandweezorg binnen de VrAA. Het signaleren en oplossen van dergelijke vraagstukken is in het belang van de burger en niet het specifieke probleem van alleen de ambulancedienst of de brandweer, maar van de gehele samenleving. Dit vraagt om afstemming en gezamenlijk werken aan oplossingen. De ontwikkelingen nopen dan ook tot nieuwe vormen van samenwerking. In het belang van een toekomst bestendige en gegarandeerde snelle (medische) hulpverlening aan burgers kan de samenwerking tussen ambulance en brandweer één van die nieuwe vormen zijn. Gezien de actualiteit van een aantal ontwikkelingen is nu het momentum aangebroken om deze samenwerking te gaan verkennen. Waarbij in een vroegtijdig stadium rekening dient te worden gehouden met een aantal belangrijke actoren die de samenwerking kunnen bevorderen of belemmeren.

7. RESULTAAT: MOGELIJKHEDEN TOT SAMENWERKING

De inventarisatie van mogelijkheden tot samenwerking heeft plaatsgevonden op strategisch-, tactisch- en operationeel niveau. In deze paragraaf worden de verschillende mogelijkheden beschreven. Hierbij wordt een onderscheid gemaakt in praktische- en theoretische mogelijkheden tot samenwerking. Dit onderscheid heeft te maken met de overdracht van bevoegdheden en aantasting van autonomie. Bij *samenwerking* is namelijk sprake van het overdragen van bevoegdheden en aantasting van de autonomie (Helsloot, 2012). Terwijl dit bij *samen werken* niet aan de orde is. Er wordt gesproken over theoretische mogelijkheden indien beide diensten niet onder een 'baas' vallen en er geen bestuurlijke urgentie wordt gevoeld voor verdergaande *samenwerking* (Helsloot, Groenendaal, & Warners, 2009).

7.1. PRAKTISCHE MOGELIJKHEDEN TOT SAMENWERKING

De respondenten benoemen relatief eenvoudig diverse praktische mogelijkheden tot *samen werken*. Hierbij kunnen zes categorieën van *samen werken worden onderscheiden*:

- Medische ondersteuning brandweer
- Personeelsgebied
- Vakbekwaam worden en blijven
- Operationele voorbereiding
- Veilige leefomgeving
- Facilitaire ondersteuning

7.1.1. MEDISCHE ONDERSTEUNING BRANDWEER

OPPLUSSEN BASISNIVEAU BRANDWEER

Zowel respondenten van de brandweer als van de 'witte' kolom geven aan dat het medisch basisniveau op de tankautospuiter om hoog kan of zelfs moet. Volgens een respondent uit de 'witte' kolom kan de brandweer haar nut versterken door als eerste zorg te dragen dat het personeel van de brandweer een EHBO-diploma gaat behalen. Vanuit de brandweer wordt aangegeven dat er over het algemeen voldoende medische kennis is om het (huidige) werk op straat te kunnen doen, maar dat het wel wenselijk is om het basisniveau op te plussen. Dit om gericht te kunnen op treden en om als brandweer en ambulance beter op elkaar te kunnen inspelen. Volgens een respondent gaat het op straat vaak over snappen en zien wat er gebeuren moet. De respondenten binnen de brandweer die nog geen EHBO-diploma in hun bezit hebben (28 procent), geven aan dat zij best een EHBO-diploma zouden willen behalen.

Bij het opplussen van het basisniveau wordt aangegeven dat de samenwerking bij reanimaties nog verder zou kunnen worden uitgebreid. Denk hierbij aan het onderdeel

omgevingsmanagement. De brandweer kan hier nog meer in betekenen, zoals achterhalen medicijn gebruik en levensstijl van de betreffende patiënt.

PARAMEDIC OP DE TANKAUTOSPUIT

Een respondent vanuit de 'witte' kolom geeft aan dat de hulpverleners die met slachtoffers te maken krijgen, betrokken moeten worden. Als de brandweer als eerste ter plaatse is, moet er direct gestart worden met de medische hulpverlening.

“Je kunt het in deze tijd niet maken dat je als brandweer niet aan het slachtoffer mag zitten”

88 procent van de respondenten van de brandweer vindt het een goed idee dat er standaard op de tankautospuiter een medisch ondersteuner/paramedic komt te zitten. Een medisch ondersteuner/paramedic is een brandweerman of -vrouw die naast de basisbrandweezorg taken tevens is opgeleid om medische noodhulp te kunnen verlenen. Op strategisch-, tactisch- en operationeel niveau geven respondenten van de brandweer aan dat dit ook mogelijkheden biedt voor het in- door- en uitstroombeleid van de brandweer. 61 procent van het operationele personeel van de ambulancedienst geeft aan dit geen raar of slecht idee te vinden.

ROL ALS 2^E AMBULANCE

Bij sommige inzetten van de ambulance is het noodzakelijk dat er in een (zeer) kort tijdsbestek veel (medische) handelingen moeten worden verricht. Denk hierbij aan een reanimatie of een zeer ernstig (auto)ongeval, of inzetten waarbij sprake is van meerdere slachtoffers. Om bij dergelijke inzetten snel en adequaat de noodzakelijke handelingen te kunnen verrichten wordt dan vaak een tweede ambulance meegestuurd. Respondenten geven aan dat in sommige gevallen de 2^e ambulance vervangen kan worden door de brandweer in geval van niet medische versterking. Dit kan door het inbrengen van kennis en kunde die noodzakelijk zijn om als ambulancezorgverlener het werk goed te kunnen doen. Zoals bijvoorbeeld bij het bevrijdingsdeel, de reddingsactie, het tillen, of het dragen van medische devices (of hulpmiddelen), etc. Hierdoor krijgt de ambulance tijd om hun proces goed te kunnen inrichten. De brandweer kan dus meer betekenen in de rol van 2^e ambulance, waardoor een spoedambulance kan worden uitgespaard.

TERORISME GEVOLG BESTRIJDING

Zoals in paragraaf 6.3.4. is aangegeven heeft Brandweer Amsterdam-Amstelland als doelstelling om in Q4 van 2021 operationeel te gaan met een Quick Response Team. Dit team komt in actie bij incidenten met meerdere slachtoffers als gevolg van geweld of bij een (vermoeden van) terroristische aanslag. Deze ontwikkeling is aanleiding om als Brandweer Amsterdam-Amstelland de verbinding aan te gaan met het Special Operations Response Team (SORT) van Ambulance Amsterdam. Dit team wordt o.a. ingezet bij een (vermoeden van)

terroristische aanslag, grootschalige incidenten en evenementen. Praktisch gezien kan Ambulance Amsterdam het QRT vakbekwaam maken m.b.t. de noodzakelijke medische skills.

Maar ook kan de samenwerking gevonden worden in het gezamenlijke oefenen voor deze taakverbreding binnen de brandweer en het delen van elkaars expertise. Om zo uiteindelijk samen slagvaardig te kunnen optreden bij niet dagelijkse incidenten.

ONTSMETTEN MENS EN MATERIEEL

Bovenstaande vorm van samenwerking kan ook één op één van toepassing zijn op het HART (Hazard Area Response Team) van Ambulance Amsterdam werkgebied Kennemerland. Het HART-team wordt ingezet bij incidenten waarbij slachtoffers zijn betrokken met een chemisch- of biologisch besmetting en een ontsmetting moet plaatsvinden. Het ontsmetten van mens, dier, infrastructuur en materieel is een basistaak van de brandweer (Wetten Overheid, 2010). De brandweer heeft hiervoor verschillende deskundigen, personeel en specialistisch materieel tot haar beschikking. Hierbij wordt regelmatig samenwerkt met externe instituten, zoals de CBRN-respenseenheid van Defensie en de milieu-ongevallen dienst van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (Brandweer Nederland, sd). Afstemmen, delen van elkaars expertise, samen met elkaars hulp vakbekwaam worden en vakbekwaam liggen hierbij eigenlijk vanzelfsprekend voor de hand. Sinds april 2020 assisteert de brandweer Ambulance Amsterdam bij het ontsmetten van haar ambulances waarmee coronapatiënten zijn vervoerd.

STRUCTUREEL OVERLEG

Vanuit de 'witte' kolom wordt aangegeven dat er behoefte is aan structureel overleg om de samenwerking op straat beter te laten verlopen. Denk hierbij aan overleg m.b.t. plaatsgevonden incidenten en ontwikkelingen ten aanzien van procedures, persoonlijke beschermingsmiddelen en nieuw materiaal. Recente voorbeelden waarvan beide diensten achteraf zeggen dat er te weinig overleg aan de voorkant is geweest, zijn de implementatie van de elektrische brancard en de persoonlijke beschermingsmiddelen en procedures bij aanvang van de COVID-19-pandemie.

7.1.2. VAKBEKWAAM WORDEN EN BLIJVEN

De respondenten op operationeel niveau geven aan dat zij graag meer met elkaar zouden willen oefenen. De brandweer waardeert haar geoefendheid op medisch gebied met een cijfer wat ligt tussen de zes en een zeven. De ambulancemedewerkers waarderen hun geoefendheid in samenwerking met de brandweer met een acht. Ondanks deze waarderingen geven beide diensten aan dat men meer met elkaar wil oefenen en inhoudelijk beter geoefend moet worden.

Daarnaast wordt aangegeven dat ieders expertise ingezet kan worden om elkaar kennis en kunde bij te brengen. De brandweer geeft aan behoefte te hebben aan meer medische kennis en gericht te oefenen op de onderdelen, reanimeren, verkeersongevallen en overige assistentie ambulance. De ambulancedienst geeft aan dat zij behoefte hebben om meer met de brandweer te oefenen in het kader van verkeersongevallen.

Ruim het merendeel van de respondenten op operationeel niveau bij de brandweer geeft aan aanvullende opleidingen te willen volgen op medisch gebied, maar ook kennis te willen opdoen middels oefenen met de ambulancedienst. Bij de ambulancedienst is de behoefte om een aanvullende opleiding of kennis te willen opdoen op brandweergebied 50/50. Wel wordt op verschillende niveaus binnen de 'witte' kolom aangegeven dat kennis van de brandweer op het gebied van gevaarlijke stoffen, technische hulpverlening en bedrijfshulpverlening welkom is.

Ook op tactisch- en strategisch niveau wordt aangegeven dat door samenwerking op het gebied van vakbekwaam worden en blijven synergie te behalen valt door het efficiënter inzetten van elkaars expertise en faciliteiten.

7.1.3. OPERATIONELE VOORBEREIDING

Respondenten op tactisch en strategisch niveau geven aan dat er in het kader van de voorbereiding op de daadwerkelijke operaties samenwerking gezocht kan worden. Dit is enerzijds samenwerking die gericht is op bereikbaarheidsissues en anderzijds m.b.t. spreiding en dekking. Brandweer en ambulance kunnen hier samen veel sterker in staan ten behoeve van de gemeente. Immers beide diensten hebben belang bij een goede bereikbaarheid van de stad. Zoals beschreven in paragraaf 6.4.4. gaat dit de komende jaren zeker een punt van aandacht worden. Maar denk hierbij ook aan samenwerking op het gebied van dynamische dekking van ambulance- en brandweervoertuigen. Immers de bedrijfsvoering van de ambulancedienst is gericht op dynamische dekking. Dus ook ten aanzien van spreiding- en dekkingsvraagstukken kan de samenwerking opgezocht worden. Een concreet voorbeeld hiervan kan zijn de ontwikkeling van ambulance- en brandweezorg voor het nieuwe stadsdeel Strandeiland. Strandeiland behoort met 8.000 woningen tot de grootste toekomstige stadswijken van Amsterdam (Gemeente Amsterdam, sd).

Qua informatievoorzieningen t.b.v. de veiligheid in de VrAA zijn er concrete plannen om te komen tot een Veiligheids Informatie Centrum (VIC⁹). Waarom sluit de ambulancedienst hier

⁹ Veiligheids Informatie Centrum (VIC); ruimte waarin analisten dagelijks social media, nieuwsmedia en andere bronnen monitoren die relevante informatie kunnen opleveren over incidenten in de regio VrAA.

niet bij aan. Volgens een respondent op strategisch niveau liggen hier ook echt mogelijkheden voor samenwerking.

7.1.4. PERSONEELSGEBIED

IN-, DOOR- EN UITSTROOMBELEID

Binnen het thema in-, door en uitstroom van personeel zijn volgens paragraaf 6.2.3. en 6.3.2. bij beide diensten diverse ontwikkelingen. Uit de interviews met de respondenten op strategisch-, tactisch-, maar ook op operationeel niveau komt duidelijk naar voren dat hier kansen liggen om de samenwerking aan te gaan.

Concreet komt naar voren dat de brandweer een kweekschool kan worden voor toekomstige ambulancechauffeurs. Ondanks dat de ambulancedienst op dit moment nog voldoende chauffeurs kan werven, ziet men in het kader van de vergrijzing en samenwerking tussen beide diensten reële mogelijkheden.

In het kader van door- en uitstroombeleid binnen de brandweer ziet men mogelijkheden m.b.t. de hoofdbrandwacht plus (HWT+) functie en het tweede loopbaanbeleid. Jaren geleden zijn enkele opleidingen als voorwaardelijk voor de HWT+-functie aangewezen. Deze opleidingen worden (behalve die voor instructeur) niet meer gegeven (Brandweer Amsterdam-Amstelland, 2018). Omdat nog niet is besloten welke andere/vervangende opleidingen hiervoor in de plaats komen, biedt de mogelijkheid om de tankautospuitten te gaan voorzien van een (para)medic een kans voor het opleiding/takenpakket van de HWT+ functie. Mensen met de opleiding/takenpakket (para)medic zouden vervolgens in samenspraak met de ambulancedienst gereed kunnen worden gemaakt om een tweede loopbaan te starten als ambulancechauffeur bij Ambulance Amsterdam.

Daarnaast wordt door respondenten aangegeven dat het uitwisselen van personeel ook een vorm van samenwerking kan zijn. Doelstelling hiervan is dat door uitwisseling van personeel meer begrip voor elkaars werkwijze op straat gaat ontstaan, mensen zich breder kunnen ontwikkelen en een bijdrage kan leveren aan het vergroten van diversiteit binnen de brandweer.

POSTTRAUMATISCHE NAZORG

Bij diverse respondenten van de ambulance en brandweer bestaat de wens om frequenter op multidisciplinaire wijze incidenten te debriefen en te evalueren. Dit draagt namelijk bij aan het compleet krijgen van het totale beeld van een incident. Regelmatig zijn er onduidelijkheden over de wijze van handelen van andere geüniformeerde collega's bij een aangrijpend incident

en dit kan zorgen voor frustraties. Door dergelijke incidenten gezamenlijk te debriefen kunnen mogelijke frustraties worden weggenomen (Impact, 2010).

Zowel Ambulance Amsterdam als Brandweer Amsterdam Amstelland beschikken beiden over een Bedrijfs Opvang Team (BOT). Aangegeven wordt dat er zeker mogelijkheden voor samenwerking op het gebied van posttraumatische nazorg aanwezig zijn.

7.1.5. VEILIGE LEEFOMGEVING

Een andere manier van samenwerking kan volgens verschillende respondenten gevonden worden aan de voorkant van de hulpverlening. Namelijk in het kader van het bevorderen van een veilige leefomgeving. Vroeger woonden de mensen in het bejaardentehuis, maar nu wonen mensen langer thuis. In Noord-Holland Noord was dit aanleiding voor samenwerking met de brandweer op het gebied van valpreventie voor ouderen. Eén van de belangrijkste doodsoorzaken is vallen (CBS, 2019). Een ander alarmerend bericht is dat oudere mensen een drie keer zo groot risico lopen om slachtoffer te worden door brand dan andere leeftijdsgroepen (IFV, 2019). Dit veroorzaakt niet alleen veel ellende voor de direct betrokkenen, maar brengt ook hoge maatschappelijke kosten met zich mee en belast onze hulpdiensten en de acute zorgketen zwaar (Veiligheidsregio Noord-Holland Noord, 2020). Door mensen te stimuleren om relatief eenvoudige aanpassingen uit te voeren kan deze problematiek verkleind worden.

“Het bevorderen van een veilige leef- en woonomgeving is niet alleen het domein voor de acute zorg, maar dit is nu voor het gehele veiligheidsdomein, waar we ons allemaal voor verantwoordelijk kunnen en moeten voelen”.

Bovenstaande sluit ook goed aan bij één van de ‘woeste’ doelen van de Veiligheidsregio Amsterdam-Amstelland om in 2025 100.000 burgerhulpverleners te hebben opgeleid (Veiligheidsregio Amsterdam-Amstelland, 2021).

Ambulance en brandweer kunnen samen de straat op gaan om zo een veiligere leef- en woonomgeving voor iedereen te creëren. Samen kunnen verschillende initiatieven ondernomen worden die het veiligheidsbewustzijn en de zelfredzaamheid vergroten, zoals voorlichting op scholen, huisbezoeken, burgers opleiden om te kunnen reanimeren, eerste hulp te kunnen verlenen, etc. Daarnaast levert deze vorm van samenwerking op termijn een kostenreductie op binnen de gezondheidssector.

7.1.6. FACALITAIRE ONDERSTEUNING

GEZAMENLIJKE HUISVESTING

Respondenten geven aan dat het gezamenlijk huisvesten van ambulance en brandweer onder één dak meerdere voordelen heeft. Naast mogelijk financiële voordelen biedt het ook kansen om de dekking en spreiding van ambulances beter te organiseren, gezamenlijk te oefenen en informatie te delen. Maar ook in het kader van posttraumatische nazorg biedt dit mogelijkheden. Respondenten geven aan dat debriefings met de ambulancedienst of brandweer in de praktijk niet altijd gemakkelijk te organiseren zijn. Een mogelijke oplossing daarvoor is gezamenlijke huisvesting, waardoor na een gezamenlijke inzet ambulance en brandweer elkaar snel en gemakkelijk kunnen vinden en logischerwijs een gezamenlijke debriefing volgt (Impact, 2010).

Van de ondervraagde respondenten geeft 93 procent van de brandweermensen op operationeel niveau aan, samen met de ambulance in één gezamenlijke uitrukpost te willen zitten. Bij de ambulancedienst ligt dit rond de 70 procent. Beide groepen respondenten geven aan dat mocht dit in de toekomst structureel worden er dan wel (voldoende) ruimte moet zijn om zich separaat te kunnen terugtrekken in het gebouw om zo hun eigen dingen te kunnen doen. Zoals in paragraaf 4.2. beschreven hebben Ambulance Amsterdam en de brandweer elkaar hier al op premature wijze in gevonden.

MATERIAAL/MATERIEEL

Op strategisch- en tactisch niveau wordt aangegeven dat er mogelijk synergievoordeel valt te behalen m.b.t. gezamenlijke aanschaf en onderhoud van materiaal en materieel. M.b.t. deze vorm van samenwerking hebben er reeds oriënterende gesprekken plaatsgevonden tussen Ambulance Amsterdam en Brandweer Amsterdam-Amstelland. Hierbij is nog niet benoemd dat bij deze vorm van samenwerking ook gekeken kan worden naar de aanschaf en het beheer van de communicatie- en verbindingsmiddelen.

Daarnaast wordt door een aantal respondenten geopperd dat het zeker zinvol is om door *samen werken* de medische uitrusting in het kader van uitwisselbaarheid, continuïteit en aanvulling/slagkracht bij grote incidenten gelijk te trekken. In het kader van de samenwerking bij terrorisme gevolgbestrijding tussen ambulances, tankautospuiten, SORT en het QRT vinden reeds oriënterend gesprekken plaats.

7.2. THEORETISCHE MOGELIJKHEID TOT SAMENWERKEN

De in paragraaf 7.1.1. beschreven vormen van samenwerking zijn praktische vormen van samenwerken die relatief eenvoudig te organiseren zijn. In deze paragraaf worden samenwerkingsvormen beschreven die uit de feiten van dit onderzoek zijn geanalyseerd. Mogelijkheden die theoretisch gezien perspectieven kunnen bieden voor een snellere medische hulpverlening aan burgers en een efficiëntere inzet van publieke middelen. Vormen van *samenwerking* die leiden tot ingrijpende wijzigingen in de huidige organisatie van de ambulance- en brandweertzorg en haar culturen.

7.2.1. SNELLERE HULPVERLENING AAN DE BURGER

Volgens paragraaf 2.1. hanteren we voor dit onderzoek voor het begrip samenwerking; een proces waarin professionals van brandweer en ambulance met elkaar in verbinding staan en een relatie vormen waarin met een gezamenlijke visie samengewerkt wordt aan één en dezelfde taak door een coördinatie van handelingen om zo een gemeenschappelijk doel te bereiken met een gemaximaliseerd resultaat. Tevens wordt gesteld dat interprofessionele samenwerking de organisatie is van afgestemd handelen van professionals van ambulance en brandweer om op verschillende wijzen een gezamenlijk geformuleerd doel te bereiken om de hoogste kwaliteit van zorg te kunnen bieden aan de inwoners van de Veiligheidsregio Amsterdam-Amstelland. Hierin komen de begrippen ‘gemaximaliseerd resultaat’ en ‘de hoogste kwaliteit van zorg’ naar voren. In het kader van dit onderzoek kunnen deze begrippen worden uitgelegd als gezondheidswinst.

Volgens Van Surksun (2017) spreekt de ambulancedienst over gezondheidswinst indien er sprake is van een toegevoegde waarde voor het slachtoffer (Van Surksun, 2017). Gezondheidswinst wordt behaald wanneer iemand zou overlijden of zijn toestand zou verergeren indien hij niet direct hulp krijgt. Bijvoorbeeld als een reanimatie slaagt, is er sprake van gezondheidswinst. Uit onderzoek is gebleken dat de overlevingskansen van een patiënt met een circulatiestilstand iedere minuut daalt met 8-10 procent (Zijlstra, 2018). De Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (2009) stelt dat het begrip gezondheid niet alleen gaat over de lichamelijke gezondheid van mensen, maar ook over de geestelijke gezondheid en het welzijn. “*Gezondheid beslaat derhalve een brede range van problematiek en effecten*” (Raad voor Volksgezondheid en Samenleving, 2009, p. 7). Bij gezondheid worden de vijf D’s van gezondheidseffecten onderscheiden: Death, Disease, Disability, Discomfort, Dissatisfaction. In Nederlands: sterfte, ziekte, handicap, ongemak, ontevredenheid (Schols, Van Bruggen, & Dusseldorp, 2004). In tegenstelling tot het voorbeeld van de circulatiestilstand (sterfte) is gezondheidswinst niet altijd zo expliciet uit te drukken, denk hierbij aan de gezondheidseffecten ongemak en ontevredenheid. Van Surksun verduidelijkt dit in zijn

onderzoek aan de hand van het volgende voorbeeld. Een vrouw ligt met een heupfractuur in de regen. Wegens capaciteitsgebrek bij de ambulancedienst duurt het een half uur voordat de ambulance ter plaatse is. De vraag is dan of er sprake is van gezondheidswinst wanneer de brandweer met 8 minuten ter plaatse kan zijn. De vrouw zal bij normale temperaturen niet onderkoeld raken en haar toestand zal niet verergeren. Hoewel er feitelijk geen gezondheidswinst is, is er wel sprake van het wegnemen of vermindering van leed. Snellere opkomsttijden kunnen naast gezondheidswinst ook voor het wegnemen van ongemak en leed zorgen (Van Surksun, 2017).

Uit onderzoek blijkt dat de responstijd maar één van de factoren is die gezondheidswinst bepalen (Malschaert, Van de Belt, & Giesen, 2008). Volgens Malschaert et al. (2008) is het dus te simpel om hierbij alleen te focussen op de responstijd (Bos, De Boer, & Rolink, 2019). Echter uit interviews met de respondenten van de 'witte' kolom, het evaluatieonderzoek van de Veiligheids- en Gezondheidsregio Gelderland-Midden (Van Surksun, 2017) en een onderzoek naar de urgentie indeling binnen de ambulancezorg (Bos, De Boer, & Rolink, 2019) blijkt dat tijdkritische patiënten¹⁰ zo snel mogelijk moeten worden bereikt. Daarom moeten mensen die spoedeisende zorg nodig hebben, deze zo snel mogelijk krijgen. Naast het ontvangen van een snelle beoordeling en onmiddellijk behandeling is het ook belangrijk dat deze patiënten snel naar een locatie worden vervoerd waar ze de juiste zorg kunnen krijgen (Summermatter, 2019).

Volgens de response- en opkomsttijden uit bijlage 3 blijkt de brandweer in de stad Amsterdam gemiddeld 2.18 minuten sneller te zijn dan de ambulance. In gevallen van reanimaties, ernstige verbrandingen, catastrofale bloedingen, stabiliseren van slachtoffer en het geven van zuurstof kan dit mogelijk een significant tijdsverschil zijn.

Op operationeel- en tactisch niveau binnen de 'witte' kolom wordt duidelijk aangegeven dat de inzet van de brandweer in ieder geval bij reanimaties binnen Amsterdam-Amstelland een significant verschil maakt. Amsterdam UMC bevestigt dit ook met een onderzoek wat zij recent hebben gepubliceerd. Onderzoekers van Amsterdam UMC stellen dat de kans om een hartstilstand buiten het ziekenhuis te overleven met bijna een factor drie stijgt als ook brandweer, politie of burgerhulpverleners (de First Responders), na een oproep van de alarmcentrale, gaan reanimeren (Oving, et al., 2020). Gezien de tijdswinst bij reanimaties kan deze tijdswinst ook bijdragen aan een vorm van gezondheidswinst of ongemak of leed

¹⁰ Tijdkritische patiënten zijn patiënten met aandoeningen, zoals; hartstilstand, pijn op de borst, beroerte, ernstige ademhaling moeilijkheden en ernstig trauma (Summermatter, 2019).

vermindering bij andere aandoeningen, zoals bijvoorbeeld ernstige verbrandingen, catastrofale bloedingen, stabiliseren van slachtoffers en het geven van zuurstof.

Respondenten vanuit de 'witte' kolom geven aan dat de brandweer naast reanimaties een significant verschil kan maken bij ernstige verbrandingen en catastrofale bloedingen en in mindere mate bij het stabiliseren van slachtoffers. Het geven van zuurstof behoort volgens merendeel van deze respondenten niet tot de mogelijkheden, omdat dit volgens de Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (Wet BIG) een voorbehouden handeling is. Hierbij is een aantal respondenten echter wel van mening, dat dit een handeling is die aan de brandweer toevertrouwd moeten kunnen worden.

Zoals in paragraaf 6.2.4. beschreven heeft Ambulancezorg Nederland een verbeterde urgentie-indeling voor ogen, waarbij uit de huidige A1 urgentie de zorgvragers met de meest urgente nood (tijdkritische patiënten) een A0 urgentie krijgen toebedeeld. Zij krijgen dus als het ware "voorrang" boven de overige A1- inzetten. Bij A0 is de hoogste spoed noodzakelijk. Gezien de opkomstsnelheid van de brandweer ligt hier een theoretische mogelijkheid om als ambulancedienst bij A0 meldingen in de vorm van een cascade model de samenwerking met de brandweer aan te gaan.

Volgens respondenten uit de 'witte' kolom kan de brandweer binnen de urgentie-indeling A0 een rol gaan spelen, maar dat hierbij m.b.t. taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden wel duidelijke wettelijke beperkingen op het gebied van informatiedeling (WGBO) en voorbehouden- en risicovolle handelingen (Wet BIG) aan de orde zijn.

Zoals beschreven in paragraaf 2.5. van bijlage 2 kan op basis van de wet BIG geconcludeerd worden dat brandweermensen geen voorbehouden handelingen mogen uitvoeren.

Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) stelt dat in een noodsituatie iedereen voorbehouden handelingen naar beste weten en kunnen mag uitvoeren (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, sd). Volgens VWS is er sprake van een noodsituatie als het verrichten van een voorbehouden handeling plotseling dringend noodzakelijk is en er geen bevoegde zorgverlener beschikbaar is om die handeling tijdig uit te voeren. Buiten een noodsituatie mogen voorbehouden handelingen alleen beroepsmatig worden uitgevoerd door zelfstandig bevoegden en door anderen in opdracht van een zelfstandig bevoegde (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, sd). Vanuit het oogpunt van de patiënt en in het kader van weldoordachte zorg zou de brandweer wel voorbehouden handelingen kunnen uitvoeren in die situatie waarbij het verrichten van een voorbehouden handeling acuut noodzakelijk is en er nog geen geautoriseerde hulpverlener (ambulance) ter plaatse is om die handeling tijdig uit te voeren. E.e.a. vergelijkbaar zoals gesteld in het kwaliteitskader first responder (NVMMA, V&VN, AZN, 2015).

Ondanks dat de kaders van *samenwerken* aan de patiënt door de wet met behoorlijke zwarte lijnen getekend zijn, wordt door diverse respondenten aangegeven dat in belang van de burger hierover wel gepraat moet kunnen worden. Waarbij wordt aangegeven dat binnen de bestaande regelgeving wel degelijk handelingen door de brandweer verricht zouden moeten kunnen worden. Het medisch staffbureau van Ambulance Amsterdam heeft aangegeven graag in gesprek te willen om vanuit de hulpvraag van de burger te kijken waar de mogelijkheden liggen.

Uit onderzoek onder respondenten van de ‘witte’ kolom komt naar voren dat over de taken, zoals in tabel 4 wordt aangegeven, zeker het gesprek gevoerd zou moeten worden.

Taak ter medische assistentie	Ja	Nee
Het beoordelen van de vitale functies aan de hand van de Nederlandse Reanimatie raad (NRR) richtlijnen.	X	
Het benaderen van het slachtoffer conform de (VL)ABCDE-doctrines	X	
Het immobiliseren en stabiliseren van de (cervicale) wervelkolom met en zonder hulpmiddelen	X	
Het vrijmaken van een geobstrueerde ademweg	X	
Het assisteren en toedienen van zuurstof <i>Is een risicovolle handeling i.r.t. de wet BIG!</i>	?	X
Het stelpen van forse uitwendige bloedingen	X	
Til en draaitechnieken kunnen toepassen bij een slachtoffer	X	

Tabel 4. Realistische taken medische assistentie brandweer

Van de respondenten op operationeel niveau binnen de brandweer geeft 84 procent aan dat in relatie tot het dagprogramma en de huidige oefenbelasting er ruimte is om medische taken aan het brandweerwerk toe te voegen. Wel wordt duidelijk aangegeven dat hiervoor kritisch naar de indeling van het dagprogramma, oefenprogramma en het aantal oefenmomenten gekeken moet worden. Daarnaast moet kritisch gekeken worden naar mensen die al specialistische¹¹ functies binnen de brandweer vervullen. Dit aandachtspunt wordt ook door de respondenten van de brandweer Brussel en Düsseldorf benoemd.

7.2.2. VEILIGHEID EN GEZONDHEID IN ÉÉN WINKEL

Verschillende respondenten geven aan dat er door samenwerking meer efficiency en effectiviteit ten aanzien van de medische hulpverlening te behalen valt. Respondenten op

¹¹ Onder specialistische functies wordt in dit geval verstaan; duiken, duikploegleider, gaspakdrager, inzetleider en zware technische hulpverlening.

tactisch- en strategisch niveau geven aan dat gezien de huidige en toekomstige ontwikkelingen het noodzakelijk is dat de samenwerking wordt aangegaan. Enerzijds ingegeven door ontwikkelingen die de snelheid van optreden van beide diensten raken, zoals de groei en de bereikbaarheid van de stad Amsterdam. Anderzijds ingegeven door maatschappelijke ontwikkelingen die een hogere werkdruk op de ambulancedienst gaan veroorzaken, zoals de groei en vergrijzing van de bevolking, het aantal verwarde personen maar ook de verwachte toename van het toerisme met het bijbehorende middelen gebruik. Daarnaast spelen er ook ontwikkelingen die de bedrijfsvoering van beide diensten gaan raken, zoals de toekomstige inrichting van de acute zorg, personeelstekort, minder branden, tweede loopbaan, taakdifferentiatie en de te verwachten bezuinigingen.

Om in de toekomst de burger/patiënt van een goede hulpverlening te kunnen blijven voorzien, vragen de geschetste ontwikkelingen volgens de respondenten om een andere aanpak/organisatie van de ambulancezorg. Gewonden dienen ook in de toekomst tijdig de noodzakelijk medische voorzieningen te krijgen en op tijd in het ziekenhuis aan te kunnen komen. Dit is een maatschappelijk opdracht waarvoor de overheid staat. Hierbij zal het de burger in principe niet uitmaken wie er een infuus aanlegt, als diegene maar deskundig is en de patiënt veilig naar het ziekenhuis kan vervoeren. Daarnaast vraagt de maatschappij tegenwoordig om een snelle interactie bij calamiteiten; er moet met expertise en kwaliteit gehandeld worden. De burger maakt het dus niet uit of hij door de ambulance, brandweer of een combinatie van beide wordt geholpen, als hij maar wordt geholpen. Dus in deze wat gaat de veiligheidsregio op de mat leggen? Kan veiligheid en gezondheid hierbij in één winkel worden ondergebracht?

Ambulance Amsterdam is een private ambulancezorgverlener en heeft net als een publieke ambulancezorgverlener vanuit de Nederlandse Zorgautoriteit en zorgverzekeraars dezelfde opgave voor ogen. Zoals in bijlage 1 beschreven, is de financieringssystematiek voor een publieke of private ambulanceonderneming gelijk, maar het is wel anders ingericht dan de financiering van de veiligheidsregio en brandweer.

Respondenten geven aan dat er efficiencyvoordelen te behalen zijn door de ambulancedienst onder te brengen binnen de veiligheidsregio. Efficiencyvoordelen in de bedrijfsvoering, zoals op het gebied personeel en organisatie, concern controlling, facilitaire zaken, logistiek, huisvesting, etc. Door deze efficiencyvoordelen kan er geld beschikbaar komen voor bijvoorbeeld een betere patiëntenzorg. Het huidige financieringsmodel van de ambulancezorg biedt namelijk maar beperkt ruimte voor doorontwikkeling en innovatie. Twee respondenten op strategisch niveau geven nadrukkelijk aan dat op dit moment te veel wordt vastgehouden aan weliswaar een publiekrechtelijke taak met een private financiering via de verzekeraars.

Door de ambulancezorg onder te brengen binnen de veiligheidsregio wordt tevens meer betrokkenheid van het publieke bestuur gecreëerd. Burgemeesters en gemeenteraden krijgen zo mogelijk wel meer grip op de ambulancezorg in hun gemeente. Ook in de regio Amsterdam-Amstelland is ambulancezorg iets wat binnen gemeenten leeft. Zeker in die gevallen waar de ambulance structureel te laat komt. Door respondenten wordt opgemerkt dat dit gevoelsmatig meer invloed geeft, maar dat men zich moet realiseren dat men niet over de feitelijke middelen van de ambulancezorg gaat. Dit is immers een private financiering. Een ander argument wat benoemd wordt, is dat sommige respondenten zeggen dat alles wat achter 112 zit een democratische aanhaking zou moeten kennen.

“Zorg is iets primairs en daar zou je als democratie wel grip op willen hebben. Politie en brandweer daar is grip op, maar de ambulancedienst is ongrijpbaar”.

Andere respondenten geven aan dat de organisatievorm in hun ogen ondergeschikt is aan de samenwerking en als de besluitvormingslijnen helder zijn dan behoeft een RAV niet per se binnen een veiligheidsregio te worden ondergebracht. Wel wordt aangegeven dat de veiligheidsregio nu vanwege de Corona een instituut is wat zich enorm aan het bewijzen is en dat dit in samenspraak met de uitkomsten van de evaluatie van de OVV wel eens kan leiden tot een andere inrichting van het (acute) zorglandschap.

Daarnaast wordt aangegeven dat nu het beeld is dat waar de ambulancediensten zijn ondergebracht binnen de veiligheidsregio dit ten tijde van een crisis tot een snellere besluitvorming en aanpak van personele- en andere problematieken kan leiden.

Gezien de toekomstige (maatschappelijk) ontwikkelingen zou het theoretisch dus een mogelijkheid zijn om de ambulancedienst en brandweer onder te brengen binnen de veiligheidsregio, veiligheid en gezondheid in één en dezelfde winkel. Dit sluit aan bij het vierde principe van Helsloot (2012). Helsloot stelt dat *“wanneer samenwerking cruciaal is voor de effectiviteit en efficiency van een veiligheidsstelsel, de verschillende organisatieonderdelen onder één bestuur of ambtelijke leiding dienen te vallen om deze samenwerking af te dwingen”* (Helsloot, 2012, p. 26).

Een respondent geeft aan dat het wel belangrijk is alvorens de structuur aan te passen eerst de veranderingen in de maatschappij goed te vertalen naar zorgrisico's en op basis van deze zorgrisico's te bepalen wat hierbij dan vanuit de hulpverleningsdiensten/veiligheidsregio gezien het beste bij past. `

7.2.3. STIP OP DE HORIZON

VERSCHILLENDE EMS SYSTEMEN

Wereldwijd bestaat een aantal verschillende dienstverleningsmodellen voor medische spoeddiensten, Emergency Medical Services (EMS). De voornaamste twee zijn het Franco-German model en het Anglo-American model.

Het EMS-model dat zich in Europa ontwikkelde, wordt het Frans-Duitse model genoemd en staat bekend als "stay and play". Dit systeem maakt gebruik van artsen en verpleegkundigen. Zoals de naam impliceert, houdt "stay and play" een behandeling in op de plaats van het incident (bring the doctor to the patient). Hierbij is geen druk om de patiënt onmiddellijk naar het ziekenhuis te vervoeren (Arnold, 1999) (Cameron, 2014) (Fleischmann & Fulde, 2007). Dit model wordt onder andere gebruikt bij de brandweerkorpsen die in het kader van dit onderzoek zijn bezocht in België (Brandweer Brussel), Duitsland (Feuerwehr Düsseldorf en Frankrijk Sapeurs-Pompiers Reims).

Het Anglo-Amerikaanse model staat ook bekend als "scoop and run", omdat het de bedoeling is de patiënt snel te stabiliseren en hem zo snel mogelijk naar een spoedeisende-hulpafdeling van een ziekenhuis te brengen voor een medische interventie van hoger niveau (bring the patient to the doctor). Het model wordt gebruikt in landen zoals het VK, Australië, Nieuw-Zeeland, de VS en Canada (Dick, 2003). Het model maakt geen gebruik van artsen of verpleegkundigen, maar van speciaal opgeleide ambulancefunctionarissen, Emergency Medical Technicians (EMT's) die zijn opgeleid in Basic Life Support (BLS), Immediate Life Support (ILS) en Advanced Life Support (ALS).

Uit de literatuur blijkt dat er veel onderzoek is gedaan naar welk systeem nu de beste aanpak is voor de organisatie van traumadiensten. De optimale prehospitalale zorg voor de gewonde patiënt is omstreden. De Duitse onderzoeker Sefrin (1997) geeft aan dat stabilisatie ter plaatse van de patiënten vóór het vervoer, vooral indien lange vervoerstijden te verwachten zijn, een duidelijk gunstig effect heeft ten aanzien van het klinisch beloop (Sefrin, 1997). Het gebrek aan sterk bewijsmateriaal en de methodologische beperkingen die inherent zijn aan de meeste analyses maken dat definitieve aanbevelingen op dit gebied vatbaar zijn voor kritiek (Bunn, Kelly, Kwan, Roberts, & Sethi, 2010). Volgens een Canadees onderzoek van Taran (2009) blijkt in termen van de voordelen die het Noord Amerikaanse scoop and run biedt, dat dit systeem aantoonbaar effectiever is in het voorzien van de onmiddellijke behoeften aan slachtoffers dan het overeenkomstige Europese stay and play systeem (Taran, 2009). Volgens Egelston, et al. (2006) dient tijdens de ontwerpfase van een nieuw traumasysteem in een stedelijke omgeving de nadruk gelegd te worden op efficiënt transport, op beperkte BLS-interventies en op triage naar een aangewezen traumacentrum (Egelston, et al., 2006).

Smith & Conn (2009) stellen dat in een stedelijke omgeving waar de transporttijden naar traumacentra kort zijn het beter lijkt om de patiënt eenvoudigweg snel naar het ziekenhuis te vervoeren dan ter plaatse grote interventies te proberen (Conn & Smith, 2009). Daarnaast heeft onderzoek aangetoond dat er weinig verschil is in de uitkomsten van de twee systemen met betrekking tot hartstilstand (Lund-Kordahl, Olasveengen, Steen, & K., 2009) (Skow, 2010).

In Nederland werkt de ambulancezorg ook volgens het “stay and play” principe. In tegenstelling tot België, Duitsland en Frankrijk rijdt hier verplicht een geaccrediteerde ambulanceverpleegkundige mee (Ambulancezorg Nederland, 2018). Het Nederlandse systeem is een zeldzame uitzondering op de regel in Europa en wordt soms ook wel het “nurse based system” genoemd (Bos, Krol, Charlotte, & Plas, 2015). Nederland staat qua ambulancezorg kwalitatief gezien aan de top in Europa (Ambulancezorg Nederland, 2018).

Maar met de wetenschap dat de brandweer in de stad Amsterdam een responstijd kan leveren die gemiddeld 2:28 minuut sneller is dan de ambulancedienst en dat uit onderzoek blijkt dat in stedelijk gebied het “scoop-and-run” systeem aantoonbaar effectiever is, kan vanuit het belang van de burger de vraag worden gesteld waarom binnen de VrAA niet gekeken wordt naar een EMS-dienstverleningsmodel volgens het “scoop and run” principe?

Ook in de landelijke onderzoek agenda ambulancezorg 2014-2018 is het onderwerp scoop and run versus stay and play benoemd. De argumenten van het lectoraat acute intensieve zorg (2014) om dit onderwerp in de agenda op te nemen waren (Berben, Van de Glind, & Vloet, 2014):

- Vanwege de bereikbaarheid en de profielen van rapport Breedveld 'SEH vanuit een stevige basis' en die van Zorgverzekeraars Nederland (ZN);
- De intentie van de zorgverzekeraars om de 45 minuten norm te laten vervallen ten aanzien van de complexe acute zorg;
- De gedachte dat prehospital genezen wellicht niet correct is (Misschien is het beter om alle patiënten snel naar het ziekenhuis te brengen);
- De neiging om van een ambulance een mobiele IC te maken en op straat volledige diagnostiek en behandeling te willen doen;
- Vanwege de onduidelijkheid wat wanneer het beste is.

Echter, het onderwerp is niet op de agenda gekomen omdat er volgens de deelnemers van het Delphi panel, wat werd gevormd door een representatieve afvaardiging van belanghebbende uit het werkveld van de ambulancezorg, relevante (wetenschappelijke) beroepsverenigingen en samenwerkende ketenpartners, andere onderwerpen hoger op de agenda geplaatst moesten worden (Lectoraat Acute Intensieve Zorg, sd).

Niet alleen vanuit het belang van de burger voor zijn gezondheidswinst (snellere responsetijd), maar ook bekeken vanuit het verantwoord omgaan met publieke middelen, mentale weerbaarheid en diversiteit is het “scoop and run” systeem interessant.

FINANCIËN

Volgens Sefrin (1997) is het “scoop and run” systeem goedkoper dan het “stay and play” systeem, maar is dat ook echt zo? Door de stijgende kosten van de gezondheidszorg was er behoefte om na te gaan of de behandeling door Emergency Medical Services (EMS) systemen efficiënt en kosteneffectief is. Het doel van deze studie was daarom een analyse van de kostenprestatie uit te voeren door de onderliggende structuur, de gemaakte kosten en de bereikte prestatie te evalueren in twee EMS-systemen met paramedici of spoedartsen ter plaatse. De integratie van spoedartsen of in Nederland ambulanceverpleegkundigen is inherent aan de extramurale spoedzorg en wettelijk geregeld in Duitsland en Nederland, maar niet in Engeland en de Verenigde Staten van Amerika. Uit dit onderzoek kwam naar voren dat de aanbieder van het EMS in West-Birmingham een betrouwbaar systeem organiseerde met een hoge efficiëntie wat betreft de benutting van het aantal uren per eenheid en de betrouwbaarheid van de responstijd. In de EMS van Bonn daarentegen, verhoogde de complexe therapie door de spoedartsen de waarschijnlijkheid van overleving na reanimatie op een hoger niveau van efficiëntie. De onderzoekers geven aan dat het echter nodig is om de gepresenteerde parameter van efficiëntie te evalueren alvorens een duidelijke conclusie getrokken kan worden welk systeem qua kosten versus prestatie nu het meest efficiënt is (Castrillo-Riesgo, et al., 2003). Twee economische maatstaven die de basis vormen voor een zinvolle vergelijking van systeemkosten en productiviteit, zijn de totale systeemkosten per vervoerde patiënt en de totale systeemkosten per hoofd van de bevolking. Om de kosteneffectiviteit of economische efficiëntie te bepalen moeten alle systeemkosten worden meegenomen in de analyse. In veel ontwerpen zijn bepaalde componentkosten gemakkelijk te identificeren, maar andere zijn moeilijk te kwantificeren. De kosten van de dispatching en onderhoudskosten zijn hiervan voorbeelden indien de functies door een andere entiteit worden uitgevoerd (Kraft, 2003). Volgens Verbeke (2015) creëert het “stay and play” principe en het “scoop and run” principe twee volledig afzonderlijke uitkomsten bij aankomst in het ziekenhuis vanwege de fundamentele tweedeling in de ideologie achter de twee systemen.

Deze ideologische kloof verklaart volgens Verbeke (2015) ook het kostenverschil tussen de twee systemen. Terwijl het Anglo-Amerikaanse model het EMS-systeem als onderdeel van de openbare veiligheid plaatst, plaatst het Frans-Duitse model, dat opereert onder een uitgebreider socialezekerheidsstelsel, het EMS-systeem als onderdeel van de volksgezondheidsorganisatie (Verbeke, 2015).

Verscheidende onderzoeken hebben geprobeerd inzicht te geven in de kosten van de ambulancezorg, maar zoals hierboven beschreven is het geen eenvoudige opgave om de totale kosten van de spoedbehandeling van de patiënt op preklinisch-, klinisch- en revalidatieniveau in beeld te krijgen. In tabel 5 staat een overzicht van de kosten van ambulancezorg in de landen waar in het kader van dit onderzoek vergelijkend onderzoek heeft plaatsgevonden.

Onderzoek Land	Ambulance care in Europe ¹	European Emergency Data Project ²	Competition EMS- market European Union ³
België	2,4 €/inwoner	2,43 €/inwoner	
Duitsland		19,98 €/inwoner	39,7 €/inwoner
Frankrijk		3,87 €/inwoner	
Nederland	29,7 €/inwoner		26,6 €/inwoner

1) Ambulance care in Europe: (Bos, Krol, Charlotte, & Plas, 2015)

2) European Emergency Data Project: (Kraft, 2003)

3) Competition EMS-market European Union: (Kronohage, 2015)

Tabel 5. Overzicht kosten EMS/ambulancezorg

Uit tabel 5 blijkt dat ondanks België, Duitsland en Frankrijk volgens het “stay and play” principe werken het dus mogelijk financieel interessant is om de ambulancezorg in Nederland (deels) over te hevelen naar de brandweer. Indien de veiligheidsregio een paramedisch systeem zou overwegen volgens de “scoop and run” methodiek is het de verwachting dat er maximale synergie behaald kan worden en dat de ambulancezorg dus een stuk goedkoper zou moeten kunnen worden. Volgens een respondent loont het om aanvullend internationaal vergelijkend onderzoek te laten uitvoeren, waarbij de gehele keten van de acute zorg wordt vergeleken.

Indirect verbonden aan de financiën zijn de wacht- en waakuren bij de brandweer. Volgens diverse respondenten is wachten inherent aan de beroepsbrandweer.

“Vroeger werd wachten op brand werd gezien als werk, net als de brugwachter. Nu is dat anders, men ziet wachten nu als werk en productiviteit”.

Maar zeggen daarbij wel, dat als je bij beide diensten met fulltime professionals werkt het wenselijk is om deze wachttijd zo optimaal mogelijk in te vullen. Dus met andere woorden, kan het niet efficiënter en slimmer? Waarbij met efficiënter niet wordt bedoeld om te bezuinigen binnen de veiligheidsregio.

Door de brandweer richting een paramedische dienstverlening te bewegen kan met onze publieke middelen richting de samenleving efficiënter en verantwoord omgegaan worden.

Door de gekazerneerde tijd anders in te zetten, is de brandweer tevens meer zichtbaar in onze samenleving.

MENTALE WEERBAARHEID

Volgens Bakker (2012) kunnen brandweermensen beter tegen psychosociale werkbelasting beschermd worden als zij van betekenis kunnen zijn tijdens het kritische incident en focussen op de goede aspecten van de professionele rol (Bakker, 2012). In een Australisch onderzoek geeft Godfredson (2018) aan dat het laten verrichten van EMS-diensten door de brandweer een mogelijke bijdragen kan leveren aan de geestelijke gezondheid van zowel brandweerlieden als paramedici. Het bredere scala van oproepen zou brandweerlieden meer de gelegenheid geven om te reageren en zo de positieve kant van EMS te laten zien. Ook het hebben van een paramedicus als onderdeel van de bemanning zou vertrouwen wekken en de vaardigheden verbeteren. De paramedicus op de brandweerwagen zou profiteren van het werken in een omgeving met een minder hoge werkdruk dan op een ambulance. Het zou helpen om een burn-out te voorkomen en het verloop onder het ambulancepersoneel te verminderen (Godfredson, 2018).

Volgens brandweer Brussel (2020) neemt het aantal brandinterventies voortdurend af en kan het personeel niet langer voldoende operationele ervaring opdoen. Als gevolg daarvan wordt een brandweerman slechts zelden geconfronteerd met de werkelijkheid en dus met dramatische en mogelijk traumatische situaties. Aan de andere kant hebben de hulpverleners op de ambulance zeer regelmatig contact met ellende, ziekte en dood. Ondanks alle negatieve gevolgen die dit voor het personeel met zich meebrengt, verhardt het hen, maakt het hen vertrouwd met extreme situaties en leert het hen beter om te gaan met hun operationaliteit in stressvolle situaties (Brandweer Brussel, 2020).

De meeste respondenten geven aan dat als de brandweer meer medische taken gaat verrichten het brandweerpersoneel zelf weerbaarder wordt als ze opgeroepen worden voor medische assistentie. Door het aanvullend opleiden zijn de mensen beter voorbereid, omdat men snapt wat er moet gebeuren en dat geeft rust en zekerheid, waardoor minder stress tijdens de werkzaamheden zal worden ervaren.

“Kennis maakt weerbaarheid, wat weer tot veerkracht leidt”

Op operationeel niveau geeft 82 procent van de respondenten bij de brandweer aan dat zij de stelling delen dat als zij beter worden opgeleid voor ernstige ongevallen, zij beter beschermd zullen worden tegen psychosociale werkbelasting. Wel denkt 89 procent van deze respondenten dat als de brandweer medische taken gaat verrichten de psychosociale werkbelasting zal toenemen. 85 procent van de respondenten onder het operationele

ambulancepersoneel geeft aan dat de psychosociale werkbelasting van de medewerkers van de brandweer gaat toenemen als zij medische taken zullen gaan verrichten. Wel deelt 85 procent van het ambulancepersoneel de stelling dat als deze brandweermensen worden opgeleid dit hen beter zal beschermen tegen psychosociale werkbelasting.

DIVERSITEIT

Bijvangst van deze vorm van samenwerking kan zijn dat je ook een ander type personeel gaat krijgen en meer vrouwen binnen de brandweer krijgt. Vanwege de vergrijzing kan zo makkelijker aan personeel gekomen worden en biedt dit kansen voor in- door- en uitstroom van personeel. Het werken op de ambulance is namelijk een stevige baan en dit kan een verrijking of verbreding van hun taken met zich meebrengen en idem zo voor medewerkers binnen de uitrukdienst van de brandweer.

KWALITEIT

Een paramedisch systeem gaat samen met hoe je naar de kwaliteit van zorg en de financiering ervan kijkt. Een van de respondenten geeft aan dat de vraag moet zijn of je bereid bent om aan de kwaliteitsknop te draaien. Diverse respondenten geven aan dat in Nederland feitelijk een 'mini' ziekenhuis komt voorrijden. De verlaging van de professionaliteitseisen resulteert in een type ambulancezorg wat in de ons omringende landen niet onbekend is, maar wat gevoelsmatig aangeeft dat de kwaliteit op straat naar beneden gaat, maar mogelijk wel goedkoper kan zijn als je het niveau op de ambulance verlaagd. Hierdoor bespaar je immers salaris- en opleidingskosten uit. In onderstaande tabel 6 een kostenoverzicht (Revue, 2018).

	PARAMEDIC	DOCTOR
N (US) 2017	248,000	40,000-45,000
Qualification	2 years	9-11 years
Training Program	2 – 3 years	4-5 years
cost	\$3,000 - \$13,000	\$141,240
Salary (year)	\$29,232 - \$60,084	> \$306,000

Tabel 6. Costs Emergency Medical Services (EMS) (Revue, 2018)

Een aantal respondenten geeft aan dat men niet verwacht dat het geprofessionaliseerde stelsel met zorgprofessionals wat in Nederland naar de patiënt toekomt onder uit zal gaan. De standaard ambulancezorg in Nederland is nu namelijk hoog (Bos, De Boer, & Rolink, 2019). Wel wordt aangeven dat bij een tekort aan ambulances en problemen met de aanrijtiden er zeker iets aanvullends gedaan moet worden, zoals bijvoorbeeld in Duitsland. Maar dit zal volgens een respondent durf en ervaringsopbouw vereisen.

GEVOLGEN ACUTE ZORGETEN

Mocht de huidige hooggekwalificeerde verpleegkundige op de ambulance gedownsized worden dan gaat volgens diverse respondenten de zorg op straat naar beneden. De acute zorgketen in Nederland is in tegenstelling tot de ons omringende landen nu zodanig ingericht dat middels de ambulancezorg en het netwerk van huisartsen getracht wordt om mensen zo lang als mogelijk buiten het ziekenhuis te houden. Mensen met een zorgvraag worden zo lang mogelijk thuis behandeld, hierdoor komen nu relatief weinig mensen in het ziekenhuis terecht. Door de bevoegdheden van de ambulanceverpleegkundige worden met het huidige systeem van ambulancezorg zorgkosten bespaard. Respondenten geven aan dat mocht het ambulancezorgsysteem gewijzigd gaan worden, dat dan de ziekenhuizen gaan overlopen en hierdoor de wachttijden en zorgkosten zullen gaan toe nemen. Eén van de respondenten gaf aan dat de angst voor het verstoort raken van de ziekenhuizen enigszins genuanceerd dient te worden, omdat dit vooral met spreiding en gelijktijdigheid te maken heeft, wat enigszins vergelijkbaar is met het grootschalig optreden.

TUSSENCONCLUSIE

De voordelen in termen van snellere hulp, financiële besparingen, mentale weerbaarheid voor hulpverleners en mogelijkheden voor diversiteit kunnen met een paramedisch systeem volgens de scoop and run methodiek niet worden genegeerd. Als stip op de horizon zou bovenstaande samenwerking in ultimo kunnen leiden tot een volledig geïntegreerde medische nooddienst. Een EMS-dienstverleningsmodel, paramedische dienst, volgens het “scoop and run” principe. Om de efficiency voordelen en consequenties van een dergelijk systeem voor de acute zorgketen exact te kunnen duiden is aanvullend (internationaal) onderzoek noodzakelijk.

7.2.4. BRANDWEER EN ZORGDIFFERENTIATIE

DIFFERENTIATIE VAN ZORG

Door de vergrijzing staat de samenleving voor een maatschappelijke opgave. Ziekenhuizen zijn sneller vol, er zijn capaciteitsproblemen in de thuiszorg en er zijn geen opvanglocaties voor oudere mensen (V&VN, 2020). Hierdoor blijven de ouderen langer thuis wonen en omdat ze steeds ouder worden ontwikkelen ze gezondheidsproblemen thuis, ze zijn zieker en mensen zijn langer ziek alvorens ze komen te overlijden. Door de vergrijzing zal deze groep mensen alleen maar groter worden en dit heeft zijn weerslag op de (acute) zorgketen. Respondenten vanuit de ambulancesector geven aan dat door deze ontwikkeling de zorgvraag van mensen steeds complexer wordt en mensen langer thuis wonen. Dit in combinatie met de 24-7 maatschappij vraagt om differentiatie binnen de ambulancedienst en spreiding en beschikbaarheid van ambulances.

Binnen de ambulancezorg is men mede vanwege deze ontwikkeling bezig met zorgdifferentiatie. Enerzijds zijn er ontwikkelingen m.b.t. zogenoemde zorgmeldkamers en anderzijds de differentiatie in laag- en midden complexe ambulancezorg.

“Niet iedere patiënt heeft namelijk die high care zorg nodig. Je kunt je namelijk afvragen of iedere patiënt de beste zorg krijgt met zo’n hoge ambulanceprofessional”.

Ondanks de differentiatie zullen de vervoersbewegingen in logistieke zin blijven bestaan en dus drukken op de spreiding en beschikbaarheid van ambulances.

ROL VAN DE BRANDWEER

Verschillende respondenten geven aan dat door deze differentiatie in het vervoer de brandweer in theorie naadloos zou kunnen aansluiten op doorstroom van personeel vanuit de brandweer richting ambulancedienst. Inmiddels zijn er politieke en maatschappelijke redenen om een wachtende organisatie als de brandweer, parate organisatie, optimaal te laten renderen.

“Wachten is inherent aan de brandweer, maar laten we dit dan zo optimaal mogelijk invullen richting onze samenleving”.

In theorie zou de brandweer dus door het beschikbaar stellen van wachttijd kunnen helpen bij de problematiek omtrent ouderen. Praktisch vertaalt kan de brandweer in deze tijd maatschappelijk nuttig zijn en tegelijkertijd brandweermensen opleiden. Door de zorgdifferentiatie onderscheiden zich werkzaamheden zonder spoedeisend karakter, waarbij er tijd is om brandweermensen in praktijksituaties op medisch gebied op te leiden. Er is namelijk op medisch gebied veel aan de hand met deze categorie mensen, dus erg leerzaam in het kader van scholing. Dit in combinatie met het behalen van de noodzakelijke modules maakt dat zo iemand van de brandweer mogelijk kan doorstromen richting het spoedvervoer. Wat ook kan resulteren in een flexpool van opgeleide ambulancechauffeurs die zowel bij de brandweer als ambulance inzetbaar zijn of zo in het kader van hun tweede loopbaan doorstromen richting de ambulancedienst. Dit is maatschappelijk gezien een mooie combinatie van een tweede loopbaan en zorg voor ouderen.

Op operationeel niveau bij de brandweer geeft 86 procent van de respondenten aan dat een medische functie op de tankautospuiterij een opstap zou kunnen zijn voor een tweede loopbaan bij de brandweer. Van diezelfde respondenten geeft 88 procent aan dat de brandweer een kweekvijver voor ambulancechauffeurs zou kunnen zijn. 63 procent geeft aan dat men opgeleid zou willen worden tot ambulancechauffeur voor spoedvervoer. 42 procent van de respondenten geeft aan te willen worden opgeleid voor niet spoedvervoer, het laag-midden complex vervoer.

Eén respondent heeft aangegeven dat in theorie de brandweer zelfs een nieuwe laag in de zorgdifferentiatie zou kunnen worden. Ondanks dat de ambulancezorg volgens de Wet ambulancevoorzieningen (Wav) voorbehouden is aan de Regionale Ambulancevoorziening (RAV) kunnen er volgens artikel 6 lid 3 van deze wet wel middels een overeenkomst met de RAV afspraken gemaakt worden over een rol van de brandweer binnen de ambulancezorg (Wetten Overheid, 2020). Volgens de Wav moet de RAV, voor zover deze de ambulancezorg, dan wel een deel ervan, laat uitvoeren door een derde, ervoor zorgen dat de brandweer handelt volgens de eisen die aan de RAV zijn gesteld (Wetten Overheid, 2020).

7.3. DEELCONCLUSIE

Met dit hoofdstuk is antwoord gegeven op deelvraag 4:

- *Welke praktische- en theoretische mogelijkheden zijn er tot samenwerking op het operationele vlak tussen beide diensten?*

Geconcludeerd kan worden dat er vanuit de respondenten verschillende praktische- en theoretische mogelijkheden van *samen werken* en *samenwerking* worden aangedragen. Ook is gebleken dat er inmiddels verschillende initiatieven zijn genomen om bepaalde praktische manieren van samenwerking vorm te geven. Verschillende respondenten vanuit de brandweer en 'witte' kolom op strategisch-, tactisch- als operationeel niveau zijn positief over een theoretische mogelijkheid van intensieve samenwerking tussen brandweer en ambulance in de vorm van een cascade model bij de hulpverlening aan tijdkritische patiënten in stedelijk gebied.

In het kader van efficiency en effectiviteit is het in theorie mogelijk om de ambulancedienst onder te brengen binnen de Veiligheidsregio Amsterdam-Amstelland. Theoretisch lijkt er daarnaast, als stip op de horizon, ruimte voor een EMS-dienstverleningsmodel (hulpverleningsdienst) volgens het "scoop and run" principe. Een paramedische dienst, die een bijdrage levert aan de noodhulptaak van de ambulancedienst en hierbij de veelomvattende hulpverleningstaak van de brandweer combineert. Een dergelijke multifunctionele noodhulpdienst kan dus uitrukken bij een verscheidenheid aan meldingen van een verwarde persoon tot reanimatie en van verkeersongevallen met slachtoffers tot brand.

Tevens bestaat er in theorie de mogelijkheid dat de brandweer zich nuttig kan maken in de problematiek rondom ouderen en hierbij zelfs een nieuwe laag in de zorgdifferentiatie kan worden.

Een samenvattend overzicht van de praktische- en theoretische mogelijkheden van samenwerking staan afgebeeld in tabel 7.

Praktische hoofdvorm tot samenwerking	Praktische mogelijkheden
Medische ondersteuning brandweer	<ul style="list-style-type: none"> • Opplussen van het medisch basisniveau op de tankautospuut • Invoeren van een paramedic op de tankautospuut • Brandweer in de rol van 2^e ambulance • Opleiden en oefenen SORT en QRT • Delen van middelen, kennis en expertise op het gebied van het ontsmetten van mens en materieel • Structureel afstemmingsoverleg op operationeel-/tactisch niveau
Personeelsgebied	<ul style="list-style-type: none"> • In- door- en uitstroombesluit personeel • Posttraumatische nazorg
Vakbekwaam worden en blijven	<ul style="list-style-type: none"> • Gezamenlijk oefenen • Elkaars kennis en expertise over en weer inzetten om vakbekwaam te worden en te blijven
Operationele voorbereiding	<ul style="list-style-type: none"> • Bereikbaarheid stad en regio • Dynamische dekking en spreiding • Informatiedeling (Veiligheidsinformatiecentrum)
Veilige leefomgeving	<ul style="list-style-type: none"> • Samen bevorderen van een veilige leef- en woonomgeving
Facilitaire ondersteuning	<ul style="list-style-type: none"> • Gezamenlijke huisvesting • Gezamenlijk aanschaf en beheer van materieel en middelen
Theoretische hoofdvorm tot samenwerking	Theoretische mogelijkheden
Snellere hulpverlening aan de burger	<ul style="list-style-type: none"> • Opplussen van het medisch basisniveau op de tankautospuut • Invoeren van een paramedic op de tankautospuut • Brandweer in stedelijk gebied middels een cascade model standaard laten uitrukken bij de urgentieclassificatie A0 (tijdkritische patiënten)
Veiligheid en gezondheid in één winkel	<ul style="list-style-type: none"> • Ambulancezorg onderbrengen in de veiligheidsregio
Stip op de horizon	<ul style="list-style-type: none"> • Paramedische dienst binnen de VrAA (EMS-dienstverleningsmodel volgens het "scoop and run" principe)
Brandweer en zorgdifferentiatie	<ul style="list-style-type: none"> • Brandweerchauffeurs inzetten voor laag- en midden complexe ambulancezorg • Brandweer inzetten als nieuwe laag binnen de zorgdifferentiatie (vervoerder van laag- en midden complexe zorg patiënten)

Tabel 7. Theoretische mogelijkheden van samenwerking

8. RESULTAAT: BEÏNVLOEDENDE ONDERWERPEN EN FACTOREN

Dit hoofdstuk beschrijft de resultaten van de interviews in relatie tot de onderwerpen en factoren, zoals benoemd in het theoretisch model van paragraaf 2.6. Tevens zal in dit hoofdstuk antwoord worden gegeven op deelvraag 5:

- *Welke factoren bevorderen of belemmeren de mogelijkheden tot samenwerking tussen beide diensten?*

Aan de hand van vier onderwerpen zullen alle relevante factoren de revue passeren. De volgende onderwerpen zullen worden beschreven:

- Waarom samenwerken?
- Bevorderende en belemmerende factoren
- Welke vorm van interdisciplinaire samenwerking?
- Creëert de samenwerkingsvorm publieke waarde?

8.1. HET WAAROM

HET WAAROM

De reden om te gaan samenwerken is divers en verschilt ook sterk van het niveau waarop de respondenten werkzaam zijn, maar op alle niveaus staat de snellere en betere hulpverlening aan de burger voorop. Op strategisch niveau wordt aangegeven dat samenwerking van belang is voor het behalen van synergie en efficiency. Hierbij wordt een verband gelegd met de publieke waarde van de brandweer. Waarbij het volgens de respondenten van belang is om aandacht te hebben voor de zichtbaarheid van de brandweer i.r.t. behoud van relevantie voor de samenleving en draagvlak bij de politiek. Op tactisch niveau wordt vooral aangegeven dat de samenwerking moet worden opgezocht i.v.m. de maatschappelijke ontwikkelingen, zoals de vergrijzing en de afnamen van het aantal branden. Maar ook dat de maatschappij tegenwoordig een snelle interactie vraagt en er in bepaalde gevallen snel gehandeld moet kunnen worden met de benodigde expertise en kwaliteit.

DOEL OVEREENSTEMMING

Alle respondenten geven aan dat het belangrijk is dat er een gezamenlijke doelovereenstemming van beide diensten dient te zijn. Deze doelstelling moet ook 'echt' zijn en bij beide partijen duidelijk zijn. Daarnaast moeten beide partijen bereid zijn om samen te werken. Er is dus een duidelijke overeenstemming noodzakelijk over wat de brandweer en ambulancedienst met elkaar willen en waarom ze dit juist met elkaar willen doen.

WEDERZIJDESE AFHANKELIJKHEID

Respondenten van beide diensten geven aan dat er zeker sprake is van een wederzijdse afhankelijkheid, maar vinden het moeilijk om aan te geven wat die wederzijdse afhankelijkheid nu precies inhoudt. Men geeft aan dat er afhankelijkheid is bij de hulpverlening aan de burger op straat, omdat men hierbij elkaars expertise en hulp nodig heeft. Door de respondenten wordt aangegeven dat er met name een afhankelijkheid zit aan te komen m.b.t. in- door- en uitstroom van personeel.

HELDERE TAAK EN VERANTWOORDELIJKHEDEN

Op tactisch- en strategisch niveau geven alle respondenten aan dat heldere taken en verantwoordelijkheden bij een eventuele samenwerking tussen beide diensten noodzakelijk zijn en beslist een aandachtspunt zijn. Tegelijkertijd wordt aangegeven dat men hierin geen problemen voorziet. Wel moeten de taken en verantwoordelijkheden goed worden vastgelegd en dat iedereen op de hoogte is van elkaars processen. Waarbij vooral vanuit de 'witte' kolom wordt aangegeven dat de medische zorg een proces is van de ambulancedienst en de verantwoordelijkheden daargelaten moeten worden waar zij behoren.

VERTROUWEN

Wederzijds vertrouwen is volgens alle respondenten een randvoorwaarde voor een eventuele samenwerking. Algemeen beeld uit de interviews is dat er zowel op strategisch-, tactisch- als operationeel niveau vertrouwen is om als brandweer de samenwerking met de ambulancedienst te kunnen aangaan. Als aandachtspunt wordt aangegeven dat het niet vanzelfsprekend is dat overal op de werkvloer het vertrouwen aanwezig is. Dit i.v.m. eventuele gedachten over broodroof of afbreuk van de bestaande functie en identiteit.

WAT ZIJN DE VOORDELEN?

De respondenten geven aan dat een eventuele samenwerking zeker voordelen kunnen opleveren, maar dat deze voordelen wel afhankelijk zijn van de mate waarin de samenwerking wordt aangegaan.

Respondenten op strategisch niveau geven aan dat de voordelen van een eventuele samenwerking vooral gelegen zijn in het vergroten van de effectiviteit, efficiëntie, continuïteit, resources, capaciteit en dienstverlening. Het vergroten van de legitimiteit leeft alleen bij de brandweerrespondenten en opvallend nagenoeg alleen bij de Brandweer in Amsterdam-Amstelland.

Op tactisch niveau worden als belangrijkste voordelen aangegeven het vergroten van de effectiviteit, efficiëntie en dienstverlening. Op dit niveau leeft het vergroten van de legitimiteit alleen bij de Brandweer Amsterdam-Amstelland.

De voordelen die door het operationele niveau binnen de brandweer worden aangegeven zijn zeer divers. Vooral snellere hulp aan burgers (80 procent), efficiëntie (brandweer meer inzetten voor de samenleving) (59 procent), vergroten dienstverlening aan de samenleving (66 procent) en extra slagkracht bij groten incidenten (82 procent) worden als de belangrijkste voordelen gezien. Het voordeel van samenwerking i.r.t. het bestaansrecht van de brandweer wordt door 44 procent benoemd.

Operationeel ambulancepersoneel geeft aan dat de belangrijkste voordelen om als ambulancedienst de samenwerking met de brandweer aan te gaan zijn gelegen in snellere hulp aan de burger (79 procent), efficiëntie (bijv. gezamenlijke aanschaf van middelen, gedeelde faciliteiten, kennis en kunde) (64 procent), vergroten dienstverlening aan de samenleving (64 procent) en extra slagkracht bij groten incidenten (86 procent). Het betreft hier vooral voordelen op het gebied van *samen werken*.

8.2. BEVORDERENDE EN BELEMMERENDE FACTOREN

WET- EN REGELGEVING

De wet- en regelgeving wordt unaniem gezien als een belemmerende factor voor een eventuele samenwerking op medisch gebied tussen de brandweer en ambulance. De belangrijkste benoemde wet- en regelgeving staan toegelicht in bijlage 2. Als voornaamste beperkende regelgeving wordt de Wet BIG benoemd. Dit in relatie tot bevoegdheden en bekwaamheid van medewerkers. Daarnaast wordt de Wet ambulancevoorzieningen (Wav) benoemd. In deze wet staat o.a. omschreven dat de RAV feitelijk een monopolist is in de ambulancezorg. De wetgeving zit *samenwerking* aan de patiënt echt in de weg.

Diverse respondenten geven aan dat in het belang van de burger wel gepraat moet kunnen worden over een eventuele aanpassing van de zwarte lijnen waarmee de kaders van de verschillende wetten nu getekend zijn. Een aantal respondenten geeft aan dat gekeken moet worden naar de mogelijkheden in plaats van de onmogelijkheden, waarbij het belang van de patiënt voorop dient te staan.

DELEN VAN INFORMATIE

Informatiedeling wordt door de respondenten vanuit de 'witte' kolom als een belemmerende factor gezien. Er zijn namelijk strenge regels ten aanzien van de privacy van patiënten. In de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WBGGO) zijn hier duidelijke afspraken overgemaakt. Dus vanuit de Wet gezien is het delen van informatie in het kader van *samenwerking* aan de patiënt een struikelblok. Hierbij wordt tevens aangegeven dat de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) erop dit item geharnast in zit. Tevens worden in het kader van *samenwerking* verbanden gelegd met de Algemene Verordening

Gegevensbescherming (AVG). Diverse respondenten geven hierbij de parallel aan met de meldkamerproblematiek, waarbij brandweer- en politiecentralisten geen telefoon van de ambulancemeldkamer mogen aannemen. Ook als er zelfs geen enkele verpleegkundig centralist voor handen is. Dit is volgens de wet alleen voorbehouden aan centralisten met een verpleegkundige opleiding.

Een aantal respondenten geeft aan dat met het delen van informatie praktisch omgegaan zou moeten kunnen worden. Als voorbeeld wordt genoemd de inzet van de MOB in Gelderland - Midden. Deze eenheid rukte uit onder begeleiding van de verpleegkundig centralist op de MKA en werd z.s.m. gepatcht aan de eerst aanrijdende ambulance.

Maar als je bij reanimaties één van de beperkende wettelijke kaders mag passeren om (medische)informatie te delen, dan zou de vraag toch kunnen worden gesteld als dit bij reanimaties als een non-issue wordt gezien, waarom zou dit dan niet bij andere tijdkritische patiënten kunnen?

(ADMINISTRATIEVE) PROCEDURES

Binnen de ambulance- en brandweersektor wordt gewerkt met verschillende gestandaardiseerde procedures, protocollen en veel administratieve handelingen. De respondenten geven over het algemeen aan dat deze procedures geen struikelblok voor een eventuele samenwerking behoeven te zijn. Aangegeven wordt dat het van belang is dat men van elkaars procedures op de hoogte is. Wel wordt door de 'witte' kolom aangegeven dat de voorbehouden handelingen alleen zijn voorbehouden aan de ambulancedienst. Ook wordt opgemerkt dat de medische hoek een apart vakgebied is met andere veiligheidsaspecten en duidelijk andere regels. Dit vergt volgens een respondent wel een andere benadering op het gebied van arbeidsveiligheid, opleidingen en oefenen.

BURECRATIE

Binnen de ambulancesektor zijn veel protocollen aanwezig en wordt met veel administratieve procedures gewerkt. De brandweer is ambtelijk en protocollair ingericht. Bij beide organisaties zijn dus kenmerken van bureaucratie aanwezig. Uit de interviews komt naar voren dat bureaucratie vooral wordt toebedeeld aan de 'witte' kolom en wordt door de diverse respondenten als belemmerende factor gezien. Tegelijkertijd wordt wel aangegeven dat als de samenwerking in kleine stapjes wordt aangegaan, dit wel als een overbrugbaar factor gezien wordt. Waarbij het onderlinge vertrouwen en tijdig overleg met elkaar een positieve invloed kan hebben. Respondenten geven aan dat indien de ambulancedienst niet binnen de eigen organisatie (veiligheidsregio) is ondergebracht er dan meer bureaucratie ervaren zal worden.

AUTONOMIE

Volgens respondenten worden de ambulance en brandweer gezien als twee zelfstandige kolommen met een duidelijk gezicht. *Samenwerking* vraagt van beide kolommen aanpassingsvermogen. De inschatting op basis van de interviews is dat vooral de “witte” kolom zich zal moeten gaan aanpassen.

Aangegeven wordt dat de samenwerkingsvorm bepalend is voor de mate van autonomie die ingeleverd moet worden. Als de samenwerking behelst dat de ambulancedienst binnen de veiligheidsregio zal worden ondergebracht dan is dat qua autonomie natuurlijk van een totaal andere orde als blijkt dat alleen de multi-samenwerking op straat zal worden verbeterd.

Het algemene beeld is wel dat autonomie niet als een onoverbrugbare factor wordt gezien. Wel moet de bereidheid aanwezig zijn om autonomie in te leveren. Waarbij angst voor de eigen positie of het eigen domein een rol kan spelen, omdat men denkt dat medisch handelen een exclusiviteit is.

BUDGET- EN FINANCIËLE STROMEN

De financiën worden op strategisch en tactisch niveau echt als een groot struikelblok gezien. Dit vanwege de financieringssystematiek van de ambulancezorg in Nederland. Beide diensten hebben namelijk verschillende geldstromen (zie bijlage 2). Hierbij is sprake van een publiekrechtelijk taak met een private financiering via zorgverzekeraars. Complicerende factor bij de financiering van de ambulancezorg is dat het spoedeisende- en niet spoedeisende vervoer niet los van elkaar gezien kunnen worden.

Tegelijkertijd worden er door verschillende respondenten ook verschillende oplossingen en aandachtspunten aangedragen, zoals:

- Draag zorg voor de continuïteit van geld. Door alleen geld vrij te maken gedurende de pilot, is de kans aanwezig dat bij een positieve uitkomst er onvoldoende middelen zijn en dat de pilot niet geïmplementeerd kan worden. Of mocht het noodzakelijk zijn om de pilot langer door te laten lopen, door geldgebrek, de pilot noodgedwongen moet stoppen;
- Genereer op voorhand geen geld uit (te verwachten) synergie opbrengsten (Helsloot, 2012);
- Denk aan een mogelijk garantstelling voor de partij die wel wil meewerken, maar mogelijk niet gelijk kan bijdragen. Hierbij kan een gezamenlijk bestuur helpen. Als voorbeeld werd hierbij aangedragen de opstart van de Gezamenlijke Brandweer Amsterdam;
- Betrek de zorgverzekeraars;

- Binnen de ambulancesector is weinig geld beschikbaar voor experimenten/pilots/extra voorzieningen;
- Onderzoek de mogelijkheden voor (landelijke) subsidies.

“Zorg dat bij een eventuele samenwerking de totale financiële taart kleiner wordt of op zijn minst niet onnodig groeit als we het over de zorg hebben, dan lijkt het mij sterk dat zorgverzekeraars hier geen oren naar hebben”.

Volgens één van de grotere landelijke zorgverzekeraars is het ambulancebudget zo opgesteld dat er een vrije marge inzit (vrije marge gelden). Met deze vrije marge gelden kunnen projecten t.b.v. innovaties en/of prestatie verbeteringen gefinancierd worden. Als er een goede businesscase aan ten grondslag ligt dan zou het bespreekbaar moeten zijn om met deze margegelden een initiatief of pilot te financieren.

Belangrijk aandachtspunt voor de zorgverzekeraars is dat alles wat aan initiatieven/pilots gedaan gaat worden echt binnen de regelgeving moet vallen. Als een initiatief binnen de regelgeving valt dan is er veel bespreekbaar aldus één van de grootste zorgverzekeraars. De argumenten moet hierbij wel opwegen tegen de kosten van het initiatief of wat het uiteindelijk zou kunnen opleveren.

Op de vraag of de brandweer bij inzet voor medische noodsituaties bij tijdkritische patiënten ook inkomsten vanuit de verzekeraar zou kunnen genereren werd als antwoord gegeven:

“Als de brandweer echt een rol gaat spelen in het acute zorgstukje, dus echt de ambulancedienst gaat ondersteunen of misschien naast de ambulancedienst acute zorg gaat verlenen, dan wordt het ook zorggeld en dus premiegeld”.

CULTUUR/IDENTITEIT

Respondenten geven aan dat er tussen beide diensten een cultuurverschil bestaat, maar dat dit geen struikelblok voor de samenwerking behoeft te zijn. Op alle niveaus wordt aangegeven dat dit verschil overbrugbaar is.

Bij beide diensten is sprake van een parate troepen cultuur. Hulpverleners die zitten te wachten en van aanpakken weten, een no nonsens mentaliteit, maar er zit wel een verschil tussen. Uit de interviews blijkt dat volgens de respondenten het cultuurverschil vooral bepaald wordt door het opleidingsniveau, andere roostervormen en de grote van de teamsamenstelling. Daarnaast dragen volgens diverse respondenten ook de identiteit en de angst voor broodroof bij aan het verschil. Bij de ambulancedienst is men mogelijk bang dat de brandweer de baantjes van de ambulancechauffeurs wil gaan inpikken en dit wordt gezien als broodroof.

Eén van de respondenten, die ervaring heeft met de samenwerking tussen ambulance en brandweer, geeft aan dat het bij elkaar brengen van beide culturen rationeel misschien heel eenvoudig is, maar dat dit emotioneel gezien een wereld van verschil is. Er wordt aangegeven dat de identiteit van de medewerkers, zoals uitstraling, eigen spullen en een eigen verblijfsruimten als zeer belangrijk worden gevonden. Behoud van eigen identiteit bij samenwerkingsverbanden is belangrijk. Volgens één van de respondenten moet je bij een dergelijk samenwerkingsproces niet in de identiteit gaan zitten wroeten, maar moet je op de professionaliteit gaan zitten. Opmerkelijk is dat een andere respondent aangaf dat het cultuurverschil, de cultuur van de brandweer zou kunnen helpen in het kader van nog geprotocolleerde te gaan werken (stop en denk na) en de mogelijke inbreng van diversiteit die een samenwerking met zich mee kan brengen.

Bijzonder is dat in de literatuur het cultuuraspect als iets groots wordt omschreven in het kader van samenwerking terwijl uit de interviews op strategisch- en tactisch niveau blijkt dat men zich hier geen zorgen overmaakt. Op operationeel niveau geeft 57 procent van de respondenten binnen de brandweer aan dat zij geen cultuurverschil ervaren. Bij de ambulancedienst ligt dit percentage met 77 procent aanzienlijk hoger. Als belangrijkste cultuurverschillen worden op operationeel niveau benoemd:

- Hiërarchie binnen de brandweer;
- Ambulancepersoneel is meer van het verzorgen en zorgen;
- De brandweer opereert meer als groep;
- Brandweer kan kort door de bocht reageren, meer actie gericht;
- Ander opleidingsniveau bij de ambulance;

“Bij de brandweer heeft iemand heel duidelijk de leiding.

Bij de ambulancedienst is men hier niet zo van”.

Er zijn dus wel verschillen, maar omdat iedereen nu ook op straat met elkaar samenwerkt is het cultuuraspect volgens één van de respondenten zeker bij een eventuele hybride samenwerking geen issue. Waarbij wel wordt aangegeven dat bij een eventuele samenwerking het cultuuraspect wel voor vertraging kan zorgen.

OVERIGE BELEMMERENDE FACTOREN

Tijdens de interviews zijn ook nog een aantal andere factoren benoemd die van invloed zijn op een eventuele samenwerking, zoals:

- Tussentijdse wisseling van de wacht op cruciale posities, denk hierbij aan directiewisselingen;
- Onvoldoende draagvlak op de werkvloer (mede vanwege aantasting identiteit);

- Opleidings- en oefenbelasting bij de brandweer;
- Het van bovenaf opleggen van de samenwerking. Betrek de werkvloer tijdig, leg hier de vraag neer, want daar zit de energie. Schep hierbij op strategisch niveau kaders en organiseer steun voor de medewerkers op de werkvloer;
- Schoenmaker blijf bij je leest principe. Zorg niet dat de indruk ontstaat dat de brandweer nu werk zoekt waar de ambulancedienst al zit. Spreek naar elkaar uit dat het niet de bedoeling is om elkaar overbodig te maken, maar dat het gaat om elkaar te versterken. Het gaat hierbij om elkaar wat gunnen en om elkaar te helpen;
- Het private karakter van Ambulance Amsterdam.

BEVORDERENDE FACTOREN

Naast belemmerende factoren geven de respondenten ook een aantal bevorderende factoren aan, zoals:

- Er moet een bepaalde urgentie aanwezig zijn om de samenwerking aan te gaan. Met andere woorden ontwikkelingen waarop geacteerd moet gaan worden en als dit niet gedaan wordt, waar krijgen we dan als samenleving of bestuur last van. De problematiek moet ervaren worden en het initiatief moet op het juiste momentum komen (window of opportunity);
- Zorg dat de initiatieven uit de inhoud voortkomen, niet vanwege bezuinigingen of structuurveranderingen;
- Deel tijdig, mits concrete voorbeelden, de successen. Laat zien dat dingen effect hebben in het belang van de burger;
- Belangrijk is om de juiste stakeholders mee te krijgen en te activeren. Verricht aan de voorkant goed 'kop' werk doormiddel van lobbyen en het creëren van draagvlak. Neem hierbij de bestuurders tijdig mee;
- De samenwerking moet op hoger niveau zo structureel mogelijk worden gemaakt met een duidelijke agenda, actie- en besluitenlijst. Leg bij voorkeur e.e.a. vast in een convenant;
- Maak duidelijk wat na de eventuele pilot gaat gebeuren. Zijn we van plan om er ook echt iets mee te gaan doen?

8.3. WELKE VORM VAN INTERDISCIPLINAIRE SAMENWERKING

Opvallend is dat alle respondenten aangeven dat als de samenwerking wordt aangegaan dit in kleine stapjes moet gaan plaatsvinden. Dus feitelijk middels incrementele veranderingen. Waarbij het vertrekpunt een multidisciplinaire samenwerkingsvorm zal zijn en niet moet worden uitgesloten, dat dit op termijn kan doorgroeien naar een transdisciplinaire samenwerkingsvorm, zoals bijvoorbeeld een regionale paramedische dienst.

8.4. CREËERT DE SAMENWERKINGSVORM PUBLIEKE WAARDE

Respondenten op strategisch niveau verbinden aan publieke waarde het oordeel van de burger en politiek over de brandweer. Publieke waarde is met name bij mensen van de brandweer op strategisch niveau een onderwerp wat op de agenda staat en opvallend spreekt Amsterdam-Amstelland zich hier het meeste over uit. Op zich niet vreemd want de beroepsbrandweer binnen Brandweer Amsterdam-Amstelland ligt al enige jaren onder een vergrootglas bij de bestuurders. Dit vanwege de reputatie van het voormalige korps Amsterdam.

Volgens de respondenten creëert een samenwerkingsvorm publieke waarde als dit bijdraagt aan:

- Betere hulp aan de burger;
- Veilige leefomgeving;
- Zichtbaarheid van de brandweer op straat (zichtbaar in de samenleving);
- Een bredere maatschappelijk inzetbaarheid;
- Draagvlak bij de burgers en politiek;
- Het behoud van de relevantie van de brandweer, zorg dat je van betekenis blijft;
- De continuïteit van de samenleving;
- Het zorgvuldig omgaan met publieke middelen:
 - Optimaal mogelijk laten renderen van de wachttijd van de brandweer. Vroeger werd wachten bij de brandweer als werk (productiviteit) gezien, nu wordt dit door de samenleving en bestuurders anders gezien;
 - Efficiency (geen bezuinigingen).

9. ANALYSE ONDERZOEKSRISULTATEN

Dit hoofdstuk vergelijkt de bevindingen uit de praktijk, de onderzoeksresultaten, met het theoretisch model. Daarnaast worden in dit hoofdstuk de praktisch- en theoretische mogelijkheden tot samenwerking vergeleken met de beschreven theorie uit hoofdstuk 2.

9.1. ANALYSE RESULTATEN - THEORETISCH MODEL

In deze paragraaf worden de bevindingen uit de praktijk vergeleken met de essentiële onderwerpen en factoren uit het theoretisch model van paragraaf 2.6.

9.1.1. MOGELIJKHEDEN TOT SAMENWERKING

Conform fase 1 van het fasenmodel van Kaats & Opheij (2012) geven respondenten verschillende mogelijkheden tot samenwerking aan. In paragraaf 7.1. is een onderscheid gemaakt in praktische- en theoretische mogelijkheden tot samenwerking. Deze mogelijkheden zullen in paragraaf 9.2. nader worden vergeleken met de theorie.

9.1.2. WAAROM SAMENWERKEN?

Volgens de theorie is voor samenwerkingen kenmerkend dat de actoren samenwerken omdat er sprake is van wederzijdse afhankelijkheden. Opvallend is dat de respondenten op zowel tactisch- als strategisch niveau deze wederzijdse afhankelijkheid moeilijk konden duiden. De afhankelijkheid zit volgens hun vooral in de hulpverlening aan de burger op straat. Volgens Lawson (2004) zijn er voor deze afhankelijkheden drie motieven:

- Motief 1: Stakeholders hebben de wens om een breed collectief goed na te streven, ook al profiteren ze hier niet onmiddellijk en rechtstreeks van (Lawson, 2004). Uit de interviews blijkt dat zowel de brandweer als ambulancedienst er beide naar streven om de burger zo snel mogelijk van goede hulp te voorzien. Daarnaast zijn beide diensten bereid om hier in gezamenlijkheid aan de voorkant in te investeren door bijvoorbeeld te participeren in programma's m.b.t. een veilige leefomgeving.
- Motief 2: Stakeholders gaan de samenwerking aan omdat ze één of meer voordelen ervan nodig hebben (Lawson, 2004). Beide diensten zien voordelen in de samenwerking. Ook wordt ingezien dat naar aanleiding van (actuele) ontwikkelingen beide diensten elkaar in de toekomst nodig hebben. Denk hierbij aan voordelen op het gebied van effectiviteit, efficiëntie, middelen, capaciteit, legitimiteit en vergroten van de dienstverlening, maar ook op het gebied van sociale ontwikkelingen worden voordelen gezien. Beide diensten willen voordeel halen uit de samenwerking. Waarbij vooral de brandweer iets nieuws wil bereiken. Wat zijn aansluiting vindt bij de theorie van Perry & Thomson (2008). Conform de theorie van Ordaz & Stinchomb (2007) wordt vanuit

de 'witte' kolom de kwaliteit vooral benoemd om de samenwerking oppervlakkig te houden en weg te blijven bij de risicovolle en voorbehouden medische handelingen.

- Motief 3: Stakeholders zijn bezorgd om buitengesloten te worden. Dat wil zeggen ze zijn bang door niet de samenwerking aan te gaan een belangrijke kans te missen of nog erger, hun legitimiteit, status en middelen te verliezen. (Lawson, 2004). Dit motief speelt bij de brandweer in het kader van hun maatschappelijke relevantie richting de toekomst. Volgens Boonstra (2017) kan de legitimiteit in de toekomst geborgd worden door de samenwerking aan te gaan.

Door de respondenten wordt overeenkomstig de theorie aangegeven dat er bij een eventuele samenwerking sprake moet zijn van een gezamenlijk doel en dat er een doelconsensus aan de basis ligt van de samenwerking (Garrett-Jones, Turpin, Burns, & Diment, 2005). Tevens bevestigen de respondenten dat helderheid in taakverdeling en verantwoordelijkheden voorwaarden zijn voor een succesvolle samenwerking. De respondenten verwachten hierin geen problemen, maar deze moeten overeenkomstig de theorie van Van den Bosch, Vlaar & Volberda (2006) wel geformaliseerd worden.

Volgens Provan & Kenis (2008) speelt wederzijds vertrouwen een grote rol bij een samenwerking. De respondenten op strategisch niveau erkennen dit en geven aan dat dit een vanzelfsprekendheid is. Op alle niveaus geven de respondenten aan dat het vertrouwen tussen beide diensten aanwezig is om de samenwerking met elkaar aan te gaan.

9.1.3. BEVORDERENDE EN BELEMMERENDE FACTOREN

Axelsson & Axelsson (2006) stellen dat het integreren van activiteiten van verschillende organisaties moeilijk is. Respondenten bevestigen dit, maar geven aan dat dit afhankelijk is van de activiteiten die het betreft en de samenwerkingsvorm die wordt aangegaan.

De door Axelsson & Axelsson (2006) aangegeven essentiële factoren die samenwerking complex maken of belemmeren komen overeen met de door de respondenten aangegeven factoren. Waarbij de wet- en regelgeving unaniem wordt benoemd als één van de grootste belemmerende factor voor een *samenwerking* op medisch gebied. Opvallend hierbij is, dat de brandweer vooral de geest van de regelgeving als uitgangspunt hanteert en de 'witte' kolom echt de letters van de wet hanteert. Ditzelfde geldt voor de verschillende informatiesystemen en databases. Vooral vanuit de 'witte' kolom wordt het delen van informatie zelfs als onoverkomelijk gezien, omdat dit in de wet is vastgelegd. Over de administratieve procedures geven respondenten aan dat binnen de ambulance- en brandweersector wordt gewerkt met verschillende gestandaardiseerde procedures, protocollen en veel administratieve

handelingen. De respondenten geven over het algemeen aan dat deze procedures niet als een belemmerende factor moeten worden gezien.

Overeenkomstig de theorie van Axelsson & Axelsson (2006) worden de financiën op strategisch- en tactisch niveau echt als een groot struikelblok gezien. Dit vanwege de financierings-systematiek van de ambulancezorg in Nederland.

Uit de interviews komt naar voren dat bureaucratie vooral wordt toebedeeld aan de 'witte' kolom en wordt door de diverse respondenten als een belemmerende factor gezien. Dit sluit aan bij Staren & Eckes (2013). Zij beweren dat de toenemende mate van strenge regels en bureaucratie het grootste probleem zijn om veranderingen binnen de gezondheidszorg te bewerkstelligen.

Samenwerken gaat ook over het vrijwillig loslaten van 'beetjes' autonomie (Kaats & Opheij, 2013). Volgens respondenten worden de ambulance en brandweer gezien als twee zelfstandige kolommen met een duidelijk gezicht. Samenwerking vraagt van beide kolommen aanpassingsvermogen en dus het loslaten van 'beetjes' autonomie. Respondenten geven aan dat dat de samenwerkingsvorm bepalend is voor de mate van autonomie die ingeleverd moet worden. Waarbij Helsloot (2012) aangeeft dat wanneer de samenwerking cruciaal is voor de effectiviteit en efficiency van een veiligheidsstelsel, de verschillende organisatieonderdelen onder één bestuur of ambtelijke leiding dienen te vallen om deze samenwerking af te dwingen. Hierover verschillen de respondenten op strategisch niveau van inzicht.

Voornamelijk respondenten op tactisch- en strategisch niveau realiseren zich dat de cultuuraspecten de samenwerking tussen ambulance en brandweer kunnen beïnvloeden. Maar in tegenstelling tot Schein (2006) speelt volgens hun de cultuur niet een cruciale rol in een eventuele samenwerking. Ook spreken zij Axelsson & Axelsson tegen dat cultuur de meest lastige barrières in de samenwerking is. Mogelijk wordt dit veroorzaakt omdat mensen van beide diensten nu ook al op straat met elkaar samenwerken. Volgens Boonstra (2010) dient er aandacht te zijn voor de symbolen en artefacten van beide organisaties. Dit wordt bevestigd door respondenten waarbij de ambulancedienst is onderbracht binnen de veiligheidsregio.

In de interviews wordt aangegeven dat de mensfactor, de medewerkers op de werkvloer, ook een belemmerende factor kan zijn. Dit los van de sociale- en culturele factoren, maar in het kader van draagvlak. In het theoretisch kader wordt beschreven dat de werknemers de support van de betrokken organisaties nodig hebben, maar dit blijkt andersom dus net zo belangrijk te zijn.

9.1.4. WELKE VORM VAN INTERPROFESSIELE SAMENWERKING?

Zoals gesteld in paragraaf 2.1.3. is interprofessionele samenwerking afgestemde zorg of dienstverlening waarbij professionals van ambulance en brandweer samenwerken. En waarbij een gezamenlijk doel is geformuleerd wat bijdraagt om de hoogste kwaliteit van zorg te kunnen bieden aan de inwoners van de Veiligheidsregio Amsterdam-Amstelland.

Tevens is vastgesteld dat interprofessionele samenwerking een algehele term is waar multi-, inter-, en transdisciplinaire samenwerking onder valt. De respondenten geven aan dat als de samenwerking wordt aangegaan dit in kleine stapjes moet gaan plaatsvinden. Dus feitelijk middels incrementele veranderingen. Hierbij is in aanvang sprake van een lage mate waarin door samenwerking daadwerkelijke nieuwe manieren van samenwerking ontstaan en een lage mate waarin professionals elkaars taken kunnen overnemen. Dit komt overeen met multidisciplinaire samenwerking. Deze vorm van samenwerken wordt zowel door respondenten van de brandweer als vanuit de 'witte' kolom aangegeven als het vertrekpunt. Hierbij moet volgens hun niet worden uitgesloten dat dit op termijn kan doorgroeien naar een transdisciplinaire samenwerkingsvorm, waarbij sprake is van een hoge mate waarin professionals elkaars taken kunnen overnemen en door samenwerking daadwerkelijk in hoge mate nieuwe manieren van samenwerking ontstaan, zoals bijvoorbeeld een paramedische dienst.

9.1.5. CREËERT DE SAMENWERKINGSVORM PUBLIEKE WAARDE?

In de interviews zijn door de respondenten verschillende mogelijkheden van praktisch- en theoretische mogelijkheden van operationele samenwerking tussen ambulance en brandweer aangegeven. Zoals beschreven in hoofdstuk 2 kan publieke waarde aan de hand van de balanced score card van Talbot (2008) gescoord worden. Waarbij de onderstaande vragen van belang zijn (Thaens, 2017):

a) Collectiviteit:

- Op welke wijze draagt een initiatief bij aan het gemeenschappelijk belang?

b) Autonomie:

- In welke mate draagt het initiatief ertoe bij dat burgers 'controle' blijven houden?

c) Veiligheid:

- Hoe verhoudt het initiatief zich tot de waarden die de samenleving beschouwd als belangrijk?

d) Persoonlijk nut:

- Welk voordeel heeft het initiatief voor mij als burger? (What's in it for me?)

SCOREN VAN PUBLIEKE WAARDE

De weging van de praktische- en theoretische mogelijkheden leidt tot onderstaand overzicht.

Mogelijkheid	Collectiviteit	Autonomie	Veiligheid	Persoonlijk nut
Tot samenwerking				
Praktische mogelijkheden				
Medische ondersteuning brandweer:				
• Opplussen basisniveau	X		X	
• Paramedics op de tankautospuit	X		X	X
• Rol als 2 ^e ambulance	X		X	X
• Terrorisme gevolg bestrijding	X		X	
• Ontsmetten mens en materieel			X	
• Structureel overleg			X	
Vakbekwaam worden en blijven				X
Operationele voorbereiding	X		X	
Personeelsbeleid			X	
Veilige leefomgeving	X	X	X	X
Facilitaire ondersteuning				
• Gezamenlijke huisvesting	X		X	
• Materiaal/Materieel	X		X	
Theoretische mogelijkheden				
	Collectiviteit	Autonomie	Veiligheid	Persoonlijk nut
Snellere hulpverlening aan de burger (cascade model)	X	X	X	X
Veiligheid en gezondheid in één winkel	X	X	X	X
Stip op de horizon (paramedische dienst)	X	X	X	X
Brandweer en zorgdifferentiatie	X	X	X	X

Tabel 8. Weging praktische- en theoretische mogelijkheden van samenwerking

LEGITIMITEIT EN VERTROUWEN

Om te bepalen of de mogelijkheden kunnen rekenen op een hoge mate van legitimiteit en vertrouwen is gekeken aan welk van de vier kwadranten de mogelijkheden tegemoet kwamen en of er sprake was van evenwicht tussen de kwadranten (Moore, 2013).

Onderstaande tabel 9 maakt duidelijk dat er diverse mogelijkheden tot samenwerking zijn die de publieke waarde creëren en welke het algemene vertrouwen en het vertrouwen dat burgers in de brandweer hebben niet zal ondermijnen. Daarnaast dragen deze mogelijkheden bij aan het behoud van legitimiteit van de brandweer. Wat volgens verschillende respondenten op strategisch niveau bijdraagt aan draagvlak bij de bestuurders (zie paragraaf 8.1. en 8.4.).

Praktische- en theoretische mogelijkheden	Omschrijving
Paramedics op de tankautospuiter	De tankautospuiter voorzien van een paramedic.
Rol als 2 ^e ambulance	De brandweer de rol van 2 ^e ambulance laten vervullen.
Veilige leefomgeving	Brandweer en ambulance samen inzetten voor het bevorderen van een veilige leefomgeving.
Snellere hulpverlening aan de burger	De brandweer in stedelijk gebied middels een cascade model inzetten voor een snellere medische hulpverlening aan de burger.
Veiligheid en gezondheid in één winkel	De ambulancedienst onderbrengen in de veiligheidsregio.
Stip op de horizon	Het oprichten van een paramedische dienst.
Brandweer en zorgdifferentiatie	Brandweerchauffeurs inzetten voor het laag- en midden complexe vervoer.

Tabel 9. Praktische- en theoretische mogelijkheden die dragen bij aan het creëren van publiek waarde

9.1.6. FASEN IN DE SAMENWERKING

Volgens Kaats & Opheij (2012) zijn er vijf fasen te onderscheiden in het ontwikkelingsproces van een samenwerkingsverband.

Ondanks dat in de interviews niet specifiek gesproken is over deze fasen, kwamen in een aantal interviews wel elementen van de verschillende fasen naar voren, zoals met het elkaar in gesprek gaan (fase 1), het verkennen van waar liggen de mogelijkheden op medisch gebied (fase 1), het verrichten van 'kop' werk, en het creëren van draagvlak (fase 2), het opstellen van een convenant (fase 3), het vastleggen van verantwoordelijkheden (fase 4) en het frequente met elkaar overleggen (structureel overleg) (fase 5).

Kijkende naar het theoretisch model dan zullen vanaf het inventariseren van de verschillende mogelijkheden tot aan het uitvoering geven van de samenwerkingsvorm de verschillende fasen doorlopen moeten worden. Waarbij per samenwerkingsvorm verschillende ontwikkelingsprocessen moeten worden doorlopen, waarvan de complexiteit van deze processen afhankelijk is van de aard en omvang van de samenwerkingsvorm.

9.2. ANALYSE MOGELIJKHEDEN TOT SAMENWERKING

In deze paragraaf worden de praktische- en theoretische mogelijkheden tot samenwerking vergeleken met de beschreven theorie.

9.2.1. SAMENWERKING IN ZIJN ALGEMEENHEID

Respondenten van beide diensten hebben een positieve attitude ten aanzien van samenwerking, waarbij overeenkomstig de theorie van Scholten (2017) wel duidelijk wordt dat *samenwerking* en *samen werken* door de respondenten ook als twee wezenlijk verschillende begrippen worden beleefd. De begrippen zijn in de interviews niet zo specifiek geduid, maar de positieve houding is vooral gelegen in vormen van praktische mogelijkheden van *samen werken*, waarbij vooral niet in het domein van de ‘witte kolom’ wordt getreden.

Positief omdat bij de praktische mogelijkheden in principe geen sprake is van ingrijpende wijzigingen van de bestaande organisaties. Wat pijn voorkomt binnen de (ambtelijke) organisaties en bij hun medewerkers.

De wens tot samenwerking is aan de zijde van de ‘witte’ kolom beduidend minder voelbaar dan aan de zijde van de brandweer. Dit wordt mogelijk veroorzaakt, omdat in het kader van dit onderzoek de indruk kan ontstaan dat de brandweer werk aan het zoeken is op een gebied waar de ambulance al zit. Onderwater wordt dit gevoeld en betiteld als een soort van broodroof.

“Schoenmaker blijf bij je leest”.

Uit de interviews blijkt dat de doelovereenstemming en de daarbij behorende wederzijdse afhankelijkheid vooral bij de theoretische mogelijkheden tot *samenwerking* nog in disbalans zijn. De behoefte tot samenwerking op dit vlak komt nu voornamelijk vanuit de zijde van de brandweer. Door deze disbalans kan de intentie tot *samenwerking* worden verstoord of zelfs geheel mislukken (Ordaz & Stinchcomb, 2007).

Vanuit de professie van de ‘witte’ kolom worden de theoretische mogelijkheden tot samenwerking gezien als een verlaging van de professionaliteit en kwaliteit van de ambulancezorg. Uit de interviews blijkt dat dit zelfs ook al speelt op operationeel niveau ten aanzien van de benoemde praktische mogelijkheden.

9.2.2. BELEMMERENDE FACTOREN

Overeenkomstig de theorie zijn er voor de praktische- en theoretische mogelijkheden een aantal belemmerende factoren, schotten in de samenwerking, herkenbaar.

Ondanks dat iedere kolom aangeeft dat de burger recht heeft op de snelste (medische) hulp, blijkt het geen vanzelfsprekendheid om de samenwerking richting het medisch domein aan te gaan. Verschillende respondenten uit de 'witte' kolom geven zelfs aan dat op dit gebied *samen werken* en *samenwerking* een negatieve uitwerking kan hebben op de huidige kwaliteit van de acute medische dienstverlening. Waarbij de wet- en regelgeving als een soort van 'last line off defence' ingezet wordt om dit kracht bij te zetten.

De inschatting van de invloed van de culturenverschillen tussen de twee diensten verschilt sterk met de theorie en de inzichten van de respondenten. De respondenten vinden in het algemeen dat de ambulance- en brandweercultuur niet essentieel afwijken en geven aan dat de cultuurverschillen beperkt en overbrugbaar zijn. Overeenkomstig de theorie worden de cultuurverschillen tussen organisaties gezien als een belangrijke belemmerende factor bij zowel *samenwerking* als *samen werken*. Volgens Gras (2013) speelden de cultuurverschillen zelfs een duidelijk rol waarom de samenwerking tussen verschillende brandweerkorpsen en ambulancediensten in het verleden gestopt is. De respondenten en literatuur geven aan dat het cultuur aspect vooral speelt bij verdergaande vormen van samenwerking. In het kader van dit onderzoek zijn dit de theoretische mogelijkheden van samenwerking. Deze vormen lijden tot ingrijpende(re) wijzigingen van de bestaande organisatie van de ambulance- en brandweezorg en hun culturen, zoals bijvoorbeeld in de praktijk geconstateerd bij de pilot met de Brambalance in de VRR.

Naast de factor cultuur spelen de financiën navenant ook een belangrijke rol bij de kans van slagen van de voorgestelde praktische- en theoretische mogelijkheden. Respondenten geven aan dat bij de verdergaande vormen van samenwerking het financiële aspect in hun ogen eigenlijk de meeste aandacht zal behoeven. Complicerende factor hierbij zijn de verschillende financieringssystematieken van beide diensten.

9.2.3. BESTUURLIJKE URGENTIE

Daarnaast blijkt uit de interviews dat voor de theoretische mogelijkheden tot *samenwerking* niet of nauwelijks een 'sense of urgency' aanwezig is. Omdat beide diensten een verschillende bestuurlijke aansturing hebben is er niet één verantwoordelijke bestuur(der) en daarmee ontbreekt een eenduidige en gelijke bestuurlijke aansturing van beide diensten. Beide observaties maken dat de bestuurlijke stimulans om de theoretische mogelijkheden tot *samenwerking* te realiseren nihil is.

“Maak onderbouwd aannemelijk met welke ontwikkeling wij als burgemeesters in de samenleving te maken hebben die er tien jaar gelden nog niet waren. Ontwikkelingen waar we op moeten gaan acteren en als we dit niet doen, waar krijgen we dan last van”.

Op dit moment ontbreekt vooral binnen de ‘witte’ kolom de sense of urgency om de verdergaande dagelijkse operationele *samenwerking* op medisch hulpverlening richting de burger aan te gaan. Ondanks de afwezige urgentie hebben verschillende respondenten vanuit de ‘witte’ kolom aangegeven een verkenning te willen uitvoeren waar de brandweer binnen de bestaande wet- en regelgeving wel een bijdrage kan leveren aan een snellere medische hulpverlening richting de burger. Waarbij wordt opgemerkt dat het verstandig is om het bestuur hierbij in een vroegtijdig stadium te laten aanhaken.

9.3. DEELCONCLUSIE

In de onderstaande tabel zijn de praktische- en theoretische mogelijkheden tot samenwerking die bijdragen aan het creëren van publieke waarde samengevat.

Praktische- en theoretische mogelijkheden tot samenwerking <i>(Welke bijdragen aan het creëren van publieke waarde voor de brandweer)</i>	
Mogelijkheid tot samenwerking:	Praktisch-/theoretisch
Medische ondersteuning brandweer: <ul style="list-style-type: none"> Invoeren van paramedics op de tankautospuiter 	Praktisch
Medische ondersteuning brandweer: <ul style="list-style-type: none"> Brandweer in de rol van 2^e ambulance 	Praktisch
Veilige Leefomgeving: <ul style="list-style-type: none"> Brandweer en ambulance samen inzetten voor het bevorderen van een veilige leef- en woonomgeving 	Praktisch
Snellere hulpverlening aan de burger: <ul style="list-style-type: none"> Brandweer in stedelijk gebied volgens een cascade model standaard laten uitrukken bij de urgentieclassificatie A0 in stedelijk gebied (tijdkritische patiënten) 	Theoretisch
Veiligheid en gezondheid in één winkel: <ul style="list-style-type: none"> Ambulancezorg onderbrengen in de veiligheidsregio 	Theoretisch
Brandweer en zorgdifferentiatie: <ul style="list-style-type: none"> Brandweerchauffeurs inzetten voor laag- en midden complex ambulancevervoer 	Theoretisch
Brandweer en zorgdifferentiatie: <ul style="list-style-type: none"> Brandweer inzetten als nieuwe laag binnen de zorg differentiatie (vervoerder van laag- en midden complexe zorg patiënten) 	Theoretisch
Stip op de horizon: <ul style="list-style-type: none"> Het binnen de VrAA oprichten van een paramedisch dienst (EMS-dienstverleningsmodel volgens het “scoop and run”) 	Theoretisch

Tabel 10. Praktische- en theoretische mogelijkheden tot samenwerking die publieke waarde creëren

Er blijken dus diverse mogelijkheden tot samenwerking, die bijdragen aan het creëren van publieke waarde voor de brandweer. Gezien het ontbreken van een gevoel van urgentie en een verschillende bestuurlijke aansturing van de ambulance en brandweer binnen de VrAA lijken de theoretische mogelijkheden tot *samenwerking* op dit moment geen kans van slagen te hebben.

Mogelijke uitzondering hierop is de samenwerking op het gebied van een snellere medische hulpverlening aan de burger. Gezien de actualiteit van een aantal ontwikkelingen, in combinatie met de aangekondigde verbeteringen m.b.t. de urgentie-indeling binnen de ambulancezorg, is nu het moment aangebroken om deze samenwerking te gaan verkennen.

10. CONCLUSIE EN AANBEVELINGEN

In dit hoofdstuk wordt de centrale onderzoeksvraag beantwoord. Daarna worden de eindconclusie met de daaraan verbonden aanbevelingen gepresenteerd.

10.1. CONCLUSIE CENTRALE ONDERZOEKSVRAAG

De centrale onderzoeksvraag is als volgt geformuleerd:

Welke mogelijkheden van interprofessionele samenwerking op operationeel niveau tussen ambulance en brandweer dragen bij aan het creëren van meer publieke waarde voor de Veiligheidsregio Amsterdam-Amstelland?

De komende jaren dient zich een aantal ontwikkelingen aan die van invloed zijn op de gehele samenleving en leiden tot vraagstukken. Vraagstukken die ook van toepassing zijn op de toekomstige inrichting van de ambulance- en brandweertzorg. Het signaleren en oplossen van dergelijke vraagstukken is in het belang van de burger niet het specifieke probleem van alleen de ambulancedienst of de brandweer, maar van de gehele samenleving. Dit vraagt om afstemming en gezamenlijk werken aan oplossingen. De ontwikkelingen nopen dan ook tot nieuwe vormen van samenwerking. In het belang van een toekomstbestendige gegarandeerde snelle (medische) hulpverlening aan burgers kan *samenwerking* tussen ambulance en brandweer één van die nieuwe vormen binnen het maatschappelijk domein zijn.

De huidige samenwerkingsvorm tussen ambulance en brandweer binnen de Veiligheidsregio Amsterdam-Amstelland kenmerkt zich door een (zeer) lage mate van gemeenschappelijke taken, taken waarbij de professionals van beide diensten elkaars taken kunnen overnemen en waarbij geen nieuwe manieren van samenwerking ontstaan (unidisciplinaire samenwerking). Uit dit onderzoek blijkt dat er diverse mogelijkheden van samenwerking tussen ambulance en brandweer te benoemen zijn, waarbij professionals van beide diensten elkaars taken in meer of mindere mate kunnen overnemen en door de samenwerking aan te gaan daadwerkelijke nieuwe manieren van samenwerking kunnen ontstaan, waarbij op termijn een transdisciplinaire samenwerkingsvorm tot de mogelijkheden kan behoren.

Bij samenwerking tussen beide diensten is het belangrijk dat er sprake is van doel-overeenstemming tussen beide organisaties. Beide organisaties dienen voor een gezamenlijke samenwerkingsambitie elkaars ambitie en belangen te kennen en vertrouwen te hebben in de relatie. Men moet elkaar dus respecteren en duidelijk voor ogen hebben wat hun taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden zijn. Waarbij afspraken, rechten en plichten moeten worden vastgelegd. Tevens is het belangrijk dat men bereid is om autonomie in te leveren en aandacht heeft voor de benoemde belemmerende actoren en factoren.

Kijkende naar de mogelijkheden die tevens bijdragen aan het creëren van publieke waarde dan kan geconcludeerd worden dat de onderstaande mogelijkheden in tabel 11 het antwoord op de centrale onderzoeksvraag geven. Doormiddel van deze mogelijkheden van interprofessionele samenwerking kan een publieke organisatie als de brandweer erin slagen om op korte- en lange termijn diensten te leveren die collectief door het publiek en de politiek als waardevol worden beschouwd.

Mogelijkheden van interprofessionele samenwerking op operationeel niveau: <i>(Welke bijdragen aan het creëren van publieke waarde voor de Veiligheidsregio Amsterdam-Amstelland)</i>	
Mogelijkheid	Interprofessionele samenwerkingsvorm
Praktische mogelijkheid tot <i>samen werken</i>	
Invoeren van paramedics op de tankautospuiter	Unidisciplinair
Brandweer in de rol van 2 ^e ambulance	Multidisciplinair
Brandweer en ambulance samen inzetten voor het bevorderen van een veilige leef- en woonomgeving	Interdisciplinair
Theoretische mogelijkheid tot <i>samenwerking</i>	
Brandweer in stedelijk gebied middels een cascade model standaard laten uitrukken bij de urgentieclassificatie A0 (tijdkritische patiënten)	Interdisciplinair
Ambulancezorg onderbrengen in de veiligheidsregio	Multidisciplinair Transdisciplinair (directie en staf)
Brandweerchauffeurs inzetten voor laag- en midden complex ambulancevervoer	Interdisciplinair
Brandweer inzetten als nieuwe laag binnen de zorg differentiatie (vervoerder van laag- en midden complexe zorg patiënten)	Interdisciplinair
Het oprichten van een paramedische dienst binnen de VrAA. (EMS-dienstverleningsmodel volgens het "scoop and run")	Transdisciplinair

Tabel 11. Mogelijkheden van samenwerking als antwoord op de centrale onderzoeksvraag.

10.2. EINDCONCLUSIE

Op basis van dit onderzoek kan geconcludeerd worden dat bij beide diensten een positieve attitude aanwezig is om de samenwerking met elkaar aan te gaan. Hiertoe zijn diverse mogelijkheden tot *samen werken* en *samenwerking* die bijdragen aan het creëren van publiek waarde voor de brandweer. Daarnaast is geconstateerd dat er ook mogelijkheden zijn die niet bijdragen aan het creëren van publieke waarde, maar zeker in het kader van effectiviteit en efficiency interessant genoeg zijn om hier als brandweer en ambulancedienst met elkaar het gesprek over aan te gaan.

De eerder benoemde positieve houding is vooral gelegen in vormen van praktische mogelijkheden van *samen werken*, die vooral bijdragen aan de effectiviteit en efficiency van de dienstverlening en bedrijfsvoering van de ambulancedienst en brandweer. Daarnaast positief, omdat bij de benoemde praktische mogelijkheden in principe geen sprake is van ingrijpende wijzigingen in de autonomie en cultuur van de beide organisaties. Denk hierbij aan het invoeren van paramedics op de tankautospuiten, de brandweer inzetten als tweede ambulance en het gezamenlijk verrichten van activiteiten m.b.t. het creëren van een veilige leef- en woonomgeving.

Ondanks dat iedere kolom aangeeft dat de burger recht heeft op de snelste (medische) hulp, is de wens tot echte *samenwerking* op dit gebied aan de zijde van de 'witte' kolom beduidend minder voelbaar dan aan de zijde van de brandweer. Op dit moment is er dan ook sprake van een disbalans met betrekking tot de meeste mogelijkheden op dit gebied.

Alhoewel er diverse mogelijkheden tot *samenwerking* zijn die bijdragen aan het creëren van publieke waarde voor de brandweer, ziet het er naar uit dat deze mogelijkheden vanwege het ontbreken van een 'sense of urgency' en een gezamenlijke 'baas' voor beide diensten voorlopig geen kans van slagen hebben.

Denkbare uitzondering hierop is de mogelijkheid om de brandweer te laten uitrukken bij tijdskritische patiënten. Binnen de 'witte' kolom is namelijk een lichte 'sense of urgency' voelbaar als gevolg van een aantal ontwikkelingen die op termijn de ambulancezorg gaan raken. Deze ontwikkelingen in combinatie met de behoefte aan gedifferentieerde urgenties binnen de ambulancezorg biedt een window of opportunity tot *samenwerking*. Voor deze kans is nu het momentum om als brandweer en ambulancedienst met elkaar het gesprek over *samenwerking* aan te gaan en dit in samenspraak met het bestuur te organiseren.

10.3. AANBEVELENDE BESCHOUWING

Het beantwoorden van de centrale onderzoeksvraag en de eindconclusie leiden tot de onderstaande aanbevelingen om de mogelijkheden tot samenwerking tussen Ambulance Amsterdam en Brandweer Amsterdam-Amstelland vorm te geven.

Bij dit vormgeven dient rekenschap gehouden te worden met de constatering dat een aantal mogelijkheden, hoe zeer zij ook een bijdrage leveren aan de publieke waarde, vanwege het ontbreken van een 'sense of urgency' en een gezamenlijke 'baas' voorlopig geen kans van slagen hebben. Daarom wordt in onderstaande aanbevelingen een onderscheid gemaakt tussen algemene aanbevelingen en aanbevelingen die bijdragen aan *samen werken* (kans van slagen) en *samenwerking* (voorlopig geen kans van slagen).

10.3.1. AANBEVELINGEN IN HET KADER VAN SAMEN WERKEN

1. Plus het medisch basisniveau van de Brandweer Amsterdam-Amstelland in samenwerking met de Ambulance Amsterdam in de gehele regio op middels een gecombineerd vakbekwaamheidsprogramma. Combineer dit met een gezamenlijk opgesteld oefenprogramma.
2. Stel een businesscase op voor het invoeren van een paramedic op de beroepstankautosputen binnen Amsterdam-Amstelland. Maak hierbij de koppeling met het nieuw te ontwikkelen in-, door- en uitstroombesluit en de aankomende taakdifferentiatie brandweer.
3. Ga in gesprek met de Ambulance Amsterdam om te onderzoeken in hoeverre beide diensten gezamenlijk een bijdrage kunnen leveren aan een veilige leef- en woonomgeving. Laat dit aansluiten bij de ambitie om binnen de VrAA in 2025 100.000 hulpverleners te hebben en overweeg om dit te laten aan te sluiten bij de doorontwikkeling van het programma brandveilig leven 2.0¹².
4. Stel een businesscase op voor het inzetten van de brandweer als 2^e ambulance. Maak hierbij onderscheid tussen beroeps- en vrijwillige tankautosputen.

10.3.2. AANBEVELINGEN IN HET KADER VAN SAMENWERKING

5. Onderzoek middels een businesscase de mogelijkheden om samen met Ambulance Amsterdam tot een cascade model te komen voor medische ondersteuning van de brandweer bij tijdskritische patiënten. Neem hierbij de aankomende wijzigingen m.b.t.

¹² BVL 2.0: Binnen BAA loopt een onderzoek om te bepalen hoe Brandveilig Leven meer van kwantiteit (aantal te plaatsen rookmelders/jaar) naar kwalitatieve veiligheid kan groeien (gerichte advisering o.a. in combinatie met het plaatsen van rookmelders).

de urgentieclassificatie A0 binnen de ambulancesector als uitgangspunt mee. Leg de focus bij deze businesscase in eerste instantie op de beroepskazernes. Dit vanwege de bestuurlijke aandacht richting de beroepskazernes en het significante tijdsverschil tussen de opkomsttijd van de brandweer en de responstijd van de ambulancedienst in de stad Amsterdam.

6. Om de consequenties van het invoeren van een EMS-dienstverleningsmodel op de gehele (acute) zorgketen goed in beeld te kunnen brengen is het advies om een (internationaal) vergelijkend onderzoek te doen naar de totale systeemkosten per vervoerde patiënt en naar de totale systeemkosten per hoofd van de bevolking.

10.3.3. ALGEMENE AANBEVELINGEN

7. Draag er zorg voor dat er tussen Ambulance Amsterdam en Brandweer Amsterdam-Amstelland frequent en structureel overleg gaat plaatsvinden op operationeel- en tactisch niveau. Dit vanwege het afstemmen en evalueren van de huidige samenwerking op straat, maar ook om als beide diensten elkaars ambitie en belangen te kennen en het vertrouwen naar elkaar verder uit te bouwen.
8. Begin met incrementele (praktische) veranderingen ten aanzien van de samenwerking. Zorg dat de het strategisch niveau van beide organisatie de steun en kaders bieden, maar laat de veranderingen bij voorkeur van de werkvloer komen. Zorg hierbij dat de initiatieven vanuit de inhoud voortkomen en niet vanwege bezuinigingen of structuurveranderingen.
9. Betrek bij het opstellen van de businesscases vroegtijdig het bestuur. Benoem in de businesscases de mogelijke bestuurlijke risico's en laat de uitkomsten van de businesscases bestuurlijk bekrachtigen. Ondanks dat de mogelijkheden die worden aangedragen in Europa en Amerika volledig geaccepteerd worden, kan het voor de burger op straat ervaren worden dat de directe zorg op straat minder zal worden. In die gevallen waarbij het tijdens de medische hulpverlening op straat misgaat, kan dit bestuurlijke onrust veroorzaken.
10. Voer als veiligheidsregio de gesprekken met Ambulance Amsterdam over de aankomende ontwikkelingen en vraagstukken die binnen de kolommen van ambulance- en brandweezorg actueel zijn of gaan worden. Bespreek hierbij de verschillende mogelijkheden tot samenwerking en houdt hierbij de uitkomsten van het onderzoek van de OOV naar de aanpak van de Covid-19 crisis, de inrichting van het zorglandschap, de financiering van de gezondheidszorg en de aangekondigde extra bezuinigingen nauwlettend in de gaten.

11. Het management dient bij de uitwerking van de mogelijkheden aandacht te hebben voor de organisatiecultuur en identiteit van beide organisaties. Hierbij kan het model van cultuuronderhoud worden gehanteerd (Neuijen & Sanders, 1992).
12. Neem bij het uitwerken van de verschillende mogelijkheden tot samenwerking rekenschap met de benoemde bevorderende en belemmerende factoren en actoren.

11. DISCUSSIE

VALADITEIT VAN HET ONDERZOEK

Het vergelijkend onderzoek had als doelstelling om te leren van de wijze waarop de medische brandweerondersteuning of -assistentie aan de geneeskundige hulpverlening in de ons omringende landen is georganiseerd. Opgemerkt dient te worden dat in het vergelijkend onderzoek drie specifieke korpsen zijn onderzocht, maar dat de invulling van brandweerondersteuning of -assistentie aan de geneeskundige hulpverlening binnen een land kan verschillen. Desondanks dat in Amerika bijna alle brandweerkorpsen dringende medische diensten verlenen (Edwards, Van Olden, & Van Vugt, 1994), is Amerika vanwege de reisafstand niet in het vergelijkend onderzoek betrokken. Achteraf gezien is dit jammer, want uit literatuuronderzoek is gebleken dat daar veel onderzoek en ervaring is met het oprichten van samenwerkingsverbanden tussen brandweerkorpsen en ambulancediensten.

Voor de interviews op operationeel niveau heb ik gebruik gemaakt van een zelf ontworpen digitale vragenlijst met behulp van de website Onderzoekdoen.nl. Ondanks dat ik de vragenlijst door een drietal ervaringsdeskundigen binnen de ambulance- en brandweersector vooraf heb laten testen, bleek dat diverse respondenten de vragenlijst te lang vonden. Hierdoor is het aannemelijk dat respondenten de vragenlijst hebben afgeraffeld. Daarnaast hebben diverse respondenten niet altijd de gevraagde toelichting ingevuld. Dit had ik achteraf gezien kunnen borgen in de opzet van de vragenlijst.

Het aantal deelnemers aan de digitale vragenlijst (enquête) is niet op wetenschappelijk wijze onderbouwd. Door gebrek aan kennis op dit onderdeel heb ik het aantal deelnemers binnen de brandweer pragmatisch vastgesteld en hierbij gekeken naar een gemêleerde samenstelling van bevelvoerders en manschappen die als vooruitstrevend of weinig veranderingsgezin te boek staan. Binnen de ambulancedienst had ik graag meer respondenten gewild, maar het verkrijgen van namen verliep dermate moeizaam dat ik heb gehouden bij een afspiegeling van medewerkers uit twee teams die volgens de teammanagers in cultuur verschillen qua opvattingen en werkhouding. Ik realiseer mij dat bij deze aanpak van een selecte steekproef, de steekproefgrootte mogelijk niet voldoende is geweest voor een valide en betrouwbaar onderzoek. De uitslagen van de steekproef zijn in dit onderzoek puur als indicatief van aard gebruikt, dat wil zeggen om een eerste indruk te krijgen over wat de gedachten op de werkvloer zijn ten aanzien van een mogelijke samenwerking op operationeel niveau.

De digitale vragenlijst is bewust uitgezet onder beroepsbrandweerpersoneel omdat de focus voor het creëren van publieke meerwaarde vanuit het bestuur ligt op de beroepskazernes. Gezien de aankomende taakdifferentiatie binnen de brandweer had het verstandig geweest om ook de gedachten van het vrijwillig uitrukpersoneel ten aanzien van samenwerking te peilen.

12. LITERATUURLIJST

- Adler, S., Bryk, E., Cesta, T., & McEachen, I. (1995). Collaboration: the solution to multidisciplinary care planning. *Orthopedic Nursing (14)*, 21-29.
- Algemeen Dagblad. (2019, Oktober 1). *Politiek*. (E. v. Aa, Redacteur) Opgeroepen op Februari 21, 2020, van Algemeen Dagblad: <https://www.ad.nl/politiek/ambulance-in-steeds-meer-regio-s-zorgwekkend-vaak-te-laat~a21c4f78/>
- Ambulance Amsterdam. (2021). *Responstijden 2018-2019-2020*. Amsterdam: Ambulance Amsterdam.
- Ambulance Amsterdam. (sd). *Hoe werkt het?* Opgeroepen op Maart 3, 2021, van Ambulance Amsterdam: <https://ambulanceamsterdam.nl/hoewerkthet/hoewerkte-het>
- Ambulance Amsterdam. (sd). *Over ons*. Opgeroepen op Maart 13, 2021, van Ambulance Amsterdam: <https://ambulanceamsterdam.nl/overons/organisatie>
- Ambulance-Amsterdam. (2019, Augustus 12). Verzoek om samenwerking gebruik kazernes voor ambulances. *Ambulance Amsterdam*. Amsterdam.
- Ambulanceblog. (2014, April 23). *Reportage: Scandinavische AirAmbulance*. Opgeroepen op April 15, 2020, van Ambulanceblog: <https://www.ambulanceblog.nl/reportage-scandinavische-airambulance/>
- Ambulancezorg Nederland. (2018, Februari). *Nota goede ambulancezorg*. Opgeroepen op Maart 18, 2020, van Ambulancezorg Nederland: [file:///C:/Users/Media%20Markt%20Cruquius/Downloads/Nota%20Goede%20ambulancezorg%202018%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/Media%20Markt%20Cruquius/Downloads/Nota%20Goede%20ambulancezorg%202018%20(3).pdf)
- Ambulancezorg Nederland. (2018). *Nota goede ambulancezorg*. Zolle: Ambulancezorg Nederland.
- Ambulancezorg Nederland. (2019, Maart). *Actuele ontwikkelingen ambulancesector*. Opgeroepen op Maart 19, 2021, van Ambulancezorg Nederland: <https://www.ambulancezorg.nl/themas/ambulancezorg-in-nederland/ontwikkelingen-in-de-ambulancezorg>
- Ambulancezorg Nederland. (2020). *Sectorkompas Ambulancezorg Tabellenboek 2019*. Zwolle: Ambulancezorg Nederland.
- Ambulancezorg Nederland. (sd). *Ambulancezorg*. Opgeroepen op Februari 21, 2020, van Ambulancezorg Nederland: <https://www.ambulancezorg.nl/themas/ambulancezorg-in-nederland/regionale-ambulancevoorziening/de-regionale-ambulancevoorziening>
- Ambulancezorg Nederland. (sd). *Ambulancezorg*. Opgeroepen op Maart 13, 2021, van Ambulancezorg Nederland: <https://www.ambulancezorg.nl/ambulancezorg>
- Ambulancezorg Nederland. (sd). *Ontwikkelingen in de ambulancezorg*. Opgeroepen op Maart 19, 2021, van Ambulancezorg Nederland: <https://www.ambulancezorg.nl/themas/ambulancezorg-in-nederland/ontwikkelingen-in-de-ambulancezorg>
- Ambulancezorg Nederland. (sd). *Urgentieclassificaties*. Opgeroepen op Maart 21, 2021, van Ambulancezorg Nederland: <https://www.ambulancezorg.nl/themas/actieplan-ambulancezorg/optimale-inzet-ambulancezorg/2.1-urgentieclassificaties>
- Amsterdam-Amstelland, V. (2017). *Regionaal Risicoprofiel*. Amsterdam: Veiligheidsregio Amsterdam-Amstelland. Opgehaald van Veiligheidsregio Amsterdam-Amstelland.

- Arnold, J. (1999, Januari 1). International emergency medicine and the recent development of emergency medicine worldwide. *Annals of Emergency Medicine*, 1(33), 97-103.
- Axelsson, R., & Axelsson, S. B. (2006, Januari-Maart). Integration and collaboration in public health—a conceptual framework. *International Journal of Health Planning en Management*, 75-88.
- Baarda, B. (2014). *Dit is onderzoek*. Groningen: Noordhoff.
- Baarda, B., Bakker, E., Fischer, T., Julsing, M., Peters, V., & Velden, T. v., & Goede, M. d. (2013). *Basisboek Kwalitatief Onderzoek. Handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek*. Groningen: Noordhoff.
- Baars, M. (2015, November 26). *Hoe is het afgelopen met de Brambulance*. Opgeroepen op April 30, 2021, van Marieka Baars BHV en Bedrijfscontinuïteit: <https://www.mariekabaars.nl/nieuws-en-opinie/hoe-is-het-afgelopen-met-de-brambulance/>
- Bakker, H. (2012). Meer oog voor weerbaarheid. *GRIP 4*, 27-29.
- Battle-Bryant, R. (2009). *Document Preview*. Opgeroepen op Maart 10, 2021, van ProQuest: <https://search.proquest.com/openview/4f4020552a0cf862e080823cdaff7120/1?pq-origsite=gscholar&cbl=18750&diss=y>
- Berben, S., Van de Glind, I., & Vloet, L. (2014). *KENNIS MAAKT HET VERSCHIL ONDERZOEK IN DE LIFT: Ontwikkeling van de Landelijke Onderzoeksagenda Ambulancezorg 2014-2018*. Nijmegen: Ambulancezorg Nederland-Hogeschool van Arnhem en Nijmegen.
- Berenschot. (2019, November 7). Grip krijgen op de omgeving. *Workshop # Module H MCPM7*. Utrecht.
- Binnenlands Bestuur. (2020, juli 14). *Bestuur en Organisatie*. Opgehaald van Binnenlands Bestuur: <https://www.binnenlandsbestuur.nl/bestuur-en-organisatie/kennispartners/bmc/driekwart-van-de-gemeenten-voorziet-extra.13863960.lynkx>
- Boonstra, J. (2010). *Leiders in Cultuurverandering*. Assen: Van Gorcum.
- Boonstra, J. (2017). *Veranderen van Maatschappelijke organisaties*. Amsterdam: Uitgeverij Business Contact.
- Bos, N., De Boer, D., & Rolink, M. (2019). *Urgentie in de ambulancezorg en de acute eerstelijns zorgketen: Een verantwoording voor de urgentie-indeling*. Utrecht: Nivel.
- Bos, N., Krol, M., Charlotte, V., & Plas, A. M. (2015). *Ambulance care in Europe*. Utrecht: Nivel.
- Bovens, M., 't Hart, P., Van Twist, M., Van den Berg, C., Van der Steen, M., & Tummers, L. (2017). *Openbaar Bestuur beleid, organisaties en politiek*. Alphen aan de Rijn: Wolters Kluwer.
- Brandweer Amsterdam. (2002, December 23). Reanimeren met AED vast onderdeel Brandweer Amsterdam. *Brandweer Amsterdam*. (A. communicatie, Red.) Amsterdam: Brandweer Amsterdam. Opgeroepen op januari 5, 2020, van Brandweer Amsterdam-Amstelland: <https://www.brandweer.nl/amsterdamamstelland/het-korps/historie/brandweer-van-de-21ste-eeuw>
- Brandweer Amsterdam-Amstelland. (2017). *Dekkingsplan 2018-2021*. Amsterdam: Brandweer Amsterdam-Amstelland.
- Brandweer Amsterdam-Amstelland. (2018, December). *Wanneer wordt je hoofdbrandwacht+ (senior manschap +)?* Opgeroepen op Maart 28, 2021, van

https://sharepoint.brandweeramsterdam.nl/intranetdocumenten/_layouts/15/WopiFrame2.aspx?sourcedoc=/intranetdocumenten/Personeel%20en%20Organisatie/procedure%20hwt%20plus%20senior%20manschap%20plus%20apr19.docx&action=default

Brandweer Amsterdam-Amstelland. (2019, Mei 25). Bijeenkomst 2e managementlaag brandweer Amsterdam-Amstelland. *Brandweearena*. Amsterdam.

Brandweer Amsterdam-Amstelland. (2021). *Incidenten & Inzetten medische assistentie*. Amsterdam: Brandweer Amsterdam-Amstelland afdeling IM.

Brandweer Amsterdam-Amstelland. (sd). *Historie*. (A. communicatie, Redacteur) Opgeroepen op januari 5, 2020, van Brandweer Amsterdam-Amstelland: <https://www.brandweer.nl/amsterdamamstelland/het-korps/historie/brandweer-van-de-21ste-eeuw>

Brandweer Brussel. (2020, December 22). Voor- en nadelen van een brandweer die brandbestrijding en medische noodhulp combineert.

Brandweer loopbaan. (sd). *Wat is tweede loopbaanbeleid bij de brandweer?* Opgeroepen op Maart 20, 2021, van Brandweer loopbaan: <https://brandweer-loopbaan.nl/wat-is-tweede-loopbaanbeleid-bij-de-brandweer-2/>

Brandweer Nederland. (2016). *Brandweer over morgen*. Opgeroepen op Februari 25, 2020, van Brandweer Nederland: <https://www.brandweer.nl/media/4153/bom0716-def-lr.pdf>

Brandweer Nederland. (2020). *Landelijke visie hulpverlening brandweer*. Arnhem: Brandweer Nederland.

Brandweer Nederland. (sd). *Ons werk*. Opgeroepen op Maart 20, 2021, van Brandweer Nederland: <https://www.brandweer.nl/ons-werk>

Brandweer Nederland. (sd). *ons-werk/specialisme-ibgs*. Opgeroepen op Maart 27, 2021, van Brandweer Nederland: <https://www.brandweer.nl/ons-werk/specialisme-ibgs>

Brandweer Nederland. (sd). *Terrorismegevolgbestrijding*. Opgeroepen op Maart 20, 2021, van Brandweer Nederland: <https://www.brandweer.nl/ons-werk/terrorismegevolgbestrijding>

Bremenkamp, R., & Kaats, E. O. (2009). Een nieuw kijkglas voor een heldere blik op samenwerking. *Holland Management Review*, 2-9 & 28-37.

Bronstein, R. (2003, Juli). A model for interdisciplinary collaboration. *Social Work*, 297-306.

Bunn, F., Kelly, A., Kwan, I., Roberts, I., & Sethi, D. (2010). *Advanced trauma life support training for ambulance crews*. Opgeroepen op April 4, 2021, van National Library of Medicine: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11406080/>

Cameron, P. A. (2014). International emergency medicine: past and future. *Emergency medicine Australasia*, 1(26), 50-55.

Castrillo-Riesgo, L., Edward, S., Fischer, M., Heister, U., Hoefl, A., Krafft, T., . . . Wierich, D. (2003). Comparison of the emergency medical services systems of Birmingham and Bonn: process efficacy and cost effectiveness. *Anesthesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther*, 10(38), 630-642.

CBS. (2019, November 15). *Branden en hulpverleningen; meldingen bij de brandweermeldkamer, regio*. Opgehaald van CBS: <https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/83121NED/table?fromstatweb>

- CBS. (2019, December 4). *Dagelijks 13 doden door een val*. Opgeroepen op Mei 7, 2021, van CBS: <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2019/49/dagelijks-13-doden-door-een-val>
- CBS. (2020, Maart 6). *Brandweer*. Opgehaald van Centraal Bureau voor de Statistiek: <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2020/10/hulpverlening-steeds-belangrijker-deel-inzet-brandweer>
- CBS. (2020, December 16). *Prognose: 18,4 miljoen inwoners in 2060*. Opgeroepen op Maart 21, 2021, van CBS: <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2017/51/prognose-18-4-miljoen-inwoners-in-2060>
- CBS. (sd). *Dossier-Vergrijzing*. Opgeroepen op Maart 21, 2021, van CBS: <https://www.cbs.nl/nl-nl/dossier/dossier-vergrijzing>
- Conn, A. K., & Smith, M. R. (2009). Prehospital care – Scoop and run or stay and play? *Elsevier*, 4(40), S23-S26.
- D'Amour, D., & Oandasan, I. (2005). Interprofessionalism as the field of interprofessional practice and interprofessional education: An emerging concept. *Journal of Interprofessional Care*, 8-20.
- Davis, J. H., Mayer, R. C., & Schoorman, F. D. (1995, Juli). *Advanced Search*. Opgeroepen op december 20, 2020, van JSTOR: https://www.jstor.org/stable/258792?seq=1#metadata_info_tab_contents
- De Bruijn, H., & Ten Heuvelhof, E. (2017). *Management in netwerken*. Den Haag: Boom bestuurskunde.
- De Heus, P., Van der Leerden, R., & Gazendam, G. (1995). *Toegepaste data-analyse: Technieken voor niet experimenteel onderzoek in de sociale wetenschappen*. Maarsse: Elsevier/De Tijdstroom.
- De Jong, T. (2016). *Dealing with dysfunction: Innovative problem solving in the public sector*. Washington: Brookings Institution Press.
- De Kunst van Anders. (2021, Maart 6). *Samen sterk staan: vertrouwen als basis voor samenwerken*. Opgehaald van De Kunst van Anders: <https://www.dekunstvananders.nl/samenwerken-teambuilding-vertrouwen-is-basis/>
- De Lange, R., Schuman, H., & Montesano Montessori, N. (2016). *Praktijkgericht onderzoek voor reflectieve professionals*. Antwerpen-Apeldoorn: Garant.
- De Telegraaf. (2021, Maart 16). *Financieel; 'Coronacrisis heeft blijvend effect op toerisme in Amsterdam'*. Opgehaald van De Telegraaf: <https://www.telegraaf.nl/financieel/323051701/coronacrisis-heeft-blijvend-effect-op-toerisme-in-amsterdam#:~:text=Door%20de%20coronacrisis%20komen%20volgens,vergelijking%20met%20een%20jaar%20eerder.>
- De Waal, V. (2018). *Interprofessioneel werken en innoveren in teams*. Bussum: Boom.
- Deddens, G., & Van Schie, E. (2014). *Evaluatie EHV/17-355*. Rotterdam: Veiligheidsregio Rotterdam-Rijnmond.
- Delden, P. J. (2009). *Samenwerking in de publieke dienstverlening*. Delft/Zutphen: Eburon.
- Dick, W. F. (2003). Anglo-American vs. Franco-German Emergency Medical Services System. *Prehospital and Disaster Medicine*, 1(18), 29-37.
- Dozy, M. (2012, April). *Kennis en onderzoek*. Opgehaald van Politieacademie.nl: <https://www.politieacademie.nl/kennisonderzoek/kennis/mediatheek/PDF/88250.PDF>
- Edwards, M., Van Olden, G., & Van Vugt, A. (1994, November 18). *Vergelijking van spoedeisende ambulancehulpverlening in Nederland en de V.S.; is de situatie in Nederland optimaal?* Opgeroepen op

- April 20, 2020, van Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde:
<https://www.ntvg.nl/artikelen/vergelijking-van-spoedeisende-ambulancehulpverlening-nederland-en-de-vs-de-situatie/volledig>
- Egelston, B., Frey, K., G.J., J., Nathens, A., Mackenzie, E., Rivara, F., . . . Scharfstein, D. (2006, Januari 26). A national evaluation of the effect of trauma-center care on mortality. *N Engl J Med*, 4(354), 366-378.
- Evaluatiecommissie Wet veiligheidsregio's. (2020). *Evaluatie Wet veiligheidregio's: naar toekomstbestendige crisisbeheersing en*. Evaluatiecommissie Wet veiligheidsregio's.
- Expo. (sd). *Fasen en dynamiek in een samenwerking*. Opgeroepen op Maart 5, 2021, van Expo:
<https://www.expo.be/fasen-en-dynamiek-in-eeen-samenwerking>
- Fay, D., Borrill, C., Amir, Z., Haward, R., & West, M. A. (2006). Getting the most out of multidisciplinary teams: A multi-sample study of team innovation in health care. *Journal of Occupational and Organizational Psychology* (, 553–567.
- Fleischmann, T., & Fulde, G. (2007). Emergency medicine in modern Europe. *Emergency Medicine Australasia*, 4(19), 300-2.
- Garrett-Jones, S., Turpin, T., Burns, P., & Diment, K. (2005). Common purpose and divided loyalties: the risks and rewards of cross-sector collaboration for academic and government researchers. *R&D Management*, 535-544.
- Gemeente Amsterdam (OIS). (2020). *Prognose en scenario's*. Amsterdam: Gemeente Amsterdam afdeling OIS.
- Gemeente Amsterdam (OIS). (sd). *Data en informatie*. Opgeroepen op Maart 19, 2021, van Gemeente Amsterdam: <https://data.amsterdam.nl/artikelen/artikel/vanaf-2021-sterke-groei-van-het-aantal-75-plussers/f1adae4f-1172-4d53-a385-3cc9184a1309/>
- Gemeente Amsterdam. (2020). *Amsterdam maakt ruimte: Agenda Amsterdam autoluw*. Amsterdam: Gemeente Amsterdam.
- Gemeente Amsterdam. (2020). *Bestuur en Organisatie*. Opgeroepen op Maart 10, 2020, van Gemeente Amsterdam: <https://www.amsterdam.nl/bestuur-organisatie/volg-beleid/veiligheid/>
- Gemeente Amsterdam. (sd). *Data en informatie*. Opgeroepen op Maart 19, 2021, van Gemeente Amsterdam: <https://data.amsterdam.nl/specials/dataverhaal/amsterdam-groeit/3fa8c748-34fb-46b0-963a-2d3f638304a3/>
- Gemeente Amsterdam. (sd). *Parkeren en verkeer - Bruggen en kademuren*. Opgeroepen op Maart 20, 2021, van Gemeente Amsterdam: <https://www.amsterdam.nl/parkeren-verkeer/bruggen-kademuren/>
- Gemeente Amsterdam. (sd). *Projecten: Strandeiland*. Opgeroepen op Maart 28, 2021, van Gemeente Amsterdam: <https://www.amsterdam.nl/projecten/ijburg/deelprojecten-ijburg/strandeiland/>
- GGD Amsterdam. (2020, Juni). *Gezondheid in beeld*. Opgeroepen op Maart 19, 2021, van GGD Amsterdam: https://www.ggdgezondheidinbeeld.nl/wp-content/uploads/2020/06/GenotmiddelenmonitorAmsterdam_2020.pdf
- Godfredson, J. (2018). *An international comparison of emergency medical services delivery systems: which produces the optimum outcome for the patient?* Victoria: College of Business, Victoria University.

- Gras, T. (2013). *Sanitäts- und Rettungsdienst bei den Feuerwehren*. Husova: Internationale Arbeitsgemeinschaft für Feuerwehr- und Brandschutzgeschichte im CTIF.
- Hagen, R., & Van Zoonen, E. (2015). *De invloed van de vergrijzing op brandveiligheid*. Brandweeracademie-Nederlandse Brandwonden Stichting.
- Helsloot, I. (2012). *Veiligheid als (bij)product; Over beleidsontwikkeling in interactie tussen bestuurders, adviseurs en narrige burgers*. Nijmegen: XXL Press.
- Helsloot, I., Groenendaal, J., & Stijf, D. (2014). *Hoe maak je als brandweer het verschil?* Renswoude-Weeze: Crisislab-Trainingbase Weeze.
- Helsloot, I., Groenendaal, J., & Warners, E. (2009). *Verkenning naar de mogelijkheden van operationele samenwerking tussen brandweer en politie*. Renswoude: Crisislab.
- Hoefnagel, J. (2012). *De kracht van samenwerking*. Utrecht: Universiteit Utrecht.
- Hofhuis, J., Ten Den, L. M., Rijdsdijk, L. E., & De Vries, S. (2015). *Interprofessioneel samenwerken in sociale wijkteams: succesfactoren en implicaties voor onderwijs: een internationale verkenning*. Zwolle: Hogeschool Windesheim. Opgehaald van <https://core.ac.uk/display/92591040>
- Hofstede, G., Hofstede, G., & Minkov, M. (2014). *Allemaal anders denkend omgaan met cultuurverschillen*. Amsterdam/Antwerpen: Business Contact.
- IFV. (2019). *Risicogroepen en brandveiligheid*. Arnhem: IFV .
- IFV. (2019, Juli 1). *Toekomstverkenning Brandveiligheid*. Opgeroepen op Maart 3, 2020, van IFV: <https://www.ifv.nl/kennisplein/Documents/20190701-BA-Toekomstverkenning-brandveiligheid.pdf>
- Impact. (2010). *Richtlijn phygosociale ondersteuning geuniformeerden* . Meppel: Hooiberg Haasbeek.
- Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd. (2018). *Onderzoeksrapport naar de ambulance-aanrijtijden in Rotterdam Rijnmond*. Utrecht: De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd in oprichting en de Nederlandse Zorgautoriteit.
- Kaats, E., & Opheij, W. (2012). *Leren samenwerken tussen organisaties. Samen bouwen aan allianties, netwerken, ketens, partnerships* . Deventer: Kluwer.
- Kaats, E., & Opheij, W. (2013). *Leren samenwerken tussen organisaties*. Deventer: Kluwer.
- Kaats, E., & Opheij, W. (2013). *Samenwerken tussen organisaties*. Amsterdam: Boom.
- Kaats, E., Van Klaveren, P., & Opheij, W. (2005). *Organiseren tussen organisaties: Inrichting en besturing van samenwerkingsrelaties*. Schiedam: Scriptum.
- Kelly, P. J. (2014). *An analysis of best practices to replicate in integrating the City of Cleveland, divisions of EMS and Fire*. Cleveland, Ohio: Cleveland Fire Department.
- Kenis, P., & Provan, K. (2008). Modes of network governance: Structure, management, and effectiveness. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 18(2), 229-252 (230).
- Kleijn, H., & Rorink, F. (2010). *Verandermanagement*. Amsterdam: Pearson Education Benelux.
- Koppenjan, J. (2012). *Het verknijpte bestuur*. Den Haag: Boom.

- Kraft, T. (2003). *European Emergency Data Project: EMS Data-based Health Surveillance System*. München-University Bonn and Ludwig-Maximilians-Universität München .
- Kronohage, K. (2015, April). *Competition in the EMS market in the European Union (Falck)*. Opgeroepen op April 5, 2021, van Slideshare: <https://www.slideshare.net/KennethKronohage/competition-in-the-ems-market-in-the-european-union>
- Lawson, H. (2004). The logic of collaboration in education and the human services. *Journal of interprofessional care*, 225-237.
- Lectoraat Acute Intensieve Zorg. (sd). *Kennis maakt het verschil; De ontwikkeling van de landelijke onderzoeksagenda ambulancezorg 2014-2018*. Opgeroepen op April 4, 2021, van Lectoraat Acute Intensieve Zorg: <https://blog3.han.nl/acute-intensieve-zorg/kennis-maakt-het-verschil-de-ontwikkeling-van-de-landelijke-onderzoeksagenda-ambulancezorg-2014-2018/>
- Leeuwarder Courant. (2020, Maart 6). *Brandweer steeds vaker dokter in plaats van blusser*. (R. J. Speerstra, Red.) Opgeroepen op Maart 18, 2020, van Leeuwarder Courant: https://www.lc.nl/friesland/Brandweer-steeds-vaker-dokter-in-plaats-van-blusser-25425055.html?harvest_referrer=https%3A%2F%2Fwww.google.com%2F
- Lubbers, W. J., & Hammelburg, R. (2014). *Veranderde samenwerking in de zorg*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Lund-Kordahl, I., Olasveengen, T., Steen, P., & K., S. (2009). Out-of hospital advanced life support with or without a physician: Effects on quality of CPR and outcome. *Resuscitation*, 11(80), 1248-1252.
- Malschaert, R., Van de Belt, T., & Giesen, P. (2008). *Ambulance A1 spoedritten: Wat is de relatie tussen responstijd*. Nijmegen: Scientific Institute for Quality of Healthcare en de afdeling Acute Zorgregio Oost van het UMC St Radboud.
- McEvily, B., Perrone, V., & Zaheer, A. (2003). Trust as an Organizing Principle. *Organization Science*(14), 91-103 (92).
- Miller, D. (2016, Februari 28). *A CASE FOR THIRD SERVICE EMS*. Opgeroepen op Maart 7, 2021, van motownmiller.wordpress.com: <https://motownmiller.wordpress.com/2016/02/28/a-case-for-third-service-ems/>
- Ministerie van Justitie en Veiligheid. (2020). *Evaluatie aanpak Covid-19*. Den Haag: Ministerie van Justitie en Veiligheid.
- Ministerie van Volksgezond, Welzijn en Sport. (2019, maart 29). *Documenten*. Opgehaald van Rijksoverheid.nl: <file:///C:/Users/Media%20Markt%20Cruquius/Downloads/kamerbrief-over-stand-van-zaken-ambulancezorg-en-rol-in-acute-zorg.pdf>
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2020). *Houtskoolschets acute zorg; Een discussiestuk over de inrichting en bekostiging van het acute zorglandschap*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (sd). *BIG registratie*. Opgeroepen op Maart 19, 2021, van Bigregister.nl: <https://www.bigregister.nl/registratie/wet-big-in-crisis-en-nood>

- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (sd). *WGBO in de langdurige zorg*. Opgeroepen op Mei 8, 2021, van Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport: <https://www.informatielangdurigezorg.nl/onderwerpen/wgbo>
- Mintzberg, H. (1983). *Structure in five*. London: Prentice Hall.
- Mintzberg, H. (2003). *Mintzberg Over Management*. Amsterdam: Business contact.
- Moore. (1997). *Creating Public Value: Strategic Management in Government*. Cambridge: Harvard University Press.
- Moore. (2013). *Recognizing Public Value*. Cambridge: Harvard University Press.
- Nederlandse Encyclopedie. (2021). *Intramurale voorzieningen definitie*. Opgeroepen op Mei 7, 2021, van Nederlandse Encyclopedie: https://www.encyclo.nl/begrip/intramurale_voorziening
- Nederlandse Zorgautoriteit. (2011). *Rapportage Normoverschrijdingen responstijden ambulances*. Nederlandse Zorgautoriteit.
- Neuijen, B., & Sanders, G. (1992). *Bedrijfscultuur: diagnose en beïnvloeding*. Assen/Maastricht: Van Corcum.
- NVBR. (2010, Maart 1). *strategische reis de Brandweer over morgen*. Opgehaald van IFV: <https://www.ifv.nl/kennisplein/Documents/201003-strategische-reis-de-Brandweer-over-morgen.pdf>
- NVMMA, V&VN, AZN. (2015). *Kwaliteitskader first responder*. Ambulancezorg.
- Ordaz, F., & Stinchcomb, J. (2007). The Integration of Two 'Brotherhoods' into One Organizational Culture: A Psycho-social Perspective on Merging Police and Fire Services. *Public Organization Review*, 143-161.
- Overheid.nl. (2020, Januari 1). *Wettenbank*. Opgehaald van Overheid.nl: <https://wetten.overheid.nl/BWBR0018906/2020-01-01>
- Oving, I., De Graaf, C., Masterson, S., Koster, R. W., Zwinderman, A. H., Stieglis, R., . . . Truhlar, A. (2020, November 20). *European first responder systems and differences in return of spontaneous circulation and survival after out-of-hospital cardiac arrest: A study of registry cohorts*. Opgeroepen op Maart 28, 2021, van The Lancet Regional Health: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S2666-7762%2820%2930004-1>
- Page, C., Sbat, M., Vazquez, K., & Yalcin, Z. D. (2013). *Analysis of Emergency Medical Systems Across the World*. Worcester: Worcester Polytechnic Institute.
- Perry, J., & Thomson, A. (2006). Collaboration Processes: Inside the Black Box. *Public Administration Review*(66), 20-32 (26-27).
- Provan, K., & Kenis, P. (2008). *Welcome to Tilburg University Research Portal*. Opgeroepen op maart 6, 2021, van Universiteit Tilburg: <https://pure.uvt.nl/ws/portalfiles/portal/964494/modes.pdf>
- Raad voor Volksgezondheid en Samenleving. (2009). *Begrippenkader*. Raad voor Volksgezondheid en Samenleving.
- RBC. (2018, Februari). *Landelijke Agenda Brandweezorg*. Opgeroepen op Februari 20, 2020, van Brandweer Nederland: https://www.brandweer.nl/media/7818/agenda-brandweezorg_2018.pdf
- Redactie. (2014, April). *Reportage: Scandinavische AirAmbulance*. Opgehaald van Ambulanceblog: <https://www.ambulanceblog.nl/reportage-scandinavische-airambulance/>

- Regeling Tijdelijke wet ambulancezorg. (sd). Opgeroepen op januari 24, 2019, van Wetten.overheid.nl: <https://wetten.overheid.nl/BWBR0032159/2019-01-01>
- Reinink, M. R. (2018, Juli 3). *Student*. Opgehaald van Arts en Auto: <https://www.artsenauto.nl/een-andere-kijk/>
- Revue, E. (2018). Prehospital EMS : comparisons of different system in the world. *EUSEM* (p. 30). Glasgow: SAMU 28 Chartres .
- Rijksoverheid. (2021, Maart 19). *Voorbehouden handelingen door zorgpersoneel*. Opgehaald van Rijksoverheid.nl: <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/voorbehouden-handelingen/regels-rondom-voorbehouden-handelingen>
- Rijksoverheid. (sd). *Veiligheidsregio's en crisisbeheersing*. Opgeroepen op Maart 20, 2021, van Rijksoverheid: <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/veiligheidsregios-en-crisisbeheersing/veiligheidsregios>
- Riley, B. J. (2001). *Strategic transition to a fire-based EMS system: managing the effect on the human side*. Arlington, Texas: Arlington Fire Department.
- Ringeling, A. (2004). *Het imago van de overheid - de beoordeling van prestaties van de publieke sector*. Amsterdam: Reed Business.
- RIVM. (2020, Oktober 10). *Twintig extra ambulances nodig voor Nederlandse ambulancezorg*. Opgeroepen op Maart 5, 2021, van Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu: <https://www.rivm.nl/nieuws/twintig-extra-ambulances-nodig-voor-nederlandse-ambulancezorg#:~:text=Het%20RIVM%20rijksinstituut%20voor%20Volksgezondheid,20%20meer%20dan%20vorig%20jaar.&text=Door%20deze%20aanpassing%20zijn%20meer%20standplaatsen%20en%20daarom>
- Schein, E. (2006). *De bedrijfscultuur als ziel van de onderneming.: Zijn en onzin over cultuurverandering*. Schiedam: Scriptum.
- Schols, E., Van Bruggen, M., & Dusseldorp, A. (2004). *Handhaving door de VROM-Inspectie gericht op gezondheid in het kader van VROM beleid*. RIVM. Opgeroepen op Maart 31, 2021
- Scholtens, A. (2007, November 2). *Samenwerking in crisisbeheersing Overschat en onderschat*. Zwolle: Hoekmantotaal.
- Sefrin, P. (1997). "Scoop and Run" Or "Stay and Play". *The Internet Journal of Rescue and Disaster Medicine*, 1(1), 1-4.
- Skow, G. (2010). *Docs on Ambulances*. Opgeroepen op April 4, 2021, van EMS World: <http://www.emsworld.com/article/103119194/docs-ambulances>
- Smith, K., Carroll, S., & Ashford, S. (1995). Intra- and interorganizational cooperation: a research agenda. *Academy of Management Journal* , 7-23.
- Stravens, M. (2021, Maart 4). *Ook op de ambulance was het een compleet ander jaar*. Opgehaald van NRC: <https://www.nrc.nl/nieuws/2021/03/04/een-jaar-zonder-toeristen-altijd-dat-pak-je-wordt-het-weleens-zat-a4033899>
- Summermatter, D. (2019, November). *Verschillen in mortaliteit en morbiditeit bij patiënten die lijden aan een tijdkritische aandoening tussen GEMS en HEMS*. Opgeroepen op Maart 28, 2021, van Good Clinical Practice Network: <https://ichgcp.net/nl/clinical-trials-registry/NCT03940443>

- Talbot, C. (2008). *Measuring Public Value: A competing values approach*. London: The Work Foundation.
- Taran, S. (2009, November 16). The Scoop and Run Method of Pre-clinical Care for Trauma Victims. *McGill Journal of Medicine*, 2(12), 73.
- Tennekes, J. (1995). *Organisatiecultuur: een antropologische visie*. Antwerpen: Garant.
- Thaens, M. (2017). *De publieke waarde(n) van mobiliteit*. PBLQ.
- Thijssen, C. (2008). *'t Gras van de burens: Een onderzoek naar culturele variëteit op een gecoloeerde meldkamer*. Arnhem: NSOB/NIFV Nibra.
- Thomas, G. F., Zolin, R., & Hartman, J. (2009). The central role of communication in developing trust. *Journal of Business Communication*, 46(3), 287-310.
- V&VN. (2020, Februari 21). *Bed bezet: "Soms liggen mensen er wel wekenlang."*. Opgeroepen op Mei 15, 2021, van Beroepsvereniging Verzorgende Verpleegkundigen: <https://www.venvn.nl/nieuws/bed-bezet-soms-liggen-mensen-er-wel-wekenlang/>
- Van Bladel, O. (2008). *Haalbaarheidsonderzoek naar Snelle Interventieteams in de Regio Rotterdam-Rijnmond. Onderzoek naar de mogelijkheden en onmogelijkheden van de vorming van snelle interventieteams in Rotterdam-Rijnmond*. Rotterdam: VRR-interne publicatie.
- Van den Berkmortel, J. (2004). *"Over blauwe meetbuisjes, de sporen vernietigingsdienst en andere wezens" Een onderzoek naar verschillen in operationele cultuur tussen politie, brandweer en*. Arnhem: MCDM 5e leergang.
- Van den Bosch, F., Vlaar, P., & Volberda, H. (2006, Januari). Vertrouwen, formalisering en prestaties in interorganisatorische relaties. *Maandblad Voor Accountancy en Bedrijfseconomie*(80 (1)), 17-25 (18/19/20).
- Van den Bossche, P., Gijssels, W., Segers, M., & Kirschner, P. (2006, Oktober). Social and Cognitive Factors Driving teamwork in Collaborative Learning Environments. *Small group research*, 494. Opgeroepen op 10 18, 2020
- Van der Erf, S., Hoendervanger, J., & Heida, J.-P. (2017). *Ordering ambulancezorg: Op weg naar structurele ambulancezorg in 2020*. Den Haag: SiRM.
- Van Duin. (2011, Februari 1). *Veerkrachtige crisisbeheersing: nuchter over het bijzondere*. Opgeroepen op Maart 3, 2020, van IFV Kennisplein: https://www.ifv.nl/kennisplein/Documents/lectorale_rede_m_van_duin.pdf
- Van Duin, M., & Wijkhuis, V. (2013, Augustus). *Brandweer in Europa*. (I. F. Veiligheid, Red.) Opgeroepen op Maart 8, 2020, van IFV: <https://www.ifv.nl/adviesinnovatie/Documents/2013-IFV-Brandweer-in-Europa.pdf>
- Van Eijk, H. (2015). *Van waarde?* Maassluis: Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Van Kempen, J. (2019, Februari 28). Wie zijn al die verwarde mensen in de stad? *Het Parool*, p. 1.
- Van Lingem, E. (2017). *Maatschappelijke agressie bij vluchtelingenopvang*. Santpoort: IFV.
- Van Lochem, P., & Verhallen, P. (2017). *Brandweer: Studies over organisatie, functioneren en omgeving*. Alphen aan de Rijn: Wolters Kluwer.

- Van Surksum, R. (2017). *Evaluatie Medische Ondersteuning Brandweer*. Arnhem: Veiligheidsregio Gelderland-Midden.
- Van Zanten, D. (2018). *Samenwerking Brandweer-RAV*. Nijmegen: Veiligheidsregio Gelderland-Zuid.
- Veiligheidsberaad. (2019, Juni 26). *Stelsel van vrijwilligheid bij de brandweer*. Opgehaald van Veiligheidsberaad: <https://www.veiligheidsberaad.nl/2019/06/26/stelsel-van-vrijwilligheid-bij-de-brandweer/>
- Veiligheidsbestuur. (2019, September 27). *Verslag Veiligheidsbestuur 27 september 2019*. Amsterdam.
- Veiligheidsregio Amsterdam-Amstelland . (2010, Oktober 12). *Beginselenovereenkomst inzake declaratie afhijsingen*. Amsterdam.
- Veiligheidsregio Amsterdam-Amstelland. (2021). *Buiten Gewoon Veilig Beleidsplan 2021-2024*. Amsterdam: Veiligheidsregio Amsterdam-Amstelland.
- Veiligheidsregio Flevoland. (2020, November 18). *Regionaal Risicoprofiel*. Opgehaald van Samenwerkende Veiligheidsregio's en GGD'en Gooi en Vechtstreek en Flevoland: <https://samen.vrfgv.nl/wp-content/uploads/2020/12/4.1-Regionaal-Risicoprofiel-2020.pdf>
- Veiligheidsregio Noord-Holland Noord. (2020). *SAMEN HULPVAARDIG: Beleidsplan Veiligheidsregio Noord-Holland Noord 2020-2023*. Alkmaar: Veiligheidsregio Noord-Holland Noord.
- Verbeke, M. (2015, Februari 9). *Two takes on EMS services*. Opgeroepen op April 5, 2021, van Medical Ethics and Health - Civics issues from the world of healthcare: <https://sites.psu.edu/mehealth/2015/02/09/two-takes-on-ems-services/>
- Verhoeven, N. (2018). *Wat is onderzoek?* Amsterdam: Boom.
- Vyt, A. (2015). *Interprofessioneel en interdisciplinair samenwerken in gezondheid en welzijn*. Antwerpen: Maklu en Garant.
- Werkgroep Ethiek in de Geestelijke Gezondheidszorg. (1997, April 1). *Ethiek*. Opgehaald van Broeders van Liefde: <https://broedersvanliefde.be/sites/default/files/media/bijlagen/ethisch%20advies%20Broeders%20van%20Liefde%20-%20Interdisciplinair%20samenwerken%20in%20een%20team%20van%20zorgverleners.pdf>
- Wetten Overheid. (2010, Februari 11). *Wet Veiligheidsregio's*. Opgeroepen op Maart 15, 2020, van Wetten.overheid.nl: <https://wetten.overheid.nl/BWBR0027466/2019-01-01#>
- Wetten Overheid. (2015, Maart 27). *Besluit functionele zelfstandigheid*. Opgeroepen op Maart 19, 2021, van Wetten.Overheid.nl: <https://wetten.overheid.nl/BWBR0008985/2015-03-27>
- Wetten Overheid. (2020, Januari 1). *Uitvoeringswet Algemene verordening gegevensbescherming*. Opgehaald van Wetten.overheid.nl: <https://wetten.overheid.nl/BWBR0040940/2020-01-01>
- Wetten Overheid. (2020, Januari 1). *Wet ambulancezorgvoorzieningen*. Opgehaald van Wetten.Overheid.nl: https://wetten.overheid.nl/BWBR0043925/2021-01-01/#Hoofdstuk2_Artikel4
- Wetten Overheid. (2020, Januari 1). *Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg*. Opgeroepen op Maart 19, 2021, van Wetten.overheid.nl: <https://wetten.overheid.nl/BWBR0037173/2020-01-01>

Wilson, M. (1989). *Igneous Petrogenesis A Global Tectonic Approach*. London, Boston, Sydney, Wellington: Unwin Hyman.

Witte Kruis. (2020). *Ambulancezorg in Nederland*. Opgehaald van Witte Kruis: <https://wittekruis.nl/ambulancezorg-in-nederland/>

Xyrichis, A., & Lowton, K. (2008). What fosters or prevents interprofessional teamworking in primary and community care? *International Journal of Nursing Studies*, 140-153.

Zijlstra, J. (2018). *The contribution of lay rescuers in out-of-hospital cardiac arrest*. Opgeroepen op Maart 31, 2021, van https://pure.uva.nl/ws/files/22099397/Chapter_7.pdf

Zorg voor beter. (2019, Juli 13). *Vernieuwend zorgen*. Opgeroepen op Maart 21, 2021, van Zorg voor beter: <https://www.zorgvoorbeter.nl/veranderingen-langdurige-zorg/cijfers-vergrijzing>

Zorgwijzer. (2020, December 20). *7 misvattingen over ons zorgstelsel*. Opgeroepen op April 4, 2021, van Zorgwijzer: <https://www.zorgwijzer.nl/zorgverzekering-2021/7-misvattingen-over-ons-zorgstelsel>

BIJLAGEN

BIJLAGE 1. DE AMBULANCE- EN BRANDWEERZORG

In deze bijlage wordt de ambulance- en brandweezorg in Nederland en binnen de Veiligheidsregio Amsterdam-Amstelland (VrAA) beschreven.

1.1. AMBULANCEZORG

Voordat de ambulancezorg in de VrAA wordt beschreven, wordt in deze paragraaf eerst nader ingegaan op de ambulancezorg. Hoe is de ambulancezorg ontstaan, geregeld en wat zijn de wettelijke kaders omtrent ambulancezorg in Nederland.

1.1.1. AMBULANCEVERVOER VAN 1963 TOT 2021

De oorsprong van de huidige organisatie van de ambulancezorg in Nederland ligt in 1962. In dat jaar vond de treinramp in Harmelen plaats. Tijdens de hulpverlening na de treinramp blijkt dat het ambulancevervoer niet goed georganiseerd is. De alarmering verloopt ongestructureerd en de brancards passen niet in alle ambulances. Dit leidt uiteindelijk tot de 'Wet Ambulancevervoer' (Wav) die in 1971 in werking treedt. 40 Centrale Posten Ambulancevervoer (CPA's) worden opgericht die de zorg moeten coördineren. De CPA is verbonden aan de Gemeentelijke Gezondheidsdienst (GGD) of de meldkamer brandweer. De provincies worden verantwoordelijk voor het aantal ambulances en de spreiding en beschikbaarheid ervan om binnen 15 minuten hulp te bieden. In de wet zijn daarnaast eisen opgenomen aan personeel – gespecialiseerde verpleegkundigen – en materieel (Van der Erf, Hoendervanger, & Heida, 2017).

In 1997 presenteren de minister van VWS en de minister van BZK de nota 'Met zorg verbonden' over de spoedeisende medische hulpverlening bij ongevallen en rampen en in het bijzonder de ambulancezorg en de traumazorg. Zij introduceren in de nota onder andere de Regionale Ambulancevoorzieningen (RAV's) als gewenste organisatiestructuur voor de ambulancezorg. De RAV is verantwoordelijk voor en aanspreekbaar op de kwaliteit, doelmatigheid en toegankelijkheid van de ambulancezorg. De RAV is in dit kader verantwoordelijk voor de instandhouding van de meldkamer ambulancezorg en voor het doen verlenen van ambulancezorg (Van der Erf, Hoendervanger, & Heida, 2017).

Op 1 januari 2013 treedt de Twaz in werking met een beoogde looptijd tot 1 januari 2018. Vanaf 1 januari 2018 dient er nieuwe structurele wetgeving voor de ambulancesector te zijn. Met de inwerkingtreding van de Twaz zijn RAV's als enige rechtspersoon verantwoordelijk voor de ambulancezorg in hun regio. De RAV is verantwoordelijk voor de instandhouding van een meldkamer en het verlenen van ambulancezorg (Van der Erf, Hoendervanger, & Heida, 2017).

De RAV is conform de 'Wet toelating zorginstellingen' (Wtzi) een zorginstelling en is daarmee aanspreekbaar op (Overheid.nl, 2020) :

- Beschikbaarheid en bereikbaarheid van ambulancezorg;
- Professionele, kwalitatief hoogwaardige en veilige zorg;
- Patiënten participatie;
- Goed bestuur.

In februari 2016 stelt de minister van VWS aan de Tweede Kamer voor om de Twaz met een periode van twee jaar te verlengen. In 2017 behandelen de Tweede en de Eerste Kamer het Wetsvoorstel tot verlenging en wijziging van de Twaz. In mei neemt de Tweede Kamer het wetsvoorstel aan en in oktober de Eerste Kamer. Dit betekent dat de Twaz is verlengd met maximaal drie jaar. De beoogde inwerkingtreding van een nieuwe wet met betrekking tot ambulancezorg vindt plaats op 1 januari 2021 (Ambulancezorg Nederland, sd).

1.1.2. HUIDIGE ORGANISATIE AMBULANCEZORG

In Nederland zijn 24 uur per dag, 7 dagen per week, meer dan 800 ambulances beschikbaar om zorg te verlenen. Ruim 6.000 ambulancezorg medewerkers bieden spoedeisende en geplande ambulancezorg. De Meldkamer voor de Ambulancezorg (MKA) geeft jaarlijks ruim 1.3 miljoen ritten uit. Driekwart van de ritten is spoedeisend. Een kwart van de ritten zijn voor de zogenaamde geplande ambulancezorg (Ambulancezorg Nederland, 2020)

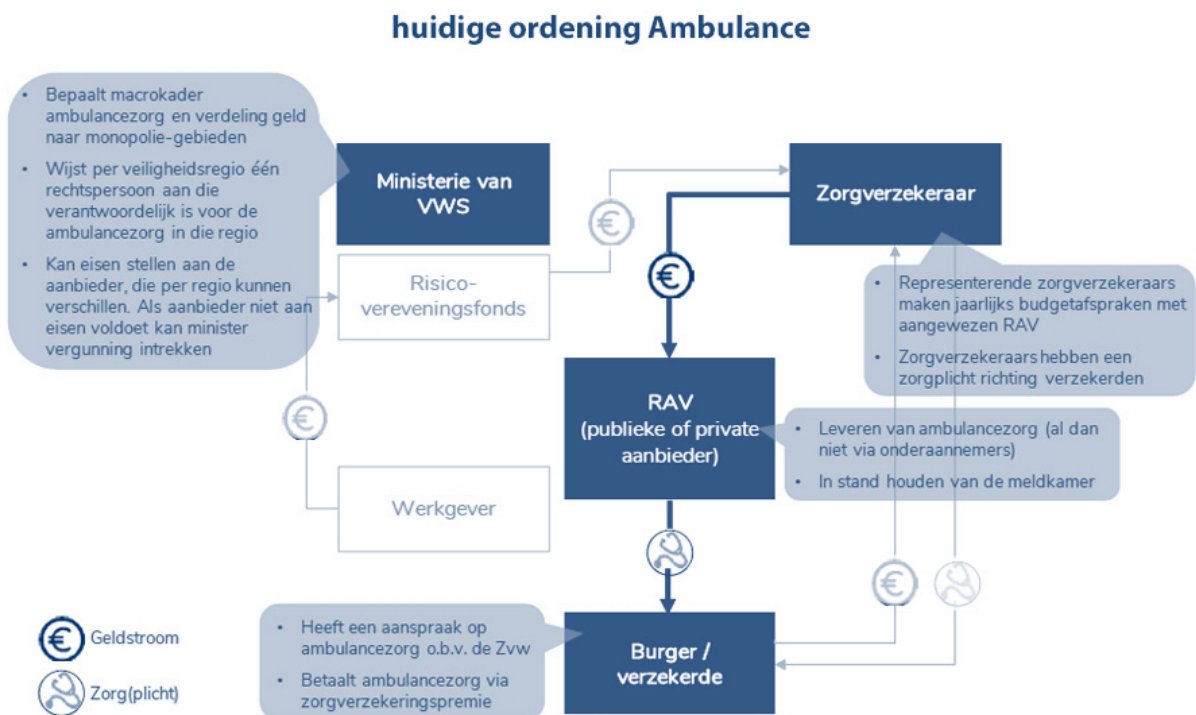
De ambulancezorg in Nederland is, evenals de brandweer, verdeeld over 25 regio's. Deze gebieden zijn gelijk aan de 25 veiligheidsregio's waarin Nederland is opgedeeld. De ambulanceorganisaties in de verschillende gebieden, ook wel regionale ambulancevoorzieningen (RAV's) genoemd, werken onderling samen en worden ondersteund door de sectororganisatie Ambulancezorg Nederland (AZN) (Ambulancezorg Nederland, sd).

1.1.3. ORDENING AMBULANCEZORG

Het ministerie van Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) bepaalt het macrokader ambulancezorg en in grote lijnen de verdeling van het geld naar de 25 monopoliegebieden via het Referentiekader Spreidings- en Beschikbaarheid. Het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) berekent per regio de benodigde beschikbaarheid van spoedeisende ambulancezorg en gepland vervoer met zorg (niet zijnde A1 of A2 ritten). De minister van VWS stelt het kader vast. Het ministerie van VWS wijst per veiligheidsregio één rechtspersoon aan die verantwoordelijk is voor de ambulancezorg in die regio. Het ministerie kan vanuit die hoedanigheid eisen stellen aan de aanbieder, die per regio kunnen verschillen. Mocht een aanbieder niet aan de eisen voldoen, dan kan de minister de aanwijzing intrekken.

Ambulancezorg is onderdeel van het basispakket van de Zorgverzekeringswet (Zvw). Representerende zorgverzekeraars maken in de huidige ordening jaarlijks budgetafspraken met de door de minister aangewezen RAV. Het representatiemodel houdt in dat de twee representerende zorgverzekeraars, die marktleiders zijn in de betreffende regio, budgetafspraken maken met desbetreffende RAV's en dat de overige zorgverzekeraars dit beleid volgen. Vanuit de Wet ambulancevoorzieningen wordt de continuïteit gediend met het verlenen van aanwijzingen voor onbepaalde tijd aan de huidige aanbieders van ambulancezorg. Er is sprake van non-concurrentiële zorginkoop. Zorgverzekeraars hebben een zorgplicht richting hun verzekerden en zijn vanuit die hoedanigheid verantwoordelijk voor het inkopen van toegankelijke ambulancezorg van goede kwaliteit (Van der Erf, Hoendervanger, & Heida, 2017).

De ambulancezorg in de 25 ambulancegebieden in Nederland wordt geleverd door publieke en private aanbieders. Ambulance Amsterdam is een private aanbieder zonder winst oogmerk. De burger of verzekerde heeft in de huidige ordening een aanspraak op de ambulancezorg op basis van de Zvw. De verzekerde betaalt de ambulancezorg via de zorgverzekeringspremie. (Van der Erf, Hoendervanger, & Heida, 2017).



Figuur 12. Huidige ordening ambulancezorg (Van der Erf, Hoendervanger, & Heida, 2017)

1.1.4. AMBULANCEZORG IN AMSTERDAM-AMSTELLAND

Ambulance Amsterdam (AA) behoort tot de grootste ambulancediensten in Nederland en is werkzaam in 3 regio's: Amsterdam-Amstelland, Zaanstreek-Waterland en Kennemerland. Jaarlijks verzorgen AA met ongeveer 550 medewerkers en 53 ambulances ruim 130.000 ambulance-inzetten. Waarvan 70% bestaat uit spoedeisende ambulancezorg en de overige 30% uit besteld vervoer (Ambulance Amsterdam, sd).

De ambulance geschiedenis van de ambulance in Amsterdam vindt zijn oorsprong in 1636 (Ambulance Amsterdam, sd). In dat jaar stelt het stadsbestuur tijdens een pestepidemie een man aan die per schip pestzieken moet overbrengen van het Binnen- naar het Buitengasthuis. Het is het eerst bekende voorbeeld van een betaalde ziekenvervoerder. In 1767 wordt Amsterdam een lichtend voorbeeld voor de wereld als daar een Maatschappij tot Redding van Drenkelingen wordt opgericht. Deze maatschappij geeft raad over hoe men mensen moet reanimeren. Rond 1875 heeft de politie een belangrijke rol bij het ziekenvervoer: Zij verzorgt het ongevalvervoer met raderbrancards en coördineert het vervoer per rijtuig van besmettelijk zieken.

Dr. C.W.A. Essers biedt vanaf 1905 ziekenvervoer per speciaal ingericht rijtuig. In 1907 is hij de tweede in Nederland die een ziekenautomobil aanschafft. Zijn bedrijf gaat de Nederlandsche Auto Ziekenvervoer Onderneming (NAZO) heten en opent filialen in het hele land. In 1928 start de Eerste Particuliere Model Ambulance (EPMA). In 1905 begint de Gemeentelijke Geneeskundige Dienst (GGD) met rijwielbrancards bediend door verplegers. In 1908 koopt de GGD een elektrische ambulance en neemt de dienst het ongevalvervoer van de politie over. De GGD neemt ook steeds meer taken over van de Gemeentelijke Gezondheidsdienst, zoals het vervoer van besmettelijk zieken. In 1923 verandert de naam van de GGD in Gemeentelijke Geneeskundige en Gezondheidsdienst (GG&GD).

In 1946 komen er in Amsterdam twee nieuwe particuliere ziekenvervoersbedrijven: Ziekenvervoer Verhagen en Veenstra Ziekenvervoer. NAZO en EPMA fuseren en in 1957 bundelen deze vier bedrijven hun krachten in Verenigd Ziekenvervoer Amsterdam (VZA). In de jaren zestig komen er twee nieuwe vervoerders bij: de Eerste Particuliere Diemer Ambulance (EPDA) en Broeder De Vries.

In 1981 wordt in Amsterdam een Centrale Post Ambulancevervoer (CPA) opgericht die al het ambulancevervoer in de regio gaat coördineren. Door allerlei verwickelingen blijven alleen VZA en GG&GD (dat in 2005 weer GGD wordt) over. Zij doen elk de helft van de ritten. Door schaalvergroting wordt het werkgebied van beide aanbieders steeds groter.

In 2009 wordt het Academisch Medisch Centrum eigenaar van VZA en op 1 januari 2012 volgt

de fusie tussen VZA en GGD tot Ambulance Amsterdam. De CPA, die nu Meldkamer Ambulancezorg (MKA) heet, blijft onderdeel van Ambulance Amsterdam, maar verhuist in mei 2013 naar de Gemeenschappelijke Meldkamer gevestigd in het Hoofdbureau van Politie aan de Elandsgracht (Ambulance Amsterdam, sd).

De Ambulance Amsterdam is een private ambulancezorg aanbieder en is organisatorisch niet ondergebracht binnen de VrAA. Ambulance Amsterdam onderscheidt in haar bedrijfsvoering verschillende typen van zorg en hanteert hiervoor verschillende typen ambulances (Ambulance Amsterdam, sd):

- ALS ambulance: Advanced Life Support (ALS) is een standaard ambulance, inzetbaar voor alle typen spoedeisende ambulancezorg;
- Zorgambulances: De Zorgambulance wordt ingezet bij laag-complex vervoer. Dit is gepland vervoer van patiënten die op dat moment geen acute medische zorg nodig hebben;
- Medium Care-ambulances: Deze ambulance is inzetbaar op planbaar vervoer met gespecialiseerde bewaking en in Amsterdam ook voor (acute) psychiatrie;
- Rapid Responder: Een Rapid Responder is een ambulancevoertuig waarmee een ambulanceverpleegkundige, solo en zo nodig met spoed, naar een patiënt kan om ambulancezorg te verlenen. Een Rapid Responder vervoert geen patiënten;
- MICU: Een MICU is een Mobile Intensive Care Unit. Dat wil zeggen een voertuig speciaal aangepast en ingericht voor het overplaatsen van stabiele IC-patiënten;
- Het SORT (Special Operations Response Team): Het SORT-team wordt ingezet bij grootschalige incidenten en evenementen;
- HART (Hazard Area Response Team): Het HART-team richt zich vooral op situaties waar slachtoffers chemisch of biologisch verontreinigd zijn en moeten worden ontsmet.

1.2. BRANDWEERZORG IN NEDERLAND EN AMSTERDAM-AMSTELLAND

In deze paragraaf wordt nader ingegaan op de organisatie van de brandweertzorg in Nederland, binnen de VrAA en de financiering van de brandweer.

1.2.1. BRANDWEER NEDERLAND

De brandbestrijding is in Nederland van oudsher een taak van de gemeentebesturen. Veiligheid is een lokale aangelegenheid, maar gemeenten zijn vaak te klein om zich goed voor te bereiden op alle typen branden, rampen en crises. Vrijwel elke gemeente in Nederland heeft

een eigen brandweer. Samen vormen een aantal brandweren een brandweerregio. In Nederland zijn in totaal 25 brandweerregio's.

Om de regionale rampenbestrijding en crisisbeheersing te verbeteren, heeft het Kabinet destijds besloten (2010) tot de oprichting van veiligheidsregio's. Dit is vastgelegd in de Wet veiligheidsregio's (Wvr) van 2010, waarmee de uitvoering van de brandweezorg uit handen is gegeven aan de veiligheidsregio's. Daarin werken brandweer, politie, geneeskundige- en gemeentelijke diensten samen om de hulpverlening te coördineren en de crisis of ramp goed het hoofd te kunnen bieden.

Binnen deze veiligheidsregio's werken de brandweerposten samen. Zo wordt per regio gezorgd voor het onderhoud en de centrale inkoop van materieel, worden brandweermensen opgeleid en bijgeschoold en worden oefeningen georganiseerd. Doordat de korpsen samenwerken, worden bepaalde taken efficiënter uitgevoerd en meer taken gezamenlijk opgepakt. Ook zetten we door gemeenschappelijke meldkamers bij grote incidenten en rampen snel voldoende mensen en middelen in (Brandweer Nederland, sd).

1.2.2. BRANDWEER AMSTERDAM-AMSTELLAND

Brandweer Amsterdam-Amstelland is één van de 25 regionale brandweerkorpsen in Nederland. Het brandweerkorps is in januari 2008 gevormd door samenvoeging van de zes gemeentelijke korpsen van Amsterdam, Amstelveen, Aalsmeer, Diemen, Ouder-Amstel (Ouderkerk en Duivendrecht) en Uithoorn. Deze gemeenten vormen samen de Veiligheidsregio Amsterdam-Amstelland. Jaarlijks bestrijdt de brandweer met ongeveer 1100 medewerkers vanuit 18 kazernes gemiddeld 13.000 incidenten binnen de VrAA (Brandweer Amsterdam, 2002).

1.2.3. FINANCIERING BRANDWEER

Naast brandweezorg zorgt de veiligheidsregio ook voor geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen, de instandhouding van de regionale meldkamer, crisisbeheersing en multidisciplinaire aspecten. De veiligheidsregio's worden grotendeels (voor circa 85%) uit het Gemeentefonds door de gemeenten gefinancierd. De veiligheidsregio's krijgen daarnaast geld van de Rijksoverheid om hun taken uit te voeren. In 2019 was de bijdrage van de Rijksoverheid ongeveer € 181 miljoen. Dit is zo'n 15 procent van het geld dat de veiligheidsregio's ontvangen (Rijksoverheid, sd).

BAA wordt grotendeels gefinancierd door de deelnemende gemeenten via een bijdrage voor de lokale taken en een regionale bijdrage per inwoner voor de regionale taken. Daarnaast is een deel van de BDUR-bijdrage (brede doeluitkering rampenbestrijding), die de veiligheidsregio ontvangt, toegekend aan de BAA en heeft BAA inkomsten van derden. Overeenkomstig vastgelegde afspraken declareert Brandweer Amsterdam-Amstelland voor het inzetten van personeel en materieel bij het horizontaal afvoeren van een patiënt uit een bouwwerk kosten aan Ambulance Amsterdam (Veiligheidsregio Amsterdam-Amstelland, 2010).

BIJLAGE 2. WETTELIJK KADER

In deze bijlage wordt het wettelijk geschetst kader geschetst dat van toepassing is op eventuele samenwerking tussen brandweer en ambulance op medisch gebied.

2.1. WET VEILIGHEIDSREGIO

De Wet veiligheidsregio's (Wvr) geeft een omschrijving over wat onder brandweezorg wordt verstaan en beschrijft daarnaast de taken van de brandweer.

Volgens artikel 3 van de Wvr behoort tot brandweezorg (Wetten Overheid, 2010):

- a) Het voorkomen, beperken en bestrijden van brand, het beperken van brandgevaar, het voorkomen en beperken van ongevallen bij brand en al hetgeen daarmee verband houdt;
- b) Het beperken en bestrijden van gevaar voor mensen en dieren bij ongevallen anders dan bij brand.

In artikel 25 lid 1 staat beschreven dat de door het bestuur van de veiligheidsregio ingestelde brandweer in ieder geval de onderstaande taken uitvoert (Wetten Overheid, 2010):

- a. Het voorkomen, beperken en bestrijden van brand;
- b. Het beperken en bestrijden van gevaar voor mensen en dieren bij ongevallen anders dan bij brand;
- c. Het waarschuwen van de bevolking;
- d. Het verkennen van gevaarlijke stoffen en het verrichten van ontsmetting;
- e. Het adviseren van andere overheden en organisaties op het gebied van de brandpreventie, brandbestrijding en het voorkomen, beperken en bestrijden van ongevallen met gevaarlijke stoffen.

Volgens de Wvr is het werk van de brandweer gericht op het gevaar voor mens en dier te beperken en te bestrijden. Artikel 3 lid b en artikel 25 lid 1b bestaat in de wet- en regelgeving nauwelijks onderscheid tussen de taakafbakening van de andere kerntaken van de brandweer. Hulpverlening door de brandweer lijkt hierop neer te komen dat dit alles omvat waarbij er een gevaar is/dreigt voor mens en dier, en wat géén brand, incidentbestrijding gevaarlijke stoffen (IBGS) of bestrijding van waterongevallen (WO) betreft.

Uit de evaluatie Wet veiligheidsregio's (Evaluatiecommissie Wet veiligheidsregio's, 2020) blijkt dat er geen wijzigen ten aanzien van de samenwerking tussen ambulancezorg en brandweezorg worden aanbevolen. Tevens zegt de evaluatie niets over de positie van de ambulancezorg binnen de veiligheidsregio.

2.2. LANDELIJKE VISIE HULPVERLENING BRANDWEER

In de Wet veiligheidsregio's staat opgenomen dat het werk van de brandweer erop is gericht gevaar voor mens en dier te beperken en te bestrijden. Op het gebied van technische hulpverlening zijn dit vooral situaties waarbij mensen/ dieren ingesloten, bekneld of vast zitten en geen mogelijkheid hebben om zich zelfstandig te bevrijden, terwijl er wel een noodzaak/urgentie is dat dit gebeurt. Daarnaast kan een bepaalde mate van verwonding een reden zijn om de brandweer te alarmeren, zonder dat er sprake is van een beknelling. De brandweer komt in deze situaties ter plaatse om de mensen/dieren te bevrijden en/of de situatie te stabiliseren, zodat een verergering van de situatie wordt voorkomen. Over het algemeen wordt daarbij gebruikgemaakt van bijzondere en/of specialistische gereedschappen en kennis (Brandweer Nederland, 2020).

Alle werkzaamheden van de brandweer kunnen in principe gezien worden als 'hulp- en dienstverlening', maar ook binnen de kerntaak 'hulpverlening' kan dit onderscheid worden gemaakt. De brandweer wordt regelmatig om hulp gevraagd in situaties anders dan brand, IBGS, WO en technische hulpverlening. In het geval van hulpverlening is daarbij sprake van (dreigend) (fysiek) gevaar, waarbij de brandweer de situatie moet veiligstellen of stabiliseren. Ook kunnen andere hulpdiensten de hulp van de brandweer inschakelen, omdat zij bijvoorbeeld de middelen niet hebben. Er bestaat dan de noodzaak dat de situatie zoals die op dat moment bestaat, wordt verholpen (urgentie). Voorbeelden zijn buitensluitingen waarbij kleine kinderen alleen in een woning aanwezig zijn of assistentie van ambulancepersoneel. Dit is dan ook een taak waaraan de brandweer uitvoering **moet** kunnen geven (Brandweer Nederland, 2020).

Volgens brandweer Nederland (2020) kan in relatie tot dit onderzoek de brandweer invulling geven aan de volgende taken (Brandweer Nederland, 2020):

- Tilassistentie (licht/zwaar)
- Afhijsen patiënt (licht/zwaar)
- Emergency Life-Saving (ELS)
- (Landelijk Protocol Levensreddend Handelen Brandweer (LPLHB))

2.3. KWALITEITSKADER FIRST RESPONDER

Zoals in paragraaf 4.2.2. Beschreven is het uitvoeren van reanimaties met behulp van de AED een kerntaak van de Brandweer Amsterdam-Amstelland. Voor deze reanimatietaak is het 'Kwaliteitskader first responders van toepassing'. Het kwaliteitskader biedt een handreiking aan de RAV's bij het maken of herzien van afspraken met de partners die zij alarmeren als

first responder voor de reanimatietaak. Het kwaliteitskader beschrijft het wettelijk kader, de verantwoordelijkheden van partijen en de aspecten waarover de RAV minimaal afspraken dient te maken. Het kwaliteitskader first responder is van toepassing op hulpverleners die, aanvullend op de ambulancezorg, door de meldkamer ambulancezorg worden gealarmeerd om in afwachting van de komst van een ambulance-eenheid te reanimeren (NVMMA, V&VN, AZN, 2015).

2.4. WET AMBULANCEVOORZIENINGEN (WAZ)

De organisatie, beschikbaarheid en kwaliteit van ambulancevoorzieningen wordt geregeld in de Wet ambulancevoorzieningen (Waz). Volgens artikel 1 van deze wet wordt onder ambulancevoorziening verstaan: alle voorzieningen die nodig zijn voor het uitoefenen van ambulancezorg (Wetten Overheid, 2020).

Ambulancezorg is zorg die beroepsmatig wordt verleend en die bestaat volgens artikel 5 lid 1 uit (Wetten Overheid, 2020):

- a) Het zorg dragen voor het uitvoeren van de meldkamerfunctie door een ambulancezorgprofessional;
- b) Het zorg dragen voor het ontvangen, registreren en beoordelen van elke aanvraag van zorg, bedoeld in de onderdelen c, d en e, en zo nodig het besluiten door wie en op welke wijze deze zorg zal worden verleend, niet zijnde de meldkamerfunctie;
- c) Het met een speciaal daartoe uitgerust en als zodanig herkenbaar voertuig snel ter plaatse brengen van een ambulanceverpleegkundige of andere ambulancezorgprofessional om aldaar zorg te verlenen, in verband met een ervaren of geobserveerde mogelijk ernstige of een op korte termijn levensbedreigende situatie als gevolg van een gezondheidsprobleem of letsel dat plotseling is ontstaan of verergert;
- d) Het door een ambulanceverpleegkundige of andere ambulancezorgprofessional verlenen van zorg die erop gericht is een zieke of gewonde ter zake van zijn aandoening of letsel, in verband met een ervaren of geobserveerde mogelijk ernstige of een op korte termijn levensbedreigende situatie als gevolg van een gezondheidsprobleem of letsel dat plotseling is ontstaan of verergert, per ambulance te vervoeren; of
- e) Het door een ambulanceverpleegkundige of andere ambulancezorgprofessional verlenen van zorg op het woon- of verblijfsadres van een patiënt of verlenen van zorg in combinatie met vervoer van een patiënt tussen het woon- of verblijfsadres en een zorginstelling met het oog op diagnostiek, behandeling, opname of ontslag met een ambulance.

Ambulancezorg is alleen voorbehouden aan de Regionale Ambulancevoorziening. Volgens artikel 6 lid 1 van de Wet ambulancevoorzieningen is het voor anderen zelfs verboden ambulancezorg te verlenen (Wetten Overheid, 2020).

In het kader van dit onderzoek kan lid 3 van ditzelfde artikel mogelijk ruimte bieden mocht de samenwerking leiden tot taken op het gebied van ambulancezorg. Artikel 6 lid 3 stelt namelijk: dat lid 1 niet geldt voor degenen die krachtens een overeenkomst met de Regionale Ambulancevoorziening ambulancezorg verlenen, met uitzondering van het uitvoeren van de meldkamerfunctie anders dan door leden van een Regionale Ambulancevoorziening die de vorm heeft van een coöperatie. Voor zover de Regionale Ambulancevoorziening de ambulancezorg, dan wel een deel ervan, laat uitvoeren door een derde, moet de Regionale Ambulancevoorziening ervoor zorgen dat deze derde handelt volgens de eisen die aan de Regionale Ambulancevoorziening zijn gesteld (Wetten Overheid, 2020).

Tevens dient volgens Artikel 13 lid 4 van de Wet ambulancevoorzieningen de RAV verplicht schriftelijke afspraken te maken hoe de ambulancevoorzieningen georganiseerd worden, van welke andere organisatorische verbanden daarbij gebruik wordt gemaakt en wat de aard is van de relaties met die andere verbanden, waaronder begrepen verantwoordelijkheden, taken en beslissingsbevoegdheden (Wetten Overheid, 2020).

2.5. WET OP DE BEROEPEN IN DE INDIVIDUELE GEZONDHEIDSZORG (WBIG)

De wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (BIG) regelt wat wel en niet geoorloofd is in de individuele gezondheidszorg en heeft als doel de kwaliteit van de beroepsuitoefening te bevorderen en te bewaken, en de patiënt te beschermen tegen ondeskundig en onzorgvuldig handelen van beroepsbeoefenaren.

In de wet BIG wordt bepaald dat medische beroepsbeoefenaren zoals artsen en verpleegkundigen ingeschreven moeten staan in het beroepsregister. Deze beroepsbeoefenaars moeten BIG geregistreerd zich als arts of verpleegkundige te mogen benoemen. Andere deskundige zorgverleners hebben een titel op basis van hun diploma of certificaat. Omdat medische handelingen risico's met zich meebrengen, mogen deze handelingen alleen door bevoegd zorgpersoneel worden uitgevoerd. Deze handelingen worden voorbehouden handelingen genoemd.

Een risicovolle handeling houdt in dat gezondheidsschade kan ontstaan bij onzorgvuldig of onbekwaam medisch ingrijpen. Er zijn 14 risicovolle handelingen die alleen door deskundig en bekwaam zorgpersoneel uitgevoerd mogen worden. Dit zijn de voorbehouden handelingen.

Niet alle risicovolle handelingen zijn voorbehouden. Een infuus inbrengen is bijvoorbeeld een voorbehouden handeling volgens de Wet BIG. Een infuuszak verwisselen is een risicovolle handeling, maar niet voorbehouden (Rijksoverheid, 2021). De wet bepaalt welke BIG geregistreerde beroepsbeoefenaren bevoegd zijn om bepaalde handelingen te mogen verrichten.

Regels m.b.t. de deskundigheid van (ambulance)verpleegkundigen op het gebied van voorbehouden handelingen staan beschreven in het Besluit Functionele Zelfstandigheid. De bevoegde zorgprofessional kan de opdracht tot uitvoering van de genoemde handelingen middels een protocol geven en hoeft niet aanwezig te zijn. Aan de bekwaamheid om de voorbehouden handelingen te mogen uitvoeren zijn in de Wet BIG eisen gesteld (Wetten Overheid, 2015).

Anderen dan de in de Wet BIG genoemde zorgverleners mogen geen voorbehouden handelingen uitvoeren tenzij ze deze handelingen uitvoeren in opdracht van een zelfstandig bevoegde zorgverlener, de opdrachtgever voldoende aanwijzingen geeft, er een mogelijkheid van toezicht en tussenkomst is en de opdrachtnemer bekwaam is om de opdracht goed uit te voeren (Wetten Overheid, 2015).

Op basis van de wet BIG kan geconcludeerd worden dat brandweermensen **geen** voorbehouden handelingen mogen uitvoeren.

Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) stelt dat in een noodsituatie iedereen voorbehouden handelingen naar beste weten en kunnen mag uitvoeren (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, sd). Volgens VWS is er sprake van een noodsituatie als het verrichten van een voorbehouden handeling plotseling dringend noodzakelijk is en er geen bevoegde zorgverlener beschikbaar is om die handeling tijdig uit te voeren. Buiten een noodsituatie mogen voorbehouden handelingen alleen beroepsmatig worden uitgevoerd door zelfstandig bevoegden en door anderen in opdracht van een zelfstandig bevoegde (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, sd).

Vanuit het perspectief van de patiënt en in het kader van verantwoorde zorg zou de brandweer **wel** voorbehouden behouden handelingen kunnen uitvoeren in die situaties waarbij het verrichten van een voorbehouden handeling plotseling dringend noodzakelijk is en er nog geen bevoegde zorgverlener (ambulance) beschikbaar is om die handeling tijdig uit te voeren. E.e.a. vergelijkbaar zoals gesteld in het kwaliteitskader first responder (NVMMA, V&VN, AZN, 2015).

Hierbij is het voor alle partijen van belang de positie van de brandweer ten opzichte van de ambulancedienst goed aan te geven.

2.6. WET OP DE GENEESKUNDIGE BEHANDELINGSOVEREENKOMST (WGBO)

In de wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) zijn de rechten en plichten van zorghulpverleners vastgelegd. De Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) is van toepassing voor geneeskundige handelingen en alle zorg die daarbij komt kijken. Zorgverleners mogen alleen handelen mits zij toestemming hebben van de zorgvrager of diens wettelijke vertegenwoordigers. De zorgvrager moet beschikken over de juiste informatie en zich bewust zijn waarvoor hij/zij toestemming geeft. Een uitzondering hierop is gemaakt voor het vragen van toestemming als gezien een nood situatie de tijd daarvoor ontbreekt. Hierbij is verslaglegging van de behandeling in een adequaat zorgdossier verplicht (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, sd).

In het kader van dit onderzoek gaat het hierbij om de juiste beoordeling van de noodzaak tot alarmering van de brandweer door de verpleegkundig centralist op basis van alarmeringscriteria.

2.7. WET KWALITEIT, KLACHTEN EN GESCHILLEN ZORG (WKKGZ)

In de Wkkgz staan regels m.b.t. de kwaliteit van zorg en het klachtrecht. De Wkkgz verplicht zorgaanbieders (instellingen en solistisch werkende beroepsbeoefenaren) om veilig en doelmatig zorg te verlenen afgestemd op de reële behoefte van de zorgvrager (Wetten Overheid, 2020). Deze zorg dient doeltreffend te zijn, doelmatig, afgestemd en gericht op de reële behoefte van de patiënt. De RAV dient hiervoor een visie te ontwikkelen op 'verantwoorde zorg' en heeft de verplichting om voorwaarden te scheppen, zodat deze verantwoorde zorg ook daadwerkelijk geleverd kan worden. (NVMMA, V&VN, AZN, 2015). De Wkkgz bevordert openheid over eventuele fouten en incidenten in de zorg om daarvan te leren. De Wkkgz moet de kwaliteit van de zorg en de positie van zorgvragers versterken door een effectieve en laagdrempelige afhandeling van klachten (Wetten Overheid, 2020).

In relatie tot dit onderzoek is de RAV verantwoordelijk voor het opstellen van een standpunt over de eventuele inzet van de brandweer, als mogelijke aanvulling op de reguliere ambulancezorg. Daarnaast is de RAV verantwoordelijk voor het benoemen van de noodzakelijke randvoorwaarden en de alarmering van de brandweer. Tevens dient de RAV erop toe te zien dat aan deze randvoorwaarden wordt voldaan. E.e.a. vergelijkbaar met het kwaliteitskader first responder uit 2015 (NVMMA, V&VN, AZN, 2015).

2.8. ALGEMENE VERORDENING GEGEVENSBESCHERMING (AVG)

Sinds 25 mei 2018 is de Wet Bescherming Persoonsgegevens (Wbp) vervangen door de Algemene verordening Gegevensbescherming. Bij de medische hulpverlening is o.a. een zorgcontactformulier van toepassing waarop persoonsgegevens en gezondheidsgegevens moeten worden ingevuld. Het verwerken van gezondheidsgegevens mag niet zomaar plaatsvinden en is zelfs verboden, tenzij de verwerking geschiedt door, of in opdracht van, zorgverleners en die verwerking noodzakelijk is met het oog op een goede behandeling of verzorging. Mocht dit laatste niet het geval zijn dan dient de zorgvrager eerst toestemming te verlenen. Voor mensen die werken met gezondheidsgegevens en geen wettelijke geheimhoudingsplicht hebben is een geheimhoudingsovereenkomst nodig (Wetten Overheid, 2020).

BIJLAGE 3. RESPONS- EN OPKOMSTIJDEN

De acute medische zorgketen in Nederland begint vaak als de melder 112 belt (als elke seconde telt). De betreffende melding komt via de regionale Gemeenschappelijke Meldkamer (GMK) terecht bij de meldkamer ambulance (MKA) van de betreffende regio. De centralist vraagt de melder volgens vaste protocollen uit, alarmeert één of meerdere ambulances en stuurt deze naar plaats van het gemelde incident. Het is in Nederland vanzelfsprekend dat iemand die dringend medische hulp nodig heeft deze ook zo snel mogelijk krijgt, maar krijgt daadwerkelijk iedereen deze medische hulp zo snel als mogelijk? Kan de brandweer in de stad Amsterdam hier qua snelheid iets in betekenen? In deze bijlage zal nader op deze twee vragen worden ingegaan.

3.1. RESPONSTIJDEN AMBULANCE AMSTERDAM

In Nederland is de ambulancedekking zodanig ingericht dat in 95 procent van de spoedmeldingen (A1) de ambulance binnen de vijftien minuten ter plaatse is. Uit onderzoek van Bos, De Boer & Rolink (2015) komt naar voren dat er geen wetenschappelijke evidentie is voor het huidige urgentie-indelingssysteem. Hetzelfde geldt voor de norm van 15 minuten, deze is niet wetenschappelijk onderbouwd maar te herleiden naar een groeiemodel, waarin de 15 minuten zijn ingevoerd als spreidingsnorm om de standplaatsen van de ambulances te bepalen. De ambulancesector heeft de 15 minuten zelf als responstijd opgenomen tijdens het beschrijven van verantwoorde ambulancezorg (Bos, De Boer, & Rolink, 2019).

De ambulancezorg gebruikt een urgentie-indelingssysteem met drie urgenties, namelijk A1- en A2-urgentie voor spoedeisende ambulancezorg en B-urgentie voor planbare ambulancezorg (Ambulancezorg Nederland, sd).

Volgens de Wet veiligheidsregio's en de Wet ambulancevoorzieningen is de meldkamer ambulance (MKA) verantwoordelijk voor de intake, indicatiestelling, toewijzing van de zorg, zorginstructie en de coördinatie hiervan (Wetten Overheid, 2010). De meldkamer bepaalt aan de hand van de melding of er een ambulance wordt ingezet. Mocht dit het geval zijn, dan start bij de aanneming van de telefoon de responstijd van 15 minuten. De medische zorg start pas op het moment waarop de ambulance bij de patiënt ter plaatse is. Er wordt vastgesteld of de patiënt alleen ter plaatse hulp nodig heeft, of dat de patiënt hulp behoeft en vervoerd moet worden naar een zorginstelling. De meldkamercentralist kan de patiënt in kwestie, in afwachting van de ambulance, instructies geven. Waar in de volksmond vaak gesproken wordt over de norm voor 'aanrijtijden' gaat het in werkelijkheid over de norm voor responstijden (Nederlandse Zorgautoriteit, 2011).

De verhouding tussen deze tijden wordt hieronder in figuur 13 schematisch weergegeven (Ambulancezorg Nederland, sd)



Figuur 13. Schematische weergave responstijd ambulance

Binnen de regio Amsterdam Amstelland is in 2019 95 procent van de A1 inzetten binnen 17 minuten bij de patiënt (Ambulancezorg Nederland, 2020).

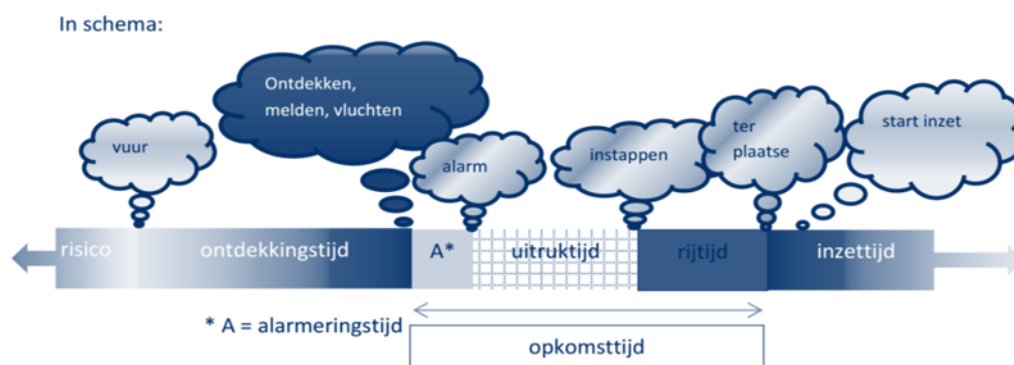
In 2018 betrof de gemiddelde responstijd 10:02 minuten. In 2019 betrof deze 9,56 minuten en in 2020 was dit gemiddeld 10 minuten (Ambulancezorg Nederland, 2020) (Ambulance Amsterdam, 2021).

Gemiddelde responstijd	2018	2019	2020
Bij A1 spoedmeldingen binnen 15 min.			
Regio VrAA	91,9%	93,1%	91,1%
Gemeente Amsterdam	91,8%	93,1%	91,2%

Tabel 12. Gemiddelde responstijden Ambulance Amsterdam in de regio VrAA en stad Amsterdam

3.2. OPKOMSTTIJD BRANDWEER AMSTERDAM-AMSTELLAND

De opkomsttijd van de brandweer is een element om de prestaties van de brandweer te meten en is wettelijk vastgelegd in het Besluit Veiligheidsregio's. In figuur 14 wordt de opkomsttijd schematisch weergegeven.



Figuur 14. Schematische weergave opkomsttijd brandweer

In de gemeente Amsterdam wordt in 69,7 procent de wettelijk opkomsttijd behaald (Brandweer Amsterdam-Amstelland, 2017). Een overzicht van de opkomsttijden bij incidenten die verbandhouden met assistentie bij medische noodgevallen, zoals reanimaties, assistentie ambulance en afhijzen (Brandweer Amsterdam-Amstelland, 2021) staan in onderstaande tabellen weergegeven.

Incident Classificatie	Jaar	VrAA	Amsterdam	Overige gemeenten. VrAA
Assistentie Ambulance	2020	10:07	10:00	11:01
Assistentie Ambulance	2019	09:46	09:38	10:37
Assistentie Ambulance	2018	09:44	09:37	10:36
Assistentie Ambulance	2017	09:34	09:27	10:16
Assistentie Ambulance	2016	09:24	09:16	10:22
Assistentie Ambulance	2015	09:19	09:16	09:44
Assistentie Ambulance	2014	09:37	09:00	12:53

Tabel 13. Gemiddelde opkomsttijd 1e voertuig, prio 1, incidentclassificatie 'Assistentie Ambulance'

Incident Classificatie	Jaar	VrAA	Amsterdam	Overige gemeenten. VrAA
Reanimeren	2020	07:49	07:43	08:22
Reanimeren	2019	08:07	07:59	08:50
Reanimeren	2018	08:04	07:54	08:53
Reanimeren	2017	07:39	07:31	08:34
Reanimeren	2016	07:32	07:25	08:16
Reanimeren	2015	07:29	07:16	08:24
Reanimeren	2014	07:05	07:02	07:21

Tabel 14. Gemiddelde opkomsttijd 1e voertuig, prio 1, incidentclassificatie 'Reanimeren'

Incident Classificatie	Jaar	VrAA	Amsterdam	Overige gemeenten. VrAA
Afhijzen	2020	09:27	09:14	12:32
Afhijzen	2019	10:13	10:10	11:58
Afhijzen	2018	08:59	08:22	12:14
Afhijzen	2017	09:11	09:01	09:55

Tabel 15. Gemiddelde opkomsttijd 1e voertuig, prio 1, incidentclassificatie 'Afhijzen'

3.3. IS DE BRANDWEER SNELLER?

Kijkende naar de responstijd van de ambulance en de opkomsttijd van de brandweer is er dan sprake van een significant verschil tussen beide diensten binnen de stad Amsterdam en de gemeenten in de Veiligheidsregio Amsterdam-Amstelland? In tabel 17 staat het verschil aangegeven.

Verskil respons- en opkomsttijden	Stad Amsterdam			Regio VrAA		
	2018	2019	2020	2018	2019	2020
Ambulance	10:02	09:56	10:00	10:02	09:56	10:00
Brandweer	07:53	07:59	07:43	08:53	08:50	08:22
Vershil	03:09	01:57	02:17	02:09	01:06	01:38

Tabel 16. Verskil in opkomsttijd/responsetijd ambulance en brandweer

Zoals uit tabel 10 blijkt is de brandweer in de stad Amsterdam gemiddeld 2:28 minuten sneller dan de ambulance. In de regio is dit verschil gemiddeld 1:51 minuten.

Geconcludeerd kan worden dat in de Veiligheidsregio Amsterdam-Amstelland de brandweer significant sneller ter plaatse kan zijn dan de ambulance. Significant in de zin van dat zeker bij reanimaties iedere seconde telt, maar dit geldt mogelijk ook voor andere medische aandoeningen zou kunnen gelden.

BIJLAGE 4. VERGELIJKEND ONDERZOEK - VRAGENLIJSTEN

RESPONDENTENLIJST:

Respondentnr.	Functie	Korps	Datum
01	Administratieve coördinator brandweer/Kapitein	Brussel	22 december 2020
02	Leiter Stab der Amtsleitung	Düsseldorf	21 augustus 2020
03	Abteilungsleiter; Personalentwicklung-aus- und fortbildung	Düsseldorf	21 augustus 2020
04	Strategische planung, einsatzorganisation	Düsseldorf	21 augustus 2020
05	Chef de Pôle opérationnel SDIS de la Marne	Reims	02 oktober 2020
06	Médecin commandant SIDS de la Marne	Reims	02 oktober 2020
07	Brandweerofficier/verantwoordelijke ambulanciers	Gent	07 januari 2021
08	Leiter Gefahrenabwehrplanung	Aachen	20 juli 2020

VERGELIJKEND ONDERZOEK BRANDWEER BELGIË, DUITSLAND EN FRANKRIJK



Brandweerkorps :

Naam geïnterviewde :

Functie geïnterviewde :

Datum interview :

AANLEIDING ONDERZOEK

Het vergelijkend onderzoek is een onderdeel binnen de onderzoeksopzet van een masterthesis welke in het kader van de Master of Crisismanagement and Public order Management (MCPM) opleiding als examenopdracht dient te worden uitgevoerd.

De Masterthesis is een verkennend onderzoek naar de samenwerking tussen ambulance en brandweer in de veiligheidsregio Amsterdam-Amstelland en is gericht op de mogelijkheden, die structurele samenwerking tussen beide diensten biedt op het operationele vlak bij het uitvoeren van dagelijkse taken. Het onderwerp van deze thesis is tot stand gekomen na overleg met de regionaal commandant brandweer/directeur van de veiligheidsregio Amsterdam-Amstelland en met instemming van de wetenschapscommissie van de Politieacademie /Instituut Fysieke Veiligheid.

ONDERZOEKSVRAGEN

Hoofdonderzoeksvraag:

Welke mogelijkheden van interprofessionele samenwerking op operationeel niveau tussen ambulance en brandweer dragen bij aan het creëren van publieke waarde voor de brandweer in de veiligheidsregio Amsterdam-Amstelland?

Deelvragen:

1. Wat wordt gezien als interprofessionele samenwerking tussen organisaties?
2. Op welke wijze werken ambulance en brandweer in de huidige praktijk samen?
3. Welke factoren bevorderen of belemmeren samenwerking tussen beide diensten?
4. Welke actoren bevorderen of belemmeren samenwerking tussen beide diensten?
5. Wat wordt verstaan onder publieke waarde?
6. Welke praktische mogelijkheden zijn er tot samenwerking op het operationele vlak tussen beide diensten?

INTERVIEWVRAGEN

1. ORGANISATIEVORM:

- a) Waar staat de ambulancedienst van de brandweer in de medische kolom?
 - o In Nederland:
Ziekenhuis <> Officier van Dienst Geneeskundig (OVD-G) <> Mobiel Medisch Team (MMT) <> Ambulance <> Huisarts <> Verloskundige <> Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ)
 - o In opgeschaalde situaties (rampen en crises)
- b) Hoe sluit de ambulancedienst van de brandweer aan binnen de medische kolom?
- c) Zijn brandweer en ambulance gescheiden organisatievormen?
 - o Gescheiden roosters
 - o Gescheiden verblijfsruimten
 - o Gescheiden functies
 - o Gescheiden leidinggevende
- d) Wie is verantwoordelijk voor de ambulancediensten?
 - o Organisatorische verantwoordelijkheid
 - o Medische verantwoordelijkheid
 - o Verantwoordelijkheid van de overheid (politiek gezien)
- e) Waarom is de ambulancedienst belegd bij de brandweer?
- f) Draaien alle brandweermensen van de uitrukdienst mee op de ambulance?
- g) Wat zijn de verschillen tussen België, Duitsland en Frankrijk?

2. SAMENWERKINGSVORM:

- a) Op welke gebieden werken ambulance en brandweer samen?
 - o Op operationeel niveau
 - o Op beleidsmatig niveau (tactisch/strategisch)
 - o Op organisatorisch niveau
- b) Wordt de ambulance volledig bemenst door de brandweer?
- c) Hoe gaat de samenwerking met andere medische hulpdiensten?
- d) Zit er verschillende mensen van de brandweer en ambulance op de wagen?
- e) Hoe ziet een dienst eruit? (12 uur/24 uur/anders/piket)
- f) Hoeveel dagen/maand zit men op de ambulance?
- g) Wat zijn de voordelen dat de ambulance onderdeel uitmaakt van de brandweer?
- h) Wat zijn nadelen dat de ambulance geïntegreerd is bij de brandweer?
- i) Wordt er ook samengewerkt met burgerhulpteams
- j) Zitten er standaard op de brandweerwagen ook altijd verpleegkundigen?

3. TAKEN AMBULANCEDIENST

- a) Welke taken verricht men op de ambulance?
- b) Verricht men ook medische handelingen, zoals: zuurstoftoediening, intuberen, infuus inbrengen, medicatie toedienen, defibrilleren, ontlasten spanningspneumothorax, (nood)cricothyreotomie inbrengen orofaryngeale of nasofaryngeale airway, inbrengen I-gel of larynxmakser, masker/ballonbeademing, aanleggen extern hartmassageapparaat (zoals LUCAS) en interpreteren van ECG?
- c) Zit er verschil in taken tussen de ambulance van de brandweer en andere ambulancedienst(en)?
- d) Zijn er ook gevallen waarbij de ambulance mensen niet meeneemt naar het ziekenhuis (zoals sociale problematiek)? Wie draagt dan de verantwoording?
- e) Zijn er speciale taken m.b.t. terreurgevolgbestrijding?
- f) Welke medische taken verricht personeel van de tankautospuiter en/of redvoertuig?

4. FUNCTIETYPING

- a) Zijn er criteria om op de ambulance te mogen?
- b) Welke functies zijn er op de ambulance?
 - Chauffeur
 - Wat zijn de taken?
 - Verpleegkundige/medisch geschoold personeel
 - Wat zijn de taken?
 - Anders
- c) Voert men deze taak volledig uit naast de brandweerfunctie?

5. OPLEIDINGSNIVEAU

- a) Wat is de minimaal vereiste vooropleiding?
- b) Welke opleidingsniveaus zijn er?
- c) Zijn de taken goed te combineren (opleidingsbelasting/oefenbelasting)?
- d) Hoe wordt de geoefendheid (kennis en vaardigheid) op peil gehouden?
- e) Wordt er gebruik gemaakt van protocollen zoals in NL en zo ja welke?
- f) Mogen de protocollen door brandweerpersoneel worden uitgevoerd?

6. WET- EN REGELGEVING

- a) Zijn de ambulancetaken bij wet belegd?
- b) Zijn er kwaliteitscriteria?
- c) Zijn er aanvullende richtlijnen?

7. FINANCIERING

- a) Hoe wordt de ambulance gefinancierd?

8. FACTOREN/ACTOREN

- a) Welke factoren beïnvloeden deze samenwerkingsvorm?
 - Cultuur: Is er een cultuurverschil tussen de ambulance (personeel) en brandweer (personeel)?
 - Zo ja; welke verschillen zijn er dan?
 - Wet- en regelgeving:
 - Zit de wet- en/of regelgeving de samenwerking in de weg?
 - Zit de wet- en/of regelgeving de uitwisseling van personeel in de weg?
 - Taakhoud: Is er een overlap van taken?

- b) Welke actoren beïnvloeden deze samenwerkingsvorm?
 - Vakbonden?
 - Beroepsorganisaties?
 - Medische diensten?
 - Hoe kijkt de medische hoek tegen de kwaliteit van de brandweer aan?
 - Is er sprake van extra mentale belasting voor brandweerpersoneel dat ook bij/op de ambulance meedraait?

9. ALGEMEEN

- a) Zijn er maatschappelijke of andere (politieke, financiële) ontwikkelingen die van invloed zijn op de huidige manier van werken?
- b) Draagt het werk van de ambulance bij tot een beter imago van de brandweer of juist omgekeerd?
- c) Draagt de integratie bij tot een betere medische dienstverlening aan de burgers?
- d) Is er kwaliteitsverschil tussen de ambulancedienst van de brandweer en andere aanbieders?
- e) Is de belasting qua oefenen voor brandweertaken en medische taken op de ambulance goed te doen?
- f) Waar zijn knelpunten om beide taken naar behoren goed te kunnen uitoefenen?
- g) Hoe is de ambulance ingebed in de brandweerorganisatie?
- h) Levert inzet van brandweereenheden voor medische taken een tijdswinst op?

**VERGLEICHENDE STUDIE FEUERWEHREN
BELGIEN, DEUTSCHLAND UND FRANKREICH**



Feuerbrigade :

Name des Befragten :

Funktion des Befragten :

Datum des Interviews :

ANLASS FÜR DIE STUDIE

Die Vergleichsstudie ist Teil des Studiendesigns einer Masterarbeit, die als Prüfungsaufgabe im Rahmen der Ausbildung zum Master of Crisis Management and Public Order Management (MCPM) durchgeführt werden muss.

Die Masterarbeit ist eine explorative Studie zur Zusammenarbeit zwischen Rettungsdienst und der Feuerwehr in der Sicherheitsregion Amsterdam-Amstelland und konzentriert sich auf die Möglichkeiten, die die strukturelle Zusammenarbeit zwischen den beiden Diensten im operativen Bereich bei der Erfüllung der täglichen Aufgaben bietet. Das Thema dieser Arbeit wurde nach Rücksprache mit dem Regionalkommandeur der Feuerwehr/Direktor der Sicherheitsregion Amsterdam-Amstelland und mit Genehmigung des Wissenschaftsausschusses der Polizeiakademie/des Instituts für physische Sicherheit (Instituut Fysieke Veiligheid) erstellt.

STUDIENFRAGEN

Kernfrage der Studie:

Welche Möglichkeiten der interprofessionellen Zusammenarbeit auf operativer Ebene zwischen Rettungsdienst und Feuerwehr tragen dazu bei, einen öffentlichen Wert für die Feuerwehr in der Sicherheitsregion Amsterdam-Amstelland zu schaffen?

Teilfragen:

1. Was ist eine interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen Organisationen?
2. Wie arbeiten Rettungsdienst und Feuerwehr in der gegenwärtigen Praxis zusammen?
3. Welche Faktoren fördern oder behindern die Zusammenarbeit zwischen den beiden Diensten?
4. Welche Akteure fördern oder behindern die Zusammenarbeit zwischen den beiden Diensten?
5. Was ist unter öffentlichem Wert zu verstehen?
6. Welche praktischen Möglichkeiten gibt es für eine operative Zusammenarbeit zwischen den beiden Diensten?

INTERVIEWFRAGEN

1. ORGANISATIONSFORM:

- a) Wo ist der Rettungsdienst der Feuerwehr in der medizinischen Organisationsstruktur eingeordnet?
 - In den Niederlanden:
Krankenhaus <> Beamter des medizinischen Dienstes (OVD-G) <> Mobiles medizinisches Team (MMT) <> Rettungsdienst/Rettungswagen <> Allgemeinarzt <> Hebamme <> Psychotherapeutische Versorgung (GGZ)
 - In hochskalierten Situationen (Katastrophen und Krisen)
- b) Wie verbindet sich der Rettungsdienst der Feuerwehr innerhalb der medizinischen Organisationsstruktur?
- c) Sind Feuerwehr und Rettungsdienst getrennte Organisationsformen?
 - Getrennte Zeitpläne
 - Getrennte Aufenthaltsräume
 - Getrennte Funktionen
 - Getrennte Führungskräfte
- d) Wer ist für die Rettungsdienste verantwortlich?
 - Organisatorische Verantwortung
 - Medizinische Verantwortung
 - Verantwortung der Behörden (politisch gesehen)
- e) Warum ist der Rettungsdienst innerhalb der Feuerwehr angelegt?
- f) Arbeiten alle Feuerwehrleute des Bereitschaftsdienstes im Rettungsdienst mit?
- g) Was sind die Unterschiede zwischen Belgien, Deutschland und Frankreich?

2. FORM DER ZUSAMMENARBEIT:

- a) In welchen Bereichen arbeiten Rettungsdienst und Feuerwehr zusammen?
 - Auf operativer Ebene
 - Auf strategischer Ebene (taktisch/strategisch)
 - Auf organisatorischer Ebene
- b) Wird der Rettungsdienst komplett von der Feuerwehr besetzt?
- c) Wie läuft die Zusammenarbeit mit anderen medizinischen Rettungsdiensten?
- d) Befinden sich verschiedene Personen von der Feuerwehr und vom Rettungsdienst im Fahrzeug?
- e) Wie sieht ein Dienst aus? (12 Stunden/24 Stunden/Sonstiges/Wache)
- f) Wie viele Tage/Monat sind die Leute im Rettungsdienst/Rettungswagen?
- g) Was sind die Vorteile, dass der Rettungsdienst Teil der Feuerwehr ist?
- h) Was sind die Nachteile, dass der Rettungsdienst in die Feuerwehr integriert ist?
- i) Gibt es auch eine Zusammenarbeit mit Teams des zivilen Herznotfalldienstes?
- j) Ist immer Krankenpflegepersonal in den Fahrzeugen der Feuerwehr anwesend?

3. AUFGABEN RETTUNGSDIENSTE

- g) Welche Aufgaben werden im Rettungsdienst/Rettungswagen ausgeführt?
- a) Werden auch medizinische Verfahren, wie z.B. Sauerstoffverabreichung, Intubation, Infusion, Verabreichung von Medikamenten, Defibrillation, Linderung des Spannungspneumothorax, (Notfall-) Krikothyreotomie -Einführung eines oropharyngealen oder nasopharyngealen Atemkanüle, Einführung einer I-Gel- oder Laryngeal-Maske, Masken-/Ballonbeatmung, Anlegen eines externen Herzmassagegeräts (z.B. LUCAS) und Interpretation des EKG durchgeführt?

- b) Gibt es einen Unterschied in den Aufgaben zwischen dem Rettungsdienst der Feuerwehr und anderen Rettungsdiensten?
- c) Gibt es auch Fälle, in denen der Rettungsdienst Menschen nicht ins Krankenhaus bringt (z.B. soziale Probleme)? Wer trägt dann die Verantwortung?
- d) Gibt es spezielle Aufgaben im Zusammenhang mit der Terrorismusbekämpfung?
- e) Welche medizinischen Aufgaben erledigt das Tankspritzenwagen- und/oder Rettungsfahrzeugpersonal?

4. FUNKTIONSTYP

- a) Gibt es Kriterien, um im Rettungsdienst/-wagen arbeiten zu dürfen?
- b) Welche Funktionen hat der Rettungsdienst?
 - Fahrer
 - Was sind die Aufgaben?
 - Krankenpflegepersonal/medizinisch geschultes Personal
 - Was sind die Aufgaben?
 - Sonstiges
- c) Wird diese Aufgabe komplett zusätzlich zur Feuerwehrfunktion ausgeführt?

5. AUSBILDUNGSNIVEAU

- a) Was sind die Mindestvoraussetzungen?
- b) Welche Ausbildungsniveaus gibt es?
- c) Sind die Aufgaben leicht zu kombinieren (Schulungsbelastung/Ausübungsbelastung)?
- d) Wie wird die Praxis (Wissen und Können) aufrechterhalten?
- e) Werden Protokolle wie in NL verwendet und wenn ja, welche?
- f) Können die Protokolle von Feuerwehrleuten ausgeführt werden?

6. GESETZE UND VORSCHRIFTEN

- a) Sind Rettungsdienstaufgaben gesetzlich festgelegt?
- b) Gibt es Qualitätskriterien?
- c) Gibt es zusätzliche Richtlinien?

7. FINANZIERUNG

- a) Wie finanziert sich der Rettungsdienst?

8. FAKTOREN/AKTEURE

- a) Welche Faktoren beeinflussen diese Form der Zusammenarbeit?
 - Kultur: Gibt es einen kulturellen Unterschied zwischen dem Rettungsdienst (Personal) und der Feuerwehr (Personal)?
 - Wenn ja; welche Unterschiede gibt es dann?
 - Gesetze und Vorschriften:
 - Behindern das Gesetz und/oder die Vorschriften die Zusammenarbeit?
 - Behindern das Gesetz und/oder die Vorschriften den Austausch von Personal?
 - Aufgabeninhalt: Gibt es eine Überlappung von Aufgaben?
- b) Welche Akteure beeinflussen diese Form der Zusammenarbeit?
 - Gewerkschaften?
 - Berufsverbände?
 - Medizinische Dienste?
 - Wie beurteilt die medizinische Organisationsseite die Qualität der Feuerwehr?

- Gibt es eine zusätzliche psychische Belastung für Feuerwehrleute, die auch im Rettungsdienst/-wagen arbeiten?

9. ALLGEMEINES

- a) Gibt es soziale oder andere (politische, finanzielle) Entwicklungen, die die derzeitige Arbeitsweise beeinflussen?
- b) Trägt die Arbeit des Rettungsdienstes zu einem besseren Bild der Feuerwehr bei oder umgekehrt?
- c) Trägt die Integration zu einer besseren medizinischen Versorgung der Bürger bei?
- d) Gibt es einen Qualitätsunterschied zwischen dem Rettungsdienst der Feuerwehr und anderen Anbietern?
- e) Ist die Praxisbelastung für brandabwehrtechnische- und medizinische Aufgaben des Rettungsdienstes gut durchführbar?
- f) Wo liegen die Engpässe bei der ordnungsgemäßen Ausführung beider Aufgaben?
- g) Wie ist der Rettungsdienst in die Feuerwehrorganisation eingebettet?
- h) Gibt es durch den Einsatz von Feuerwehreinheiten für medizinische Aufgaben eine Zeitersparnis?

ETUDE COMPARATIVE RELATIVE AUX SAPEURS-POMPIERS EN BELGIQUE, EN ALLEMAGNE ET EN FRANCE



Corps des sapeurs-pompiers :

Nom de la personne interviewée :

Fonction de la personne interviewée :

Date interview :

PROPOS DE L'ETUDE

L'étude comparative est une partie du projet de l'examen une thèse de master qui doit être exécutée comme tâche d'examen dans le cadre de la formation de Master of Crisismanagement and Public Order Management (MCPM).

La thèse de master est un examen exploratoire de la collaboration entre l'ambulance et les sapeurs-pompiers dans la région de sécurité d'Amsterdam-Amstelland et est orientée sur les possibilités que la collaboration structurelle entre les deux services offre au niveau opérationnel lors de l'exécution de tâches quotidiennes. Le sujet de cette thèse est réalisé après la concertation avec le commandant régional des sapeurs-pompiers/directeur de la région de sécurité Amsterdam-Amstelland et avec l'autorité de la science de l'Académie de la Police/l'Institut Sécurité Physique.

QUESTIONS D'ETUDE

Question d'étude principale :

Quelles sont les possibilités d'une collaboration interprofessionnelle au niveau opérationnel entre l'ambulance et les sapeurs-pompiers lors de la création de la valeur publique pour les sapeurs-pompiers dans la région de sécurité d'Amsterdam-Amstelland ?

Questions :

1. Qu'est-ce qui est considérée comme une collaboration interprofessionnelle entre les organisations ?
2. De quelle façon est-ce que l'ambulance et les sapeurs-pompiers collaborent dans la pratique actuelle ?
3. Quels sont les facteurs qui favorisent ou empêchent la collaboration entre les deux services ?
4. Quels sont les acteurs qui favorisent ou empêchent la collaboration entre les deux services ?
5. Que signifie la valeur publique ?
6. Quelles sont les possibilités pratiques au niveau de la collaboration au niveau opérationnel entre les deux services ?

QUESTIONS D'INTERVIEW

1. FORME D'ORGANISATION :

- a) Où se trouve le service de l'ambulance des sapeurs-pompiers dans la colonne médicale ?
 - Aux Pays-Bas :
Hôpital <> Officier du Service Médical (OSM) <> Equipe Médicale Mobile (EMM) <> Ambulance <> Médecin traitant <> Gynécologue <> Santé Mentale Publique (SMP)
 - Dans des situations différenciées (catastrophes et crises)
- b) Comment est-ce que le service de l'ambulance correspond au sein de la colonne médicale ?
- c) Quelles sont les formes d'organisation distinctes entre les sapeurs-pompiers et l'ambulance ?
 - Horaires distinctes
 - Espaces de séjour distinctes
 - Fonctions séparées
 - Dirigeant séparé
- d) Qui est responsable des services de l'ambulance ?
 - La responsabilité organisatrice
 - La responsabilité médicale
 - La responsabilité des pouvoirs publics (au niveau politique)
- e) Pourquoi est-ce que le service de l'ambulance est organisé par les sapeurs-pompiers ?
- f) Est-ce que tous les employés des sapeurs-pompiers du service intervention travaillent pour l'ambulance ?
- g) Quelles sont les différences entre la Belgique, l'Allemagne et la France ?

2. FORME DE COLLABORATION :

- a) Quels sont les niveaux où l'ambulance et les sapeurs-pompiers collaborent ?
 - Le niveau opérationnel
 - Le niveau politique (tactique/stratégie)
 - Le niveau organisationnel
- b) Est-ce que l'ambulance est entièrement pourvue de personnel par les sapeurs-pompiers ?
- c) Comment se déroule la collaboration avec d'autres services d'assistance médicale ?
- d) Y a-t-il de différentes personnes des sapeurs-pompiers et de l'ambulance dans le véhicule.
- e) Quelle est la répartition d'un service ? (12 heures/24 heures/autre/piquet)
- f) Combien de jours/mois passe-t-on dans l'ambulance ?
- g) Quels sont les avantages que l'ambulance fait partie des sapeurs-pompiers ?
- k) Quels sont les inconvénients du fait que l'ambulance soit intégrée aux sapeurs-pompiers ?
- l) Collabore-t-on également avec des équipes d'assistance civiles pour le cœur ?
- m) Y a-t-il également des infirmiers (infirmières) dans le véhicule des sapeurs-pompiers de manière standard ?

3. TÂCHES DU SERVICE DE L'AMBULANCE

- a) Quelles tâches sont effectuées par l'ambulance ?
- b) Est-ce que l'on effectue également des opérations médicales, comme : l'application d'oxygène, l'intubation, la mise sous perfusion, la défibrillation, la diminution de la pression du pneumothorax, l'application de cryothyroïdotomie par voie oro-pharyngienne ou naso-pharyngienne, l'application d'un gel ou d'un masque au niveau du larynx/l'insufflation à l'aide d'un ballon, l'application d'un appareil externe pour le massage cardiaque (comme LUCAS) et l'interprétation de l'ECG ?
- c) Y a-t-il une différence entre les tâches de l'ambulance des sapeurs-pompiers et d'autres services d'ambulance ?
- d) Y a-t-il également des cas dans lesquels l'ambulance n'emmène pas des personnes à l'hôpital (comme la problématique sociale) ? Qui assume la responsabilité ?
- e) Y a-t-il des tâches spéciales relatives à la lutte contre les conséquences de terreur ?
- f) Quelles les tâches médicales sont effectuées par le personnel du camion-citerne et/ou du véhicule de sauvetage ?

4. CARACTERISATION DES FONCTIONS

- a) Y a-t-il des critères pour pouvoir accompagner l'ambulance ?
- b) Quelles fonctions y a-t-il dans l'ambulance ?
 - Chauffeur
 - Quelles sont les tâches ?
 - Infirmier (infirmière)/personnel médical formé
 - Quelles sont les tâches ?
 - Autres
- c) Exécute-t-on cette tâche entièrement en plus de la fonction des sapeurs-pompiers ?

5. NIVEAU DE FORMATION

- a) Quelle est la préformation requise au minimum ?
- b) Quels sont les niveaux de formation ?
- c) Est-ce que les tâches peuvent être combinées (charge de formation/charge d'exercice) ?
- d) Comment est-ce que l'expérience (connaissances et compétence) est actualisée ?
- e) Utilise-t-on des protocoles comme aux Pays-Bas et si oui, lesquels ?
- f) Est-ce que les protocoles peuvent être exécutés par le personnel des sapeurs-pompiers ?

6. LEGISLATION - REGLEMENTATION

- a) Est-ce que les tâches de l'ambulance sont précisées par la loi ?
- b) Y a-t-il des critères de qualité ?
- d) Y a-t-il des directives complémentaires ?

7. FINANCEMENT

- a) Comment est-ce que l'ambulance est financée ?

8. FACTEURS/ACTEURS

- a) Quels facteurs influencent cette forme de collaboration ?
 - Culture : y a-t-il une différence de culture entre l'ambulance (personnel) et les sapeurs-pompiers (personnel) ?
 - Si oui, quelles sont les différences ?
 - Législation et réglementation :
 - Est-ce que la législation et/ou la réglementation pose un problème au niveau collaboration ?
 - Est-ce que la législation et/ou la réglementation pose un problème au niveau personnel ?
 - Contenu des tâches : y a-t-il un chevauchement de tâches ?

- b) Quels acteurs influencent cette forme de collaboration ?
 - Les ligues syndicales ?
 - Les organisations professionnelles ?
 - Les services médicaux ?
 - Quelle est la considération médicale vis-à-vis de la qualité des sapeurs-pompiers ?
 - Y a-t-il question d'une charge mentale supplémentaire pour le personnel des sapeurs-pompiers qui travaille également pour l'ambulance ?

9. GENERALITES

- a) Y a-t-il des développements sociaux ou autres (politiques, financiers) qui influencent la manière actuelle de travailler ?
- b) Est-ce que le travail de l'ambulance contribue à une meilleure image des sapeurs-pompiers ou est ce que c'est l'inverse ?
- c) Est-ce que l'intégration contribue à une meilleure prestation de services médicaux aux citoyens ?
- d) Y a-t-il une différence entre les services de l'ambulance des sapeurs-pompiers et d'autres offreurs ?
- e) La charge en termes de formation aux pompiers et aux tâches médicales sur ambulance est-elle bonne ?
- f) Où se situent les goulots d'étranglement afin de pouvoir exécuter les tâches de manière adéquate ?
- g) Comment est-ce que l'ambulance est intégrée dans l'organisation des sapeurs-pompiers ?
- h) Est-ce que l'emploi d'unités des sapeurs-pompiers génère un gain de temps pour les tâches médicales ?

BIJLAGE 5. RESPONDENTEN - INTERVIEWFORMULIER

RESPONDENTENLIJST:

Respondentnr.	Functie	Datum interview
01	Directeur veiligheidsregio/regionaal commandant brandweer	16 december 2020
02	Directeur veiligheidsregio	19 januari 2021
03	Directeur brandweer en ambulancezorg	20 januari 2021
04	Burgemeester	27 januari 2021
05	Burgemeester	27 januari 2021
06	Hoofd operatie/adjunct directeur ambulancedienst	03 december 2020
07	Directeur veiligheidsregio's (ministerie van JenV)	27 januari 2021
08	Coördinerend senior-adviseur (ministerie van JenV)	27 januari 2021
09	Hoofd GHOR-bureau	19 oktober 2020
10	Chief Information & Innovation Officer	18 augustus 2020
11	Sectormanager Operationele Dienst	25 januari 2021
12	Sectormanager Risicobeheersing en Preparatie	04 februari 2021
13	Manager brandweerkunde/Officier van Dienst	03 september 2020
14	Brandweerkundige/Officier van Dienst	03 september 2020
15	Veiligheidskundige	03 september 2020
16	Hoofd Personeel en Organisatie	15 januari 2021
17	Voorzitter Ondernemingsraad brandweer	15 januari 2021
18	Programma manager ambulancezorg	11 december 2021
19	Senior beleidsmedewerker (ministerie van VWS)	05 januari 2021
20	Coördinator Medisch Stafbureau ambulancedienst	20 januari 2021
21	Hoofd bedrijfsvoering ambulancedienst	10 maart 2021
23	Teammanager ambulancedienst	12 januari 2021
24	Teammanager ambulancedienst	19 januari 2021
25	MMT-arts/HEMS Lifeliner 1	19 november 2021
26	Clustercommandant/projectleider Brambalance	24 september 2020
27	Zorginkoper medische specialistische zorg CZ	10 februari 2021
28	Hoofd incidentbestrijding	15 februari 2021

INTERVIEWFORMULIER



Organisatie :

Naam geïnterviewde :

Functie geïnterviewde :

Datum interview :

AANLEIDING ONDERZOEK

Dit interview maak onderdeel uit van de onderzoeksopzet van een masterthesis, welke in het kader van de Master of Crisismanagement and Public order Management (MCPM) opleiding als examenopdracht dient te worden uitgevoerd.

De Masterthesis is een verkennend onderzoek naar de samenwerking tussen ambulance en brandweer in de veiligheidsregio Amsterdam-Amstelland en is gericht op de mogelijkheden, die structurele samenwerking tussen beide diensten biedt op het operationele vlak bij het uitvoeren van dagelijkse taken. Het onderwerp van deze thesis is tot stand gekomen na overleg met de regionaal commandant brandweer/directeur van de veiligheidsregio Amsterdam-Amstelland en met instemming van de wetenschapscommissie van de Politieacademie /Instituut Fysieke Veiligheid.

ONDERZOEKSVRAGEN

Hoofdonderzoeksvraag:

Welke mogelijkheden van interprofessionele samenwerking op operationeel niveau tussen ambulance en brandweer dragen bij aan het creëren van publieke waarde voor de brandweer in de veiligheidsregio Amsterdam-Amstelland?

Deelvragen:

1. Wat wordt gezien als interprofessionele samenwerking tussen organisaties?
2. Op welke wijze werken ambulance en brandweer in de huidige praktijk samen?
3. Welke factoren bevorderen of belemmeren samenwerking tussen beide diensten?
4. Welke actoren bevorderen of belemmeren samenwerking tussen beide diensten?
5. Wat wordt verstaan onder publieke waarde?
6. Welke praktische mogelijkheden zijn er tot samenwerking op het operationele vlak tussen beide diensten?

INTERVIEWVRAGEN

ALGEMEEN:

1. Wat roept dit onderzoek bij u op?
2. Zijn er bij u vergelijkbare onderzoeken bekend?
3. Zijn er maatschappelijke of andere (politieke, financiële, wettelijke) ontwikkelingen die van invloed zijn op de huidige manier van werken van ambulance en brandweer?
4. Zijn er maatschappelijke of andere (politieke, financiële, wettelijke) ontwikkelingen die het noodzakelijk maken om de samenwerking (in de toekomst) aan te gaan?
5. Is de Corona-crisis voor u aanleiding om de samenwerking tussen brandweer en ambulancedienst nader te onderzoeken?

WAAROM SAMENWERKING:

6. Hebben de brandweer en/of Veiligheidsregio in uw ogen belangen bij een eventuele verder gaande samenwerking tussen ambulance en brandweer?
 - Zo ja, welke belangen dan?
 - Zo nee, wordt hierdoor een (belangrijke) kans gemist of kan hierdoor op termijn legitimiteit, status of resources verloren gaan?
7. Kan samenwerking in uw ogen leiden tot voordelen voor de brandweer en ambulancedienst?
 - Zo ja, welke dan:
 - Effectiviteit
 - Efficiëntie
 - Continuïteit
 - Kwaliteit
 - Resources
 - Capaciteit
 - Vergroten dienstverlening
 - Legitimiteit
 - Sociale ontwikkelingen
8. Kan een eventuele samenwerking bijdragen aan een betere medische dienstverlening aan de burgers?
9. Vindt u dat de ambulancedienst moet worden ondergebracht in de organisatie van de Veiligheidsregio?
 - Zo ja; waarom dan?
 - Invloed op ambulancezorg?
 - Stap om kloof tussen algemene keten en functionele keten te dichten?
 - Zouden brandweer en Ambulancedienst één organisatieonderdeel kunnen zijn?
10. Is er in uw ogen een doel-overeenstemming tussen beide organisaties?
 - Zo ja, welke dan?
11. Is er in uw ogen een wederzijdse afhankelijkheid tussen beide organisaties?
 - Zo ja, welke dan?
12. Zijn bij een (eventuele) samenwerking de taakverdeling en verantwoordelijkheden in uw ogen helder te krijgen?
13. Is er vertrouwen om de samenwerking aan te gaan?

SAMENWERKINGSVORM:

14. Op welke gebieden zouden ambulance en brandweer kunnen samen werken?
 - Op operationeel niveau
 - Op beleidsmatig niveau (tactisch/strategisch)
 - Op organisatorisch niveau (Veiligheidsregio)
15. Kan de brandweer ambulancetaken verrichten?
 - Zo ja; welke taken?
16. Kan, gezien vanuit de opkomst snelheid van de brandweer, de medische zorg op straat verhoogd worden?
17. Welke samenwerkingsvormen zouden er (op termijn) kunnen plaatsvinden:
 - **Multidisciplinair**
(Bij multidisciplinaire teams werken professionals vanuit verschillende disciplines samen en hebben ieder een eigen specifieke inbreng en expertise)
 - **Interdisciplinair**
(Een interdisciplinair team bestaat ook uit leden met een verschillende discipline achtergrond, maar zij hebben wel gemeenschappelijke taken, verantwoordelijkheden en doelstellingen)
 - **Transdisciplinair**
(Transdisciplinaire teams; zulke teams bestaan uit leden vanuit verschillende disciplines die samenwerken aan dezelfde taken, waarbij de verschillende disciplines zich (gedeeltelijk) op elkaars werkkterrein begeven. Leden van Transdisciplinaire teams kunnen elkaars taken uitvoeren)

ACTOREN/FACTOREN:

18. Welke factoren beïnvloeden een eventuele samenwerkingsvorm?
 - a) Structurele en sociaal- culturele factoren: Is er een cultuurverschil tussen de ambulance (personeel) en brandweer (personeel)?
 - Zo ja; welke verschillen zijn er dan in uw ogen?
 - b) Budget- en financiële stromen:
 - Zorgstelsel draait om geld, ook de ambulance ritten. Staan de financiën een eventuele samenwerking in de weg?
 - c) Wet- en regelgeving:
 - Zit de wet- en/of regelgeving een eventuele samenwerking in de weg?
 - Zit de wet- en/of regelgeving een eventuele uitwisseling van personeel in de weg?
 - d) Informatiestromen/databases
 - Medische informatie van patiënten is erg persoonlijk en privacygevoelig. Kan dit een eventuele samenwerking belemmeren?
 - e) Gestandaardiseerde werkzaamheden en procedures.
 - Zijn er aanvullende richtlijnen die een eventuele samenwerking kunnen belemmeren?
 - f) De gezondheidszorg is in de organisatiekunde (Mintzberg) geduid als een professionele bureaucratie.
 - Staat bureaucratie een eventuele samenwerking in de weg?
19. Zowel de ambulancedienst als brandweer zijn autonome organisaties.
 - Staat de autonomie van beide organisaties een samenwerking in de weg?
20. Staat de steeds verder gaande professionaliteit van beide organisaties een eventuele samenwerking in de weg?
21. Is er sprake van extra mentale belasting voor brandweerpersoneel dat ook bij/op de ambulance meedraait?

22. Welke actoren beïnvloeden deze samenwerkingsvorm?
- Vakbonden?
 - Beroepsorganisaties?
 - Medische diensten?
 -?

OPERATIONELE VRAGEN:

23. Kan de brandweer in het kader van terrorisme gevolgbestrijding meer betekenen voor de ambulancedienst?
- Zo ja, in welke vorm?
24. Ziet u mogelijkheden dat de brandweer een kweekvijver kan zijn voor toekomstig ambulancepersoneel?
25. Ziet u mogelijkheden voor gecombineerde hulpverleningsposten/voertuigenpost?
26.

OVERIGE:

27. Ziet u mogelijkheden dat de brandweer in het kader van het 2^e loopbaanbeleid een kweekvijver kan zijn voor toekomstig ambulancepersoneel?
28. Wat is de reden, dat er elders in Nederland geen initiatieven zijn voor Eerste Hulp Voertuigen of verdere samenwerkingsvormen tussen de brandweer en ambulancediensten?
29. Is een integratie tussen ambulance en brandweer, zoals in België, Frankrijk en Duitsland ook denkbaar in Nederland?
30. Kan gezien vanuit de opkomst snelheid van de brandweer en kazerne dichtheid, de medische zorg aan de burgers anders ingericht worden (van nurse based naar scoop and run/paramedici system)?
- Relatie tussen tijd en gezondheidsuitkomst
 - Kosten medische kosten versus gezondheidsuitkomst
 - Efficiency (financieel gezien)
31. Opereren en denken de ambulancedienst en brandweer te veel vanuit hun eigen kolom?
32. Draagt een eventuele samenwerkingsvorm bij aan (meer) maatschappelijke/publieke waarde?
- Zo ja, waarom dan?
33. Wat verstaat u onder de publieke waarde van de brandweer?
34. Staat de publieke waarde van de brandweer onder druk?
- Bekeken vanuit de politiek?
 - Bekeken vanuit de burger?
35. Draagt een eventuele samenwerkingsvorm/ uitvoeren van brandweertaken bij tot een beter imago van de ambulancedienst en/of brandweer of juist niet?

BIJLAGE 6. DIGITALE VRAGENLIJST BRANDWEER EN AMBULANCE



Verkenkend onderzoek naar de samenwerking tussen ambulance en brandweer in de veiligheidsregio Amsterdam-Amstelland

VERSIE BRANDWEER AA

KUNNEN WE OOK SAMEN?

Wilfred van Randwijk

Brandweer Amsterdam-Amstelland

Student leergang MCPM7 IFV/Politieacademie

Februari 2021

ONDERZOEKSVRAGEN

Toelichting onderzoek:

In mijn onderzoek staan de volgende vragen centraal:

A. Hoofdonderzoeksvraag:

Welke mogelijkheden van interprofessionele samenwerking op operationeel niveau tussen ambulance en brandweer dragen bij aan het creëren van publieke waarde voor de brandweer in de veiligheidsregio Amsterdam-Amstelland?

B. Deelvragen:

1. Wat wordt gezien als interprofessionele samenwerking tussen organisaties?
2. Op welke wijze werken ambulance en brandweer in de huidige praktijk samen?
3. Welke factoren bevorderen of belemmeren samenwerking tussen beide diensten?
4. Welke actoren bevorderen of belemmeren samenwerking tussen beide diensten?
5. Wat wordt verstaan onder publieke waarde?
6. Welke praktische mogelijkheden zijn er tot samenwerking op het operationele vlak tussen beide diensten?

Om tot antwoorden te komen op de deelvragen 2, 3, 4 en 6 heb ik jullie input nodig.

INTERVIEW MEDEWERKERS UITRUKDIENST BRANDWEER AMSTERDAM-AMSTELLAND

Middels onderstaande vragen wil ik via jullie input verkrijgen om de eerder aangeven deelvragen te kunnen beantwoorden.

Opmerking: De vragen zijn t.o.v. andere respondenten volledig anoniem, ik kan alleen herleiden wie wat heeft ingevuld.

1. Wat is jouw functie bij de brandweer? **(Verplicht)**

- Manschap
- Bevelvoerder
- Manschap/Voertuigbediener (chauffeur pompbediener)

2. Ben jij een 2e loopbaan kandidaat? **(Verplicht)**

- Ja
- Nee

3. Hoe vind jij de samenwerking tussen de brandweer en ambulance op straat gaan? **(Verplicht)**

Geef met een cijfer aan hoe jij de huidige samenwerking ervaart:

slecht - zeer goed

- | | | | | | | | | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

4. Zie jij mogelijkheden om de samenwerking met de ambulancedienst te verbeteren? **(Verplicht)**

Opmerking: *Indien JA, geef dan een korte omschrijving van de mogelijkheden die jij ziet.*

- Ja
- Nee

5. Zie jij praktische mogelijkheden om als brandweer meer de samenwerking met de ambulancedienst aan te gaan? **(Verplicht)**

Opmerking: *Indien JA, geef dan een korte beschrijving van de mogelijkheden die jij ziet.*

- Ja
- Nee

6. Mis je op straat bepaalde kennis, vaardigheden, spullen of apparatuur om met de ambulancedienst goed te kunnen samenwerken? **(Verplicht)**

Opmerking: *Indien JA, beschrijf dan wat je mist.*

- Ja
- Nee

7. Vind jij dat er een cultuurverschil is tussen de brandweer en ambulance? **(Verplicht)**

Opmerking: Indien JA, omschrijf dit cultuurverschil dan.

- Ja
- Nee

8. Zou jij met de ambulance in één gezamenlijke uitrukpost willen zitten? **(Verplicht)**

Opmerking: Indien NEE; waarom dan niet?

- Ja
- Nee

9. Zou jij net als in Amerika, België of Duitsland een gecombineerde functie willen vervullen op de ambulance? **(Verplicht)**

Opmerking: Indien NEE, beschrijf dan waarom je dit niet wilt.

- Ja
- Nee

10. Denk jij dat jouw brandweerwerk het toelaat om hier medische taken aan te voegen? **(Verplicht)**

Opmerking: Beantwoord deze vraag in relatie tot het dagprogramma en de huidige oefenbelasting.

- Ja; mijn brandweerwerk laat dit toe
- Nee; mijn brandweerwerk laat dit niet toe omdat:
- Ja; maar dan moet er het volgende veranderen:

11. Vind jij dat de brandweer zou moeten kunnen worden ingezet indien er een capaciteitsgebrek aan ambulances is? **(Verplicht)**

- Ja
- Nee

12. Vind jij dat de brandweer kan worden ingezet voor ondersteuning van een ambulanceteams op verzoek van het ambulanceteam of de Meldkamer Ambulance (MKA). **(Verplicht)**

- Ja
- Nee

13. Vind jij dat de brandweer kan fungeren als een vooruitgeschoven post voor de ambulancedienst en in dit verband ondersteunende taken kan uitvoeren. **(Verplicht)**

- Ja
- Nee

14. Vind jij dat de brandweer zou moeten uitrukken voor onwelwordingen? **(Verplicht)**

- Ja
- Nee

15. Vind jij dat de brandweer een significant verschil maakt bij reanimaties? **(Verplicht)**

- Ja
- Nee

16. Denk jij dat door de brandweer in te zetten voor medische assistentie er gezondheidswinst kan worden behaald? **(Verplicht)**

Toelichting: Gezondheidswinst wordt behaald wanneer iemand zou overlijden of zijn toestand zou verergeren, indien hij niet directe hulp krijgt.

- Ja
- Nee
- Anders: _____

17. Bij welk van onderstaande medische situaties kan de brandweer in jouw ogen een significant verschil maken: **(Verplicht)**

Toelichting: meerdere antwoorden zijn mogelijk.

- Ernstige verbrandingen
- Catastrofale bloedingen
- Stabiliseren van slachtoffers
- Geven van zuurstof
- Anders: _____

	Vind ik WEL een taak voor de brandweer	Vind ik GEEN taak voor de brandweer
18. Het beoordelen van de vitale functies aan de hand van de Nederlandse Reanimatie Raad (NRR) richtlijnen. (Verplicht)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Het benaderen van het slachtoffer conform de ABCDE-doctrines. Toelichting: De ABCDE-methodiek is een werkwijze waarbij hulp wordt verleend volgens het principe "treat first what kills first" (Verplicht)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Het immobiliseren en stabiliseren van de (cervicale) wervelkolom met en zonder hulpmiddelen. (Verplicht)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Het vrijmaken van een geobstrueerde ademweg. (Verplicht)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Het assisteren en toedienen van zuurstof (Verplicht)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Het stelpen van forse uitwendige bloedingen (Verplicht)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

24. Til en draaitechnieken kunnen toepassen bij een slachtoffer. (Verplicht)	○	○
---	---	---

25. Welke voordelen kan een samenwerking met de Ambulance Amsterdam voor de brandweer opleveren? **(Verplicht)**

Opmerking: Er zijn meerdere antwoorden mogelijk.

- Snellere hulp aan burgers
- Efficiency (brandweer meer inzetten voor de samenleving)
- Vergroten dienstverlening aan de samenleving
- Continuïteit in de medische hulpverlening
- Extra slagkracht bij grote incidenten
- Kwaliteit van zorg op straat
- Opvangen te kort aan ambulances
- Bestaansrecht van de brandweer
- Anders: _____

26. Denk jij dat als de brandweer meer medische taken gaat verrichten, de psychosociale werkbelasting zal gaan toenemen? **(Verplicht)**

Toelichting:

Psychosociale werkbelasting is een veel gebruikte term bij de brandweer. De psychosociale werkbelasting is de mate van de psychische impact van een incident op hulpverleners.

- Ja
- Nee

27. Onderzoek heeft uitgewezen dat brandweermensen beter tegen psychosociale werkbelasting beschermd worden, als zij van betekenis kunnen zijn tijdens het kritische incident en focussen op de goede aspecten van de professionele rol (Bakker, 2013) . Voorbeeld: Als een brandweerman of vrouw beter wordt opgeleid voor ernstige ongevallen, zodat zij weten hoe te handelen, kan dit hen beter beschermen tegen psychosociale werkbelasting. **(Verplicht)**

Deel jij deze stelling?

- Ja
- Nee

28. Welk cijfer geef jij jezelf qua geoefendheid op eerste hulp gebied/levensreddende handelingen? **(Verplicht)**

Slecht - Zeer goed

- | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |

29. Zou jij meer willen oefenen om meer medische taken toe te voegen aan het brandweerwerk? **(Verplicht)**

- Ja
- Nee

30. Vind jij dat je voldoende medische kennis hebt om je werk op straat goed te kunnen doen bij reanimaties, verkeersongevallen of assistentie ambulance? **(Verplicht)**

Opmerking: Indien NEE, beschrijf dan welke kennis je mist.

- Ja
- Nee

31. Zou jij meer willen oefenen om je levensreddende handelingen te verbeteren?

(Verplicht)

- Ja
- Nee

	Wil ik WEL voor opgeleid worden	Wil ik NIET voor opgeleid worden
32. Het beoordelen van de vitale functies aan de hand van de Nederlandse Reanimatie Raad (NRR) richtlijnen. (Verplicht)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
33. Het benaderen van het slachtoffer conform de ABCDE-doctrines. Toelichting: De ABCDE-methodiek is een werkwijze waarbij hulp wordt verleend volgens het principe "treat first what kills first" (Verplicht)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
34. Het immobiliseren en stabiliseren van de (cervicale) wervelkolom met en zonder hulpmiddelen. (Verplicht)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
35. Het vrijmaken van een geobstrueerde ademweg. (Verplicht)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
36. Het assisteren en toedienen van zuurstof (Verplicht)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
37. Het stelpen van forse uitwendige bloedingen (Verplicht)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
38. Til en draaitechnieken kunnen toepassen bij een slachtoffer. (Verplicht)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

39. Ben jij in het bezit van een EHBO-diploma? **(Verplicht)**

- Ja
- Nee
- Nee; maar ik zou best een EHBO-diploma willen behalen.

40. Zou jij een aanvullende opleiding willen volgen op medisch gebied? **(Verplicht)**

Opmerking: Indien JA, geef dan aan welke opleiding je zou willen volgen.

- Ja
- Nee

41. Wat vind jij ervan als op de autospuit standaard een medisch ondersteuner/(para)medic zou komen te zitten? **(Verplicht)**

- Goed idee
- Slecht idee

42. Vind jij dat medisch ondersteuner/(para)medic een taak voor de functie HBT+ zou kunnen zijn? **(Verplicht)**

- Ja
- Nee

43. Zou de brandweer een kweekvijver kunnen worden voor ambulancechauffeurs? **(Verplicht)**

- Ja
- Nee

44. Zou een medische functie op de autospuit een opstap kunnen zijn voor een 2e loopbaan bij de ambulancedienst? **(Verplicht)**

- Ja
- Nee
- Anders: _____

45. Zou jij opgeleid willen worden tot ambulancechauffeur voor spoedvervoer? **(Verplicht)**

Opmerking: Hiertoe moet je bereid zijn om een MBO 3 diploma te behalen en de opleiding tot ambulancechauffeur te volgen.

- Ja
- Nee

46. Zou jij opgeleid willen worden tot ambulancechauffeur voor NIET spoedvervoer (B-vervoer)?

Opmerking; hiertoe moet je bereid zijn om een aanvullende opleiding te behalen voor het werken op de ambulance.

- Ja
- Nee

49. Draagt een eventuele samenwerkingsvorm/uitvoeren van ambulancetaken bij tot een beter imago van de brandweer? **(Verplicht)**

- Ja
- Nee

50. Mocht de brandweer in de toekomst meer medische taken gaan uitvoeren, wat vind jij dan belangrijke randvoorwaarden? **(Verplicht)**

51. Vind jij dat de ambulancedienst, mits hiervoor opgeleid, ook taken voor de brandweer zou kunnen verrichten, zoals bijvoorbeeld: **(Verplicht)**

- Openen deur
- Eerste inschatting maken bij automatische brandmeldingen
- Blussen van prullenbakken
-

Opmerking: Indien NEE, geef dan aan waarom niet.

- Ja
- Nee

52. **Stel:**

Uit nader onderzoek blijkt dat we zowel voor brandmeldingen als medische hulp aanvragen in onze regio structureel te laat komen en dit is niet op te lossen met de huidige ambulanceposten/brandweerkazernes. Zou jij dan binnen Amsterdam-Amstelland mee willen werken aan een pilot met een Eerste Hulpvoertuig (EHV)?

Toelichting:

Een Eerste Hulpvoertuig (EHV) is een snel inzetbaar voertuig met een multidisciplinair interventieteam (ambulance en brandweer) wat uitrukt in combinatie met een ambulance en/of tankautospuiter.

Opmerking:

Indien NEE, geef dan een korte omschrijving waarom jij niet zou willen meewerken aan de pilot.

- Ja
- Nee

53. Mag ik bij eventuele vragen contact met jou opnemen? **(Verplicht)**

- Ja
- Nee

Einde onderzoek



Verkenkend onderzoek naar de samenwerking tussen ambulance en brandweer in de veiligheidsregio Amsterdam-Amstelland (versie AA)

VERSIE AMBULANCE AMSTERDAM

KUNNEN WE OOK SAMEN?

Wilfred van Randwijk

Brandweer Amsterdam-Amstelland

Student MCPM7 IFV/Politieacademie

Januari 2021

Aanleiding onderzoek

Beste collega van Ambulance Amsterdam,

Fijn dat jij mij wilt helpen om deze vragenlijst in te vullen.

Deze vragenlijst is een onderdeel binnen de onderzoeksopzet van mijn masterthesis.

Mijn masterthesis is een verkennend onderzoek naar de samenwerking tussen ambulance en brandweer in de veiligheidsregio Amsterdam-Amstelland en is gericht op de mogelijkheden, die structurele samenwerking tussen beide diensten biedt op het operationele vlak bij het uitvoeren van dagelijkse taken. Het onderwerp van deze thesis is tot stand gekomen na overleg met de regionaal commandant brandweer/directeur van de veiligheidsregio Amsterdam-Amstelland en met instemming van de wetenschapscommissie van de Politieacademie/Instituut Fysieke Veiligheid.

Het invullen van de vragenlijst duurt circa 20 minuten en je hoeft de vragen niet in één keer af te ronden (het systeem onthoudt waar je bent gebleven).

Alvast dank voor jouw medewerking.

Wilfred van Randwijk

Tel. 06-10463820

Mail: w.vanrandwijk@brandweeraa.nl

ONDERZOEKSVRAGEN

Toelichting onderzoek:

In mijn onderzoek staan de volgende vragen centraal:

A. Hoofdonderzoeksvraag:

Welke mogelijkheden van interprofessionele samenwerking op operationeel niveau tussen ambulance en brandweer dragen bij aan het creëren van publieke waarde voor de brandweer in de veiligheidsregio Amsterdam-Amstelland?

B. Deelvragen:

1. Wat wordt gezien als interprofessionele samenwerking tussen organisaties?
2. Op welke wijze werken ambulance en brandweer in de huidige praktijk samen?
3. Welke factoren bevorderen of belemmeren samenwerking tussen beide diensten?
4. Welke actoren bevorderen of belemmeren samenwerking tussen beide diensten?
5. Wat wordt verstaan onder publieke waarde?
6. Welke praktische mogelijkheden zijn er tot samenwerking op het operationele vlak tussen beide diensten?

Om tot antwoorden te komen op de deelvragen 2, 3, 4 en 6 heb ik jullie input nodig.

INTERVIEW MEDEWERKERS AMBULANCE AMSTERDAM

Middels onderstaande vragen wil ik via jullie input verkrijgen om de eerder aangeven deelvragen te kunnen beantwoorden.

Opmerking: De vragen zijn t.o.v. andere respondenten volledig anoniem, ik kan alleen herleiden wie wat heeft ingevuld.

1. Welke functie vervul je binnen Ambulance Amsterdam? **(Verplicht)**

Toelichting: er kunnen meerdere functies worden geselecteerd.

- Verpleegkundige
- Chauffeur
- Centralist
- OVD-G

2. Hoe vind jij de samenwerking tussen de ambulance en brandweer op straat gaan? **(Verplicht)**

Geef met een cijfer aan hoe jij de huidige samenwerking ervaart:

slecht - zeer goed

- | | | | | | | | | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

3. Zie jij mogelijkheden om de samenwerking met de brandweer te verbeteren? **(Verplicht)**

Opmerking: *Indien JA, geef dan een beschrijving van de mogelijkheden die jij ziet.*

- Ja
- Nee

4. Heeft Ambulance Amsterdam er belang bij om de samenwerking met de brandweer aan te gaan? **(Verplicht)**

Opmerking: *Indien JA, welk belang dan?*

- Ja
- Nee

5. Mis je op straat bepaalde kennis, vaardigheden, spullen of apparatuur bij de brandweer? **(Verplicht)**

Opmerking: *Indien JA, beschrijf dan wat je mist.*

- Ja
- Nee

6. Vind jij dat er een cultuurverschil is tussen de ambulance en brandweer? **(Verplicht)**

Opmerking: *Indien JA, omschrijf dit cultuurverschil dan.*

- Ja
- Nee

7. Zou jij met de brandweer in één gezamenlijke uitrukpost willen zitten? **(Verplicht)**

Opmerking: Indien NEE, beschrijf dan waarom jij dit niet wilt.

- Ja
- Nee

8. Denk jij dat de brandweer meer kan betekenen in de medische assistentie aan burgers? **(Verplicht)**

Opmerking: Indien JA, waarin kan de brandweer dan meer betekenen?

- Ja
- Nee

9. Vind jij dat de brandweer meer moet gaan uitrukken voor medische assistentie aan burgers? **(Verplicht)**

- Ja
- Nee

10. Denk jij dat de ambulance werkzaamheden voor de brandweer zou kunnen verrichten? **(Verplicht)**

Toelichting:

Denk hierbij bijvoorbeeld aan:

- Afrijden van automatische brandmeldingen
- Kleine buiten brandjes
- Openen deur
-

Opmerking:

Indien JA, beschrijf dan de werkzaamheden die de ambulance eventueel zou kunnen verrichten.

Indien NEE, beschrijf dan waarom de ambulance geen werkzaamheden voor de brandweer kan verrichten.

- Ja
- Nee

11. Denk jij dat jouw werk op de ambulance het toelaat om hier eventuele brandweertaken aan toe te voegen? **(Verplicht)**

Opmerking: Beantwoord deze vraag in relatie tot de huidige werkdruk en de huidige oefenbelasting.

- Ja
- Nee
- Anders: _____

12. Vind jij dat de brandweer kan worden ingezet indien er een capaciteitsgebrek aan ambulances is? **(Verplicht)**

- Ja
- Nee

13. Bij welk van onderstaande medische situaties kan de brandweer in jouw ogen een significant verschil maken? **(Verplicht)**

Toelichting: meerdere antwoorden zijn mogelijk.

- Ernstige verbrandingen
- Catastrofale bloedingen
- Stabiliseren van slachtoffers
- Geven van zuurstof

14. Vind jij dat de brandweer kan worden ingezet voor ondersteuning aan ambulanceteam(s) op verzoek van het ambulanceteam zelf of de Meldkamer Ambulance (MKA) **(Verplicht)**

- Ja
- Nee

15. Vind jij dat de brandweer kan fungeren als een vooruitgeschoven post voor de ambulancedienst en in dit verband ondersteunende taken kan uitvoeren. **(Verplicht)**

- Ja
- Nee

16. Vind jij dat de brandweer zou moeten uitrukken voor onwelwordingen? **(Verplicht)**

- Ja
- Nee

17. Vind jij dat de brandweer een significant verschil maakt bij reanimaties? **(Verplicht)**

- Ja
- Nee

18. Vind jij dat brandweerchauffeurs, welke een aanvullende opleiding tot ambulancechauffeur hebben gevolgd, bij tekorten ingezet kunnen worden als ambulancechauffeur? **(Verplicht)**

Opmerking: Indien NEE, geef een korte beschrijving waarom dan niet.

- Ja
- Nee

19. Kan de brandweer bij tekorten ingezet worden als partner voor B-vervoer? **(Verplicht)**

Opmerking: Indien NEE, beschrijf dan waarom niet.

- Ja
- Nee

20. Denk jij dat als de brandweer meer medische taken gaat verrichten de psychosociale werkbelasting voor hun zal gaan toenemen? **(Verplicht)**

Toelichting:

Psychosociale werkbelasting is een veel gebruikte term bij de brandweer. De psychosociale werkbelasting is de mate van de psychische impact van een incident op hulpverleners.

- Ja
- Nee

21. Denk jij dat door de brandweer in te zetten voor medische assistentie er gezondheidswinst kan worden behaald? **(Verplicht)**

Toelichting: Gezondheidswinst wordt behaald wanneer iemand zou overlijden of zijn toestand zal verergeren, indien hij niet directe hulp krijgt.

- Ja
- Nee

	Vind ik WEL een taak voor de brandweer	Vind ik GEEN taak voor de brandweer
22. Het beoordelen van de vitale functies aan de hand van de Nederlandse Reanimatie Raad (NRR) richtlijnen. (Verplicht)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Het benaderen van het slachtoffer conform de (VL)ABCDE doctrines. (Verplicht)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Het immobiliseren en stabiliseren van de (cervicale) wervelkolom met en zonder hulpmiddelen. (Verplicht)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Het vrijmaken van een geobstrueerde ademweg. (Verplicht)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Het assisteren en toedienen van zuurstof (Verplicht)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Het stelpen van forse uitwendige bloedingen (Verplicht)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Til en draaitechnieken kunnen toepassen bij een slachtoffer. (Verplicht)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

29. Welke voordelen kan een samenwerking met de brandweer voor Ambulance Amsterdam opleveren? **(Verplicht)**

Opmerking: Meerdere antwoorden zijn mogelijk.

- Snellere hulp aan burgers
- Efficiency (Bijv. gezamenlijke aanschaf en gebruik van middelen, gedeelde faciliteiten, kennis en kunde)
- Vergroten dienstverlening aan de samenleving
- Effectiviteit
- Continuïteit in medische hulpverlening
- Extra slagkracht bij grote incidenten
- Kwaliteit van zorg op straat
- Opvangen te kort aan ambulances
- Anders: _____

30. Onderzoek heeft uitgewezen dat brandweermensen beter tegen psychosociale werkbelasting beschermd worden als zij van betekenis kunnen zijn tijdens het kritische incident en focussen op de goede aspecten van de professionele rol (Bakker, 2013) . Voorbeeld: Als een brandweerman of vrouw beter wordt opgeleid voor ernstige ongevallen, zodat zij weten hoe te handelen, kan dit hun beter beschermen tegen psychosociale werkbelasting. **(Verplicht)**

Deel jij deze stelling?

- Ja
- Nee

31. Welk cijfer geef jij jezelf qua geoefendheid in samenwerking met de brandweer? **(Verplicht)**

Slecht - Zeer goed

- | | | | | | | | | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

32. Zou jij meer samen willen oefenen met de brandweer? **(Verplicht)**

- Ja
- Nee

33. Vind jij dat de brandweer voldoende medische kennis heeft om het werk op straat goed te kunnen doen bij reanimaties, verkeersongevallen of assistentie ambulance? **(Verplicht)**

Opmerking: Indien NEE, omschrijf dan welke kennis de brandweer tekort komt.

- Ja
- Nee

34. Zou jij een aanvullende opleiding willen volgen of kennis willen op doen op brandweergebied? **(Verplicht)**

Opmerking: Indien Ja, geef dan aan welke opleiding je wilt volgen of welke kennis je mist.

- Ja
- Nee

35. Wat zou jij ervan vinden als er op de brandweerauto een standaard medisch ondersteuner/(para)medic zou komen? **(Verplicht)**

Opmerking: Indien SLECHT idee, geef dan aan waarom jij dit een slecht idee vindt.

- Goed idee
- Slecht idee

36. Zou de brandweer een kweekvijver kunnen worden voor ambulancechauffeurs? **(Verplicht)**

- Ja
- Nee

37. Zou jij opgeleid willen worden tot brandweerschouffeur? **(Verplicht)**

Opmerking; Hiertoe moet je bereid zijn om aanvullende opleiding binnen de brandweer te behalen. Concreet betekent dit het behalen van het diploma manschap en voertuigbediener.

- Ja
- Nee

38. Draagt een eventuele samenwerkingsvorm of het uitvoeren van ambulancetaken door de brandweer bij tot een ander imago van de ambulancedienst? **(Verplicht)**

- Nee, geen ander imago
- Ja, een beter imago
- Ja, een slechter imago

39. Zou jij net als in Amerika, België of Duitsland een gecombineerde functie willen vervullen op de ambulance en brandweerwagen? **(Verplicht)**

Opmerking: Indien NEE, beschrijf dan waarom jij dit niet wilt.

- Ja
- Nee

40. Zou jij mee willen werken aan een pilot om te kijken hoe we de samenwerking kunnen verbeteren/veranderen? **(Verplicht)**

Opmerking: Indien Nee, beschrijf dan waarom je niet wilt meewerken aan een pilot.

- Ja
- Nee

41. Mocht de brandweer in de toekomst meer medische taken gaan uitvoeren, wat vind jij dan belangrijke randvoorwaarden? **(Verplicht)**

42. Mochten de ambulancedienst en brandweer in de toekomst toch meer gaan samenwerken, wat vind jij dan belangrijke randvoorwaarden? **(Verplicht)**

43. **Stel:**

Uit nader onderzoek blijkt dat we zowel voor brandmeldingen als medische hulp aanvragen in onze regio structureel te laat komen en dit is niet op te lossen met de huidige ambulanceposten/brandweerkazernes. Zou jij dan binnen Amsterdam-Amstelland mee willen werken aan een pilot met een Eerste Hulpvoertuig (EHV)?

Toelichting:

Een Eerste Hulpvoertuig (EHV) is een snel inzetbaar voertuig met een multidisciplinair interventieteam (ambulance en brandweer) wat uitrukt in combinatie met een ambulance en/of tankautospuut.

Opmerking: Indien NEE, beschrijf dan waarom je niet zou willen meewerken.

- Ja
- Nee

44. Mag ik bij eventuele vragen contact met jou opnemen? **(Verplicht)**

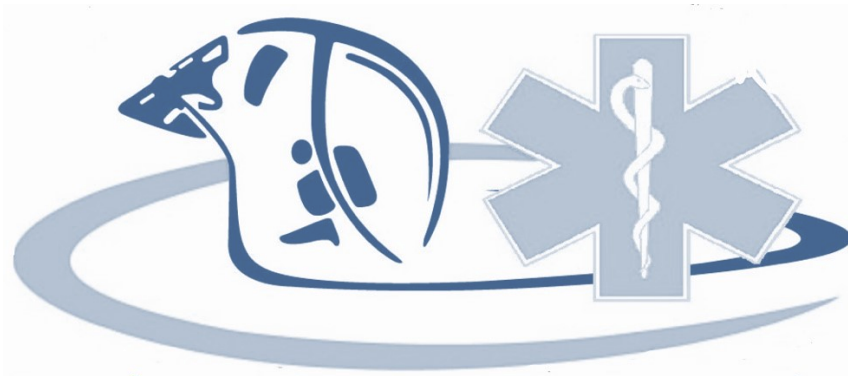
- Ja
- Nee

Einde onderzoek

BIJLAGE 7. PLAN VAN AANPAK

KUNNEN WE OOK SAMEN?

*ONDERZOEK NAAR DE MOGELIJKHEDEN VAN OPERATIONELE SAMENWERKING TUSSEN
AMBULANCE EN BRANDWEER BINNEN DE VEILIGHEIDSREGIO AMSTERDAM-AMSTELLAND*



EXAMENOPDRACHT 8 ONDERZOEKSPLAN

Versie: 2.5

26-06-2020

MCPM 7

Wilfred van Randwijk

Studentnr. 363635

INHOUD

1. Inleiding	203
2. Onderzoeksonderwerp	204
3. Probleemanalyse	208
3.1 Probleemstelling.....	208
3.2 Onderzoeksdoelstelling	210
3.3 Onderzoeksvragen	210
Begrippenlijst.....	211
Afbakening	211
3.4 Voorlopig analysekader.....	212
4. Onderzoeksopzet	213
4.1 Methode van onderzoek.....	213
4.2 Literatuuronderzoek	213
4.3 Vergelijkend onderzoek.....	214
4.4. Half-gestructureerde interviews	216
4.5. Validiteitstoets	217
4.6 Schematische weergave onderzoeksopzet.....	218
5. Planning en begroting	219
5.1 Planning	219
5.2 Personele en materiele benodigdheden	219
5.3 Risico's bij de uitvoering.....	220
5.4 Begroting.....	221
6. Voorlopige literatuurlijst	222

1. INLEIDING

Examenopdracht 8 van de Master of Crisismanagement and Public order Management (MCPM) is het schrijven van een onderzoeksplan voor de masterthesis waarmee de opleiding MCPM 7 wordt afgesloten.

De masterthesis is een verkennend onderzoek naar de samenwerking tussen ambulance en brandweer in de veiligheidsregio Amsterdam-Amstelland en is gericht op de mogelijkheden, die structurele samenwerking tussen beide diensten biedt op het operationele vlak bij het uitvoeren van dagelijkse taken. Het onderwerp van deze thesis is tot stand gekomen na overleg met de regionaal commandant brandweer/directeur van de veiligheidsregio Amsterdam-Amstelland en met instemming van de wetenschapscommissie van de Politieacademie /Instituut Fysieke Veiligheid.

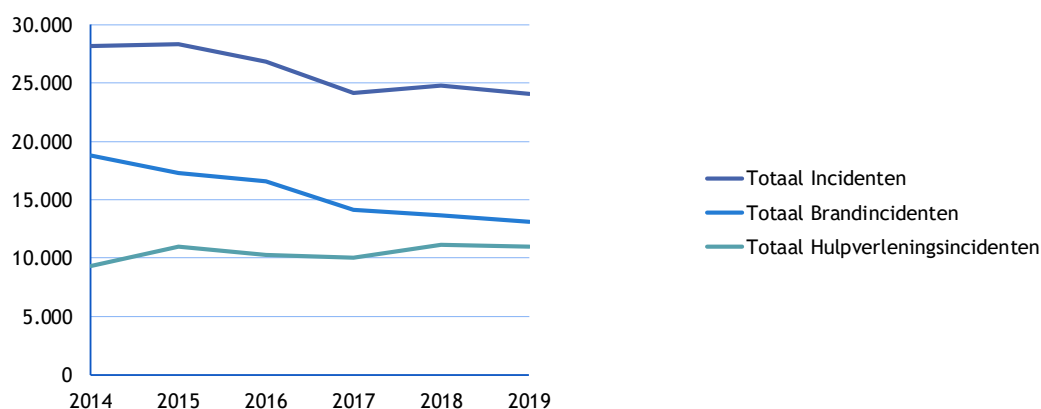
Dit document is het onderzoeksplan voor deze masterthesis. De resultaten van het onderzoek worden weergegeven in een onderzoeksrapport. Dit rapport zal medio maart 2021 worden ingeleverd.

2. ONDERZOEKSONDERWERP

“De brandweer steeds vaker dokter in plaats van blusser” (Leeuwarder Courant, 2020) de titel van een krantenartikel naar aanleiding van recente cijfers van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). De brandweer biedt in heel Nederland steeds vaker assistentie bij gezondheidsproblemen: mensen die bijvoorbeeld onwel worden of gereanimeerd moeten worden. Het aantal brandmeldingen dat bij de brandweer binnenkomt, laat de laatste jaren een dalende trend zien. De brandweer kreeg in 2019 meer dan 115.000 brandmeldingen. Dit leidde tot zo’n 30.000 daadwerkelijke alarmeringen voor de kazernes, een daling in vijf jaar van 42 procent vergeleken met 2014 (CBS, Brandweer, 2020). Daarnaast gaan de technologische ontwikkelingen in de wereld enorm snel. Zo ook de ontwikkelingen in de wijze waarop brand gedetecteerd wordt en waarop mensen gealarmeerd worden. De wijze van brandbestrijding zal naar verwachting ook wijzigen als gevolg van het gebruik van nieuwe technologie. In dit verband kunnen ook ‘domotica’ (ook wel ‘huisautomatisering’) en de ontwikkeling van ‘smart homes’ genoemd worden (IFV, Toekomstverkenning Brandveiligheid, 2019). De verwachting is dat door voornoemde ontwikkelingen en risicogerichte brandveiligheidseisen het aantal brandmeldingen voor de brandweer in de toekomst nog verder zullen afnemen (Brandweer Nederland, 2016).

Zoals uit figuur 1 blijkt is het aantal brandincidenten in de veiligheidsregio Amsterdam-Amstelland (VRAA) waarop de verschillende brandweerkazernes uitrukken in de loop der jaren ook minder geworden.

Branden en hulpverleningen regio Amsterdam-Amstelland



Figuur 15. Branden en hulpverleningen Amsterdam-Amstelland (CBS, Brandweer, 2020)

Deze dalende trend heeft landelijk en binnen de VRAA geleid tot bestuurlijke aandacht. Wijlen burgemeester Van der Laan van Amsterdam heeft destijds mede naar aanleiding van deze dalende trend, maar ook gezien het feit dat 12 beroepskazernes fors drukken op de begroting van de VRAA nadrukkelijk aangedrongen op flexibilisering van de organisatie van brandweer Amsterdam-Amstelland (BAA). Tevens is de toenmalige commandant gevraagd naar de mogelijkheden of de brandweer in de toekomst nog meer voor de samenleving kan gaan betekenen.

Bij het aantreden van burgemeester Halsema heeft ook zij op 25 mei 2019 een appel gedaan op het gehele managementteam van BAA om mee te denken over oplossingen die bijdragen aan het vergroten van de productiviteit van de 24-uurs kazernes in de stad Amsterdam (Brandweer Amsterdam-Amstelland, 2019). Redenen hiervoor waren de constatering van een in zichzelf gekeerde organisatie en dat er steeds minder (grote) branden zijn. Halsema gaf aan dat er echt nagedacht moet worden over hoe de brandweer zich met andere nuttige maatschappelijke taken verdienstelijk kan maken voor de samenleving. Er ligt dus een actuele en duidelijke opgave voor BAA om na te denken over een taakuitbreiding van de brandweer.

Eerder in 2018 heeft de Raad van Brandweercommandanten (RBC) een landelijke agenda brandweezorg opgesteld met daarin aangegeven hoe de RBC de komende jaren de ambities uit 'Brandweer over morgen' wil gaan realiseren (RBC, 2018). Eén van de doelstellingen op deze agenda is het aangaan van samenwerking op het steeds poreuzer wordend grensvlak tussen (spoedeisende) zorg en veiligheid en naar wat dit betekent voor onze taak- en rolopvatting van de brandweer. Hierbij kan het fijnmazige netwerk van kazernes in de lokale gemeenschap bijvoorbeeld dienen als experimenteerruimte voor nieuwe hulpverleningsconcepten in het netwerk van First Responders. Volgens de RBC past dit bij een brandweer die er niet alleen is om te blussen, maar van waarde kan zijn in een bredere maatschappelijke context. In de afstemming op de omgeving realiseert zich het maatschappelijk rendement (RBC, 2018). Ook brandweer Nederland heeft dus ambities om te onderzoeken of er taken zijn die bijdragen aan een bredere maatschappelijke context.

Gezien bovenstaande ontwikkelingen staat brandweer Amsterdam-Amstelland voor de opgave om de toegevoegde waarde van de brandweer aan de maatschappij te vergroten. Dit met als doel het financiële- en maatschappelijk rendement van de brandweer in de toekomst te kunnen blijven verantwoorden aan de samenleving en het bestuur van de VRAA.

Naast de technologische-, maatschappelijke-, bestuurlijke- en landelijke ontwikkelingen die van invloed zijn op BAA spelen op dit moment ook ontwikkelingen bij de Ambulance Amsterdam. In een kwart van de ambulance regio's in ons land zijn er ernstige zorgen, omdat de ambulance na een melding niet snel genoeg ter plekke is. Dat blijkt uit een brief van

toezichthouder Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) die de toenmalige minister Bruins (Medische zorg) naar de Tweede Kamer heeft gestuurd (Ministerie van Volksgezond, Welzijn en Sport, 2019). Zo ook in de regio Amsterdam-Amstelland. Op basis van de analyse op de aanrijtijden is geconcludeerd, dat Ambulance Amsterdam in bepaalde gebieden in de regio consequent onvoldoende presteert (Ambulance-Amsterdam, 2019). In augustus 2019 dient Ambulance Amsterdam bij BAA een verzoek in of zij gebruik mogen maken van enkele brandweerkazernes om ambulances gunstiger voorwaardenscheppend te positioneren in het gezamenlijk werkgebied. Het beschikbaar stellen van huisvesting voor ambulances is binnen BAA aanleiding tot nadenken welke andere bijdrage de brandweer kan bieden ten aanzien van de medische spoedhulpverlening aan burgers. Is het een mogelijkheid om net zoals in de ons omringende landen België en Duitsland de ambulancezorg en de geneeskundige hulpverlening te koppelen aan de brandweer (Van Duin & Wijkhuis, 2013)?

Dagelijks bieden ambulance en brandweer als gescheiden organisaties hulp aan de samenleving. Beide organisaties hebben separate taken. Daar waar de ambulance zorgdraagt voor slachtoffers en indien noodzakelijk het vervoer van patiënten, ligt de focus van de brandweer op het bestrijden van brand en het verlenen van hulp bij ongevallen.

De ambulancezorg zorg is erop gericht om een zieke of gewonde voor zijn of haar aandoening of letsel (Ambulancezorg Nederland, 2018):

- *hulp te verlenen en per ambulance te vervoeren;*
- *hulp te verlenen door een ambulancezorgprofessional of -verpleegkundige, en spoedeisende hulp te verlenen door een ambulanceverpleegkundige, met een speciaal uitgerust en herkenbaar voertuig.*

De brandweer voert volgens artikel 25 lid 1 van de Wet veiligheidsregio's in ieder geval de volgende taken uit (Wetten Overheid, 2010):

- a. het voorkomen, beperken en bestrijden van brand;*
- b. het beperken en bestrijden van gevaar voor mensen en dieren bij ongevallen anders dan bij brand.*

In de steeds drukker wordende stad Amsterdam (Gemeente Amsterdam, 2020) en de hiermee samenhangende intensiteit van incidenten rukken ambulance en brandweer inmiddels dagelijks gezamenlijk uit om hulp te verlenen. Of het hier nu gaat om patiënten met behulp van een redvoertuig horizontaal uit hun woning te halen (zgn. afhijzen) of om het reanimeren van patiënten, de medewerkers van de ambulance en de brandweer werken hierbij nauwgezet met elkaar samen. Waarbij de reanimatietaak met behulp van de Automatische Externe Defibrillators (AED) sinds 2002 een kerntaak is van de brandweer in Amsterdam (Brandweer Amsterdam, 2002). De vraag is, waarom behoren het toedienen van zuurstof en beademen met de beademingsballon niet tot het standaard takenpakket van de brandweer?

De huidige vorm van samenwerking leidt er vaak toe, dat voor één patiënt soms twee tot drie ambulances en brandweerwagens voor de deur van dezelfde patiënt staan. Zou dit anders en efficiënter georganiseerd kunnen worden zonder afbreuk te doen aan de kwaliteit en de snelheid van het optreden?

Tevens speelt er op dit moment binnen de VRAA een ontwikkeling m.b.t. de positionering van de 'witte kolom' binnen de veiligheidsregio. Op 1 oktober 2019 is binnen de VRAA een veiligheidsdirectie opgericht. Met de oprichting van de veiligheidsdirectie is ook de positionering van de Geneeskundige Hulpverleningsorganisatie in de Regio (GHOR) aan de orde (Veiligheidsbestuur, 2019). Waarbij het een mogelijkheid is dat de brandweer en GHOR binnen afzienbare tijd onder één directeur gaan vallen. Gezien deze ontwikkeling is het logisch, dat er onderzocht wordt om de hulpverlening binnen VRAA effectiever en/of efficiënter te organiseren.

De geschetste ontwikkelingen en vragen zijn aanleiding voor een verkennend onderzoek. Het leidt tot de vraag of samenwerking met de Ambulance Amsterdam mogelijkheden biedt om als brandweer nog meer bij te dragen aan de maatschappij en zo voor de toekomst een beter financieel- en maatschappelijk rendement kan realiseren.

3. PROBLEEMANALYSE

In dit hoofdstuk wordt de probleemstelling van het onderzoek beschreven. Vervolgens zal de onderzoeksdoelstelling worden geformuleerd. Uit deze doelstelling vloeien de hoofdvraag en de deelvragen voort. Om duiding te geven aan een aantal cruciale begrippen volgt een korte begrippenlijst. Afsluitend zal aandacht worden besteed aan de afbakening van dit onderzoek, om zo duidelijkheid te geven over wat wel en wat niet wordt meegenomen in het onderzoek.

3.1 PROBLEEMSTELLING

Zoals geschetst in hoofdstuk 2 dwingen bestuurlijke-, landelijke-, maatschappelijke- en organisatorische ontwikkelingen de brandweer Amsterdam-Amstelland te onderzoeken of er taken zijn die bijdragen aan een bredere maatschappelijke context. Brandweer Amsterdam-Amstelland staat voor de opgave om de waarde aan de maatschappij, de publieke waarde, te vergroten. Ten gevolge van de prestaties van de aanrijtiden van de Ambulancedienst Amsterdam en de per 1 oktober 2019 opgerichte veiligheidsdirectie is de vraag gerezen of samenwerking met de ambulancedienst hier mogelijkheden voor biedt?

Om een betere kwaliteit en efficiëntie van de rampenbestrijding en crisisbeheersing in Nederland te realiseren, is op 1 oktober 2010 de Wet veiligheidsregio's (Wvr) in werking getreden. In de Wvr is de aansturing van de brandweer en de geneeskundige hulpverleningsorganisatie in de regio (GHOR) op hetzelfde regionale niveau belegd. Daarnaast zijn gemeenten destijds verplicht gesteld om deze taken onder te brengen in een regionaal samenwerkingsverband, op basis van een gemeenschappelijke regeling. Ook werden de besturen van de veiligheidsregio's op basis van artikel 35 van de Wvr verantwoordelijk gesteld voor het instellen van een gemeenschappelijke meldkamer. Door deze samenwerking wordt een efficiënte en kwalitatief hoogwaardige organisatie beoogd van brandweezorg, geneeskundige hulpverlening, rampenbestrijding en crisisbeheersing onder één regionale bestuurlijke regie.

De rampenbestrijding en crisisbeheersing is in Nederland opgedragen aan de diensten die ook met de dagelijkse hulpverlening zijn belast. Kwaliteit en efficiëntie zijn echter ook aspecten van de dagdagelijkse hulpverlening. Hoewel Helsloot (2012) stelt dat echte samenwerking tussen autonome professionele organisaties altijd beperkt is, omdat voor leidinggevende professionals autonomie zwaarder weegt dan efficiency, komt toch de vraag naar boven of een hechtere samenwerking in de dagelijkse praktijk niet voor de hand ligt? En volgt automatisch de vraag op welke wijze kunnen professionals van ambulance en brandweer dan samenwerken?

Samenwerking tussen professionals van twee of meer gespecialiseerde beroepsgroepen wordt door Lawson (2004) geduid als interprofessionele samenwerking. Deze samenwerking kan op verschillende manieren worden geïnterpreteerd en gedefinieerd. Volgens Scholtens (2007) staan hierbij de begrippen 'samenwerking' en 'samen werken' centraal. Wat in de praktijk twee essentieel verschillende begrippen blijken te zijn (Scholtens, Samenwerking in crisisbeheersing Overschat en onderschat, 2007).

Zoals uit de in hoofdstuk 2 omschreven taakomschrijving van beide diensten blijkt, zijn er duidelijke raakvlakken en mogelijk zelfs deels overlappende taken. Maar in tegenstelling tot het buitenland komt medische brandweerondersteuning of -assistentie aan de geneeskundige hulpverlening in Nederland niet veel voor. Uit een vergelijkend onderzoek van het Instituut Fysieke Veiligheid (2013) is gebleken, dat in landen als het Verenigd Koninkrijk, België, Frankrijk en Zweden de brandweer gekoppeld is aan de ambulancezorg en de geneeskundige hulpverlening. In tegenstelling tot Nederland is de brandweer in deze landen geheel of in belangrijke mate verantwoordelijk voor het gewondenvervoer. In Zweden heeft de brandweer zelfs een expliciete taak in de eerste medische hulpverlening bij verkeersongevallen. De Nederlandse brandweer lijkt ook deze tendens, het uitvoeren van taken in de eerstehulpverlening te willen gaan volgen. Zo zijn Automatische Externe Defibrillators (AED's) reeds in veel brandweerauto's te vinden en worden verschillende kazernes gealarmeerd voor reanimaties (Van Duin & Wijkhuis, 2013).

Van Duin (2011) schrijft in zijn lectorale rede, dat de verbreding van het alledaagse en de samenwerking tussen de hulpdiensten aandacht dient te verkrijgen, maar ook hoe in de ons omringende landen deze samenwerking vorm heeft gekregen. Met het alledaagse bedoelt Van Duin organisaties en instellingen, die in normale meer dagelijkse situaties een rol spelen bij orde- en veiligheidsvraagstukken (Van Duin, 2011).

In Nederland heeft de brandweer tot op heden een relatief bescheiden bijdrage geleverd aan ambulancezorg, meestal als bieder van onderdak en leverancier van chauffeur, soms door uitvoering van het ziekenvervoer met hulpambulances of ambulances. Hoewel het voor bestuurders logisch lijkt deze taken te combineren, is het op de werkvloer blijkbaar minder duidelijk (Gras, 2013). Daarnaast spelen volgens Gras (2013) hierbij ook cultuur verschillen tussen beide diensten een duidelijke rol.

In juli 2014 werd een pilot in de regio Rotterdam gestart met de 'brambulance', een nieuw soort eerste hulpvoertuig (EHV) waarbij een ambulance en een brandweerauto in één voertuig gecombineerd werden. Zo kon eerste hulp op straat geboden worden, maar ook als eerste inzet bij blussen van beginnende en kleinere branden. De veiligheidsregio Rotterdam-Rijnmond wilde het voertuig met name gebruiken voor snelle, eerste hulp en inzetten bij grote

incidenten, ongevallen en evenementen. In een periode van drie maanden zou bekeken worden of de Brambulance de aanrijtiden kon verbeteren. De uitkomst van de evaluatie was, dat de Brambulance in combinatie met een tankautospuit en/of ambulance het gewenste niveau van brandweezorg en ambulance levert en dat het veilig was voor de bemanning van het voertuig. De pilot was een succes (Deddens & Van Schie, 2014), maar waarom is in de regio Rotterdam-Rijnmond of elders in Nederland dan geen gevolg gegeven aan deze pilot?

Naast de vraag of een hechtere samenwerking tussen ambulance en brandweer in de dagelijkse praktijk bijdraagt aan een efficiëntere en kwalitatieve betere hulpverlening en zo publieke waarde gecreëerd kan worden. Roept bovenstaande tevens de vraag op wat de reden is, dat medische brandweerondersteuning of -assistentie aan de geneeskundige hulpverlening in Nederland nog niet veel voorkomt en waarom in de ons omringende landen deze samenwerking wel vorm heeft gekregen en op welke wijze dan?

3.2 ONDERZOEKSDOELSTELLING

Het onderzoek heeft de volgende doelstelling:

Het verkrijgen van kennis en inzicht om te bepalen of de brandweer Amsterdam-Amstelland haar publieke waarde kan vergroten door een hechtere samenwerking met de Ambulance Amsterdam op operationeel niveau.

3.3 ONDERZOEKSVRAGEN

Vanuit de onderzoeksdoelstelling komen de volgende onderzoeksvraag en bijbehorende deelvragen voort:

Hoofdonderzoeksvraag:

Welke mogelijkheden van interprofessionele samenwerking op operationeel niveau tussen ambulance en brandweer dragen bij aan het creëren van publieke waarde voor de brandweer in de veiligheidsregio Amsterdam-Amstelland?

Deelvragen:

1. Wat wordt gezien als interprofessionele samenwerking tussen organisaties?
2. Op welke wijze werken ambulance en brandweer in de huidige praktijk samen?
3. Wat wordt verstaan onder publieke waarde?
4. Welke praktische mogelijkheden zijn er tot samenwerking op het operationele vlak tussen beide diensten?
5. Welke factoren bevorderen of belemmeren de mogelijkheden tot samenwerking tussen beide diensten?
6. Welke actoren bevorderen of belemmeren de mogelijkheden tot samenwerking tussen beide diensten?

BEGRIPPENLIJST

Het is van belang om enkele van de gebruikte begrippen uit de centrale onderzoeksvraag nader toe te lichten:

Ambulance Amsterdam

Ambulance Amsterdam is de ambulancedienst welke garant staat voor acute ambulancezorgverlening en bestelt ambulancevervoer in de regio's Amsterdam-Amstelland, Zaanstreek-Waterland en Kennemerland (Haarlemmermeer).

Brandweer Amsterdam-Amstelland

Brandweer Amsterdam-Amstelland is de brandweer-organisatie in de Veiligheidsregio Amsterdam-Amstelland welke garant staat voor het optreden bij branden, ongelukken, het bestrijden van rampen en het beheersen van grootschalige crisissituaties.

Operationeel niveau

Op operationeel niveau vinden we de activiteiten, die worden verricht met een directe bijdrage aan de vorming en totstandkoming van diensten, zoals die aan de burger worden geleverd.

Veiligheidsregio

Een veiligheidsregio is een samenwerkingsverband van besturen en diensten ten aanzien van taken op het terrein van brandweezorg, rampenbeheersing, crisisbeheersing, Geneeskundige Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen (GHOR) en handhaving van de openbare orde en veiligheid.

AFBAKENING

Dit verkennend onderzoek naar de samenwerking tussen ambulance en brandweer is gericht op de mogelijkheden die structurele samenwerking tussen beide diensten biedt op het operationele vlak bij het uitvoeren van de dagelijkse taken.

In dit onderzoek wordt niet 'gerekend' aan de (eventuele) efficiencyvoordelen die behaald kunnen worden met het bevorderen van samenwerking. Hoewel efficiency wel een motief is om de samenwerking te bevorderen, zal dit onderzoek niet beoordelen in hoeverre financiële efficiencyvoordelen behaald kunnen worden door het hechter laten samenwerken van beide diensten.

3.4 VOORLOPIG ANALYSEKADER

Op basis van hoofdstuk 2 en paragraaf 3.1 blijkt dat verschillende aspecten van invloed zijn om de samenwerking tussen ambulance en brandweer vorm te geven. Om de centrale vraag en deelvragen te verduidelijken en meetbaar te maken is hieronder in figuur 2 een voorlopig analysekader weergegeven. Het analysekader is nog niet volledig, maar is een opmaat tot de onderzoeksopzet welke in hoofdstuk 4 beschreven zal worden.



Figuur 2. Analyse kader samenwerking ambulance en brandweer

4. ONDERZOEKSOPZET

In dit hoofdstuk wordt de onderzoeksopzet beschreven. Als eerste wordt de methode van onderzoek beschreven. Vervolgens zullen de verschillende onderzoeksmethoden worden beschreven en zal een schematische weergave van de onderzoeksopzet worden weergegeven.

4.1 METHODE VAN ONDERZOEK

Het onderzoek is verkennend van aard. Bij een dergelijk onderzoek passen methoden van kwalitatief onderzoek (Baarda, et al., 2013). Bij kwalitatief onderzoek gaat o.a. om kwaliteiten, perspectieven, ervaringen, beleving en betekenisverlening.

Voor het onderzoek worden de onderzoeksmethoden literatuuronderzoek, vergelijkend onderzoek (benchmark) en interviews toegepast in verschillende opeenvolgende fasen in het onderzoek. Het gebruik van verschillende dataverzamelingmethoden wordt ook wel 'methodetriangulatie' genoemd (Verhoeven, 2018). Hierdoor wordt een onderzoek waardevoller, omdat onderzoeken via verschillende wegen een betrouwbaarder beeld oplevert.

4.2 LITERATUURONDERZOEK

Het onderzoek start met een literatuuronderzoek naar wetenschappelijke literatuur met als doel het ontwikkelen van een theoretisch kader. Het theoretisch kader leidt tot een analyse model waarmee het vergelijkend onderzoek (benchmark) en de interviews inhoudelijk vormgegeven kunnen worden. Daarnaast zal het literatuuronderzoek worden gebruikt om de deelvragen 1, 2, 3, 5 en 6 (deels) te beantwoorden.

Uit de probleemstelling van paragraaf 3.1. volgt dat Brandweer Amsterdam-Amstelland voor de opgave staat om de waarde aan de maatschappij, de publieke waarde, te vergroten en of dit middels samenwerking met de ambulancedienst zou kunnen. Samenwerking kan hierbij op verschillende manieren worden geïnterpreteerd en gedefinieerd. Volgens Scholtens (2007) staan hierbij de begrippen 'samenwerking' en 'samen werken' centraal. Daarnaast stelt Gras (2013), dat bij de samenwerking tussen ambulance en brandweer de verschillende culturen van beide diensten een duidelijke rol spelen. Het theoretisch kader zal daarom in elk geval drie elementen bevatten: samenwerken & samenwerking, cultuur en publieke waarde. Over deze drie elementen wordt literatuur gezocht met als doel om de drie elementen te operationaliseren en te ontdekken wat er al aan onderzoek is gedaan.

Voor het literatuuronderzoek worden verschillende bronnen geraadpleegd. Zoals open bronnen en bronnen die zijn verkregen via de Politieacademie en het Instituut Fysieke

Veiligheid. Deze bronnen worden gevonden met behulp van het internet, vakbladen en gepubliceerde literatuur. Verder zullen ook beleidsdocumenten, procesbeschrijvingen, wet- en regelgeving en andere documentatie van de betrokken actoren worden geanalyseerd, zowel nationaal als internationaal.

In het literatuuronderzoek worden verschillende fasen onderscheiden:

- Oriënteren en afbakenen: probleemstelling formuleren, oriënteren op het onderwerp, zoekterrein afbakenen (bijvoorbeeld stukken die niet ouder zijn dan 15 jaar oud), begrippenkader vaststellen, literatuur zoeken en globaal bestuderen;
- Systematisch zoeken: onderzoek definitief plannen, literatuur zoeken en beoordelen en de “sneeuwbalmethode” toepassen (wanneer bronnen gevonden zijn, dan wordt ook de literatuurlijst van die publicatie bekeken waar weer andere relevante bronnen gevonden kunnen worden);
- Proces en opbrengst evalueren: de gevonden literatuur beoordelen, proces evalueren en als nodig vervolgzoekeacties plannen.

Het boek ‘Wat is onderzoek’ van Verhoeven zal bij het literatuuronderzoek als leidraad worden gebruikt.

4.3 VERGELIJKEND ONDERZOEK

In de tweede fase van het onderzoek zal een vergelijkend onderzoek (benchmark) gedaan worden. Een benchmark is een vergelijkend onderzoek waarbij de prestaties van organisaties, producten, diensten of programma’s op identieke wijze worden onderzocht en met elkaar worden vergeleken. Centraal bij een benchmark- of vergelijkend onderzoek staat de bereidheid te willen leren van collega’s (De Lange, Schuman, & Montesano Montessori, 2016).

Het doel van dit vergelijkend onderzoek is om te leren van de wijze waarop de medische brandweerondersteuning of -assistentie aan de geneeskundige hulpverlening in de ons omringende landen is georganiseerd en waarom deze werkwijze in het buitenland wel vorm heeft gekregen. Denk hierbij aan praktische mogelijkheden van samenwerking, succesfactoren, belemmerende factoren, cruciale aspecten, etc. Het onderzoek dient als input voor de opzet van de interviews en zal een bijdragen leveren aan het beantwoorden van deelvraag 2, 4, 5 en 6.

Het onderzoek bestaat uit een aantal fasen (Kleijn & Rorink, 2010):

1. Voorbereiding van de benchmark:
 - Analyse van huidige situatie samenwerking ambulance en brandweer binnen VRAA;

- Onderwerpen binnen de benchmark selecteren. Denk hierbij aan taken, wet- en regelgeving, opleidingsniveau, positie in de geneeskundige hulpverleningsketen, financieringswijze, etc.
2. Uitvoeren onderzoek:
 - Informatie verzamelen, m.b.v. literatuuronderzoek (zie paragraaf 4.2);
 - Wat moet worden gevraagd? Vragen formuleren op basis van de geselecteerde onderwerpen binnen de benchmark.
 3. Selectie benchmarking partners:
 - Contacten leggen/relatie opbouwen;
 - Opstellen plan om informatie te verzamelen en uit te wisselen.
 4. Informatie verzamelen:
 - Vragenlijst uitzetten;
 - Bezoek partners.
 5. Analyse van de resultaten:
 - Vergelijken van informatie;
 - Geschikt maken voor de Nederlandse situatie;
 - Selectie van praktische mogelijkheden voor samenwerking;
 - Selecteren input voor interviews in Nederland.

Kijkende naar fase drie van het vergelijkend onderzoek, dan zal dit plaatsvinden bij de Brandweer Brussel (B), Feuerwehr Düsseldorf (D) en Pompiers Reims (F). De reden voor de keuze van deze drie landen is:

- In België, Duitsland en Frankrijk de brandweer (deels) is gekoppeld aan de ambulance zorg en geneeskundige hulpverlening. Vaak is de brandweer geheel of in belangrijke mate verantwoordelijk voor het vervoer van gewonden;
- De brandweer van Reims is in tegenstelling tot die van Parijs geen legeronderdeel en qua organisatie en personeel meer vergelijkbaar met de Nederlandse brandweer;
- Gezien de beschikbare tijd, capaciteit en middelen deze plaatsen qua reizen niet ver van Nederland af liggen;
- Zweden is niet verkozen omdat uit verkennend onderzoek blijkt dat de ambulancedienst grotendeels geprivatiseerd is en er nauwelijks een band is met de brandweezorg. Zelfs niet in het wat dichter bevolkte zuiden van het land en de hoofdstad Stockholm (Gras, 2013). Daarnaast blijkt dat vanwege de lage bevolkingsdichtheid en de geografische indeling van het land veel gebruik wordt gemaakt van air-ambulances (Ambulanceblog, 2014). Dit in tegenstelling tot Nederland.

- Desondanks dat in Amerika bijna alle brandweerkorpsen dringende medische diensten verlenen (Edwards, Van Olden, & Van Vugt, 1994), zal Amerika vanwege de reisafstand niet in het vergelijkend onderzoek worden betrokken.

4.4. HALF-GESTRUCTUREERDE INTERVIEWS

Naast het vergelijkend onderzoek wordt in de tweede fase van het onderzoek door middel van interviews informatie ingewonnen. Deze interviews worden half-gestructureerd afgenomen (Verhoeven, 2018). Reden hiervoor is dat onderdelen van het onderzoek worden gekoppeld aan vaste vragen, maar zo bestaat voor de geïnterviewde wel de mogelijkheid om eigen bevindingen toe te voegen aan het gesprek wat mogelijk tot nieuwe inzichten kan leiden.

Om de deelvragen 2, 4, 5 en 6 te beantwoorden zullen functionarissen die werkzaam zijn bij de ambulance en brandweer in de regio Amsterdam-Amstelland worden geïnterviewd. Om meer diepgang te krijgen worden interviews gehouden met functionarissen op tactisch- en strategisch niveau. Bewust wordt gekozen voor functionarissen op tactisch en strategisch niveau, omdat op deze niveaus goed overzicht bestaat van behoeften binnen hun eigen organisaties en besef van noodzaak tot samenwerking binnen de veiligheidsregio aanwezig is. Op operationeel niveau is dat vaak minder het geval, maar ook op dit niveau zullen functionarissen worden bevroegd. Dit vanwege hun operationele kennis en vaardigheden welke van belang zijn om de praktische mogelijkheden van samenwerking tussen ambulance en brandweer te onderzoeken en te toetsen op haalbaarheid.

Functionarissen die o.a. worden geïnterviewd zijn:

- Regionaal commandant brandweer/directeur veiligheidsregio Amsterdam-Amstelland
- Hoofd operatie/adjunct directeur Ambulance Amsterdam
- Sectormanager operationele dienst
- Manager brandweerkunde BAA
- Bevelvoerders BAA
- Manschappen brandweer BAA
- Veiligheidskundige BAA
- Hoofd personeelszaken BAA
- Medisch manager Ambulance Amsterdam
- Verpleegkundigen Ambulance Amsterdam
- Chauffeurs Ambulance Amsterdam

Daarnaast zullen relevante actoren die (mogelijk) van invloed zijn op een structurele samenwerking tussen ambulance en brandweer worden bevroegd. Denk hierbij o.a. aan hoofd

GHOR-bureau Amsterdam, voorzitter ondernemingsraad brandweer Amsterdam-Amstelland, portefeuillehouder brandweer veiligheidsbestuur VRAA, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en de beroepsvereniging V&VN Ambulancezorg.

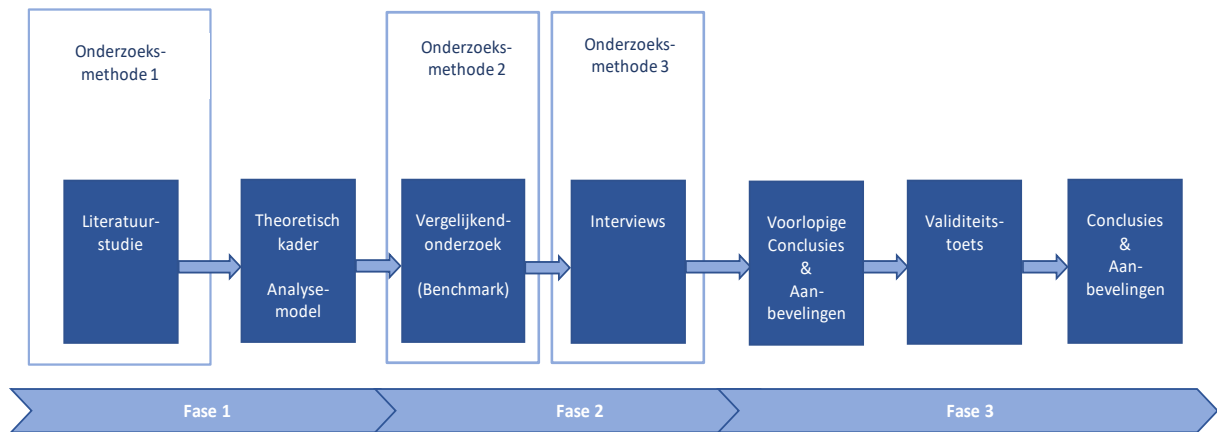
De geïnterviewden worden van tevoren op de hoogte gesteld van de inhoud van het onderzoek en er wordt duidelijk gecommuniceerd, dat het in het kader is van een verkennend onderzoek. De interviews worden gedaan aan de hand van een lijst met een vaste structuur om ervoor te zorgen, dat elke geïnterviewde dezelfde vragen krijgt en om te voorkomen dat de geïnterviewde opnieuw bevraagd moet worden. De interviews zullen waar mogelijk worden opgenomen en uitgetypt. Hierna zullen deze uitwerkingen ter verificatie aan de geïnterviewden worden aangeboden.

4.5. VALIDITEITSTOETS

In de laatste fase wordt een validiteitssessie georganiseerd. Na het uitvoeren van het onderzoek en het opstellen van de eerste conclusies en aanbevelingen zal een validatiebijeenkomst georganiseerd worden met betrokkenen en inhoudelijk deskundigen. Zowel de betrokkenen als deskundigen zullen bevraagd worden of zij zich herkennen in de voorlopige resultaten van het onderzoek, de voorlopige conclusies delen en de voorlopige aanbevelingen relevant en werkbaar achten. Onderdeel hierbij is dat getoetst wordt of de mogelijkheden van samenwerking bijdragen aan de publieke waarde van Brandweer Amsterdam-Amstelland. Deelnemers van deze sessie komen uit het werkveld van ambulance, brandweer, geneeskundige hulpverlening, crisisbeheersing- en rampenbestrijding en het veiligheidsbureau van de VRAA. Zij zijn materiedeskundige of hebben een relevante rol binnen de veiligheidsregio als het gaat om openbare orde en veiligheid of advisering aan het Veiligheidsbestuur. De input van deze sessie leidt tot de definitieve conclusies en aanbevelingen. Met deze laatste fase wordt het onderzoek afgerond.

4.6 SCHEMATISCHE WEERGAVE ONDERZOEKSOPZET

De in de voorgaande paragrafen beschreven onderzoeksopzet is schematisch weergegeven in onderstaande figuur 3.



Figuur 3. Schematische weergave onderzoeksopzet

5. PLANNING EN BEGROTING

In dit hoofdstuk gaan we nader in op de planning voor het uitvoeren, opstellen, aanbieden en verdedigen van de thesis. Daarnaast zullen de personele- en materiele benodigdheden, mogelijke risico's bij de uitvoering en de begroting nader worden toegelicht.

5.1 PLANNING

Voor het onderzoek is het volgende globale tijdspad gemaakt:

ACTIVITEIT	2020						2021				
	Juni	Juli	Augustus	September	Oktober	November	December	Januari	Februari	Maart	April
Inleveren onderzoeksplan	●										
Go onderzoeksplan		●									
Literatuuronderzoek		●	●								
Vakantie			X								
Uitwerken theoretisch kader			●	●							
Benchmark en Interviews				●	●	●					
Uitwerken Benchmark en interviews						●	●				
Voorlopige conclusie en aanbevelingen							●	●			
Validiteitssessie								●			
Uitwerken onderzoeksresultaten								●	●		
Aanbieden concept thesis ¹									●		
Aanpassen concept thesis										●	
Inleveren thesis definitieve versie ²										●	
Verdedigen thesis ³											●

¹ Concept thesis wordt aangeboden aan thesisbegeleider, uiterlijk 12 februari 2021

² Deadline voor inleveren definitieve thesis is gepland op 26 maart 2021.

³ Geplande datum voor verdediging is vanaf tweede kwartaal 2021.

5.2 PERSONELE EN MATERIELE BENODIGDHEDEN

Voor het uitvoeren van het onderzoek zijn de volgende personele - en materiële middelen nodig:

- Thesisbegeleider met affiniteit met het onderzoeksonderwerp;
- Voldoende beschikbare tijd (vrijdagen waar eerst MCPM-lesdagen stonden gepland worden gebruikt voor het onderzoek);
- Netwerk om contact te leggen. Hiervoor wordt onder andere gebruikt gemaakt van de directie en medewerkers van de Veiligheidsregio Amsterdam-Amstelland (VRAA),

Instituut Fysieke Veiligheid (IFV) de thesisbegeleider en het eigen bestaande netwerk;

- Faciliteiten zoals internettoegang, laptop, dictafoon en printer. Deze zaken worden gefaciliteerd vanuit de werkgever Brandweer Amsterdam-Amstelland (BAA);
- Toegang tot de mediatheek van de politieacademie;
- Voor de definitieve versie van de thesis wordt mogelijk gebruik gemaakt van een vormgever. Uitgezocht wordt wat de kosten zijn om de vormgever van de VRAA hiervoor in te zetten;
- Vanuit de VRAA een mentor (kwartiermaker Veiligheidsbureau VRAA) beschikbaar die gevraagd en ongevraagd het proces begeleidt. Hij kan ingezet worden voor het kritisch tegenlezen van concepten of inhoudelijk mee te sparren. Daarnaast kan hij zijn professionele netwerk aanboren en eventueel invloed uitoefenen op ondersteuning vanuit de werkgever.

5.3 RISICO'S BIJ DE UITVOERING

De uitvoering van dit onderzoek heeft te maken met een aantal risico's, die het resultaat van het onderzoek kunnen beïnvloeden. Dit kunnen uiteenlopende risico's zijn met ernstige of minder ernstige gevolgen voor het onderzoek. Bij de uitvoering van het onderzoek zijn de mogelijke risico's aan de orde:

- Reizen naar het buitenland is niet mogelijk of wordt i.v.m. Covid-19 pandemie afgeraden.

Door de Covid-19 pandemie bestaat de kans dat het bezoek aan de brandweerkorpsen van Brussel, Düsseldorf en Reims niet kunnen plaatsvinden, waardoor de uitvoering van het vergelijkend onderzoek (benchmark), zoals beschreven in paragraaf 4.3, dient te worden aangepast. Als alternatief voor de bezoeken worden de vragen dan schriftelijk of middels video conferencing gesteld.

- Taalbarrières bij het literatuuronderzoek en de uitvoering van het vergelijkend onderzoek.

Uit het vooronderzoek is gebleken dat met name de Franse taal een barrière kan zijn om inhoudelijke informatie m.b.t. het onderzoeksonderwerp te achterhalen. Dit probleem kan ondervangen worden door voor het literatuuronderzoek gebruik te maken van een vertalingsbureau. Bij het bezoek aan de brandweer Reims wordt overwogen om op voorhand te vragen of men de Engelse taal machtig is of gebruik te maken van een tolk.

- Weerstand bij ambulancedienst en brandweer.

Tijdens de interviews op operationeel niveau dient rekening gehouden te worden met weerstand bij het vragen van medewerking aan de interviews en bij de uitvoering hiervan.

Dit kan worden voorkomen door vooraf aan de interviews heel duidelijk te communiceren en te benadrukken, dat het een verkend onderzoek betreft. Mocht onvoldoende medewerking blijken dan zal worden uitgeweken naar de Veiligheidsregio Haaglanden (VRH) of Rotterdam Rijnmond (VRR). Dit vanwege het grootstedelijke karakter en de vrij grote beroepsbrandweerkern met de daarbij gepaard gaande vergelijkbare dynamiek in deze regio's.

5.4 BEGROTING

In de begroting worden de reis- en verblijfkosten voor de buitenlandreizen opgenomen. De reis bestaat uit:

- één dag Duitsland (feuerwehr Düsseldorf)
- één dag België (brandweer Brussel)
- twee dagen Frankrijk (pompiers Reims)

Kostenpost	Kosten
Reis-/Verblijfkosten (Brussel, Düsseldorf en Reims)	€430,-
Drukwerk (rapport/enquêtes/verzendingkosten)	€100,-
Vertalingsbureau	€200,-
Onvoorzien	€50,-
Totaal:	€780,-

Tabel 17. Begroting masterthesis

6. VOORLOPIGE LITERATUURLIJST

- Ambulance-Amsterdam. (2019, Augustus 12). Verzoek om samenwerking gebruik kazernes voor ambulances. Ambulance Amsterdam. Amsterdam.
- Ambulanceblog. (2014, April 23). Reportage: Scandinavische AirAmbulance. Opgeroepen op April 15, 2020, van Ambulanceblog: <https://www.ambulanceblog.nl/reportage-scandinavische-airambulance/>
- Ambulancezorg Nederland. (2018, Februari). Nota goede ambulancezorg. Opgeroepen op Maart 18, 2020, van Ambulancezorg Nederland: [file:///C:/Users/Media%20Markt%20Cruquius/Downloads/Nota%20Goede%20ambulancezorg%202018%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/Media%20Markt%20Cruquius/Downloads/Nota%20Goede%20ambulancezorg%202018%20(3).pdf)
- Baarda, B., Bakker, E., Fischer, T., Julsing, M., Peters, V., & Velden, T. v., & Goede, M. d. (2013). Basisboek Kwalitatief Onderzoek. Handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek. Groningen: Noordhoff .
- Boonstra, J. (2017). Veranderen van Maatschappelijke organisaties. Amsterdam: Uitgeverij Business Contact.
- Brandweer Amsterdam-Amstelland. (2017). Dekkingsplan 2018-2021. Amsterdam: Brandweer Amsterdam-Amstelland.
- Brandweer Amsterdam-Amstelland. (2019, Mei 25). Bijeenkomst 2e managementlaag brandweer Amsterdam-Amstelland. Brandweerarena. Amsterdam.
- Brandweer Amsterdam-Amstelland. (sd). Historie. (A. communicatie, Redacteur) Opgeroepen op januari 5, 2020, van Brandweer Amsterdam-Amstelland: <https://www.brandweer.nl/amsterdamamstelland/het-korps/historie/brandweer-van-de-21ste-eeuw>
- Brandweer Nederland. (2016). Brandweer over morgen. Opgeroepen op Februari 25, 2020, van Brandweer Nederland: <https://www.brandweer.nl/media/4153/bom0716-def-lr.pdf>
- CBS. (2019, November 15). Branden en hulpverleningen; meldingen bij de brandweermeldkamer, regio. Opgehaald van CBS: <https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/83121NED/table?fromstatweb>
- CBS. (2020, Maart 6). Brandweer. Opgehaald van Centraal Bureau voor de Statistiek: <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2020/10/hulpverlening-steeds-belangrijker-deel-inzet-brandweer>
- De Lange, R., Schuman, H., & Montesano Montessori, N. (2016). Praktijkgericht onderzoek voor reflectieve professionals. Antwerpen-Apeldoorn: Garant.
- Deddens, G., & Van Schie, E. (2014). Evaluatie EHV/17-355. Rotterdam: Veiligheidsregio Rotterdam-Rijnmond.
- Edwards, M., Van Olden, G., & Van Vugt, A. (1994, November 18). Vergelijking van spoedeisende ambulancehulpverlening in Nederland en de V.S.; is de situatie in Nederland optimaal? Opgeroepen op April 20, 2020, van Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde: <https://www.ntvg.nl/artikelen/vergelijking-van-spoedeisende-ambulancehulpverlening-nederland-en-de-vs-de-situatie/volledig>
- Gemeente Amsterdam. (2020). Bestuur en Organisatie. Opgeroepen op Maart 10, 2020, van Gemeente Amsterdam: <https://www.amsterdam.nl/bestuur-organisatie/volg-beleid/veiligheid/>
- Gras, T. (2013). Sanitäts- und Rettungsdienst bei den Feuerwehren. Husova: Internationale Arbeitsgemeinschaft für Feuerwehr- und Brandschutzgeschichte im CTIF.

Helsloot, I. (2012). Veiligheid als (bij)product. Nijmegen: XXL Press.

IFV. (2019, Juli 1). Toekomstverkenning Brandveiligheid. Opgeroepen op Maart 3, 2020, van IFV: <https://www.ifv.nl/kennisplein/Documents/20190701-BA-Toekomstverkenning-brandveiligheid.pdf>

Kleijn, H., & Rorink, F. (2010). Verandermanagement. Amsterdam: Pearson Education Benelux.

Leeuwarder Courant. (2020, Maart 6). Brandweer steeds vaker dokter in plaats van blusser. (R. J. Speerstra, Red.) Opgeroepen op Maart 18, 2020, van Leeuwarder Courant: https://www.lc.nl/friesland/Brandweer-steeds-vaker-dokter-in-plaats-van-blusser-25425055.html?harvest_referrer=https%3A%2F%2Fwww.google.com%2F

Ministerie van Volksgezond, Welzijn en Sport. (2019, maart 29). Documenten. Opgehaald van Rijksoverheid.nl: <file:///C:/Users/Media%20Markt%20Cruquius/Downloads/kamerbrief-over-stand-van-zaken-ambulancetzorg-en-rol-in-acute-zorg.pdf>

NVBR. (2010, Maart 1). strategische reis de Brandweer over morgen. Opgehaald van IFV: <https://www.ifv.nl/kennisplein/Documents/201003-strategische-reis-de-Brandweer-over-morgen.pdf>

RBC. (2018, Februari). Landelijke Agenda Brandweezorg. Opgeroepen op Februari 20, 2020, van Brandweer Nederland: https://www.brandweer.nl/media/7818/agenda-brandweezorg_2018.pdf

Regeling Tijdelijke wet ambulancezorg. (sd). Opgeroepen op januari 24, 2019, van Wetten.overheid.nl: <https://wetten.overheid.nl/BWBR0032159/2019-01-01>

Scholtens, A. (2007, November 2). Samenwerking in crisisbeheersing Overschat en onderschat. Zwolle: Hoekmantotaal.

Van Duin. (2011, Februari 1). Veerkrachtige crisisbeheersing: nuchter over het bijzondere. Opgeroepen op Maart 3, 2020, van IFV Kennisplein: https://www.ifv.nl/kennisplein/Documents/lectorale_rede_m_van_duin.pdf

Van Duin, M., & Wijkhuis, V. (2013, Augustus). Brandweer in Europa. (I. F. Veiligheid, Red.) Opgeroepen op Maart 8, 2020, van IFV: <https://www.ifv.nl/adviesennovatie/Documents/2013-IFV-Brandweer-in-Europa.pdf>

Veiligheidsbestuur. (2019, September 27). Verslag Veiligheidsbestuur 27 september 2019. Amsterdam.

Verhoeven, N. (2018). Wat is onderzoek? Amsterdam: Boom.

Wetten Overheid. (2010, Februari 11). Wet Veiligheidsregio's. Opgeroepen op Maart 15, 2020, van Wetten.overheid.nl: <https://wetten.overheid.nl/BWBR0027466/2019-01-01#>