



Ambulances in-zicht 2010



Colofon

Ambulancezorg Nederland

Veerallee 68
Postbus 489, 8000 AL Zwolle
telefoon: 038 422 57 72
fax: 038 488 26 47
secretariaat@ambulancezorg.nl
www.ambulancezorg.nl

Tekst

Ambulancezorg Nederland

Cijfers, tabellen, grafieken en kaarten

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, Bilthoven (ritgegevens: productie en prestatie)
Ambulancezorg Nederland, Zwolle (overige gegevens)

Redactiecommissie

Peter Duijf, Erik Grummels, Gerard Leerkes, Hein van der Werff

Met dank aan

Geert Jan Kommer, Martin Kosterman, Paulien van der Meulen, Maarten Mulder, Ronald de Vos

(Eind)redactie

Isolde Boers

Vormgeving

Vormix, Maarssen

Fotografie

A3chem, Hilversum (omslag)

Druk

Stimio Communicatie & Presentatie, Tiel

Alle in dit rapport gepubliceerde cijfers zijn geverifieerd en vastgesteld door de betrokken regio's en ambulanceorganisaties.

Vastgesteld door het Algemeen Bestuur van de Vereniging Ambulancezorg Nederland op 27 april 2011.

Voorwoord

De gezondheidszorg worstelt vaak met transparantie. Hoe krijgen we alle beschikbare informatie op een doorzichtige manier bijeen. Op een zodanige manier dat inzicht ontstaat, beter beleid mogelijk wordt en verantwoording wordt afgelegd over kwaliteit en kosten.

Op tal van gebieden wordt de afgelopen jaren gepoogd die transparantie te vergroten.

Als net benoemd voorzitter van Ambulancezorg Nederland was ik blij verrast door onze sectorrapporten. Alle feiten en cijfers over deze sector handzaam bijeen gebracht. Een mooi voorbeeld hoe een bedrijfstuk zich behoort te verantwoorden.

Achtereenvolgende rapporten laten zien welke omvangrijke kwaliteitsverbeteringen in de wereld van de ambulancezorg zijn doorgevoerd tegen kosten die -ook internationaal vergeleken- alleszins aanvaardbaar zijn.

Voor rond € 25 per inwoner is er in ons land een zeer professionele ambulancezorg, als onderdeel van een steeds in belang toenemende ketenzorg. In dat perspectief liggen er nu en de komende jaren nog tal van kansen op vernieuwing en verbetering.

2010 stond ook in het teken van samenwerking in de zorgketen; met de veiligheidspartners en overheden. Een nieuw kabinet trad aan met nieuwe denkbeelden over de zorg en de ambulancewetgeving. Als AZN gaan we open het gesprek daarmee aan. Daarbij moet mij als nieuwe voorzitter wel één ding van het hart. Soms lijkt het erop in de Haagse discussie dat ambulancezorg eerder deel is van veiligheids- dan van de zorgketen. Maar dat is vooral Haagse werkelijkheid. In de praktijk van alledag zijn we een zorgvoorziening, die samen met huisartsen, ziekenhuizen en psychiatrische opvang vorm geeft aan het hoogste niveau van acute zorgverlening. En een natuurlijke partner van politie en brandweer bij complexe incidenten en ongevallen. Maar die laatste zijn -gelukkig maar- zeer gering in aantal. Er hoeft in Nederland niet iedere dag 'opgeschaald' te worden.

In dit 2010-rapport wordt verslag gedaan van de totstandkoming van een CAO, een mijlpaal in de veelzijdige en veelkleurige geschiedenis van de ambulancezorg. Veel dank gaat hier uit naar Hans Borstlap voor de wijze waarop hij als onafhankelijk voorzitter de totstandkoming ervan heeft begeleid.

2010 was een jaar waarin veel gebeurde in ons werkgebied. Ik hoop van harte dat dit sectorrapport -als u het doorbladert of leest- u zal inspireren.

Inspireren om zo fair en open mogelijk ook de komende jaren verslag te blijven doen en verantwoording te blijven afleggen.

Verslag en verantwoording over een belangrijke sector in onze gezondheidszorg; dat is hier gebeurd en dat hoort ook een vanzelfsprekendheid te zijn. De ambulancesector wilde ook in 2010 het goede voorbeeld laten zien.

Hans Simons,
voorzitter Vereniging Ambulancezorg Nederland

Inhoudsopgave

Voorwoord			
Verantwoording	7		
Inleiding	8		
1 Ambulancezorg in 2010	11		
1.1 facts & figures ambulancezorg 2010	12		
1.2 het proces ambulancezorg	13		
1.3 het product ambulancezorg	15		
1.4 ambulancezorg is ketenpartner	17		
1.5 de medewerkers van de ambulancezorg	17		
1.6 de kwaliteit van de ambulancezorg	20		
1.7 ambulancezorg: randvoorwaarden en toekomstperspectief	20		
2 Het proces ambulancezorg in 2010	23		
vooraf	24		
2.1 wat is ambulancezorg?	24		
2.2 verwachtingen met betrekking tot ambulancezorg	25		
2.3 spoedeisende ambulancezorg: A1-inzetten	26		
2.3.1 overall beeld A1-inzetten in 2010	26		
2.3.2 responstijd A1-inzetten	28		
2.3.3 A1-inzetten binnen 15 minuten bij de patiënt	31		
2.3.4 tijdsduur aanname en uitgifte A1-inzetten	35		
2.3.5 uitruktijd A1-inzetten	36		
2.3.6 aanrijtijd A1-inzetten	37		
2.4 spoedeisende ambulancezorg: A2-inzetten	39		
2.4.1 overall beeld A2-inzetten in 2010	39		
2.4.2 responstijd A2-inzetten	40		
2.4.3 A2-inzetten binnen 30 minuten bij de patiënt	43		
2.4.4 tijdsduur aanname en uitgifte A2-inzetten	47		
2.4.5 uitruktijd A2-inzetten	48		
2.4.6 aanrijtijd A2-inzetten	49		
3 Het product ambulancezorg in 2010	51		
3.1 spoedeisende en planbare ambulancezorg	52		
3.1.1 overall beeld aantal inzetten	52		
3.1.2 overall beeld op regioniveau	54		
3.1.3 spoedeisende ten opzichte van planbare ambulancezorg	56		
3.1.4 spoedeisende ambulancezorg: A1 ten opzichte van A2	61		
3.1.5 ambulancezorg en het aantal inwoners	63		
3.1.6 spoedeisende ambulancezorg: A1-inzetten	65		
3.1.7 spoedeisende ambulancezorg: A2-inzetten	67		
3.1.8 spoedeisende ambulancezorg: rapid responders	69		
3.1.9 planbare ambulancezorg: B-inzetten	70		
3.1.10 inzetten voor een andere regio	72		
3.1.11 MICU-inzetten	74		
3.2 declarabele en overige inzetten	75		
3.2.1 overall beeld aantal inzetten	75		
3.2.2 declarabele inzetten	78		
3.2.3 EHGv-inzetten	79		
3.2.4 loze inzetten	80		
3.2.5 productieafspraken	81		
3.3 ambulancezorg vanuit medisch perspectief	84		
3.3.1 de patiënten	84		
3.3.2 de door het ambulanceteam gestelde werkdiagnoses	84		
3.3.3 de uitgevoerde (voorbehouden) handelingen	85		
4 Ambulancezorg is ketenpartner	89		
4.1 ambulancezorg, partner in de keten van acute zorg	90		
4.1.1 aanvullend op ambulancezorg	91		
4.2 ambulancezorg, partner in de keten van openbare orde en veiligheid	92		
4.2.1 ontwikkelingen met betrekking tot de meldkamer	92		
4.2.2 registratie incidenten jaarwisseling	93		
4.2.3 landelijke grootschalige evenementen	93		
5 Medewerkers in de ambulancezorg in 2010	95		
5.1 formatie	96		
5.2 loopbaanmobiliteit	101		
5.3 arbeidsduur	106		
5.4 leeftijd van medewerkers	108		
5.5 ziekteverzuim	111		
5.6 agressie & geweld jegens ambulancemedewerkers	115		
6 Kwaliteit van de ambulancezorg in 2010	121		
6.1 kwaliteitscertificering	122		
6.2 deskundigheid en scholing	122		
6.3 klachten	123		

7 De randvoorwaarden van en de verwachte toekomst voor ambulancezorg 125

7.1	praktische randvoorwaarden: ambulances en standplaatsen	126
7.2	financiën	129
7.3	beschikbare uren voor ambulancezorg	130
7.4	RAV-vorming en Wet ambulancezorg	132
7.5	CAO Ambulancezorg	135

Bijlagen 137

Bijlage 1:	vergelijkbaarheid cijfers van de verschillende jaren en andere aspecten met betrekking tot de betrouwbaarheid	138
Bijlage 2:	toelichting op aanrijtijdnormen binnen de ambulancezorg (hoofdstuk 2)	140
Bijlage 3:	toelichting op de gebruikte medische terminologie (hoofdstuk 3)	141
Bijlage 4:	toelichting op Actieprogramma Veilige Publieke Taak (hoofdstuk 5)	144
Bijlage 5:	kernset 2010	146
Bijlage 6:	(relevante) definities	157
Bijlage 7:	verantwoording RIVM	162
Bijlage 8:	gebruikte afkortingen	166
Bijlage 9:	relevante documenten	167
Bijlage 10:	leden Ambulancezorg Nederland	168
Bijlage 11:	standplaatsen in Nederland	170

Verantwoording

De verantwoordelijkheid voor de betrouwbaarheid van de gegevens ligt bij de vergunninghouder(s) van de individuele RAV-regio's. De vergunninghouders leveren hun rittendatabases aan bij het RIVM. Het RIVM berekent vervolgens de productie- en prestatiecijfers. Berekeningen zijn gebaseerd op de meetplannen, die zijn vastgesteld door het Algemeen Bestuur van Ambulancezorg Nederland. Het RIVM past de meetplannen op eenduidige en uniforme wijze voor alle regio's toe. De werkgroep betrouwbaarheid houdt zich binnen AZN bezig met de constante verbetering van de kwaliteit van de meetplannen en daarmee de betrouwbaarheid van de gegevens.

De verantwoordelijkheid voor de inhoud van de tabellen en grafieken met betrekking tot productie en prestatie ligt bij het RIVM.

De verantwoordelijkheid voor de inhoud van de overige tabellen en grafieken ligt bij Ambulancezorg Nederland.

De verantwoordelijkheid voor de samenstelling en lay-out van de kaarten ligt bij het RIVM.

De verantwoordelijkheid voor de teksten en beleidsanalyses ligt bij Ambulancezorg Nederland.

Inleiding

U leest nu 'Ambulances in-zicht 2010', al weer de vijfde editie van het sectorrapport dat inzicht geeft in de Nederlandse ambulancezorg in 2010.

belangrijke ontwikkelingen in 2010

De ambulancezorg is een dynamische sector die voortdurend met veranderingen wordt geconfronteerd of zelf wijzigingen initieert. Drie belangrijke thema's in 2010 waren de Wet Ambulancezorg, de meldkamerontwikkelingen en de CAO Ambulancezorg.

Wet ambulancezorg

Na jaren van voorbereiding en discussie heeft de Eerste Kamer in december 2008 de Wet Ambulancezorg aangenomen. De jaren 2009 en 2010 hebben in het teken gestaan van voorbereidingen op de inwerking-treding van de Wet Ambulancezorg.

Eind 2010 heeft de minister van VWS besloten tot een koerswijziging, met nadruk geen inhoudelijke wijziging. In het eerste kwartaal van 2011 is de Tijdelijke wet ambulancezorg voorbereid. De belangrijkste verschillen met de Wet Ambulancezorg zijn dat er geen vergunningen meer worden verleend, maar dat RAV-en een aanwijzing krijgen. Daarnaast is het een tijdelijke wet met een duur van vijf jaar, de aanwijzing geldt derhalve ook voor vijf jaar.

de Meldkamer van de toekomst

De minister van Veiligheid en Justitie wil komen tot één landelijke meldkamerorganisatie. Al valt de ambulancezorg onder een ander ministerie, dit voornemen heeft ook gevolgen voor de ambulancezorg. In nagenoeg alle regio's opereert de meldkamer ambulancezorg in colocatie met de meldkamers politie en brandweer.

Een en ander was voor de ambulancesector aanleiding om een visie te ontwikkelen rond de meldkamer ambulancezorg. Deze maakt integraal en onlosmakelijk onderdeel uit van de RAV en speelt een belangrijke en medebepalende rol in de kwaliteit van de ambulancezorg.

Het thema meldkamer staat in 2011 hoog op de agenda van de sector.

CAO Ambulancezorg

Na jaren van verschillende arbeidsvoorwaardenregimes in een kleine sector als de ambulancezorg, zijn werkgevers- en werknemerspartijen in januari 2010 één CAO Ambulancezorg overeengekomen. De CAO heeft een looptijd van 1 januari 2011 tot 1 januari 2013.

De ambulancesector heeft met dit resultaat een moderne CAO die past binnen de zorgsector in het algemeen.

opbouw 'Ambulances in-zicht 2010'

'Ambulances in-zicht 2010' is als volgt opgebouwd:

- hoofdstuk 1 'Ambulancezorg in 2010' is een samenvatting van het sectorrapport op landelijk niveau;
- het tweede hoofdstuk, 'Het proces ambulancezorg in 2010', beschrijft wat ambulancezorg inhoudt en welke resultaten in 2010 behaald zijn;
- hoofdstuk 3 heet 'Het product ambulancezorg in 2010' en behandelt zowel de productie (de aantallen inzetten) als inhoudelijke aspecten van ambulancezorg;
- het vierde hoofdstuk is 'Ambulancezorg als ketenpartner' en beschrijft de rol van de ambulancesector in zowel de keten van acute zorg als de keten van openbare orde en veiligheid;

- hoofdstuk 5, 'Medewerkers in de ambulancezorg in 2010', gaat in op diverse thema's met betrekking tot de medewerkers werkzaam in de ambulancezorg. Tevens doet hoofdstuk 5 verslag van de registratie van agressie-incidenten;
- 'Kwaliteit van de ambulancezorg in 2010' is het zesde hoofdstuk en gaat in op de verschillende kwaliteitsaspecten met betrekking tot ambulancezorg;
- hoofdstuk 7 tenslotte, 'De randvoorwaarden van en de verwachte toekomst voor de ambulancezorg' beschrijft de thema's die betrekking hebben op het kunnen verrichten van ambulancezorg. Ook de ontwikkeling van de ambulancesector en de Tijdelijke wet ambulancezorg komen aan de orde.

Ambulancezorg in 2010

Het eerste hoofdstuk van 'Ambulances in-zicht 2010' vormt een samenvatting van het volledige sectorrapport. Het hoofdstuk geeft inzicht in de facts & figures en overige opvallende zaken met betrekking tot de ambulancezorg in 2010. Hoofdstuk 1 beperkt zich hierbij tot het landelijk niveau. De volgende hoofdstukken geven een meer gedetailleerd inzicht in de verschillende onderwerpen. Hierbij is ook aandacht voor de regionale situatie.

1.1 facts & figures ambulancezorg 2010

proces & product ambulancezorg

aantal A1-inzetten in 2010	463.913
gemiddelde responstijd A1-inzetten in 2010	9:40 minuten
% A1-inzetten binnen 15 minuten ter plaatse in 2010	92,3 %
aantal A2-inzetten in 2010	247.008
gemiddelde responstijd A2-inzetten in 2010	15:51 minuten
% A2-inzetten binnen 30 minuten ter plaatse in 2010	95,5 %
aantal B-inzetten in 2010	350.347

totaal aantal inzetten in 2010 **1.061.268**

aantal declarabele inzetten in 2010	823.333
aantal EHGV-inzetten in 2010	193.178
aantal loze inzetten in 2010	44.757
totaal aantal inzetten in 2010	1.061.268

aantal MICU-regio's in 2010	7 regio's
aantal MICU-inzetten in 2010	1.729

aantal regio's dat MMT-inzetten heeft geregistreerd in 2010	22 regio's
aantal MMT-inzetten in 2010	7.218

aantal regio's dat reanimaties heeft geregistreerd in 2010	20 regio's
aantal reanimaties in 2010	6.498

medewerkers ambulancezorg

aantal fte's op 31 december 2010	4.761 fte
aantal fte's in de drie kernfuncties op 31 december 2010	4.183 fte
aantal medewerkers op 31 december 2010	5.209
aantal medewerkers in de 3 kernfuncties op 31 december 2010	4.553

gemiddeld instroompercentage in 2010	8,4%
gemiddeld uitstroompercentage in 2010	5,2%

gemiddeld ziekteverzuim in 2010	4,8%
---------------------------------	------

aantal regio's dat agressie-incidenten heeft geregistreerd in 2010	21 regio's
aantal geregistreerde agressie-incidenten in 2010	171 incidenten

basisgegevens ambulancezorg

aantal RAV-regio's in 2010	25 regio's
aantal RAV-en op 31 december 2010	20 RAV-en

aantal aanhangsels (ambulances) op 31 december 2010	697 ambulances
aantal standplaatsen op 31 december 2010	203 standplaatsen

macrobudget voor de ambulancezorg in 2010	€ 431,5 miljoen
---	-----------------

Wet Ambulancezorg door de Eerste Kamer aangenomen op ministerraad stemt in met Tijdelijke wet ambulancezorg	2 december 2008
verwachte inwerkingtreding Tijdelijke wet ambulancezorg	1 april 2011 1 januari 2012

1.2 het proces ambulancezorg

Ambulancezorg is de zorg die beroepsmatig wordt verleend om een patiënt binnen het kader van zijn aan-doening of letsel hulp te verlenen en waar nodig adequaat te vervoeren met inachtneming van datgene wat op grond van algemeen beschikbare medische en verpleegkundige kennis vereist is, dan wel de patiënt te verwijzen naar een andere zorgverlener.

Het hoofddoel van ambulancezorg is het behalen van individuele gezondheidswinst op basis van de zorg-behoefte van de patiënt.

De ambulancezorg wordt ter plaatse bij de patiënt verleend en vindt uitsluitend in opdracht van de meld-kamer ambulancezorg plaats.

Een altijd actueel thema binnen de ambulancezorg wordt gevormd door de responstijden. De responstijd van een ambulance-inzet heeft echter slechts betrekking op het eerste deel van een inzet en betreft de tijd tussen het aannemen van de telefoon in de meldkamer ambulancezorg tot en met de aankomst van de ambulance bij de patiënt.

De sector ambulancezorg is er op gericht dat men in acute, levensbedreigende situaties zo spoedig moge-lijk zorg ter plaatse kan verlenen.

Samengevat was de responstijd van een gemiddelde A1-inzet in 2010 als volgt opgebouwd:

- tijdsduur aanname en uitgifte: 1:51 minuten
- uitruktijd: 1:02 minuten
- aanrijtijd: 6:45 minuten
- responstijd: 9:40 minuten
- in gemiddeld 92,3% is in 2010 de ambulance binnen 15 minuten na het begin van de melding bij de patiënt gearriveerd
- 95% van de inzetten was in 2010 binnen circa 17,5 minuten aanwezig

Samengevat was de responstijd van een gemiddelde A2-inzet in 2010 als volgt opgebouwd:

- tijdsduur aanname en uitgifte: 3:25 minuten
- uitruktijd: 1:20 minuten
- aanrijtijd: 10:51 minuten

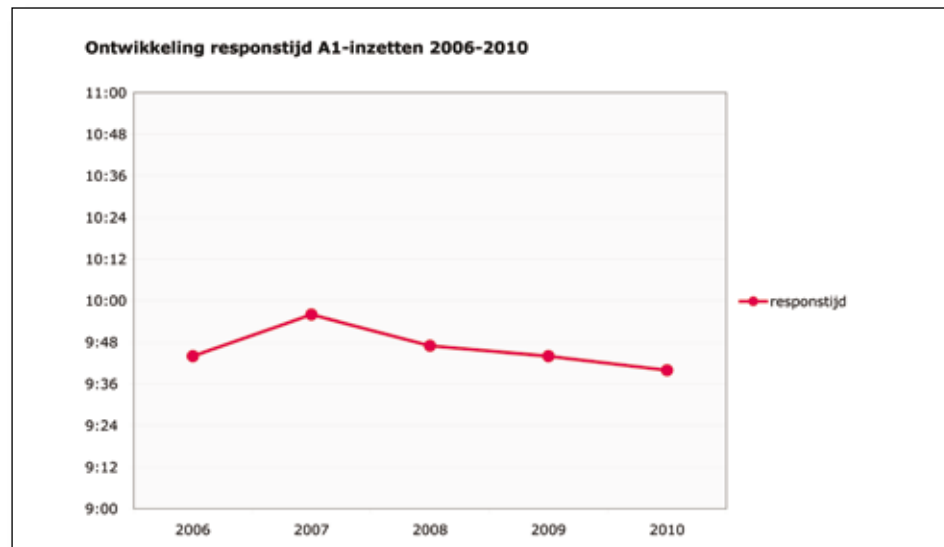
- responstijd: 15:51 minuten
- in gemiddeld 95,5 % is in 2010 de ambulance binnen 30 minuten na het begin van de melding bij de patiënt gearriveerd
- 95% van de inzetten was in 2010 binnen ruim 29 minuten aanwezig

tabel 1.2.1: landelijke gemiddelde opbouw responstijden spoedeisende ambulancezorg

	A1-inzetten			A2-inzetten		
	2010	2009	2008	2010	2009	2008
gemiddelde tijdsduur aanname en uitgifte	1:51 min	1:52 min	1:53 min	3:25 min	3:22 min	3:14 min
gemiddelde uitruktijd	1:02 min	1:09 min	1:17 min	1:20 min	1:39 min	1:57 min
gemiddelde aanrijtijd	6:45 min	6:42 min	6:36 min	10:51 min	10:51 min	10:41 min
gemiddelde responstijd	9:40 min	9:44 min	9:47 min	15:51 min	16:15 min	15:53 min
% inzetten binnen 15/30 minuten bij de patiënt	92,3 %	92,0%	92,1%	95,5 %	94,5%	96,2%

Over de jaren 2006 tot en met 2010 is een lichte variatie zichtbaar in de responstijd van A1-inzetten. De gemiddelde responstijd over de afgelopen vijf jaren was 9:46 minuten. De langste responstijd van 9:56 minuten is geregistreerd in 2007, de kortste responstijd van 9:40 minuten is in 2010 gerealiseerd.

grafiek 1.2.1: ontwikkeling responstijd A1-inzetten 2006-2010



De aard van het gebied is een factor die van invloed is op de responstijden. 95% van de inzetten in stedelijk gebied is binnen 15 minuten bij de patiënt, in perifere gebieden is dit 87%.

1.3 het product ambulancezorg

spoedeisende en planbare ambulancezorg

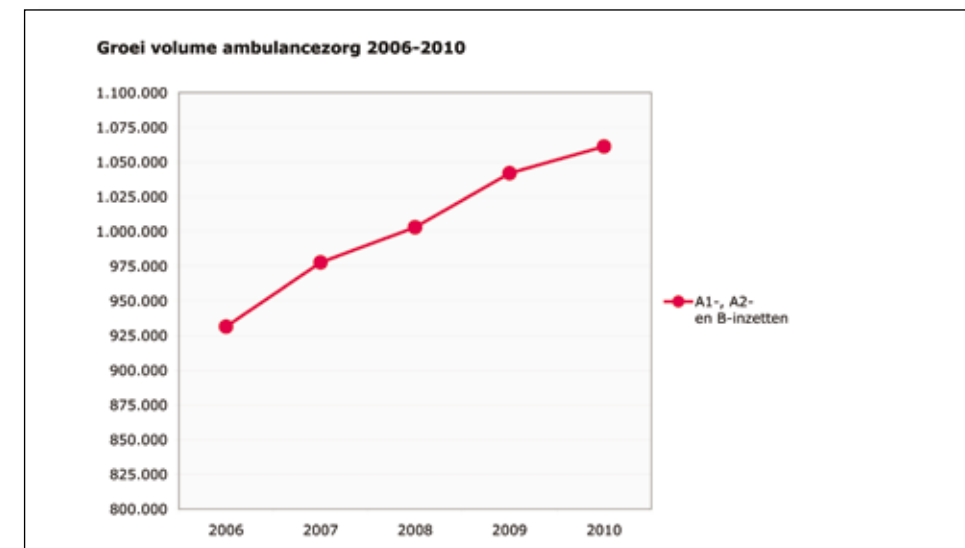
Het aantal ambulance-inzetten is in 2010 toegenomen tot 1.061.268.

tabel 1.3.1: volume spoedeisende en planbare ambulancezorg

	2010	2009	2008
A1-inzetten	463.913	454.309	439.725
A2-inzetten	247.008	239.572	223.813
B-inzetten	350.347	348.085	339.512
totaal	1.061.268	1.041.966	1.003.050

De toename sinds 2006 bedraagt 13,9% en is zichtbaar in onderstaande grafiek:

grafiek 1.3.1: groei volume ambulancezorg 2006-2010



Op een gemiddelde dag vinden in Nederland in totaal 2.908 inzetten plaats. Verdeeld over de verschillende urgenties zijn dit 1.271 A1-inzetten, 677 A2-inzetten en 960 B-inzetten. De drukste dag voor de spoedeisende ambulancezorg was vrijdag 1 januari 2010, de meeste B-inzetten waren op vrijdag 15 januari 2010. Op woensdag 4 augustus was de minste vraag naar spoedeisende ambulancezorg, de minste vraag naar planbare ambulancezorg was op woensdag 25 juli.

declarabele en overige inzetten

Naast het onderscheid in urgentie van ambulance-inzetten, maakt de sector ook een onderscheid naar de aard van de inzet: declarabele inzetten, inzetten waarbij eerste hulp ter plaatse is verleend maar de patiënt niet is vervoerd (EHGV) en naar loze inzetten.

tabel 1.3.2: volume declarabele en overige inzetten

	2010	2009	2008
declarabele inzetten	823.333	810.015	786.667
EHGV-inzetten	193.178	183.571	169.997
loze inzetten	44.757	48.380	46.053
totaal	1.061.268	1.041.966	1.003.050

Er is sprake van een absolute groei van 129.790 inzetten van 2006 tot en met 2010, dit is een groei van 13,9%. De groei bedroeg in de afgelopen vijf jaar gemiddeld 3,5% per jaar.

productieafspraken

Ambulanceorganisaties maken afspraken met de zorgverzekeraars over onder andere het verwachte aantal inzetten en het aantal kilometers in het komende jaar. Op basis van de productieafspraken ontvangen de ambulanceorganisaties hun budget.

de medische kant van de ambulancezorg

In 'Ambulances in-zicht' wil de sector ambulancezorg op transparante en eenduidige wijze inzicht geven in de medisch-inhoudelijke processen binnen de ambulancezorg. Het is op dit moment niet mogelijk om verder te gaan dan beperkt inzicht in aantallen, zoals hoeveel patiënten en handelingen. Meer inhoudelijke prestatie-indicatoren zijn in ontwikkeling.

Minder dan 1% van de in 2010 behandelde en geregistreerde patiënten was, evenals in de voorgaande jaren, pasgeborene of zuigeling. Voorts was 6% kind (5% in 2009), 57% was volwassene (60% in 2009) en 36% was ouder dan 75 jaar (34% in 2009).

Op basis van de door het ambulanceteam gestelde werkdiagnose kan geconstateerd worden dat cardiologische ziektebeelden, ziektebeelden passend bij interne geneeskunde en traumatologie/heelkunde het meest zijn voorgekomen in 2010.

In 2010 zijn door 20 regio's 6.498 reanimaties uitgevoerd.

1.4 ambulancezorg is ketenpartner

De ambulancezorg is actief in zowel de keten van acute zorg als de keten van openbare orde en veiligheid.

acute zorg: aanvullend op ambulancezorg

Voor aanvullende medische hulp in bijzondere situaties, zoals zeer ernstig gewonde patiënten of grootschalige incidenten, kunnen zowel de meldkamer ambulancezorg (MKA) als het ambulanceteam een beroep doen op het Mobiel Medisch Team (MMT).

Het MMT is in 2010 door 22 regio's 7.218 keer ingezet in aanvulling op de reguliere ambulancezorg. Het gaat hierbij zowel om grondgebonden inzetten als inzetten met de traumaheli.

openbare orde en veiligheid

Ambulanceorganisaties werken nauw samen met partners in de keten van openbare orde en veiligheid, zoals politie, brandweer en GHOR (Geneeskundige Hulpverleningsorganisatie in de Regio). De samenwerking vindt zowel onder normale omstandigheden plaats, als ten tijde van grootschalige ongevallen en rampen.

In het kader van GHOR-werkzaamheden hebben ambulanceorganisaties ambulances beschikbaar gesteld om stand-by te staan tijdens grootschalige evenementen. In 2010 heeft zich een groot aantal van deze evenementen voorgedaan, zoals SAIL 2010. Er waren ook twee internationale evenementen aanwezig in Nederland, de Tour de France en de Giro d'Italia.

1.5 de medewerkers van de ambulancezorg

formatie

De ambulancezorg is een compacte sector met gespecialiseerd personeel. Er is veel inzet van direct aan het primair proces gelieerd personeel en er zijn relatief weinig staf- en overige medewerkers. In 2010 waren er 5.209 medewerkers (4.761 fte) werkzaam binnen de ambulancezorg. Van hen was 87,5% (4.553 medewerkers, verdeeld over 4.183 fte) werkzaam binnen het primaire proces.

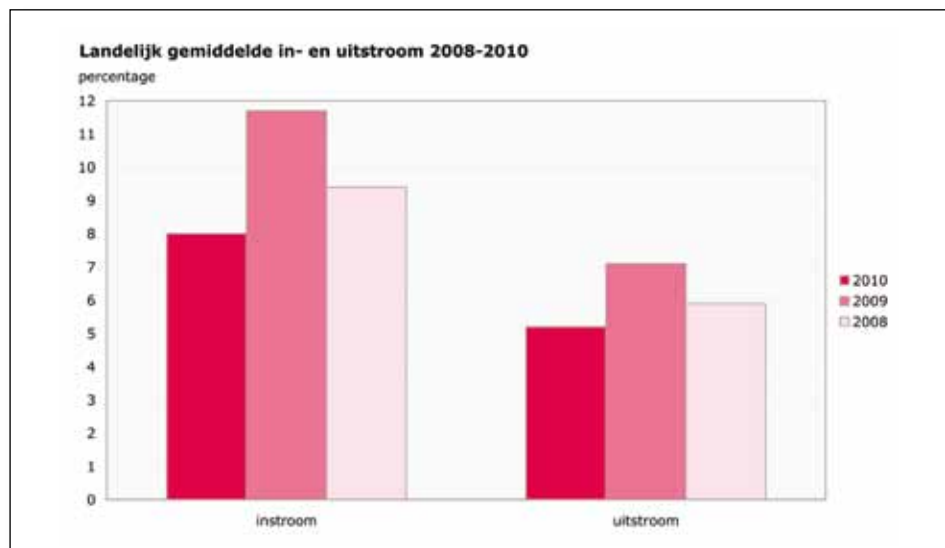
tabel 1.5.1: landelijke formatie aantallen medewerkers

	2010			2009			2008		
	man	vrouw	totaal	man	vrouw	totaal	man	vrouw	totaal
ambulanceverpleegkundige	1.432	721	2.153	1.429	664	2.093	1.427	607	2.034
ambulancechauffeur	1.729	223	1.952	1.685	213	1.898	1.635	173	1.808
MKA verpleegkundig centralist	142	245	387	146	243	389	138	233	371
MKA niet-verpleegkundig centralist	40	21	61	35	16	51	39	15	54
overig	390	266	656	365	247	612	358	240	598
totaal	3.733	1.476	5.209	3.660	1.383	5.043	3.597	1.268	4.865

loopbaanmobiliteit

Het landelijk gemiddelde instroompercentage is in 2010 met 8,4% weer gedaald ten opzichte van het voorgaande jaar. Hetzelfde geldt voor het landelijk gemiddelde uitstroompercentage, dit bedroeg in 2010 5,2%.

grafiek 1.5.1: landelijk gemiddelde in- en uitstroom



arbeidsduur

Medewerkers in de ambulancezorg zijn gemiddeld lang werkzaam in de sector. Over het algemeen zijn ambulancemedewerkers, voordat zij in de sector instromen, al (veel) langer werkzaam binnen de zorg.

tabel 1.5.2: dienstjarenverdeling medewerkers ambulancezorg

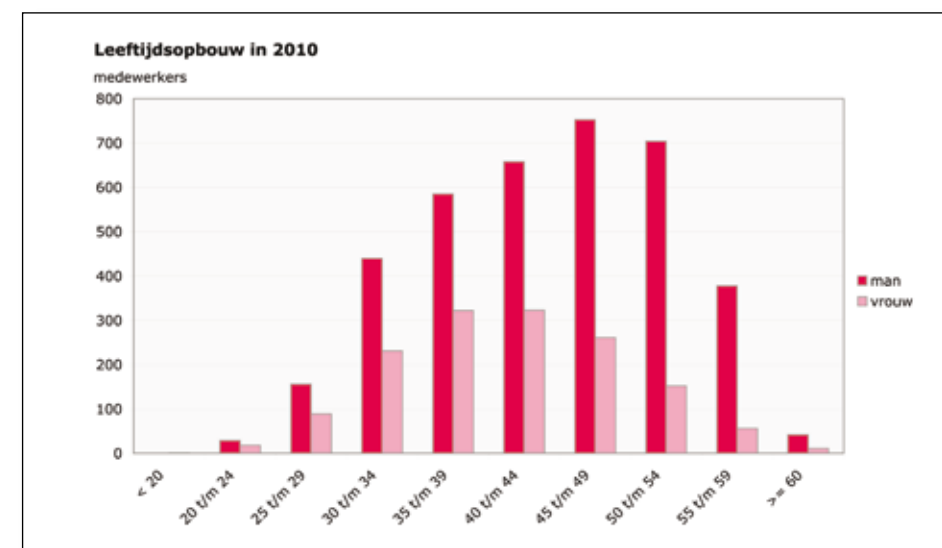
aantal dienstjaren	2010		2009		2008	
	medewerkers	%	medewerkers	%	medewerkers	%
< 1 jaar	401	7,7%	479	9,5%	441	9,1%
1 t/m 4 jaar	1.393	26,7%	1.093	21,7%	1.045	21,5%
5 t/m 9 jaar	1.343	25,8%	1.429	28,3%	1.545	31,8%
10 t/m 14 jaar	790	15,2%	673	13,3%	593	12,2%
15 t/m 19 jaar	511	9,8%	549	10,9%	463	9,5%
≥ 20 jaar	750	14,4%	625	12,4%	467	9,6%
aantal dienstjaren onbekend	21	0,4%	195	3,9%	311	6,4%
totaal	5.209	100%	5.043	100%	4.865	100%

Er is een verschuiving zichtbaar in de dienstjarenverdeling. Was de grootste groep in 2009 nog de groep met 5 tot 10 dienstjaren, in 2010 was dit de groep met 1 tot 5 dienstjaren. Desondanks is nog steeds meer dan 10% langer dan 20 jaar in dienst.

leeftijdsofbouw

De gemiddelde leeftijd van medewerkers in de ambulancezorg is relatief hoog. Ook dit heeft te maken met het feit dat medewerkers vaak al een carrière elders achter de rug hebben, voordat zij instromen binnen de ambulancezorg. Er is een grote groep medewerkers in de leeftijd van 45 tot 50 jaar, bijna de helft van de medewerkers is tussen de 40 en 55 jaar.

grafiek 1.5.2: leeftijdsopbouw medewerkers ambulancezorg in 2010 (landelijk)



Overigens is er een verschil zichtbaar als het gaat om leeftijden tussen mannen en vrouwen. Onder mannen is de groep van 45 tot 50 jaar het grootst, bij vrouwen is dit 35 tot 40 jaar.

ziekteverzuim

Het gemiddelde ziekteverzuim is in 2010 gestegen ten opzichte van de voorgaande jaren en ligt met 4,8% weer op het niveau van 2007. Het langdurend ziekteverzuim blijft echter nog steeds beperkt binnen de ambulancezorg en blijft veelal tot hooguit 3 maanden beperkt.

tabel 1.5.3: gemiddeld ziekteverzuim

	2010	2009	2008
gemiddeld ziekteverzuim	4,8%	4,3%	4,5%

agressie en geweld

In 2010 hebben 22 regio's 171 incidenten van agressie jegens ambulancemedewerkers geregistreerd. Het meest voorkomend was verbale agressie (55%), gevolgd door fysieke agressie (29%).

tabel 1.5.4: aantal en verdeling incidenten

	2010		2009		2008	
	aantal	%	aantal	%	aantal	%
verbale agressie en geweld	94	55%	68	47%	50	41%
serieuze bedreiging	20	12%	29	20%	11	10%
fysieke agressie en geweld	50	29%	46	32%	44	36%
seksuele intimidatie, agressie en geweld	7	4%	2	1%	16	16%
totaal	171	100%	145	100%	121	100%

1.6 de kwaliteit van de ambulancezorg

De kwaliteit van ambulancezorg wordt door veel verschillende aspecten bepaald. Deskundige, bekwame en betrokken medewerkers hebben een grote invloed op de kwaliteit van de ambulancezorg. Andere aspecten zijn tevreden cliënten, samenwerking met ketenpartners, zorginnovatie en een goede bedrijfsvoering. Een en ander weerspiegelt zich in een ambulancesector die op 31 december 2010 100% HKZ-gecertificeerd was en 0,46 klachten per 1.000 inzetten, ofwel 1 klacht per 2.148 inzetten.

1.7 ambulancezorg: randvoorwaarden en toekomstperspectief

In Nederland zijn 24 uur per dag, 7 dagen per week, ambulances beschikbaar om ambulancezorg te verlenen.

ambulances en standplaatsen

Op 31 december 2010 hadden de ambulanceorganisaties in Nederland 697 ambulances beschikbaar voor het verlenen van ambulancezorg. Dit betekent echter niet dat er dagelijks ook 697 ambulances onderweg zijn. Een deel van de capaciteit is beschikbaar om in geval van grootschalige rampen en calamiteiten ingezet te worden of bijvoorbeeld tijdens onderhoud of schade aan andere voertuigen.

Iedere ambulanceorganisatie beschikt over een aantal standplaatsen om hiermee een optimale spreiding van de beschikbare ambulances over de regio te verkrijgen. Op 31 december 2010 waren er 203 standplaatsen.

financiering van de ambulancezorg

Onder de in 2010 actuele wetgeving, de Wet Ambulancevervoer, bevinden sturing en financiering van de sector ambulancezorg zich niet in één hand. De provincie is verantwoordelijk voor de sturing, hieronder

vallen de planning en de spreiding van de capaciteit. De verantwoordelijkheid voor de financiering ligt bij de zorgverzekeraar.

Voor de ambulancesector was in 2010, conform de Rijksbegroting, een macrobudget beschikbaar van € 431,5 miljoen. Omgerekend naar het aantal inwoners in Nederland (ruim 16,6 miljoen op 31 december 2010) betekent dit dat er jaarlijks ongeveer € 26 per inwoner beschikbaar is voor ambulancezorg.

uren waarin ambulancezorg verleend wordt

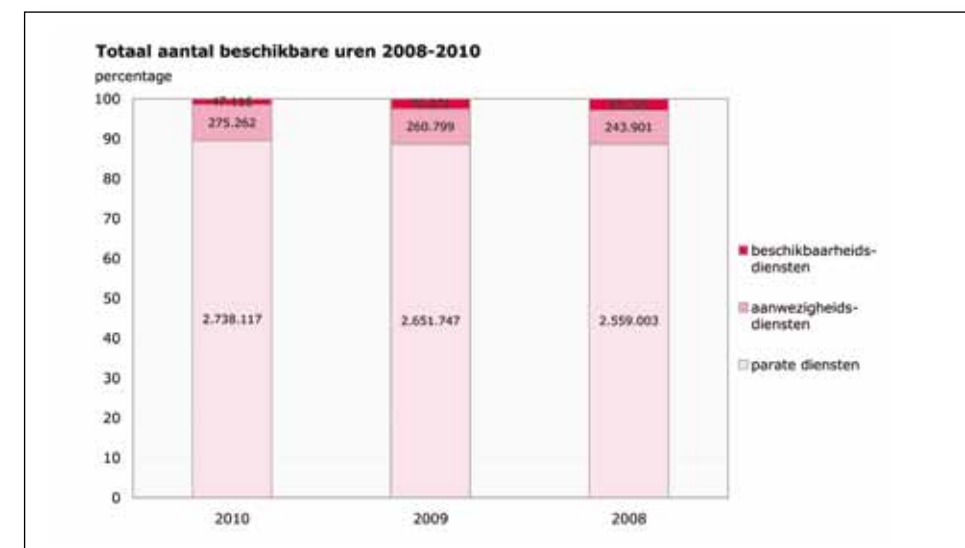
Om ambulancezorg te kunnen bieden, zijn niet alleen ambulances, standplaatsen en financiële middelen noodzakelijk. Er moet ook voldoende personeel beschikbaar zijn, gecombineerd met werkbare uren.

De ambulancesector maakt een onderscheid tussen parate, aanwezigheids- en beschikbaarheidsdiensten. De parate dienst is de meest voorkomende dienstsoort. Toepassing van aanwezig- en beschikbaarheidsdiensten is veelal regio bepaald en hangt onder meer samen met de stedelijkheid van de regio. In 2010 waren gedurende 3.060.495 uren ambulanceteams beschikbaar voor het verlenen van ambulancezorg. Dit betrof voor 89% parate dienst, voor 9% aanwezigheidsdienst en voor 2% beschikbaarheidsdienst.

tabel 1.7.1: beschikbare uren ten behoeve van ambulancezorg

	2010		2009		2008	
	aantal	%	aantal	%	aantal	%
parate diensten	2.738.117	89%	2.651.747	89%	2.559.003	89%
aanwezigheidsdiensten	275.262	9%	260.799	8%	243.901	8%
beschikbaarheidsdiensten	47.116	2%	79.271	3%	85.025	3%
totaal	3.060.495		2.991.817		2.887.929	

grafiek 1.7.1: totaal aantal beschikbare uren (landelijk)



Het proces ambulancezorg in 2010

Dit hoofdstuk beschrijft wat ambulancezorg inhoudt. Het hoofdstuk gaat tevens in op hoe lang de verschillende fasen in het ambulanceproces in 2010 gemiddeld hebben geduurd.

vooraf

uitgangspunt voor de regionale cijfers

Voor het hele hoofdstuk 2 geldt dat de RAV-regio het uitgangspunt is voor de regionale cijfers, nadrukkelijk niet de RAV of individuele ambulanceorganisatie(s). Inzetten die een RAV of ambulanceorganisatie heeft uitgevoerd in een andere dan de eigen regio, worden aan deze andere regio toegerekend.

Deze keuze heeft te maken met het feit dat de RAV dan wel ambulanceorganisatie verantwoordelijk is voor de totale ambulancezorg binnen de RAV-regio, ook als de verleende ambulancezorg door een andere organisatie is uitgevoerd.

vergelijkbaarheid cijfers 2010/2009 en 2008

De cijfers over 2010 en 2009 wijken enigszins af van de cijfers over 2008 en de jaren daarvoor. Vanaf 2009 wordt voor iedere tijdsinterval een andere database als uitgangspunt gehanteerd. Dit heeft te maken met de fouten die gemaakt (kunnen) worden in de tijdsregistratie. Dit wordt nader toegelicht in bijlage 1.

Een en ander heeft tot gevolg dat de optelsom van de gemiddelde tijdsduren op de verschillende tijdsintervallen niet meer per definitie gelijk is aan de gemiddelde responstijd, zoals tot en met 2008 wel het geval was. Dit geldt voor de regionale en voor de landelijke cijfers.

2.1 wat is ambulancezorg?

definitie ambulancezorg

Ambulancezorg is de zorg die beroepsmatig wordt verleend om een patiënt binnen het kader van zijn aan-doening of letsel hulp te verlenen en waar nodig adequaat te vervoeren met inachtneming van datgene wat op grond van algemeen beschikbare medische en verpleegkundige kennis vereist is, dan wel de patiënt te verwijzen naar een andere zorgverlener.

Het hoofddoel van ambulancezorg is het behalen van individuele gezondheidswinst op basis van de zorg-behoefte van de patiënt.

De ambulancezorg wordt ter plaatse bij de patiënt verleend en vindt uitsluitend in opdracht van de meld-kamer ambulancezorg plaats.

het proces ambulancezorg

Het proces ambulancezorg loopt van melding tot en met overdracht:

Het proces start bij de melding: de telefoon in de meldkamer ambulancezorg gaat over en de centralist van de meldkamer ambulancezorg neemt de telefoon aan. De centralist bepaalt de hulpvraag en indiceert of en welke ambulancezorg nodig is.

Indien ambulancezorg gewenst is, vindt zorgtoewijzing plaats: de centralist zet de juiste zorg in op het juiste moment en op de juiste plaats. De centralist coördineert een en ander en voorziet de zorgverleners van informatie. Terwijl het ambulanceteam op weg is naar de patiënt, geeft de centralist adviezen, aanwij-zingen en instructies aan degene die de zorg heeft aangevraagd.

Ter plaatse aangekomen onderzoekt de ambulanceverpleegkundige de patiënt, stelt een werkdiagnose en behandelt de patiënt. Eventueel volgt vervoer van de patiënt naar bijvoorbeeld een ziekenhuis of een andere zorgverlener.

Bij deze zorgverlener vindt overdracht van de patiënt plaats. Indien wenselijk vindt nazorg plaats, meestal betreft dit het verstrekken van informatie.

spoedeisende en planbare ambulancezorg

Ambulancezorg is mobiele zorg en wordt naar de patiënt toe gebracht.

Ambulancezorg verschilt in de mate van noodzakelijke spoed dan wel planbaarheid en in de mate van complexiteit. In Nederland zijn spoedeisende en planbare ambulancezorg onlosmakelijk met elkaar verbonden. Hoofdstuk 3 geeft een nadere uitwerking van het onderscheid.

meldkamer ambulancezorg

De meldkamer ambulancezorg speelt een centrale rol in het ambulancezorgproces. De meldkamer ambulancezorg stelt vast of een ambulance-inzet noodzakelijk of gewenst is en met welke urgentie.

De meldkamer ambulancezorg is regisseur van de ambulancezorg. De meldkamer ambulancezorg vervult een poortwachtersfunctie als het gaat om de toegang tot de acute zorg.

2.2 verwachtingen met betrekking tot ambulancezorg

Een altijd actueel thema binnen de ambulancezorg wordt gevormd door de responstijden. Vooral vanuit de politiek -maar dit geldt ook voor publiek, zorgverzekeraars, overheid en media- is veel interesse voor responstijden.

De responstijd van een ambulance-inzet heeft echter slechts betrekking op het eerste deel van een inzet en betreft de tijd tussen het aannemen van de telefoon in de meldkamer ambulancezorg tot en met de aankomst van de ambulance bij de patiënt. In voorkomende gevallen wordt deze tijd benut om eerste hulp ter plaatse te verlenen middels de inzet van first of rapid responders of het geven van adviezen aan de melders door de meldkamer ambulancezorg.

De ambulance-inzet is dan nog niet afgelopen op het moment dat de ambulance arriveert, maar duurt tot en met de overdracht van de patiënt aan een andere zorgverlener.

normen binnen de ambulancezorg

responstijd

Conform de Kwaliteitswet Zorginstellingen moeten instellingen aan een aantal eisen voldoen om zorg van goede kwaliteit te kunnen bieden. Een van deze eisen is dat instellingen verantwoorde zorg dienen te leveren. Een zorginstelling moet zelf, of op koepelniveau, een visie ontwikkelen op het begrip verantwoorde zorg.

Een van de kwaliteitsnormen die de ambulancesector zichzelf in dit kader stelt, is een korte responstijd: in geval van spoedeisende medische hulpverlening dient de ambulancezorg de patiënt zo spoedig mogelijk bereikt te hebben.

Onder normale omstandigheden streeft de sector ambulancezorg er hierbij naar om in geval van een spoedeisende situatie binnen maximaal 15 minuten na het begin van de melding op de meldkamer ambulancezorg (dit is het opnemen van de telefoon) bij de patiënt aanwezig te zijn.

vervoers- en zorgnormen

De ambulancezorg heeft zich in de loop der jaren ontwikkeld tot een volwaardige zorgsector. De gehanteerde normen zijn echter nog vooral logistieke normen. De sector streeft er naar in de (nabije) toekomst adequate zorginhoudelijke normen te kunnen ontwikkelen. Naast responstijd zijn er immers meer aspecten die kunnen bijdragen aan de gezondheidswinst en het terugdringen van de mortaliteit.

Hoewel niet -wetenschappelijk- vaststaat wat de optimale responstijd is gegeven de aandoeningen van patiënten, wordt in de praktijk wel uitgegaan van de gedachte 'hoe sneller, hoe beter'. De responstijd is

opgebouwd uit drie verschillende tijdsintervallen: de tijdsduur aanname en uitgifte, de uitruktijd en de aanrijtijd.

Voor bijvoorbeeld de tijdsduur aanname en uitgifte geldt niet in alle gevallen dat een kortere tijdsduur ook altijd beter is: meer tijd voor triage kan leiden tot een betere beantwoording van de zorgvraag en kan oneigenlijk gebruik van de (schaarse) capaciteit voorkomen.

15 minuten = rekenkundige en planningsnorm

De zogeheten 15-minutennorm is vooral een rekenkundige norm, die gebruikt wordt om te bepalen hoeveel ambulances op welke plaats noodzakelijk zijn om aan de wensen van de politiek te kunnen voldoen. De politiek houdt vast aan het uitgangspunt dat bij het verlenen van spoedeisende ambulancezorg gemiddeld 95% van de Nederlandse bevolking, ongeacht woon- of verblijfsplaats, binnen 15 minuten bereikt dient te worden.

Naar verwachting wordt dit ook wettelijk verankerd in de nieuwe wetgeving (meer hierover in hoofdstuk 7). Een absolute maximum responstijd van 15 minuten kan echter in geen geval gegarandeerd worden. Een ambulance is in Nederland een schaars goed en als gevolg van gelijktijdigheid kan het zijn dat er bijvoorbeeld tijdelijk geen ambulance beschikbaar is, of dat de responstijd langer duurt dan 15 minuten omdat de ambulance een grote(re) afstand moet overbruggen.

De 15-minutennorm is daarnaast ook een planningsnorm die wordt gebruikt voor het opstellen en actualiseren van het Landelijk Referentiekader Spreiding & Beschikbaarheid. Het referentiekader beschrijft het aantal benodigde ambulances, het aantal standplaatsen en de meest geschikte locaties van de standplaatsen.

Een van de uitgangspunten hierbij is dat een ambulance-inzet met A1-urgentie maximaal 15 minuten mag duren. De 15-minutennorm geeft hierbij tegelijk richting aan verschillende processen binnen de ambulanceorganisatie.

2.3 spoedeisende ambulancezorg: A1-inzetten

Binnen de ambulancesector staat centraal dat men in acute, levensbedreigende situaties zo spoedig mogelijk zorg ter plaatse kan verlenen en binnen maximaal 15 minuten.

2.3.1 overall beeld A1-inzetten in 2010

Samengevat was de responstijd van een gemiddelde A1-inzet in 2010 als volgt opgebouwd:

- tijdsduur aanname en uitgifte: 1:51 minuten
- uitruktijd: 1:02 minuten
- aanrijtijd: 6:45 minuten
- responstijd: 9:40 minuten

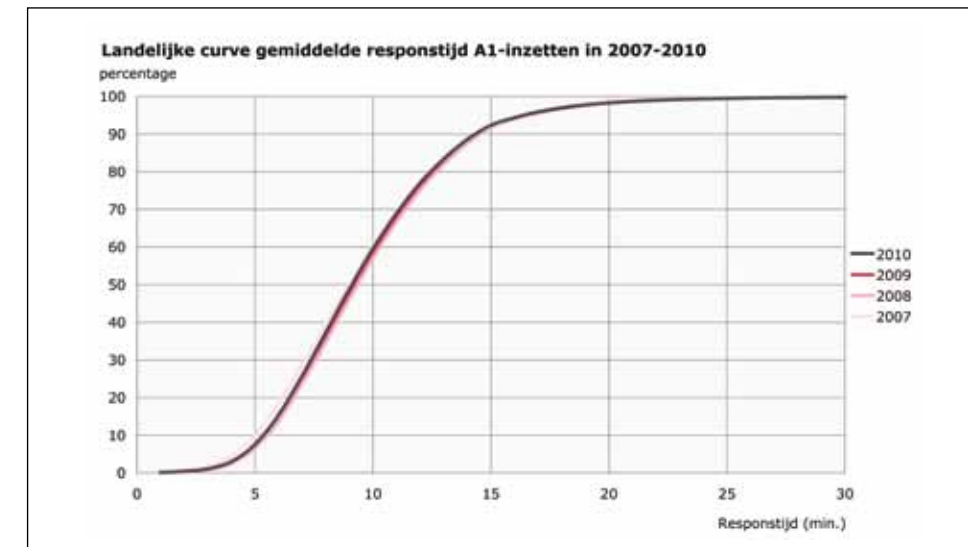
In gemiddeld 92,3% van de A1-inzetten is in 2010 de ambulance binnen 15 minuten na het begin van de melding bij de patiënt gearriveerd.

tabel 2.3.1: landelijke gemiddelde tijdsduren A1-inzetten in 2010

A1-inzetten	2010	2009	2008
tijdsduur aanname en uitgifte	1:51 min.	1:52 min.	1:53 min.
uitruktijd	1:02 min.	1:09 min.	1:17 min.
aanrijtijd	6:45 min.	6:42 min.	6:36 min.
responstijd	9:40 min.	9:44 min.	9:47 min.
inzetten binnen 15 minuten bij de patiënt	92,3%	92,0%	92,1%

Het is ook interessant om te weten hoeveel inzetten langer of juist korter dan 15 minuten hebben geduurd. Onderstaande grafiek laat dit over de afgelopen jaren zien:

grafiek 2.3.1: landelijke curve gemiddelde responstijd A1-inzetten 2007-2010



2.3.2 responstijd A1-inzetten

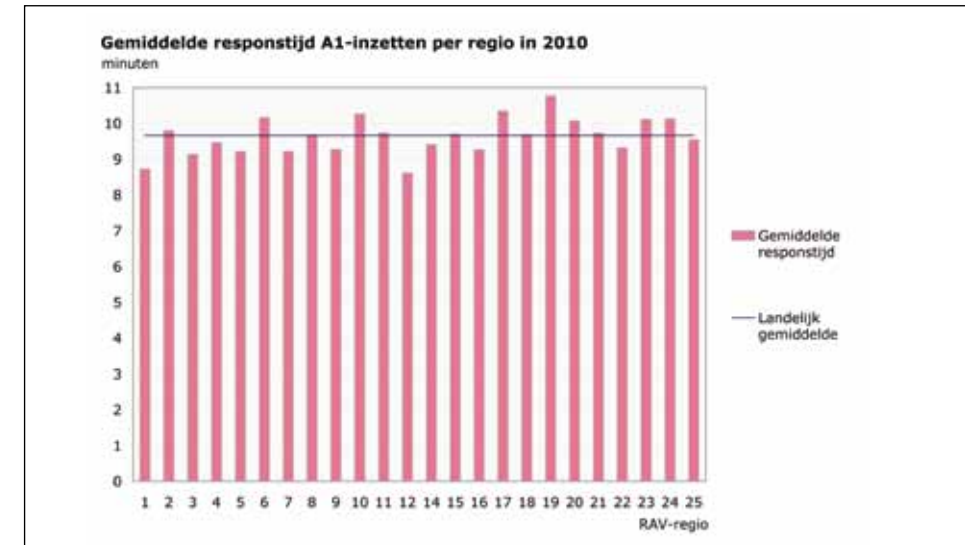
De responstijd begint op het moment dat de centralist van de meldkamer ambulancezorg de telefoon aanneemt en eindigt wanneer de ambulance arriveert bij de plaats waar de patiënt zich bevindt en waar de ambulance nog kan komen.

In 2010 was de landelijk gemiddelde responstijd van A1-inzetten 9:40 minuten en daarmee vier seconden korter dan de 9:44 minuten in 2009.

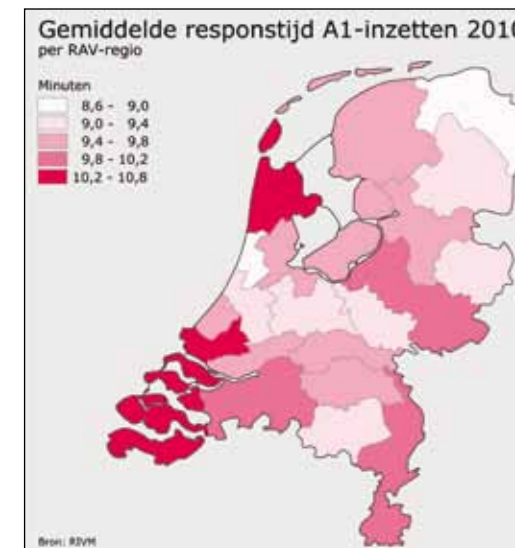
tabel 2.3.2: gemiddelde responstijd A1-inzetten per regio (in min:sec)

	2010	2009	2008
Groningen	8:43	8:54	9:15
Friesland	9:48	9:51	9:48
Drenthe	9:08	8:54	8:47
IJsselland	9:28	9:11	9:20
Twente	9:13	9:10	8:55
Noordoost Gelderland	10:09	10:25	10:47
Midden Gelderland	9:13	9:55	10:38
Gelderland Zuid	9:41	10:13	10:36
Utrecht	9:16	9:11	9:42
Noord-Holland Noord	10:16	9:56	9:55
Amsterdam/Waterland	9:44	10:04	9:52
Kennemerland	8:37	8:38	8:58
Gooi- en Vechtstreek	9:24	9:20	9:20
Haaglanden	9:42	9:39	9:31
Hollands Midden	9:16	9:16	9:14
Rotterdam-Rijnmond	10:21	10:24	10:14
Zuid-Holland Zuid	9:41	9:29	9:15
Zeeland	10:46	11:16	11:12
Midden- en West Brabant	10:04	9:56	9:52
Brabant-Noord	9:43	9:54	9:47
Brabant-Zuidoost	9:19	9:17	9:09
Noord- en Midden Limburg	10:06	10:32	10:42
Zuid Limburg	10:07	10:08	10:42
Flevoland	9:32	9:49	9:47
gewogen landelijk gemiddelde	9:40	9:44	9:47

grafiek 2.3.2: gemiddelde responstijd A1-inzetten per regio



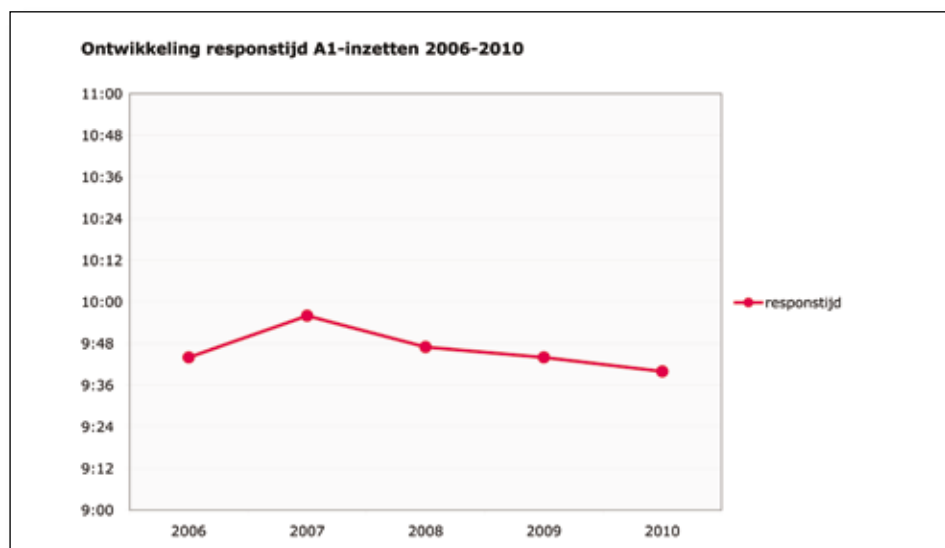
kaart 2.3.1: gemiddelde responstijd A1-inzetten per regio



Over de jaren 2006 tot en met 2010 is een kleine variatie zichtbaar in de landelijk gemiddelde responstijd van A1-inzetten:

- de langste gemiddelde responstijd van 9:56 minuten is geregistreerd in 2007
- de kortste gemiddelde responstijd van 9:40 minuten is in 2010 gerealiseerd
- de gemiddelde responstijd over de afgelopen vijf jaren was gemiddeld 9:46 minuten

grafiek 2.3.3: ontwikkeling responstijd A1-inzetten 2006-2010



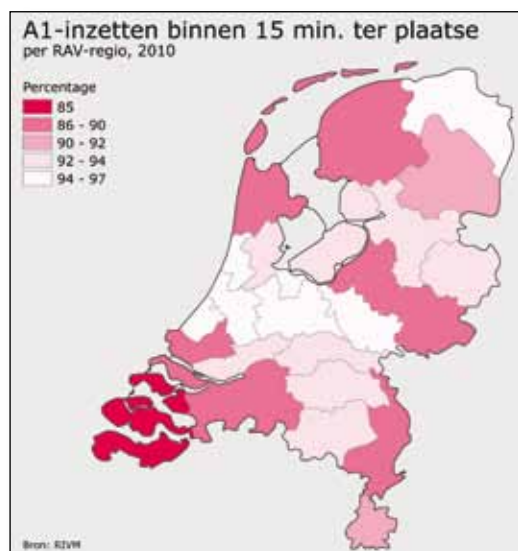
2.3.3 A1-inzetten binnen 15 minuten bij de patiënt

In 2010 was de ambulance bij gemiddeld 92,3% van de A1-inzetten binnen 15 minuten na het begin van de melding bij de patiënt aanwezig. Dit is een kleine verbetering ten opzichte van 2009, toen het percentage 92,0% was.

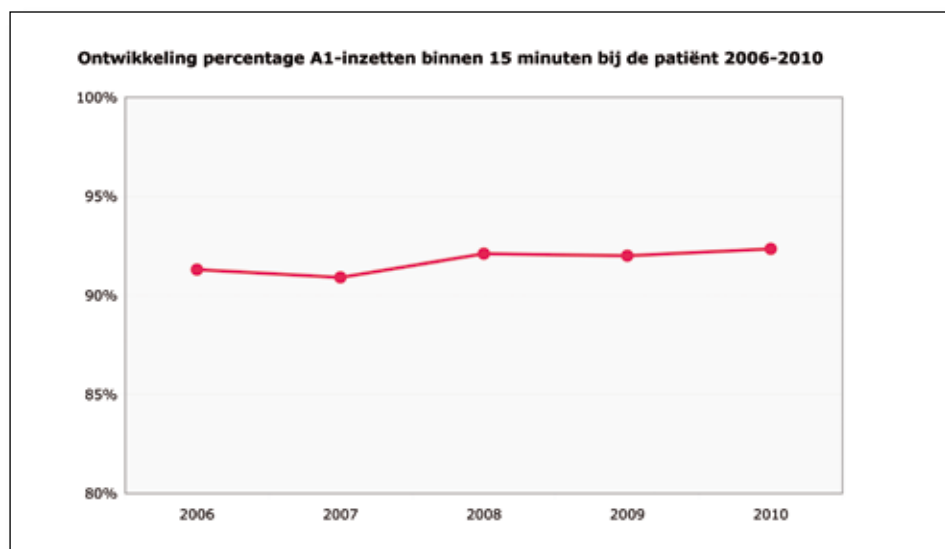
tabel 2.3.3: A1-inzetten binnen 15 minuten bij de patiënt per regio

	2010		2009		2008	
	aantal	%	aantal	%	aantal	%
Groningen	16.875	94,7	16.627	94,1	16.255	93,1
Friesland	13.575	89,5	13.117	88,7	13.393	89,8
Drenthe	11.250	91,8	11.203	93,4	12.593	93,9
IJsselland	8.587	93,3	8.132	93,6	8.083	94,1
Twente	9.379	93,2	8.997	93,7	8.852	95,0
Noordoost Gelderland	13.422	89,3	12.659	87,5	12.323	85,9
Midden Gelderland	11.716	94,7	11.704	91,1	10.377	88,1
Gelderland Zuid	10.322	92,2	10.121	89,8	9.036	87,8
Utrecht	18.005	95,0	22.193	95,8	21.909	94,3
Noord-Holland Noord	14.305	89,6	15.753	90,3	13.689	91,7
Amsterdam/Waterland	42.878	93,2	39.383	91,7	34.986	93,1
Kennemerland	17.136	95,0	16.883	94,7	5.795	94,6
Gooi- en Vechtstreek	6.227	94,9	6.501	94,7	5.841	94,6
Haaglanden	31.195	97,0	31.997	97,0	28.430	95,0
Hollands Midden	22.427	95,8	21.634	95,7	20.143	95,6
Rotterdam-Rijnmond	35.375	88,9	33.330	89,7	31.351	91,3
Zuid-Holland Zuid	10.507	92,3	9.874	92,5	9.703	93,1
Zeeland	7.786	84,6	7.433	81,5	7.123	82,7
Midden West Brabant	17.061	89,3	15.664	90,5	14.328	91,2
Brabant-Noord	9.100	92,5	8.292	91,9	7.976	93,8
Brabant-Zuidoost	13.297	92,5	12.878	92,1	12.476	92,8
Noord- en Midden Limburg	8.875	87,7	8.483	85,9	8.439	85,7
Zuid Limburg	12.790	90,6	12.344	90,9	11.336	91,4
Flevoland	9.534	92,4	8.993	91,5	8.384	92,5
gewogen landelijk gemiddelde	371.624	92,3	364.195	92,0	332.821	92,1

kaart 2.3.2: A1-inzetten binnen 15 minuten bij de patiënt per regio in 2010



grafiek 2.3.4: ontwikkeling percentage A1-inzetten binnen 15 minuten bij de patiënt 2006-2010



differentiatie in responstijden

De onderstaande tabel beperkt zich, als het om de responstijd van A1-inzetten gaat, niet tot 15 minuten. Over het algemeen blijken de overschrijdingen zich te beperken tot hooguit enkele minuten, al zijn er uiteraard altijd uitzonderingen.

92,3% van de A1-inzetten was binnen 15 minuten aanwezig,
95% van de A1-inzetten was in 2010 binnen circa 16:30 minuten aanwezig.

tabel 2.3.4: percentage A1-inzetten binnen 14, 15 en 16 minuten bij de patiënt per regio in 2010

	% A1-inzetten bij de patiënt binnen:			95% van de inzetten aanwezig binnen:
	14 min	15 min	16 min	
Groningen	92	95	96 %	15 minuten
Friesland	85	89	92 %	18 minuten
Drenthe	89	92	94 %	17 minuten
IJsselland	89	93	95 %	16 minuten
Twente	90	93	95 %	16 minuten
Noordoost Gelderland	85	89	92 %	18 minuten
Midden Gelderland	92	95	96 %	15 minuten
Gelderland Zuid	88	92	94 %	17 minuten
Utrecht	92	95	97 %	15 minuten
Noord-Holland Noord	86	90	92 %	18 minuten
Amsterdam/Waterland	90	93	95 %	16 minuten
Kennemerland	93	95	96 %	15 minuten
Gooi- en Vechtstreek	89	95	96 %	15 minuten
Haaglanden	92	97	98 %	15 minuten
Hollands Midden	92	96	96 %	15 minuten
Rotterdam-Rijnmond	85	89	92 %	18 minuten
Zuid-Holland Zuid	88	92	94 %	17 minuten
Zeeland	79	85	88 %	19 minuten
Midden- en West Brabant	85	89	92 %	18 minuten
Brabant-Noord	88	92	94 %	17 minuten
Brabant-Zuidoost	89	92	95 %	16 minuten
Noord- en Midden Limburg	84	88	91 %	18 minuten
Zuid Limburg	87	91	93 %	18 minuten
Flevoland	90	92	93 %	17 minuten
gewogen landelijk gemiddelde	89	92	94 %	17 minuten
<i>gewogen landelijk gemiddelde 2009</i>	<i>76</i>	<i>88</i>	<i>92 %</i>	<i>17 minuten</i>
<i>gewogen landelijk gemiddelde 2008</i>	<i>75</i>	<i>88</i>	<i>92 %</i>	<i>19 minuten</i>

responstijden en de aard van het gebied

In 2010 is 52% van de A1-inzetten in stedelijk gebied uitgevoerd, 16% vond plaats in matig stedelijk gebied en 32% in het perifeer gebied.

De aard van het gebied is van invloed op de responstijden, de verschillen worden zichtbaar in onderstaande tabel:

tabel 2.3.5: responstijden A1-inzetten in stedelijk en niet-stedelijk gebied

	stedelijk gebied	matig stedelijk gebied	plattelands-gebied	totaal
10 minuten	69,2%	59,9%	43,8%	59,6%
12 minuten	84,2%	77,8%	65,0%	77,0%
14 minuten	92,8%	89,5%	81,4%	88,6%
15 minuten	95,3%	93,2%	87,1%	92,3%
16 minuten	96,6%	94,9%	90,5%	94,4%
18 minuten	98,2%	97,3%	94,8%	97,0%
20 minuten	98,9%	98,5%	97,1%	98,3%
2010: 15 minuten	95,3%	93,2%	87,1%	92,3%

Niet alleen de aard van het gebied is van invloed op de gemiddelde responstijd, ook weersomstandigheden kunnen een aanzienlijke invloed uitoefenen op de responstijden.

In de nota verantwoorde ambulancezorg is vastgelegd dat in geval van spoed de ambulance de patiënt zo spoedig mogelijk na het begin van de melding bereikt. Hierbij is tevens vastgelegd dat dit alleen onder normale omstandigheden geldt. Uit de praktijk blijkt dit een reële toevoeging te zijn, onder bijvoorbeeld extreme weersomstandigheden is het niet altijd mogelijk de patiënt binnen 15 minuten te bereiken.

Ter illustratie: in de winters van 2009-2010 en 2010-2011 is er veel sneeuwval geweest. Er lagen grote hoeveelheden sneeuw en lokale wegen waren vaak onvoldoende sneeuwvrij en daardoor slecht berijdbaar. Diverse regio's hebben daarom gedurende deze winters te maken gehad met een relatief hoog percentage inzetten dat langer dan 15 minuten duurde.

2.3.4 tijdsduur aanname en uitgifte A1-inzetten

De tijdsduur aanname en uitgifte begint op het moment dat de centralist van de meldkamer ambulancezorg de telefoon aanneemt en eindigt wanneer de centralist het ambulanceteam heeft gealarmeerd, dan wel een opdracht heeft gegeven.

In 2010 was de landelijk gemiddelde tijdsduur aanname en uitgifte van A1-inzetten 1:51 minuten en daarmee een seconde korter dan de 1:52 minuten in 2009.

tabel 2.3.6: gemiddelde tijdsduur aanname en uitgifte A1-inzetten per regio (in min:sec)

	2010	2009	2008
Groningen	1:46	1:51	1:59
Friesland	1:48	1:51	1:49
Drenthe	1:27	1:24	1:18
IJsselland	1:53	1:34	1:34
Twente	1:41	1:37	1:33
Noordoost Gelderland	1:49	1:57	2:11
Midden Gelderland	1:33	1:42	1:53
Gelderland Zuid	1:37	1:39	1:50
Utrecht	1:54	1:47	1:58
Noord-Holland Noord	1:36	1:27	1:25
Amsterdam/Waterland	2:32	2:44	2:52
Kennemerland	1:25	1:26	1:28
Gooi- en Vechtstreek	1:46	1:40	1:32
Haaglanden	2:06	1:54	1:42
Hollands Midden	1:41	1:44	1:41
Rotterdam-Rijnmond	2:05	2:11	2:06
Zuid-Holland Zuid	1:29	1:24	1:14
Zeeland	1:47	1:52	1:56
Midden- en West Brabant	1:45	1:45	1:38
Brabant-Noord	1:33	1:33	1:33
Brabant-Zuidoost	1:52	1:47	1:44
Noord- en Midden Limburg	1:24	1:37	1:39
Zuid Limburg	1:49	1:50	1:48
Flevoland	1:40	1:47	1:48
gewogen landelijk gemiddelde	1:51	1:52	1:53

Over de jaren 2006 tot en met 2010 is een beperkte variatie zichtbaar in de landelijk gemiddelde tijdsduur aanname en uitgifte van A1-inzetten:

- de langste gemiddelde tijdsduur aanname en uitgifte van 1:55 minuten is geregistreerd in 2007
- de kortste gemiddelde tijdsduur aanname en uitgifte van 1:47 minuten is in 2006 gerealiseerd
- de gemiddelde tijdsduur aanname en uitgifte over de afgelopen vijf jaren was gemiddeld 1:52 minuten

Een en ander is visueel weergegeven in grafiek 2.3.5 op pagina 38.

2.3.5 uitruktijd A1-inzetten

De uitruktijd begint op het moment dat de centralist van de meldkamer ambulancezorg het ambulance-team heeft gealarmeerd, dan wel een opdracht heeft gegeven en eindigt wanneer het complete ambulance-team vertrekt naar het door de centralist opgegeven adres.

In 2010 was de landelijk gemiddelde uitruktijd van A1-inzetten 1:02 minuten en daarmee zeven seconden korter dan de 1:09 minuten in 2009.

tabel 2.3.7: gemiddelde uitruktijd A1-inzetten per regio (in min:sec)

	2010	2009	2008
Groningen	0:43	0:44	1:00
Friesland	0:54	0:57	1:09
Drenthe	0:44	0:43	0:49
IJsselland	1:02	1:25	1:23
Twente	0:43	0:56	0:56
Noordoost Gelderland	0:54	1:08	1:24
Midden Gelderland	0:45	1:08	1:32
Gelderland Zuid	0:48	1:04	1:07
Utrecht	0:57	1:09	1:16
Noord-Holland Noord	0:51	0:54	1:01
Amsterdam/Waterland	1:12	1:16	1:12
Kennemerland	0:53	1:01	1:17
Gooi- en Vechtstreek	0:52	0:56	1:10
Haaglanden	1:31	1:30	1:47
Hollands Midden	1:05	1:12	1:20
Rotterdam-Rijnmond	1:26	1:24	1:34
Zuid-Holland Zuid	1:21	1:28	1:30
Zeeland	1:07	1:34	1:45
Midden- en West Brabant	0:40	0:46	0:49
Brabant-Noord	0:41	0:53	1:00
Brabant-Zuidoost	0:49	0:55	0:52
Noord- en Midden Limburg	0:49	1:02	1:26
Zuid Limburg	1:01	1:10	1:29
Flevoland	1:09	1:37	1:50
gewogen landelijk gemiddelde	1:02	1:09	1:17

Over de jaren 2006 tot en met 2010 is een daling zichtbaar in de landelijk gemiddelde uitruktijd van A1-inzetten: van 1:34 minuten in 2006 tot 1:02 minuten in 2010. De gemiddelde uitruktijd over de afgelopen vijf jaren was gemiddeld 1:18 minuten.

Een en ander is visueel weergegeven in grafiek 2.3.5 op pagina 38.

2.3.6 aanrijtijd A1-inzetten

De aanrijtijd begint wanneer het complete ambulanceteam vertrekt naar het door de centralist opgegeven adres en eindigt wanneer de ambulance arriveert bij de plaats waar de patiënt zich bevindt en waar de ambulance nog kan komen.

In 2010 was de landelijk gemiddelde aanrijtijd van A1-inzetten 6:45 minuten en daarmee drie seconden langer dan de 6:42 minuten in 2009.

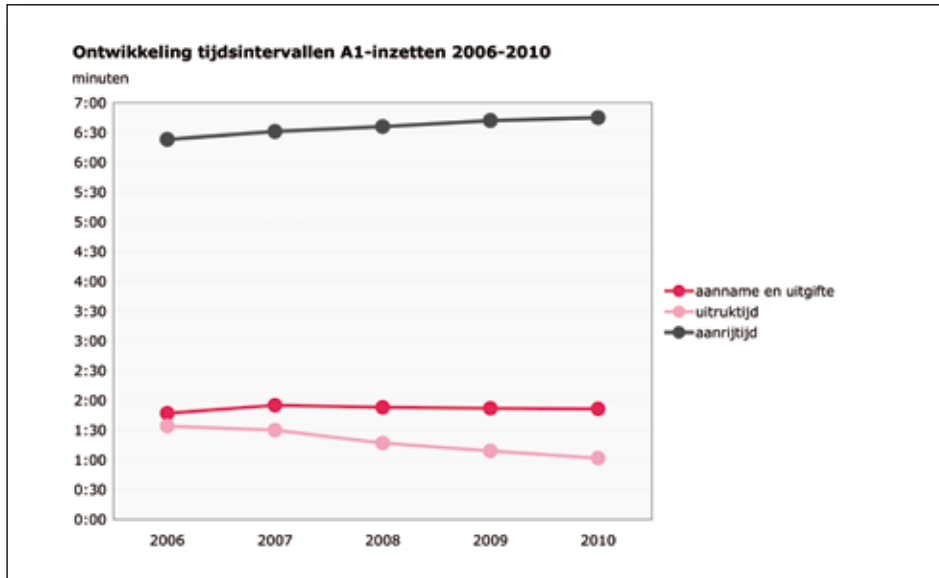
tabel 2.3.8: gemiddelde aanrijtijd A1-inzetten per regio (in min:sec)

	2010	2009	2008
Groningen	6:13	6:17	6:15
Friesland	6:59	6:58	6:49
Drenthe	6:53	6:44	6:39
IJsselland	6:20	6:22	6:22
Twente	6:48	6:34	6:25
Noordoost Gelderland	7:23	7:18	7:11
Midden Gelderland	6:53	7:02	7:12
Gelderland Zuid	7:16	7:33	7:38
Utrecht	6:25	6:26	6:27
Noord-Holland Noord	7:50	7:34	7:29
Amsterdam/Waterland	6:01	5:58	5:46
Kennemerland	6:14	6:11	6:12
Gooi- en Vechtstreek	6:46	6:47	6:37
Haaglanden	6:08	6:12	6:01
Hollands Midden	6:29	6:20	6:12
Rotterdam-Rijnmond	6:47	6:43	6:34
Zuid-Holland Zuid	6:51	6:38	6:30
Zeeland	7:45	7:42	7:30
Midden- en West Brabant	7:36	7:29	7:24
Brabant-Noord	7:27	7:25	7:12
Brabant-Zuidoost	6:34	6:34	6:32
Noord- en Midden Limburg	7:50	7:49	7:36
Zuid Limburg	7:09	6:59	6:49
Flevoland	6:43	6:19	6:08
gewogen landelijk gemiddelde	6:45	6:42	6:36

Over de jaren 2006 tot en met 2010 is een kleine stijging zichtbaar in de landelijk gemiddelde aanrijtijd van A1-inzetten: van 6:23 minuten in 2006 tot 6:45 minuten in 2010. De gemiddelde aanrijtijd over de afgelopen vijf jaren was gemiddeld 6:35 minuten.

Onderstaand is de ontwikkeling van de tijdsduur aanname en uitgifte, de uitruktijd en de aanrijtijd van A1-inzetteren over de jaren 2006 tot en met 2010 visueel weergegeven.

grafiek 2.3.5: ontwikkeling tijdsintervallen A1-inzetteren 2006-2010



2.4 spoedeisende ambulancezorg: A2-inzetteren

In de praktijk wordt er naar gestreefd dat de ambulance in het geval van een A2-inzetter zo spoedig mogelijk binnen maximaal 30 minuten na het begin van de melding bij de patiënt arriveert.

2.4.1 overall beeld A2-inzetteren in 2010

Samengevat was de responstijd van een gemiddelde A2-inzetter in 2010 als volgt opgebouwd:

- tijdsduur aanname en uitgifte: 3:25 minuten
- uitruktijd: 1:20 minuten
- aanrijtijd: 10:51 minuten
- responstijd: 15:51 minuten

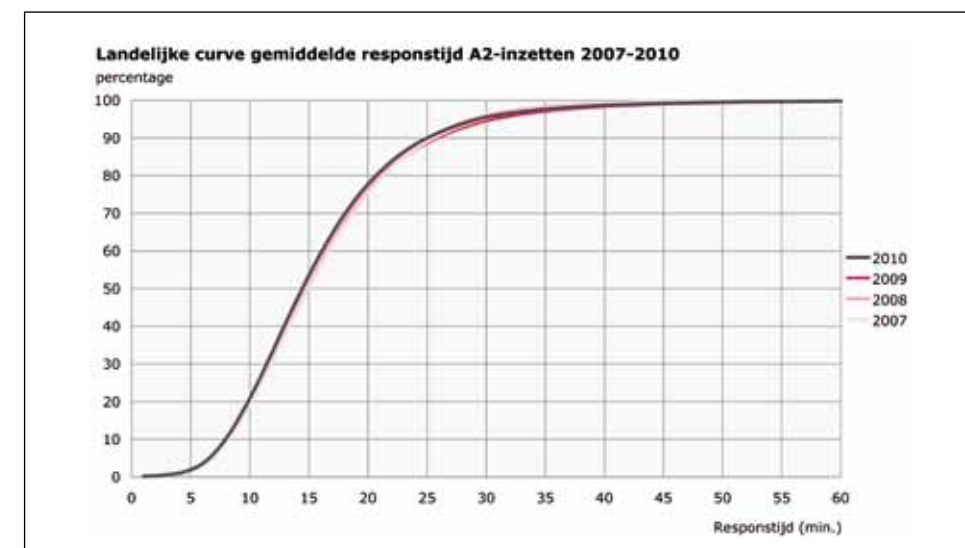
In gemiddeld 95,5% van de A2-inzetteren is in 2010 de ambulance binnen 30 minuten na het begin van de melding bij de patiënt gearriveerd.

tabel 2.4.1: landelijke gemiddelde tijdsduren A2-inzetteren in 2010

A2-inzetteren	2010	2009	2008
tijdsduur aanname en uitgifte	3:25 min.	3:22 min.	3:14 min.
uitruktijd	1:20 min.	1:39 min.	1:57 min.
aanrijtijd	10:51 min.	10:51 min.	10:41 min.
responstijd	15:51 min.	16:15 min.	15:53 min.
inzetteren binnen 30 minuten bij de patiënt	95,5%	94,5%	96,2%

Het is ook interessant om te weten hoeveel inzetteren langer of juist korter dan 30 minuten hebben geduurd. Onderstaande grafiek laat dit over de afgelopen jaren zien:

grafiek 2.4.1: landelijke curve gemiddelde responstijd A2-inzetteren 2007-2010



2.4.2 responstijd A2-inzetten

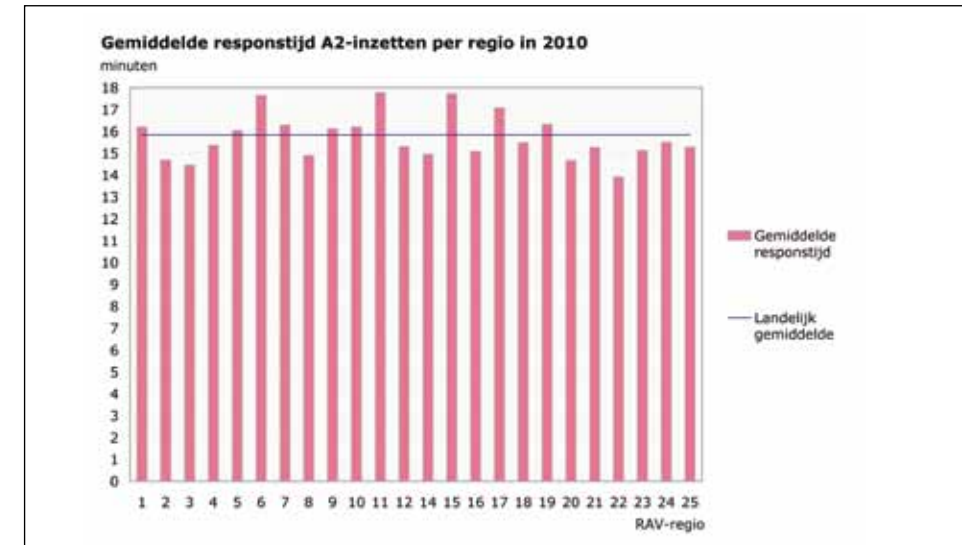
De responstijd begint op het moment dat de centralist van de meldkamer ambulancezorg de telefoon aanneemt en eindigt wanneer de ambulance arriveert bij de plaats waar de patiënt zich bevindt en waar de ambulance nog kan komen.

In 2010 was de landelijk gemiddelde responstijd van A2-inzetten 15:51 minuten en daarmee bijna een halve minuut korter dan de 16:15 minuten in 2009.

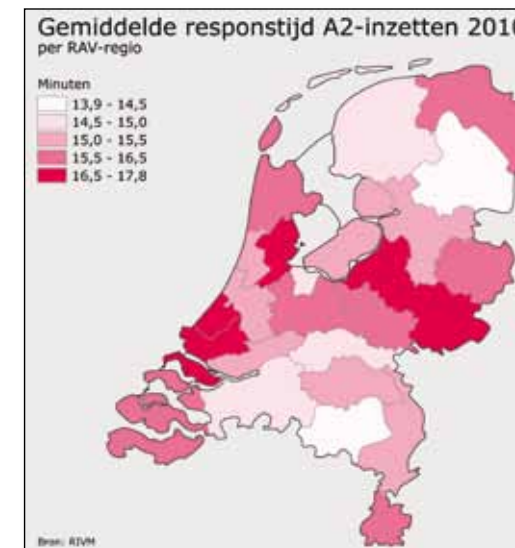
tabel 2.4.2: gemiddelde responstijd A2-inzetten per regio (in min:sec)

	2010	2009	2008
Groningen	16:11	17:12	16:18
Friesland	14:41	14:36	14:42
Drenthe	14:27	14:02	13:40
IJsselland	15:22	15:19	14:38
Twente	16:01	15:52	15:09
Noordoost Gelderland	17:38	19:23	18:19
Midden Gelderland	16:17	16:41	17:25
Gelderland Zuid	14:53	15:56	16:01
Utrecht	16:07	16:28	17:46
Noord-Holland Noord	16:12	16:00	15:45
Amsterdam/Waterland	17:46	19:53	18:38
Kennemerland	15:18	15:27	16:16
Gooi- en Vechtstreek	14:56	15:47	15:40
Haaglanden	17:43	18:18	15:37
Hollands Midden	15:05	15:06	15:06
Rotterdam-Rijnmond	17:04	17:31	17:05
Zuid-Holland Zuid	15:29	15:13	14:25
Zeeland	16:19	17:31	16:34
Midden- en West Brabant	14:40	14:42	14:32
Brabant-Noord	15:16	15:49	15:39
Brabant-Zuidoost	13:55	14:13	13:46
Noord- en Midden Limburg	15:07	15:44	16:05
Zuid Limburg	15:30	15:24	15:19
Flevoland	15:17	15:07	14:06
gewogen landelijk gemiddelde	15:51	16:15	15:53

grafiek 2.4.2: gemiddelde responstijd A2-inzetten per regio



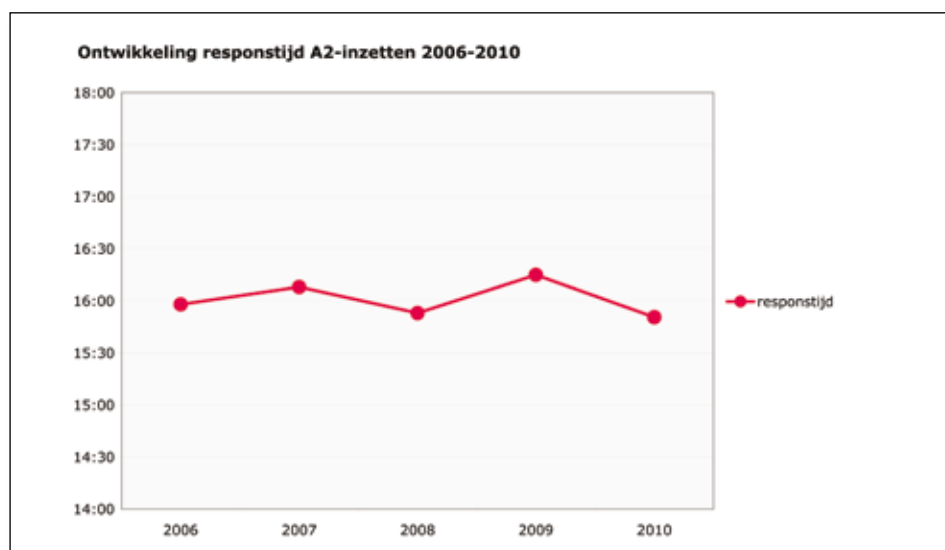
kaart 2.4.1: gemiddelde responstijd A2-inzetten per regio



Over de jaren 2006 tot en met 2010 is een lichte variatie zichtbaar in de landelijk gemiddelde responstijd van A2-inzetten:

- de langste gemiddelde responstijd van 16:15 minuten is geregistreerd in 2009
- de kortste gemiddelde responstijd van 15:51 minuten is in 2010 gerealiseerd
- de gemiddelde responstijd over de afgelopen vijf jaren was gemiddeld 16:01 minuten

grafiek 2.4.3: ontwikkeling responstijd A2-inzetten 2006-2010



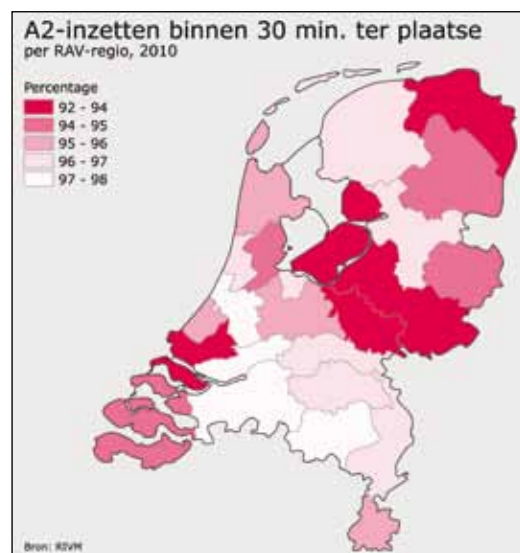
2.4.3 A2-inzetten binnen 30 minuten bij de patiënt

In 2010 was de ambulance bij gemiddeld 95,5% van de A2-inzetten binnen 30 minuten na het begin van de melding bij de patiënt aanwezig. Dit betekent een verbetering van 1% ten opzichte van 2009, toen het percentage 94,5% was.

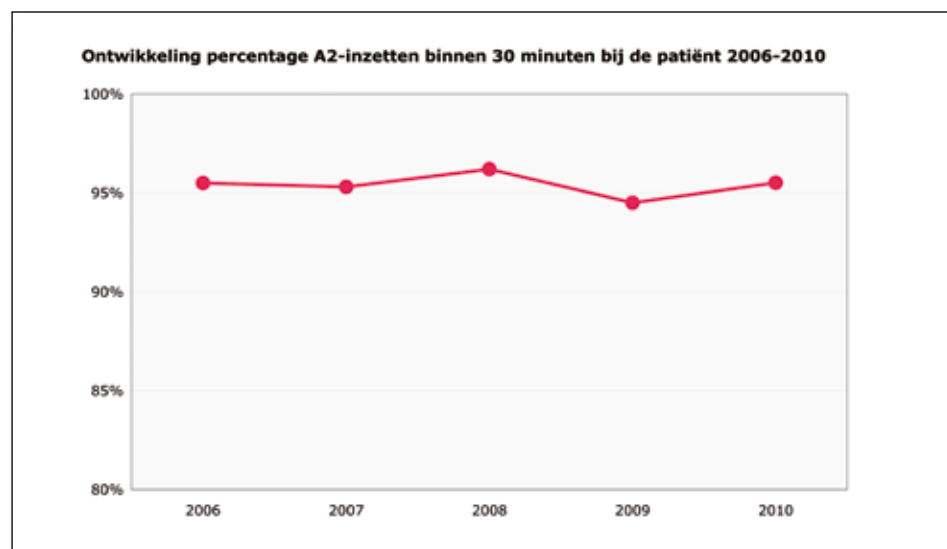
tabel 2.4.3: A2-inzetten binnen 30 minuten bij de patiënt per regio

	2010		2009		2008	
	aantal	%	aantal	%	aantal	%
Groningen	7.295	93,8	7.278	92,1	7.765	95,6
Friesland	7.465	96,9	6.965	96,7	6.361	97,5
Drenthe	9.935	94,7	9.629	95,7	7.724	97,5
IJsselland	8.631	96,6	9.032	95,6	9.638	97,6
Twente	11.440	95,0	11.031	94,8	10.463	96,9
Noordoost Gelderland	11.448	92,1	10.320	88,5	10.628	92,3
Midden Gelderland	7.724	93,9	7.110	94,3	6.787	94,8
Gelderland Zuid	6.847	96,5	6.447	95,3	6.287	96,0
Utrecht	15.418	95,4	14.954	94,6	14.735	92,7
Noord-Holland Noord	6.001	95,1	5.837	94,9	4.906	97,2
Amsterdam/Waterland	8.574	94,6	7.704	87,8	7.998	92,6
Kennemerland	4.799	96,2	4.737	95,7	1.570	96,1
Gooi- en Vechtstreek	1.928	97,0	1.886	96,4	1.908	97,3
Haaglanden	13.265	95,7	13.100	93,0	13.187	97,5
Hollands Midden	5.722	97,4	5.433	97,7	4.797	98,4
Rotterdam-Rijnmond	13.912	93,5	11.827	92,2	11.025	94,4
Zuid-Holland Zuid	5.898	97,0	5.620	97,1	5.287	98,3
Zeeland	4.957	94,3	4.669	92,7	4.646	96,1
Midden- en West Brabant	18.659	97,7	18.057	97,8	16.878	98,5
Brabant-Noord	9.865	96,8	9.592	96,0	8.747	97,3
Brabant-Zuidoost	8.076	98,0	7.253	97,6	6.447	98,2
Noord- en Midden Limburg	7.242	96,2	6.438	95,9	5.226	96,2
Zuid Limburg	8.614	95,8	8.086	96,4	7.122	97,1
Flevoland	4.697	93,7	4.686	94,3	4.738	97,5
gewogen landelijk gemiddelde	208.412	95,5	197.691	94,5	184.870	96,2

kaart 2.4.2: A2-inzetten binnen 30 minuten bij de patiënt per regio in 2010



grafiek 2.4.4: ontwikkeling percentage A2-inzetten binnen 30 minuten bij de patiënt 2006-2010



differentiatie in responstijden

De onderstaande tabel beperkt zich, als het om de responstijd van A2-inzetten gaat, niet tot 30 minuten. Over het algemeen blijken de zogenaamde overschrijdingen zich te beperken tot hooguit enkele minuten, al zijn er uiteraard altijd uitzonderingen.

95,5% van de A2-inzetten was in 2010 binnen 30 minuten aanwezig,
95% van de A2-inzetten was in 2010 binnen ruim 29 minuten aanwezig.

tabel 2.4.4: percentage A2-inzetten binnen 25, 30 en 35 minuten bij de patiënt per regio in 2010

	% A2-inzetten bij de patiënt binnen:			95% van de inzetten aanwezig binnen:
	25 min	30 min	35 min	
Groningen	88	94	96 %	32 minuten
Friesland	92	97	99 %	28 minuten
Drenthe	91	95	97 %	31 minuten
IJsselland	91	97	98 %	28 minuten
Twente	89	95	97 %	31 minuten
Noordoost Gelderland	85	92	96 %	34 minuten
Midden Gelderland	87	94	97 %	32 minuten
Gelderland Zuid	92	97	98 %	28 minuten
Utrecht	89	95	98 %	30 minuten
Noord-Holland Noord	90	95	98 %	30 minuten
Amsterdam/Waterland	86	95	98 %	31 minuten
Kennemerland	91	96	98 %	29 minuten
Gooi- en Vechtstreek	92	97	98 %	28 minuten
Haaglanden	85	96	98 %	30 minuten
Hollands Midden	93	97	99 %	27 minuten
Rotterdam-Rijnmond	88	94	96 %	33 minuten
Zuid-Holland Zuid	92	97	98 %	28 minuten
Zeeland	90	94	96 %	32 minuten
Midden- en West Brabant	94	98	99 %	26 minuten
Brabant-Noord	92	97	98 %	28 minuten
Brabant-Zuidoost	95	98	99 %	26 minuten
Noord- en Midden Limburg	92	96	98 %	29 minuten
Zuid Limburg	92	96	98 %	29 minuten
Flevoland	89	94	96 %	33 minuten
gewogen landelijk gemiddelde	90	96	98 %	30 minuten
<i>gewogen landelijk gemiddelde 2009</i>	<i>89</i>	<i>95</i>	<i>97 %</i>	<i>31 minuten</i>
<i>gewogen landelijk gemiddelde 2008</i>	<i>89</i>	<i>95</i>	<i>97 %</i>	<i>30 minuten</i>

responstijden en de aard van het gebied

In 2010 is 46,5% van de A2-inzetten in stedelijk gebied uitgevoerd, 19% vond plaats in matig stedelijk gebied en 34,5% in het perifeer gebied.

De aard van het gebied is van invloed op de responstijden, de verschillen worden zichtbaar in onderstaande tabel.

tabel 2.4.5: responstijden A2-inzetten in stedelijk en niet-stedelijk gebied

	stedelijk gebied	matig stedelijk gebied	plattelands-gebied	totaal
20 minuten	81,5%	79,0%	72,2%	77,7%
25 minuten	91,5%	90,6%	87,7%	90,0%
29 minuten	95,6%	95,0%	93,6%	94,7%
30 minuten	96,2%	95,7%	94,5%	95,5%
31 minuten	96,7%	96,2%	95,3%	96,1%
35 minuten	98,0%	97,7%	97,2%	97,7%
40 minuten	98,8%	98,6%	98,5%	98,8%
2010: 30 minuten	96,2%	95,7%	94,5%	95,5%

2.4.4 tijdsduur aanname en uitgifte A2-inzetten

De tijdsduur aanname en uitgifte begint op het moment dat de centralist van de meldkamer ambulancezorg de telefoon aanneemt en eindigt wanneer de centralist het ambulanceteam heeft gealarmeerd, dan wel een opdracht heeft gegeven.

In 2010 was de landelijk gemiddelde tijdsduur aanname en uitgifte van A2-inzetten 3:25 minuten en daarmee drie seconden langer dan de 3:22 minuten in 2009.

tabel 2.4.6: gemiddelde tijdsduur aanname en uitgifte A2-inzetten per regio (in min:sec)

	2010	2009	2008
Groningen	4:00	4:11	3:54
Friesland	2:54	2:56	2:50
Drenthe	2:47	2:42	2:53
IJsselland	3:17	2:44	2:44
Twente	3:49	3:53	3:22
Noordoost Gelderland	3:50	3:56	4:17
Midden Gelderland	3:10	3:10	3:25
Gelderland Zuid	2:44	2:38	2:48
Utrecht	3:55	3:45	3:59
Noord-Holland Noord	2:38	2:28	2:27
Amsterdam/Waterland	4:29	5:24	5:36
Kennemerland	2:51	3:05	3:30
Gooi- en Vechtstreek	2:59	3:08	2:52
Haaglanden	4:29	4:22	1:55
Hollands Midden	2:52	2:56	2:50
Rotterdam-Rijnmond	4:34	4:00	3:52
Zuid-Holland Zuid	2:54	2:30	2:09
Zeeland	3:09	3:10	3:12
Midden- en West Brabant	2:37	2:41	2:38
Brabant-Noord	3:09	3:13	3:27
Brabant-Zuidoost	2:54	2:57	2:54
Noord- en Midden Limburg	2:26	2:45	2:46
Zuid Limburg	2:52	2:58	3:00
Flevoland	3:58	3:02	3:00
gewogen landelijk gemiddelde	3:25	3:22	3:14

Over de jaren 2006 tot en met 2010 is een stijging zichtbaar van de gemiddelde tijdsduur aanname en uitgifte van A2-inzetten: van 3:12 minuten in 2006 tot 3:25 minuten in 2010. De gemiddelde tijdsduur aanname en uitgifte van A2-inzetten bedroeg in de afgelopen vijf jaren gemiddeld 3:18 minuten.

Een en ander is visueel weergegeven in grafiek 2.4.5 op pagina 50.

2.4.5 uitruktijd A2-inzetten

De uitruktijd begint op het moment dat de centralist van de meldkamer ambulancezorg het ambulance-team heeft gealarmeerd, dan wel een opdracht heeft gegeven en eindigt wanneer het complete ambulance-team vertrekt naar het door de centralist opgegeven adres.

In 2010 was de landelijk gemiddelde uitruktijd van A2-inzetten 1:20 minuten en daarmee bijna twintig seconden korter dan de 1:39 minuten in 2009.

tabel 2.4.7: gemiddelde uitruktijd A2-inzetten per regio (in min:sec)

	2010	2009	2008
Groningen	1:04	1:07	1:26
Friesland	1:04	1:09	1:24
Drenthe	0:58	0:57	1:03
IJsselland	1:29	1:43	1:53
Twente	1:23	1:48	1:51
Noordoost Gelderland	1:19	2:03	3:01
Midden Gelderland	1:13	1:44	2:24
Gelderland Zuid	0:55	1:34	1:49
Utrecht	1:26	2:02	2:12
Noord-Holland Noord	1:09	1:12	1:26
Amsterdam/Waterland	1:56	2:12	2:09
Kennemerland	1:15	1:25	2:04
Gooi- en Vechtstreek	1:08	1:31	2:31
Haaglanden	2:04	2:08	2:41
Hollands Midden	1:41	1:53	2:04
Rotterdam-Rijnmond	1:47	1:49	2:04
Zuid-Holland Zuid	1:58	2:12	2:16
Zeeland	1:30	2:15	2:38
Midden- en West Brabant	0:49	1:04	1:11
Brabant-Noord	0:54	1:20	1:33
Brabant-Zuidoost	1:06	1:15	1:13
Noord- en Midden Limburg	0:55	1:13	2:01
Zuid Limburg	1:21	1:36	2:00
Flevoland	1:33	2:13	2:31
gewogen landelijk gemiddelde	1:20	1:39	1:57

Over de jaren 2006 tot en met 2010 is een duidelijke daling zichtbaar van de landelijk gemiddelde uitruktijd van A2-inzetten: deze is met ruim een minuut gedaald van 2:22 minuten in 2006 tot 1:20 minuten in 2010. De gemiddelde uitruktijd van A2-inzetten bedroeg in de afgelopen vijf jaren gemiddeld 1:54 minuten.

Een en ander is visueel weergegeven in grafiek 2.4.5 op pagina 50.

2.4.6 aanrijtijd A2-inzetten

De aanrijtijd begint wanneer het complete ambulanceteam vertrekt naar het door de centralist opgegeven adres en eindigt wanneer de ambulance arriveert bij de plaats waar de patiënt zich bevindt en waar de ambulance nog kan komen.

In 2010 was de landelijk gemiddelde aanrijtijd van A2-inzetten 10:51 minuten en daarmee gelijk aan de gemiddelde aanrijtijd in 2009.

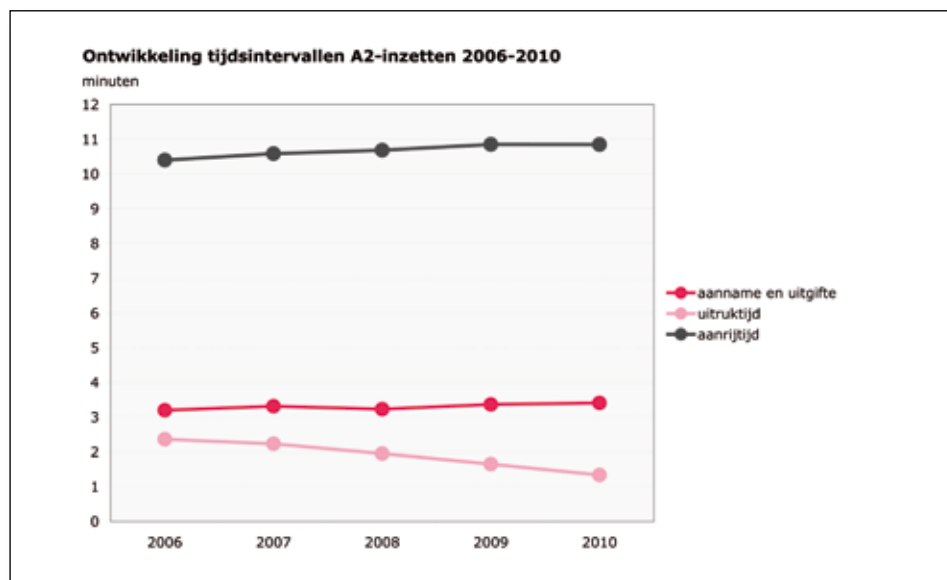
tabel 2.4.8: gemiddelde aanrijtijd A2-inzetten per regio (in min:sec)

	2010	2009	2008
Groningen	10:18	10:58	10:57
Friesland	10:38	10:23	10:27
Drenthe	9:54	9:41	9:43
IJsselland	9:57	10:02	10:00
Twente	10:48	10:09	9:55
Noordoost Gelderland	11:45	11:32	11:00
Midden Gelderland	11:17	11:15	11:36
Gelderland Zuid	11:15	11:39	11:23
Utrecht	10:45	11:33	11:34
Noord-Holland Noord	12:10	12:06	11:51
Amsterdam/Waterland	11:25	11:22	10:53
Kennemerland	10:52	10:46	10:40
Gooi- en Vechtstreek	10:23	10:43	10:17
Haaglanden	11:10	11:17	11:00
Hollands Midden	10:26	10:12	10:11
Rotterdam-Rijnmond	10:42	10:59	11:08
Zuid-Holland Zuid	10:43	10:20	9:59
Zeeland	10:55	11:07	10:42
Midden- en West Brabant	11:03	10:52	10:42
Brabant-Noord	10:56	11:01	10:39
Brabant-Zuidoost	9:48	9:55	9:38
Noord- en Midden Limburg	11:26	11:30	11:17
Zuid Limburg	11:04	10:34	10:18
Flevoland	9:43	9:00	8:35
gewogen landelijk gemiddelde	10:51	10:51	10:41

Over de jaren 2006 tot en met 2010 is een stijging zichtbaar van de landelijk gemiddelde aanrijtijd van A2-inzetten van 10:24 minuten in 2006 tot 10:51 minuten in 2010. De gemiddelde aanrijtijd over de afgelopen vijf jaar is gemiddeld 10:40 minuten.

Onderstaand is de ontwikkeling van de tijdsduur aanname en uitgifte, de uitruktijd en de aanrijtijd van A2-inzetten over de jaren 2006 tot en met 2010 visueel weergegeven.

grafiek 2.4.5: ontwikkeling tijdsintervallen A2-inzetten 2006-2010



Het product ambulancezorg in 2010

Dit hoofdstuk beschrijft de ambulancezorg die in 2010 in Nederland is aangeboden: soorten inzetten, aantallen inzetten en de verleende zorg.

3.1 spoedeisende en planbare ambulancezorg

Binnen de Nederlandse ambulancezorg wordt een onderscheid gemaakt tussen spoedeisende en planbare ambulancezorg. Dit onderscheid heeft vooral te maken met de mate van urgentie waarmee een ambulance naar een patiënt wordt gestuurd.

Bij spoedeisende ambulancezorg dient de ambulance zo spoedig mogelijk bij de patiënt te kunnen zijn. De centralist van de meldkamer ambulancezorg bepaalt met welke urgentie de ambulance wordt ingezet, A1 of A2. Ter plaatse bepaalt het ambulanceteam of volstaan kan worden met het verlenen van zorg of dat de patiënt ook vervoerd dient te worden. Kenmerkend voor spoedeisende ambulancezorg is dat deze op ieder willekeurig moment van de dag noodzakelijk kan zijn.

Er is sprake van min of meer planbare ambulancezorg bij zorg en vervoer van patiënten tussen het woon- of verblijfadres en/of zorginstellingen voor diagnostiek, therapie, opname of ontslag. Planbare ambulancezorg vindt plaats op afspraak over bestemming en tijdstip, de ambulance wordt ingezet met een B-urgentie.

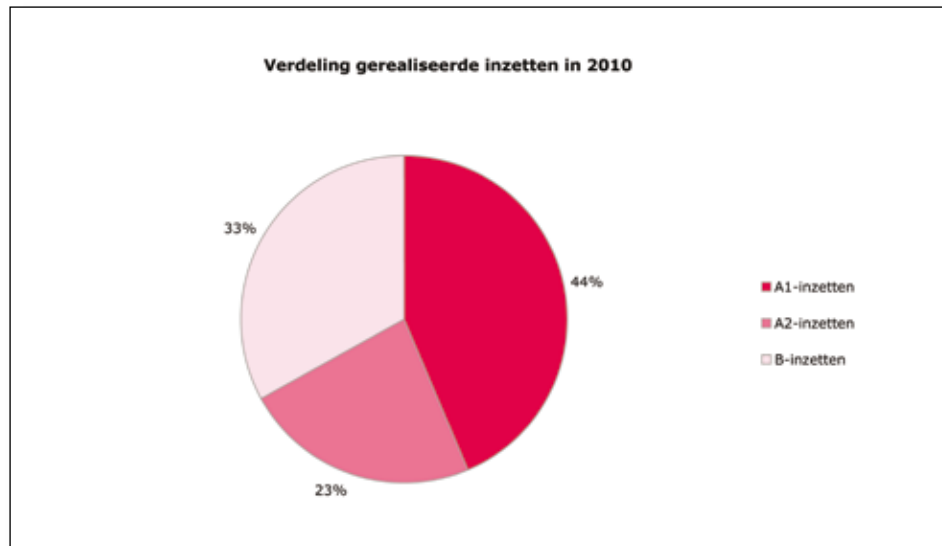
Bij planbare ambulancezorg wordt altijd een patiënt vervoerd, bij spoedeisende ambulancezorg is dit niet altijd noodzakelijkerwijs het geval. Voor beiden geldt dat de patiënt liggend vervoerd wordt en vrijwel altijd zorg nodig heeft.

De mate van urgentie (is het een spoedeisende of een planbare inzet?) zegt niets over de complexiteit van de zorg. Deze varieert van hoog- tot laagcomplex bij zowel planbare als spoedeisende ambulancezorg.

3.1.1 overall beeld aantal inzetten

In 2010 zijn ambulances in Nederland 1.061.268 keer ingezet door ambulanceorganisaties om spoedeisende of planbare ambulancezorg te verlenen.

grafiek 3.1.1: verdeling gerealiseerde inzetten in 2010

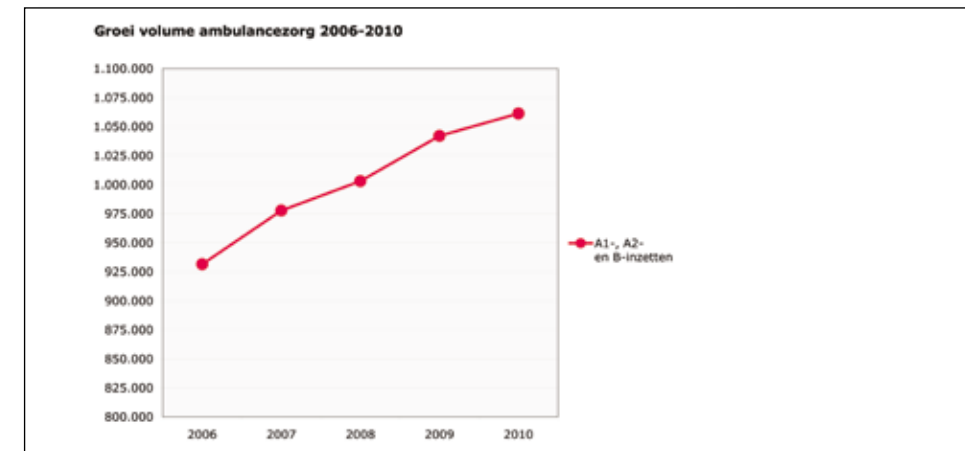


tabel 3.1.1: volume spoedeisende en planbare ambulancezorg door de jaren heen

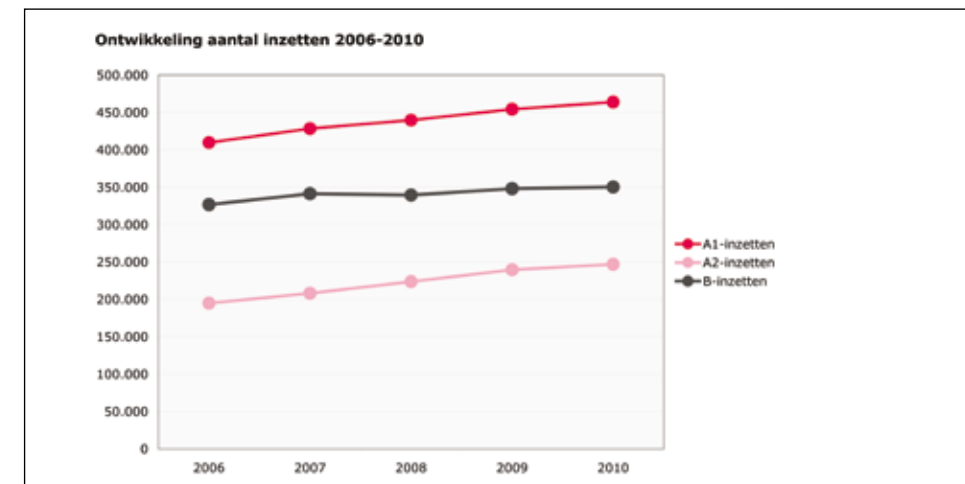
	2010	2009	2008
A1-inzetten	463.913	454.309	439.725
A2-inzetten	247.008	239.572	223.813
B-inzetten	350.347	348.085	339.512
totaal	1.061.268	1.041.966	1.003.050

Het volume ambulancezorg neemt ieder jaar gestaag toe. Er is sprake van een absolute groei van 931.478 inzetten in 2006 tot 1.061.268 inzetten in 2010, dit is een groei van 13,9%. De groei bedroeg deze periode gemiddeld 3,5% per jaar.

grafiek 3.1.2: ontwikkeling volume ambulancezorg 2006-2010



grafiek 3.1.3: ontwikkeling A1-, A2- en B-inzetten 2006-2010



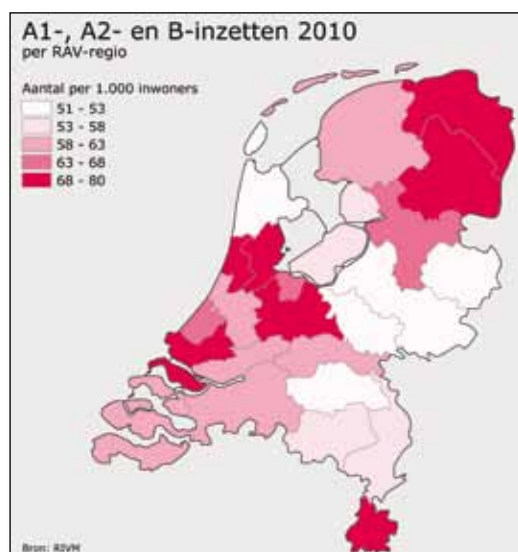
3.1.2 overall beeld op regioniveau

Het aantal inzetten verschilt sterk per regio. Dit heeft te maken met een veelheid aan lokale factoren zoals de omvang en oppervlakte van een regio, het aantal inwoners, de bevolkingsdichtheid, de mate van stedelijkheid, de aanwezigheid van gezondheidsinstellingen en het karakter hiervan en de mate waarin per regio een beroep op ambulancezorg wordt gedaan.

Op een gemiddelde dag vinden in Nederland in totaal 2.908 inzetten plaats. Verdeeld over de verschillende urgenties zijn dit 1.271 A1-inzetten, 677 A2-inzetten en 960 B-inzetten.

Onderstaande kaart geeft per regio weer hoeveel inzetten in 2010 per 1.000 inwoners zijn uitgevoerd:

kaart 3.1.1: aantal A1-, A2 en B-inzetten per regio per 1.000 inwoners in 2010



Uit onderstaande tabel blijken de verschillen in aantallen inzetten per urgentie per regio.

- in kolom 4 staat het totaal van de regio.
- in kolom 5 is het regionale aandeel in het landelijke totaal weergegeven.
- In kolom 6 en 7 staan de landelijke totalen over 2009 en 2008.

tabel 3.1.2: aantallen inzetten per regio

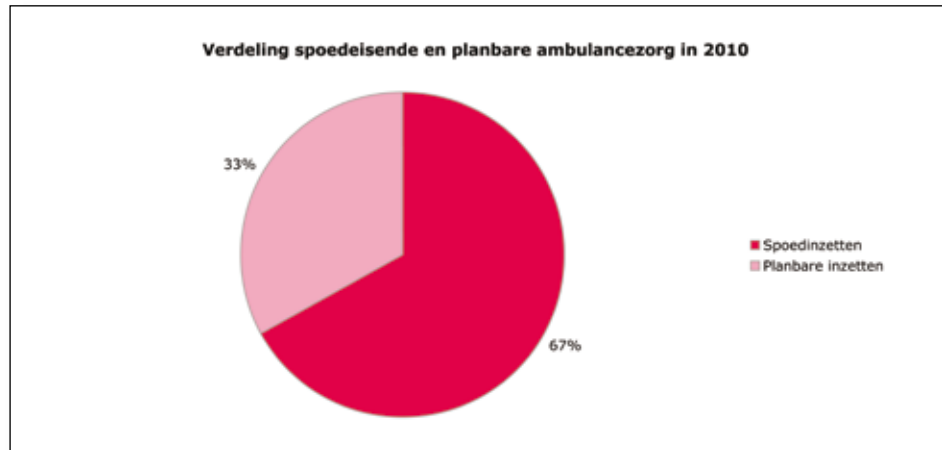
	2010			totaal	regionaal t.o.v landelijk	2009	2008
	aantal A1- inzetten	aantal A2- inzetten	aantal B- inzetten			totaal	totaal
Groningen	19.605	8.893	17.517	46.015	4,34%	44.157	43.614
Friesland	17.346	8.309	14.025	39.680	3,74%	38.439	36.985
Drenthe	13.635	11.693	8.123	33.451	3,15%	32.385	32.466
IJsselland	11.496	10.548	10.528	32.572	3,07%	31.636	32.258
Twente	10.115	12.495	9.338	31.948	3,01%	31.583	31.044
Noordoost Gelderland	16.194	13.465	12.126	41.785	3,94%	39.923	39.476
Midden Gelderland	13.885	9.153	11.187	34.225	3,23%	32.516	33.156
Gelderland Zuid	13.217	7.672	11.420	32.309	3,04%	31.809	31.223
Utrecht	27.283	22.258	35.611	85.152	8,02%	87.333	81.287
Noord-Holland Noord	17.552	6.879	9.030	33.461	3,15%	35.273	31.872
Amsterdam/Waterland	56.032	10.689	34.751	101.472	9,56%	100.831	95.744
Kennemerland	20.676	5.740	11.508	37.924	3,57%	38.094	35.778
Gooi- en Vechtstreek	7.716	2.174	5.690	15.580	1,47%	15.832	14.642
Haaglanden	35.683	14.699	13.956	64.338	6,06%	64.828	65.256
Hollands Midden	25.901	6.218	15.410	47.529	4,48%	47.467	45.328
Rotterdam-Rijnmond	44.645	16.970	36.066	97.681	9,21%	93.579	89.447
Zuid-Holland Zuid	13.317	6.624	10.118	30.059	2,83%	28.638	27.395
Zeeland	10.841	5.919	6.282	23.042	2,17%	22.887	21.648
Midden- en West Brabant	22.009	21.498	20.719	64.226	6,05%	60.879	57.253
Brabant-Noord	11.104	11.386	11.024	33.514	3,16%	32.320	30.697
Brabant-Zuidoost	17.101	9.484	14.416	41.001	3,86%	38.967	38.135
Noord- en Midden Limburg	12.114	8.799	8.197	29.110	2,74%	27.486	26.447
Zuid Limburg	15.524	9.995	18.791	44.310	4,18%	44.539	41.991
Flevoland	10.922	5.448	4.514	20.884	1,97%	20.565	19.908
totaal 2010	463.913	247.008	350.347	1.061.268	100%		
<i>totaal 2009</i>	<i>454.309</i>	<i>239.572</i>	<i>348.085</i>	<i>1.041.966</i>		<i>1.041.966</i>	
<i>totaal 2008</i>	<i>439.725</i>	<i>223.813</i>	<i>339.512</i>	<i>1.003.050</i>			<i>1.003.050</i>

3.1.3 spoedeisende ten opzichte van planbare ambulancezorg

verhouding spoedeisende en planbare ambulancezorg

De spoedeisende ambulancezorg bedraagt over het algemeen ongeveer twee derde deel van de totale ambulancezorg: in 2010 was 67% spoedeisende ambulancezorg en 33% planbare ambulancezorg.

grafiek 3.1.4: verdeling spoedeisende en planbare ambulancezorg in 2010

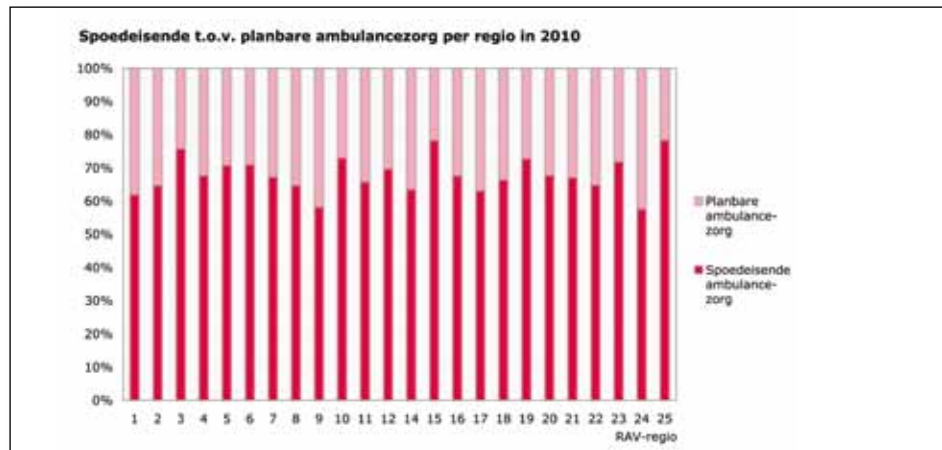


Bovenstaande grafiek geeft het landelijke gemiddelde weer.

Regionaal varieerde het aandeel B-inzetten (de planbare ambulancezorg) in 2010 van 21,6% tot 42,4%. Dit regionale verschil heeft onder andere te maken met het aantal grote gespecialiseerde ziekenhuizen in een regio.

Zowel de navolgende tabel als de grafiek maken een en ander inzichtelijk:

grafiek 3.1.5: spoedeisende ten opzichte van planbare ambulancezorg per regio in 2010



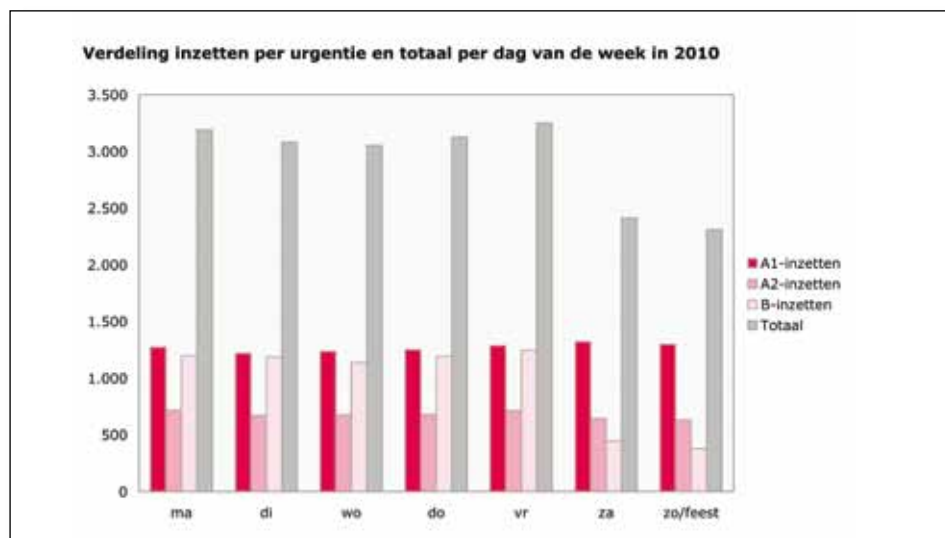
tabel 3.1.3: spoedeisende ten opzichte van planbare ambulancezorg per regio

	% spoedeisende ambulancezorg tov het totaal	% planbare ambulancezorg tov het totaal
Groningen	61,9%	38,1%
Friesland	64,7%	35,3%
Drenthe	75,7%	24,3%
IJsselland	67,7%	32,3%
Twente	70,8%	29,2%
Noordoost Gelderland	71,0%	29,0%
Midden Gelderland	67,3%	32,7%
Gelderland Zuid	64,7%	35,3%
Utrecht	58,2%	41,8%
Noord-Holland Noord	73,0%	27,0%
Amsterdam/Waterland	65,8%	34,2%
Kennemerland	69,7%	30,3%
Gooi- en Vechtstreek	63,5%	36,5%
Haaglanden	78,3%	21,7%
Hollands Midden	67,6%	32,4%
Rotterdam-Rijnmond	63,1%	36,9%
Zuid-Holland Zuid	66,3%	33,7%
Zeeland	72,7%	27,3%
Midden- en West Brabant	67,7%	32,3%
Brabant-Noord	67,1%	32,9%
Brabant-Zuidoost	64,8%	35,2%
Noord- en Midden Limburg	71,8%	28,2%
Zuid Limburg	57,6%	42,4%
Flevoland	78,4%	21,6%
totaal 2010	67,0%	33,0%
<i>totaal 2009</i>	<i>66,6%</i>	<i>33,4%</i>
<i>totaal 2008</i>	<i>66,2%</i>	<i>33,8%</i>

ambulancezorg en dagen van de week

In 2010 hebben de meeste inzetten plaatsgevonden op vrijdag en de minste op zondag. Er is een duidelijk verschil tussen spoedeisende en planbare ambulancezorg, zoals blijkt uit onderstaande grafiek. Hierin is het aantal inzetten per dag van de week in 2010 weergegeven. Duidelijk wordt dat de planbare ambulancezorg vooral op werkdagen plaatsvindt. Desalniettemin is er een trend zichtbaar richting meer planbare ambulancezorg op zaterdag. De spoedeisende ambulancezorg lijkt min of meer evenwichtig verdeeld te zijn over de verschillende dagen van de week.

grafiek 3.1.6: verdeling inzetten per urgentie en totaal per dag van de week in 2010



tabel 3.1.4: top 3 drukke en rustige dagen spoedeisende ambulancezorg in 2010

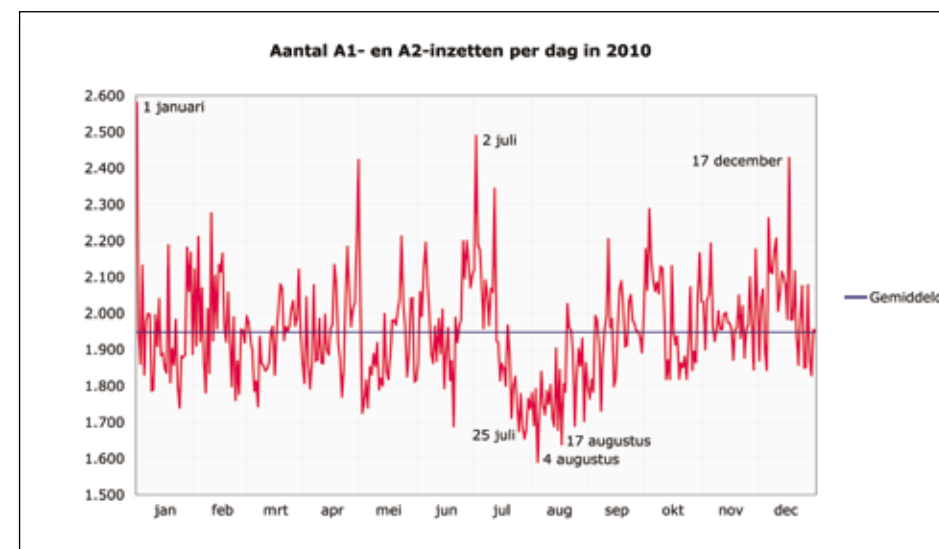
top 3 drukke dagen	top 3 rustige dagen
1 vrijdag 1 januari	woensdag 4 augustus
2 vrijdag 2 juli	dinsdag 17 augustus
3 vrijdag 17 december	woensdag 28 juli

De drukste dag voor de spoedeisende ambulancezorg in 2010 was vrijdag 1 januari. Opvallend is ook een drukke dag op vrijdag 2 juli, het begin van de zomervakantie, en vrijdag 17 december toen er veel sneeuw op de wegen lag. Nadere analyse van de onderliggende gegevens wijst uit dat op 30 april 2010 ook relatief veel A1-inzetten hebben plaatsgevonden.

De rustigste dag voor de spoedeisende ambulancezorg in 2010 was woensdag 4 augustus. Deze dag viel, evenals de andere rustigste dagen, midden in de zomer en vakantieperiode.

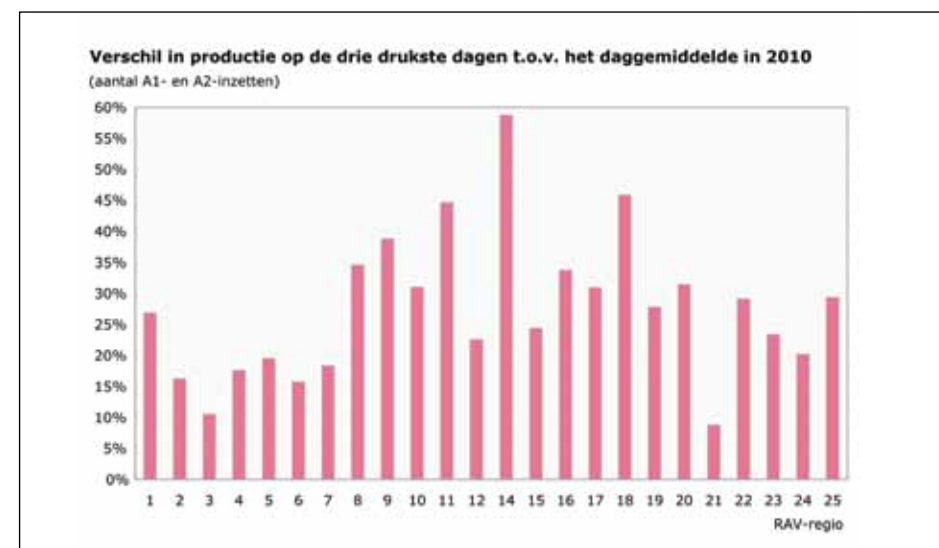
Het beeld voor rustig en druk wijkt voor de planbare ambulancezorg wat af. De meeste B-inzetten hebben niet op 1 januari, een feestdag, plaatsgevonden, maar op een gewone werkdag: vrijdag 15 januari. Ook voor de B-inzetten viel de rustigste dag midden in de zomerperiode: zondag 25 juli. De twee andere rustigste dagen waren eveneens zondagen, maar vielen niet in de zomer en waren op 5 september en 7 maart.

grafiek 3.1.7: aantal A1- en A2-inzetten per dag in 2010



Deze drukke en rustige dagen weerspiegelen het gemiddelde in Nederland, dit is bepaald aan de hand van een meerjarengemiddelde en drukt het aantal inzetten per inwoner uit. Regionaal wordt afgeweken van het Nederlands gemiddelde, zoals uit onderstaande grafiek blijkt:

grafiek 3.1.8: drukke dagen per regio ten opzichte van het Nederlands gemiddelde in 2010



ambulancezorg en aard van het gebied

De meeste ambulance-inzetten vinden plaats binnen stedelijk gebied of richting stedelijk gebied (53%), dat geldt vooral voor de B-inzetten (59%). B-inzetten vinden immers vaak plaats tussen en vanuit gezondheidszorginstellingen.

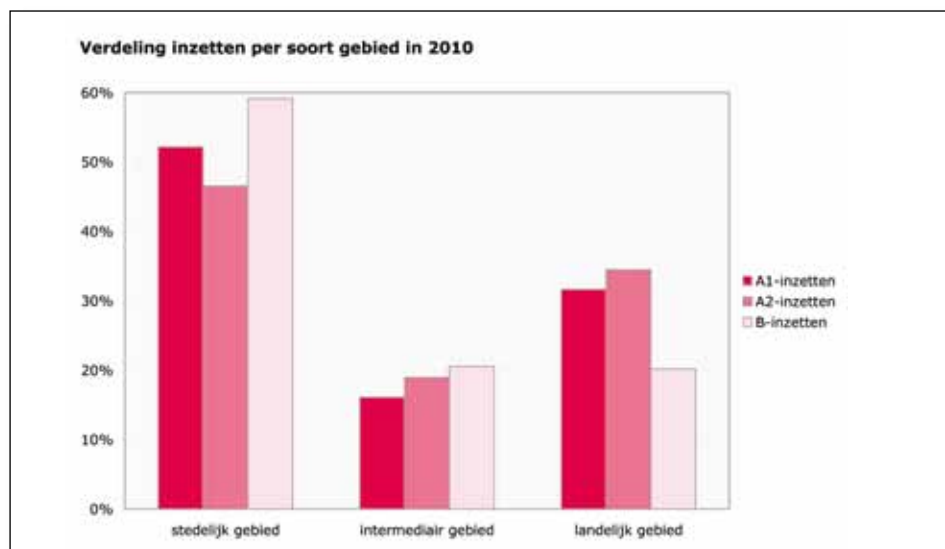
Onderstaande tabel en grafiek laten zien hoe de inzetten verdeeld zijn over de verschillende soorten gebieden, zowel per urgentie als in totaal:

tabel 3.1.5: verdeling inzetten per soort gebied in 2010

	stedelijk gebied	matig stedelijk gebied	perifeer gebied
A1-inzetten	52,2%	16,1%	31,7%
A2-inzetten	46,5%	19,0%	34,5%
B-inzetten	59,1%	20,6%	20,1%
totaal 2010	53,2%	18,3%	28,5%
totaal 2009	53,4%	18,1%	28,5%
totaal 2008	52,9%	17,9%	27,6%

(n.b.: van 1,6% van de inzetten in 2008 was de postcode en daarmee de aard van het gebied niet bekend)

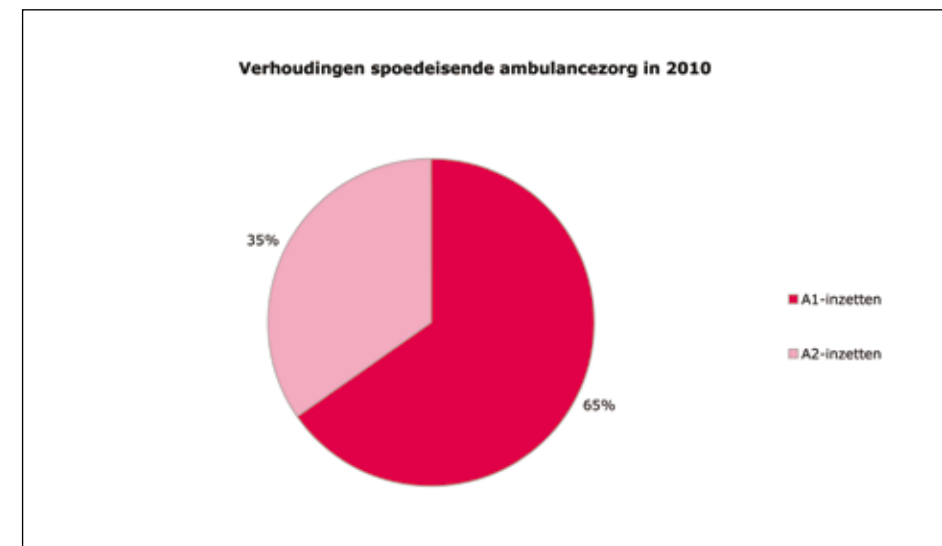
grafiek 3.1.9: verdeling inzetten per soort gebied in 2010



3.1.4 spoedeisende ambulancezorg: A1 ten opzichte van A2

Al enige jaren is zichtbaar dat er over het algemeen tweemaal zoveel A1-inzetten plaatsvinden als A2-inzetten. Ook in 2010 was dat weer het geval: binnen de spoedeisende ambulancezorg betrof 65% A1-inzetten en 35% A2-inzetten.

grafiek 3.1.10: verhouding binnen spoedeisende ambulancezorg in 2010

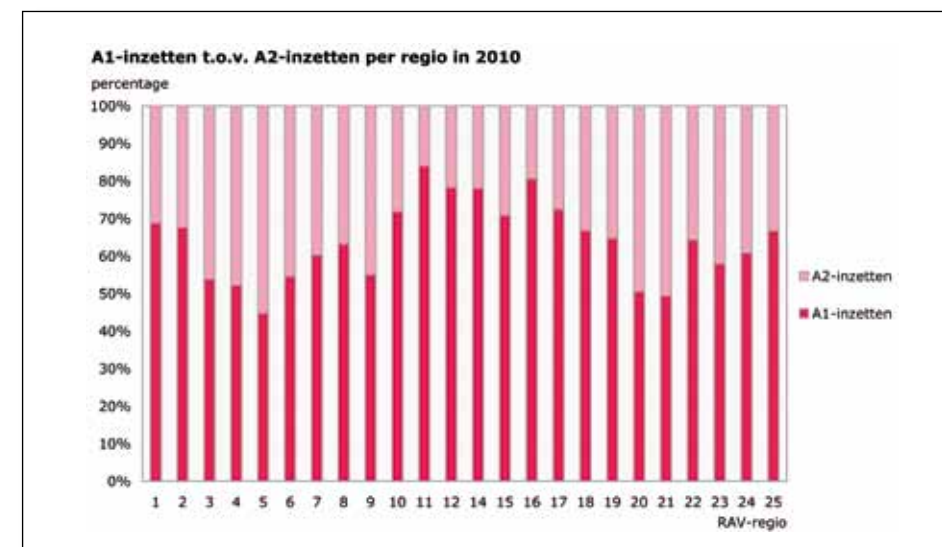


Deze verhouding is een landelijk gemiddelde. Regionaal varieert het percentage A1-inzetten van 44,7% tot 84,0%, zoals blijkt uit de navolgende tabel en grafiek.

tabel 3.1.6: A1-inzetten ten opzichte van A2-inzetten per regio in 2010

	% A1-inzetten tov spoedeisende ambulancezorg totaal	% A2-inzetten tov spoedeisende ambulancezorg totaal
Groningen	68,8%	31,2%
Friesland	67,6%	32,4%
Drenthe	53,8%	46,2%
IJsselland	52,2%	47,8%
Twente	44,7%	55,3%
Noordoost Gelderland	54,6%	45,4%
Midden Gelderland	60,3%	39,7%
Gelderland Zuid	63,3%	36,7%
Utrecht	55,1%	44,9%
Noord-Holland Noord	71,8%	28,3%
Amsterdam/Waterland	84,0%	16,0%
Kennemerland	78,3%	21,8%
Gooi- en Vechtstreek	78,0%	22,0%
Haaglanden	70,8%	29,3%
Hollands Midden	80,6%	19,5%
Rotterdam-Rijnmond	72,5%	27,6%
Zuid-Holland Zuid	66,8%	33,2%
Zeeland	64,7%	35,3%
Midden- en West Brabant	50,6%	49,4%
Brabant-Noord	49,4%	50,6%
Brabant-Zuidoost	64,3%	35,7%
Noord- en Midden Limburg	57,9%	42,1%
Zuid Limburg	60,8%	39,2%
Flevoland	66,7%	33,3%
totaal 2010	65,3%	34,7%
<i>totaal 2009</i>	<i>65,5%</i>	<i>34,5%</i>
<i>totaal 2008</i>	<i>66,3%</i>	<i>33,7%</i>

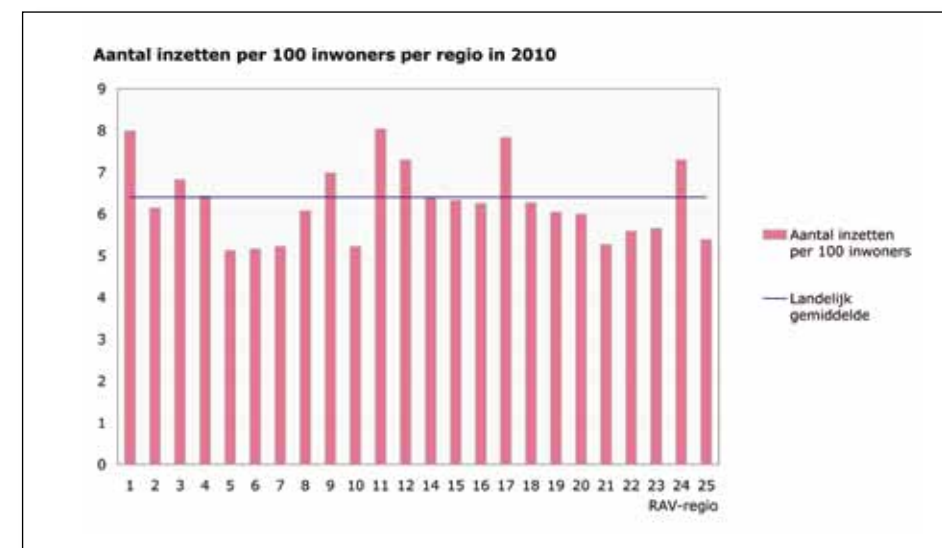
grafiek 3.1.11: A1-inzetten ten opzichte van A2-inzetten per regio in 2010



3.1.5 ambulancezorg en het aantal inwoners

Gemiddeld hebben in 2010 64 inzetten per 1.000 inwoners plaatsgevonden (ofwel 6,4 inzetten per 100 inwoners plaatsgevonden), 43 hiervan hadden een A1-of A2-urgentie.

grafiek 3.1.12: aantal inzetten per 100 inwoners per regio in 2010



Onderstaande tabel legt een relatie tussen het aantal inzetten -spoedeisend, planbaar en totaal- en het aantal inwoners van een regio:

tabel 3.1.7: aantal inwoners ten opzichte van het aantal inzetten per regio

	aantal inwoners	aantal spoed- inzetten	% spoed- inzetten	aantal B- inzetten	% B- inzetten	totaal inzetten	% alle inzetten
Groningen	576.668	28.498	4,9%	17.517	3,0%	46.015	8,0%
Friesland	646.305	25.655	4,0%	14.025	2,2%	39.680	6,1%
Drenthe	490.981	25.328	5,2%	8.123	1,7%	33.451	6,8%
IJsselland	530.000	22.044	4,2%	10.528	2,0%	32.572	6,1%
Twente	637.119	22.610	3,5%	9.338	1,5%	31.948	5,0%
Noordoost Gelderland	812.000	29.659	3,7%	12.126	1,5%	41.785	5,1%
Midden Gelderland	652.399	23.038	3,5%	11.187	1,7%	34.225	5,2%
Gelderland Zuid	532.262	20.889	3,9%	11.420	2,1%	32.309	6,1%
Utrecht	1.220.910	49.541	4,1%	35.611	2,9%	85.152	7,0%
Noord-Holland Noord	642.380	24.431	3,8%	9.030	1,4%	33.461	5,2%
Amsterdam/Waterland	1.262.244	66.721	5,3%	34.751	2,8%	101.472	8,0%
Kennemerland	520.154	26.416	5,1%	11.508	2,2%	37.924	7,3%
Gooi- en Vechtstreek	244.454	9.890	4,0%	5.690	2,3%	15.580	6,4%
Haaglanden	1.025.957	50.382	4,9%	13.956	1,4%	64.338	6,3%
Hollands Midden	760.980	32.119	4,2%	15.410	2,0%	47.529	6,2%
Rotterdam-Rijnmond	1.231.122	61.615	5,0%	36.066	2,9%	97.681	7,9%
Zuid-Holland Zuid	480.849	19.941	4,1%	10.118	2,1%	30.059	6,3%
Zeeland	381.500	16.760	4,4%	6.282	1,6%	23.042	6,0%
Midden- en West Brabant	1.075.353	43.507	4,0%	20.719	1,9%	64.226	6,0%
Brabant-Noord	639.456	22.490	3,5%	11.024	1,7%	33.514	5,2%
Brabant-Zuidoost	738.977	26.585	3,6%	14.416	2,0%	41.001	5,5%
Noord- en Midden Limburg	514.917	20.913	4,1%	8.197	1,6%	29.110	5,7%
Zuid Limburg	607.784	25.519	4,2%	18.791	3,1%	44.310	7,3%
Flevoland	391.513	16.370	4,2%	4.514	1,2%	20.884	5,3%
totaal 2010	16.616.284	710.921	4,3%	350.347	2,1%	1.061.268	6,4%
<i>totaal 2009</i>	<i>16.529.770</i>	<i>693.881</i>	<i>4,2%</i>	<i>348.085</i>	<i>2,1%</i>	<i>1.041.966</i>	<i>6,3%</i>
<i>totaal 2008</i>	<i>16.391.635</i>	<i>663.538</i>	<i>3,8%</i>	<i>339.512</i>	<i>2,1%</i>	<i>1.003.050</i>	<i>6,1%</i>

Het RIVM heeft vastgesteld, in het Nationaal Kompas Volksgezondheid¹, dat het zorggebruik ambulancezorg in Nederland per 1.000 inwoners in de periode van 2001 tot en met 2009 met ruim 25% is toegenomen (50,5 inzetten per 1.000 inwoners in 2001 en 63 inzetten per 1.000 inwoners in 2009). Dit komt overeen met een gemiddelde toename van 2,9% per jaar.

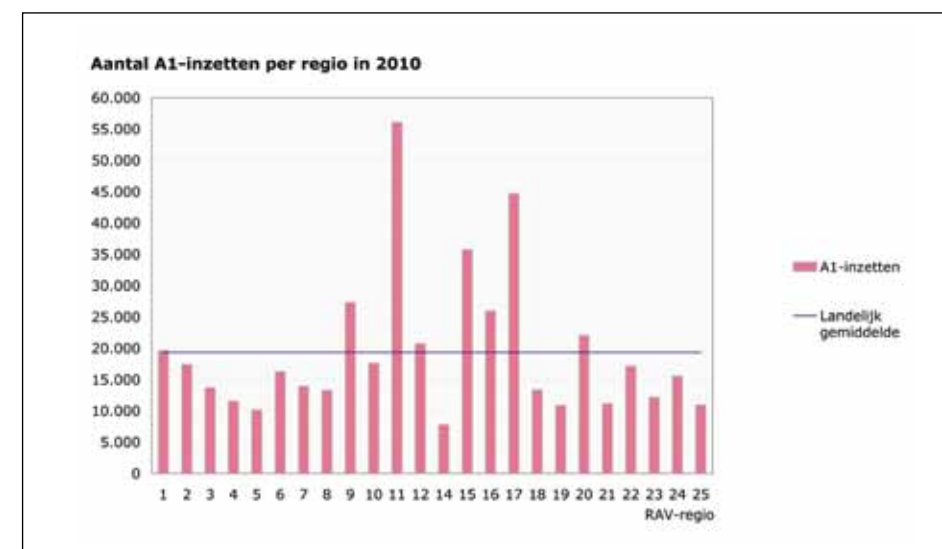
¹ bron: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid, RIVM, Bilthoven
(<http://www.nationaalkompas.nl> - Nationaal Kompas Volksgezondheid\Zorg\Ambulancezorg), 8 december 2010.

3.1.6 spoedeisende ambulancezorg: A1-inzetten

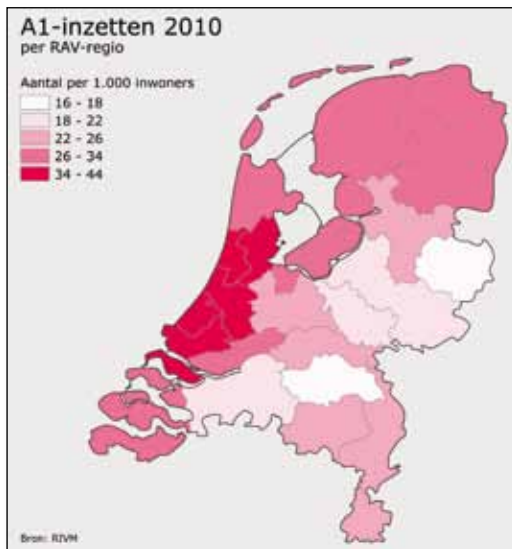
Een inzet met A1-urgentie is een spoedeisende inzet in opdracht van de centralist van de meldkamer ambulancezorg. Er is sprake van een acute bedreiging van de vitale functies van de patiënt of dit gevaar kan pas na beoordeling door het ambulanceteam ter plaatse worden uitgesloten. De inzet wordt zo snel mogelijk uitgegeven en het ambulanceteam dient zo spoedig mogelijk bij de patiënt ter plaatse te zijn. De ambulance maakt altijd gebruik van optische en geluidssignalen (zwaailichten en sirene). Een ambulance gaat met A1-urgentie naar bijvoorbeeld patiënten met pijn op de borst, naar patiënten die onwel zijn geworden en naar verkeersongevallen.

In 2010 hebben in Nederland 463.913 inzetten met A1-urgentie plaatsgevonden. Dit is een stijging met 9.604 inzetten ten opzichte van 2009. Het totaal aantal A1-inzetten is sinds 2006 met 13,2% gestegen, dit is gemiddeld 3,3% per jaar (een en ander is visueel weergegeven in grafiek 3.1.3. op pagina 53).

grafiek 3.1.13: aantal A1-inzetten per regio in 2010

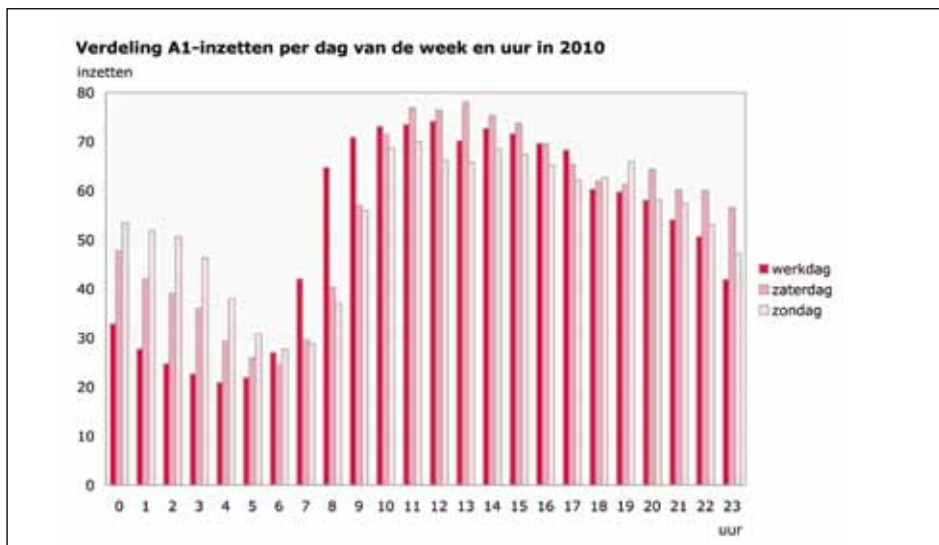


kaart 3.1.2: aantal A1-inzetter per regio per 1.000 inwoners in 2010



Op pagina 58 (in §3.1.3) is reeds ingegaan op de verdeling van de A1-inzetter per dag van de week. Een nadere analyse van de ritgegevens maakt duidelijk dat er een piek is in het aantal A1-inzetter op werkdagen tussen 11 en 13 uur. Er is ook een tweede piek waar te nemen, namelijk tussen 14 en 16 uur.

grafiek 3.1.14: verdeling A1-inzetter per dag van de week en uur van de dag in 2010



In 2010 hebben de meeste A1-inzetter, 43,7%, overdag plaatsgevonden, 37% vond 's avonds plaats en 19,3% 's nachts.

3.1.7 spoedeisende ambulancezorg: A2-inzetter

Een inzet met A2-urgentie is een (spoedeisende) rit in opdracht van de centralist van de meldkamer ambulancezorg. Naar aanleiding van de zorgvraag blijkt dat er geen sprake is van direct levensgevaar. Er kan echter wel sprake zijn van (ernstige) gezondheidsschade. Evenals bij een inzet met A1-urgentie dient de ambulance ook bij een inzet met A2-urgentie zo spoedig mogelijk ter plaatse te zijn. Indien wenselijk kan gebruik gemaakt worden van optische en geluidssignalen. Voor zover bekend is dit in 2010 tenminste 24.000 maal gedaan.

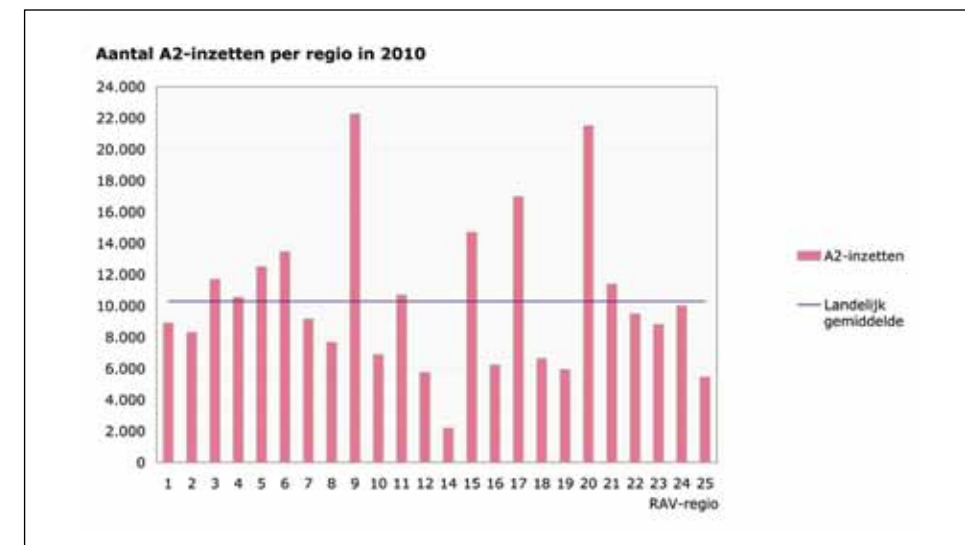
Een ambulance gaat met A2-urgentie naar bijvoorbeeld patiënten die veel pijn hebben als gevolg van een blindedarmontsteking en naar veel sportongevallen.

Ook spoedoverplaatsingen tussen verschillende zorginstellingen vinden plaats met A2-urgentie. Directe inzet van de ambulancezorg is dan noodzakelijk, maar aangezien er wel adequate hulp bij de patiënt aanwezig is hoeft niet voor een A1-urgentie gekozen te worden.

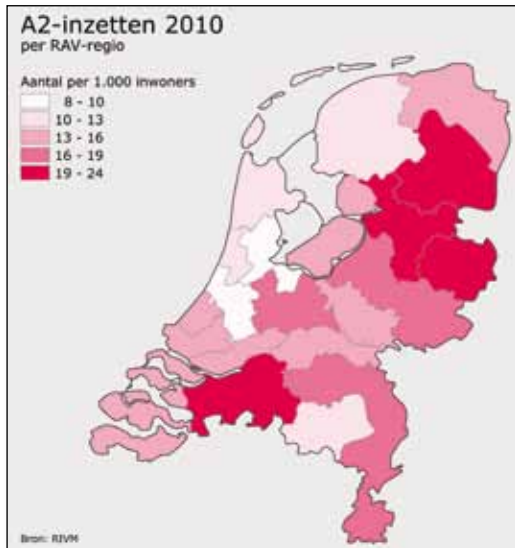
Een voorbeeld is een kind dat door de ouders naar het ziekenhuis is gebracht met acute hoofdpijn en overgeplaatst moet worden naar een ander ziekenhuis.

In 2010 hebben in Nederland 247.008 inzetter met A2-urgentie plaatsgevonden. Dit is een stijging van 7.436 inzetter ten opzichte van 2009. Het aantal A2-inzetter is sinds 2006 met 26,7% gestegen, dit is gemiddeld 6,7% per jaar (een en ander is visueel weergegeven in grafiek 3.1.3. op pagina 53).

grafiek 3.1.15: aantal A2-inzetter per regio in 2010

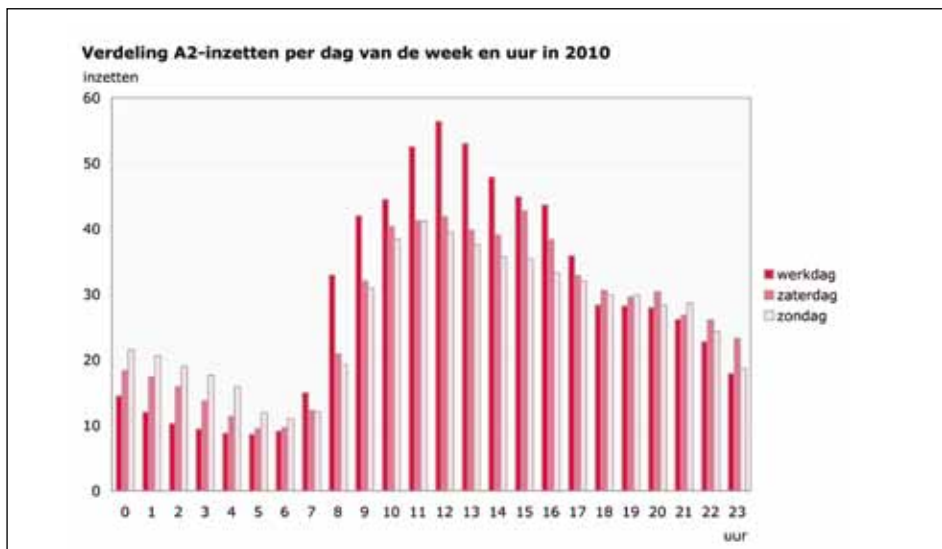


kaart 3.1.3: aantal A2-inzetten per regio per 1.000 inwoners in 2010



Op pagina 58 (§3.1.3) is reeds ingegaan op de verdeling van de A2-inzetten per dag van de week. Een nadere analyse van de ritgegevens maakt duidelijk dat er een piek is in het aantal A2-inzetten op werkdagen tussen 12 en 13 uur.

grafiek 3.1.16: verdeling A2-inzetten per dag van de week en uur van de dag in 2010



In 2010 hebben de meeste A2-inzetten, 51,1%, overdag plaatsgevonden. 34,5% vond 's avonds plaats en 14,4% 's nachts.

3.1.8 spoedeisende ambulancezorg: rapid responders

De rapid responder heeft zijn intrede in de ambulancezorg gedaan als resultaat van productdifferentiatie. De rapid responder is een ambulanceverpleegkundige die ter plaatse geheel zelfstandig handelt. Indien noodzakelijk en zeker als de patiënt vervoerd moet worden, wordt de inzet van de rapid responder gevolgd door die van een ambulance.

De rapid responder is, in tegenstelling tot een first responder, een zorgprofessional en functioneel verbonden aan de ambulanceorganisatie. Een first responder is dit over het algemeen niet en is vaak een brandweerfunctionaris of lekenhulpverlener (daarover meer in hoofdstuk 4).

Uit de registratie over 2010 blijkt dat 21 RAV-regio's werken met rapid responders. De wijze waarop de functie van rapid responder wordt ingevuld, varieert van regio tot regio. Deze verschillen hebben geen betrekking op de wijze waarop de rapid responder beroepsinhoudelijk de functie vervult, maar op het vervoermiddel waar de rapid responder gebruik van maakt. Zo gebruikt men solo-ambulances, motor-ambulances en fietsambulances.

In 2010 hebben de 21 RAV-regio's 41.022 keer een rapid responder ingezet.

tabel 3.1.8: aantal inzetten rapid responder

	aantal inzetten	door aantal regio's
2010	41.022	21
2009	37.195	20
2008	23.776	12

3.1.9 planbare ambulancezorg: B-inzetten

Over het algemeen wordt alle ambulancezorg, die geen spoedeisende ambulancezorg is, beschouwd als planbare ambulancezorg. Deze vorm van besteld vervoer (B-inzetten) betreft veelal vervoer van patiënten tussen ziekenhuizen voor onderzoek; vervoer van patiënten die thuis opgehaald worden voor opname, onderzoek of behandeling; vervoer van patiënten die na ontslag uit het ziekenhuis naar huis gebracht worden; of vervoer van patiënten en bewoners van en naar verzorgings-, verpleeg- en revalidatiecentra. Voorbeelden van inzetten met B-urgentie zijn het vervoer van een patiënt die voor een bestraling naar een radiotherapeutisch centrum wordt gebracht en een oudere patiënt die met een gebroken heup in het verpleeghuis wordt opgenomen.

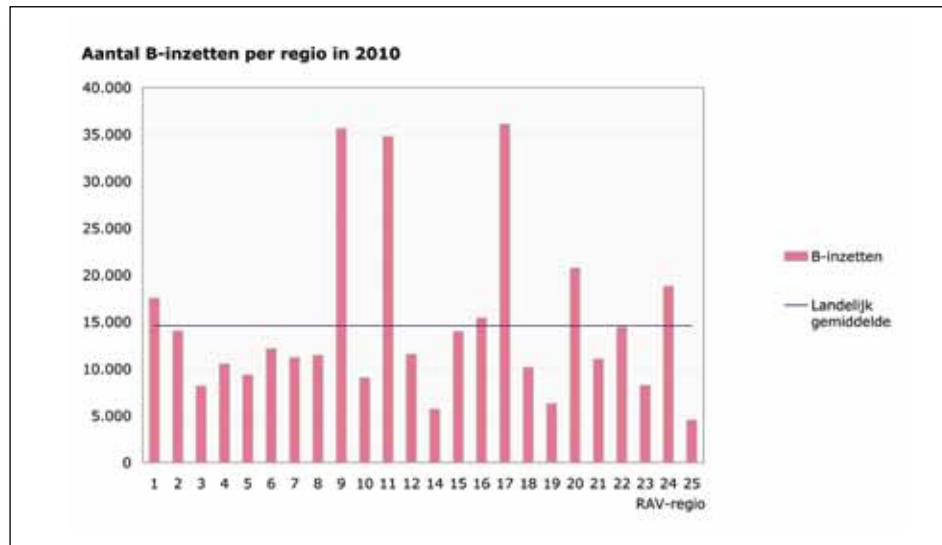
Kenmerkend voor de planbare ambulancezorg is dat patiënten liggend vervoerd moeten worden en onderweg zorg nodig hebben. Er wordt geen gebruik gemaakt van optische en geluidssignalen.

B-inzetten worden dan wel beschouwd als planbaar, maar in de praktijk zijn de inzetten lang niet allemaal even makkelijk planbaar. Het is vooraf niet altijd duidelijk wanneer een patiënt klaar is voor vervoer. Ook kan het vanuit kwaliteitsoverwegingen niet wenselijk zijn dat een patiënt lang op vervoer naar huis moet wachten.

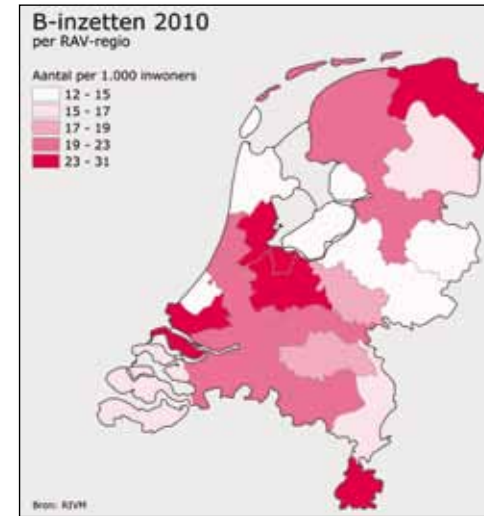
Daarnaast zijn de B-inzetten voor een deel ook tijdgebonden omdat sommige patiënten op een bepaald moment in een ziekenhuis moeten zijn, bijvoorbeeld voor een bestraling of MRI-onderzoek.

In 2010 hebben in Nederland 350.347 inzetten met B-urgentie plaatsgevonden. Dit is een stijging van 2.262 inzetten ten opzichte van 2009. Het aantal B-inzetten is sinds 2006 met 7,2% gestegen, dit is gemiddeld 1,8% per jaar (een en ander is visueel weergegeven in grafiek 3.1.3. op pagina 53).

grafiek 3.1.17: aantal B-inzetten per regio in 2010



kaart 3.1.4: aantal B-inzetten per regio per 1.000 inwoners in 2010



Op pagina 58 (§3.1.3) is reeds ingegaan op de verdeling van de B-inzetten per dag van de week. Opvallend is dat de B-inzetten minder gelijkmatig verdeeld over de dagen van de week plaatsvinden dan de spoedeisende ambulancezorg. B-inzetten vinden in mindere mate in de weekenden plaats. Een nadere analyse van de ritgegevens maakt duidelijk dat er een piek is in het aantal B-inzetten op werkdagen van 9 uur tot 11 uur. Er is een tweede piek zichtbaar tussen 13 en 14 uur.

grafiek 3.1.17: verdeling B-inzetten per dag van de week en uur van de dag in 2010



In 2010 hebben de meeste B-inzetten overdag plaatsgevonden, 73,4%. Een klein deel heeft 's avonds plaatsgevonden, 21,6%. Het aantal B-inzetten gedurende de nacht is minimaal en betrof in 2010 5%, naar alle waarschijnlijkheid betreft dit inzetten tijdens de vroege ochtenduren.

3.1.10 inzetten voor een andere regio

In Nederland zijn RAV-en verantwoordelijk voor de ambulancezorg die in de eigen RAV-regio wordt uitgevoerd. Dit betekent echter niet dat de RAV ook iedere inzet uitvoert die in de eigen regio plaatsvindt. Om verschillende redenen kan het beter zijn dat een inzet door een ambulance van een andere regio wordt uitgevoerd, bijvoorbeeld omdat deze ambulance sneller ter plaatse kan zijn. De sector ambulancezorg heeft hierover afspraken gemaakt, vastgelegd in het beleidsdocument 'Dynamisch ambulance-management'.

Deze afspraken hebben primair betrekking op de spoedeisende ambulancezorg, maar ambulanceorganisaties kunnen ook voor B-inzetten in voorkomende gevallen een beroep op elkaars ambulances doen. Het Landelijk Referentiekader Spreiding & Beschikbaarheid is ook op dit principe gebaseerd. Centraal uitgangspunt is dat de beschikbare ambulancecapaciteit zo efficiënt mogelijk wordt ingezet.

RAV-regio's hebben in 2010 9.726 spoedeisende inzetten voor elkaar uitgevoerd, dit is bijna 1% van het totaal aantal inzetten. Circa 73% betrof inzetten met een A1-urgentie en 27% inzetten met A2-urgentie. Het gaat vooral om inzetten voor en door aangrenzende regio's.

RAV-en en ambulances hebben in voorkomende gevallen ook inzetten gedaan voor patiënten in België en Duitsland. Voor deze situaties hebben de betreffende regio's afspraken gemaakt met hun buurregio's in het buitenland.

tabel 3.1.9: aantal spoedeisende inzetten voor en door andere regio's dan de eigen regio in 2010

	assistentie verleend aan andere regio's		assistentie ontvangen van andere regio's	
	A1	A2	A1	A2
Groningen	298	58	289	70
Friesland	253	48	46	21
Drenthe	299	102	410	92
IJsselland	858	549	262	124
Twente	64	22	83	35
Noordoost Gelderland	214	64	1.165	707
Midden Gelderland	576	231	171	54
Gelderland Zuid	324	144	351	108
Utrecht	200	35	329	67
Noord-Holland Noord	69	10	519	98
Amsterdam/Waterland	321	45	150	22
Kennemerland	461	86	219	24
Gooi- en Vechtstreek	200	17	52	34
Haaglanden	746	158	124	60
Hollands Midden	267	24	175	42
Rotterdam-Rijnmond	242	150	974	214
Zuid-Holland Zuid	355	101	170	58
Zeeland	126	25	78	28
Midden- en West Brabant	431	262	170	81
Brabant-Noord	469	304	452	286
Brabant-Zuidoost	60	20	132	69
Noord- en Midden Limburg	190	103	490	331
Zuid Limburg	35	23	40	22
Flevoland	1	86	208	30
totaal 2010	7.059	2.667	7.059	2.677
<i>totaal 2009</i>	<i>8.369</i>	<i>3.672</i>	<i>8.369</i>	<i>3.672</i>

3.1.11 MICU-inzetten

De Tijdelijke Regeling MICU-coördinatiecentra en -transport is op 1 januari 2008 in werking getreden en geldt tot 1 januari 2012. De regeling is bedoeld om de organisatie van het interklinisch transport van intensive care patiënten door middel van een Mobile Intensive Care Unit (MICU) vorm te geven. Een RAV mag dit vervoer alleen uitvoeren met een vergunning van het ministerie van VWS op basis van de Wet op Bijzondere Medische Verrichtingen.

In 2008 zijn zeven MICU-regio's aangewezen, verbonden aan zes universitaire centra. Het ministerie gaat er vanuit dat met deze zeven regio's op kwalitatief verantwoorde wijze aan de zorgvraag voldaan kan worden.

In 2010 hadden de volgende RAV-en/regio's een MICU-vergunning (verbonden aan het universitair centrum): Groningen en IJsselland (Groningen), Gelderland Zuid (Nijmegen), Utrecht (Utrecht), Amsterdam (Amsterdam), Rotterdam-Rijnmond (Rotterdam) en Limburg Zuid (Maastricht).

Sinds 2009 zijn alle zeven MICU-regio's actief, in 2008 waren dit er nog slechts drie. In 2010 zijn 1.707 MICU-inzetten uitgevoerd.

tabel 3.1.10: aantal MICU-inzetten door MICU-regio's

	2010	2009	2008
Groningen	126	134	0
IJsselland	109	100	0
Gelderland Zuid	271	227	146
Utrecht	143	86	0
Amsterdam/Waterland	366	449	377
Rotterdam-Rijnmond	537	623	213
Zuid Limburg	155	91	0
totaal	1.707	1.710	1.036

Het aantal MICU-inzetten in 2010 is vergelijkbaar met het aantal in 2009. Regio's geven aan dat er minder vaak behoefte lijkt te bestaan bij IC-afdelingen om patiënten over te plaatsen. Daarnaast komt het ook geregeld voor dat intensive care afdelingen IC-patiënten laten vervoeren en overplaatsen met reguliere ambulances.

3.2 declarabele en overige inzetten

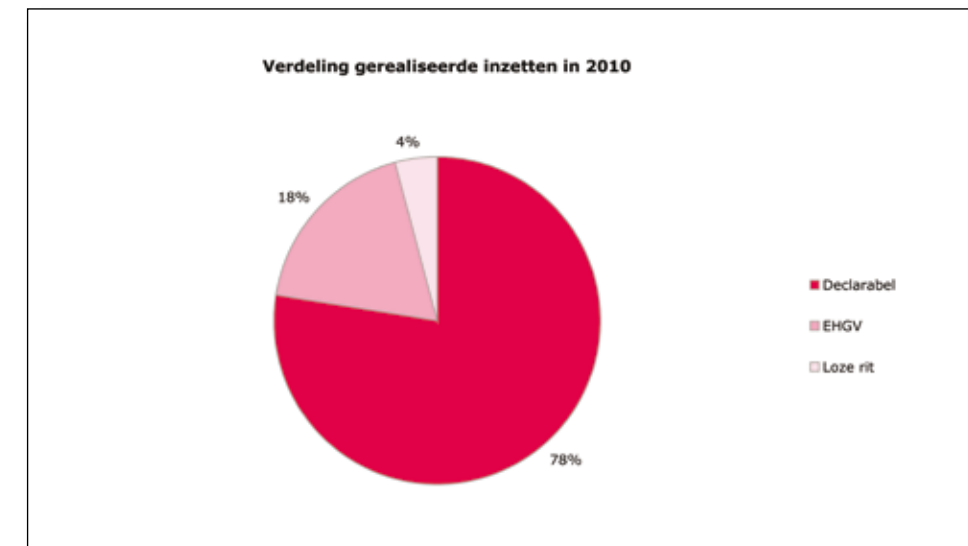
De ambulance-inzetten kunnen onderverdeeld worden naar urgentie zoals in §3.1 is gedaan, maar ook beschreven worden naar aard van de inzet. Dit betekent een onderscheid in declarabele inzetten, inzetten waarbij ter plaatse eerste hulp is verleend (EHGV) maar de patiënt niet is vervoerd en loze inzetten.

Het totaal aantal (declarabele + EHGV + loze) inzetten komt overeen met het totaal aantal (A1 + A2 + B) inzetten.

3.2.1 overall beeld aantal inzetten

In 2010 zijn ambulances in Nederland 1.061.268 keer ingezet.

grafiek 3.2.1: verdeling gerealiseerde inzetten in 2010



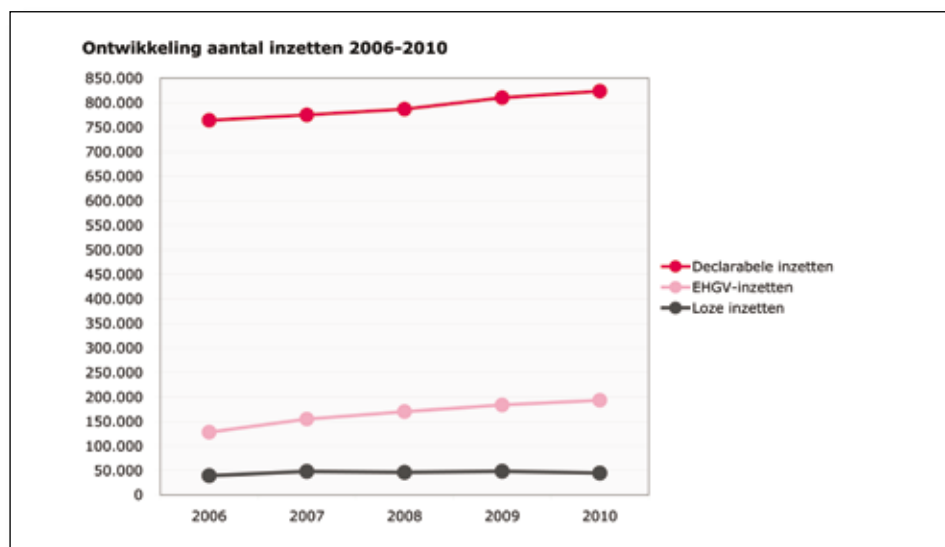
tabel 3.2.1: volume spoedeisende en planbare ambulancezorg

	2010	2009	2008
declarabele inzetten	823.333	810.015	786.667
EHGV-inzetten	193.178	183.571	169.997
loze inzetten	44.757	48.380	46.053
totaal	1.061.268	1.041.966	1.003.050

Het volume ambulancezorg neemt ieder jaar gestaag toe.

Er is sprake van een absolute groei van 931.478 inzetten in 2006 tot 1.061.268 inzetten in 2010, dit is een groei van 13,9%. De groei bedroeg deze periode gemiddeld 3,5% per jaar.

grafiek 3.2.2: ontwikkeling declarabele, EHGv- en loze inzetten 2006-2010



Uit onderstaande tabel blijken de verschillen in aard van inzet per regio.

- in kolom 4 staat het totaal van de regio
- in kolom 5 is het regionale aandeel in het landelijke totaal weergegeven
- in kolom 6 en 7 staan de landelijke totalen over 2009 en 2008

tabel 3.2.2: aantallen inzetten per regio

	2010			2009	2008		
	aantal declarabele-inzetten	aantal EHGv-inzetten	aantal loze inzetten	totaal regionaal %	totaal totaal		
Groningen	37.694	5.929	2.392	46.015	4,34	44.157	43.614
Friesland	32.058	5.946	1.676	39.680	3,74	38.439	36.985
Drenthe	26.176	6.339	936	33.451	3,15	32.385	32.466
IJsselland	26.126	5.269	1.177	32.572	3,07	31.636	32.258
Twente	26.374	5.518	56	31.948	3,01	31.583	31.044
Noordoost Gelderland	33.742	6.587	1.456	41.785	3,94	39.923	39.476
Midden Gelderland	27.585	6.605	35	34.225	3,23	32.516	33.156
Gelderland Zuid	24.165	6.010	2.134	32.309	3,04	31.809	31.223
Utrecht	58.961	19.018	7.173	85.152	8,02	87.333	81.287
Noord-Holland Noord	26.740	6.047	674	33.461	3,15	35.273	31.872
Amsterdam/Waterland	80.214	18.558	2.700	101.472	9,56	100.831	95.744
Kennemerland	28.674	7.831	1.419	37.924	3,57	38.094	35.778
Gooi- en Vechtstreek	11.903	2.999	678	15.580	1,47	15.832	14.642
Haaglanden	49.397	14.023	918	64.338	6,06	64.828	65.256
Hollands Midden	36.559	8.986	1.984	47.529	4,48	47.467	45.328
Rotterdam-Rijnmond	75.762	17.175	4.744	97.681	9,21	93.579	89.447
Zuid-Holland Zuid	23.399	5.055	1.605	30.059	2,83	28.638	27.395
Zeeland	18.153	3.853	1.036	23.042	2,17	22.887	21.648
Midden- en West Brabant	49.961	10.991	3.274	64.226	6,05	60.879	57.253
Brabant-Noord	25.852	5.883	1.779	33.514	3,16	32.320	30.697
Brabant-Zuidoost	30.173	7.799	3.029	41.001	3,86	38.967	38.135
Noord- en Midden Limburg	22.708	4.809	1.593	29.110	2,74	27.486	26.447
Zuid Limburg	36.044	7.010	1.256	44.310	4,18	44.539	41.991
Flevoland	14.913	4.938	1.033	20.884	1,97	20.565	19.908
totaal 2010	823.333	193.178	44.757	1.061.268	100%		
<i>totaal 2009</i>	<i>810.015</i>	<i>183.571</i>	<i>48.380</i>	<i>1.041.966</i>		<i>1.041.966</i>	
<i>totaal 2008</i>	<i>786.667</i>	<i>169.997</i>	<i>46.053</i>	<i>1.003.050</i>			<i>1.003.050</i>

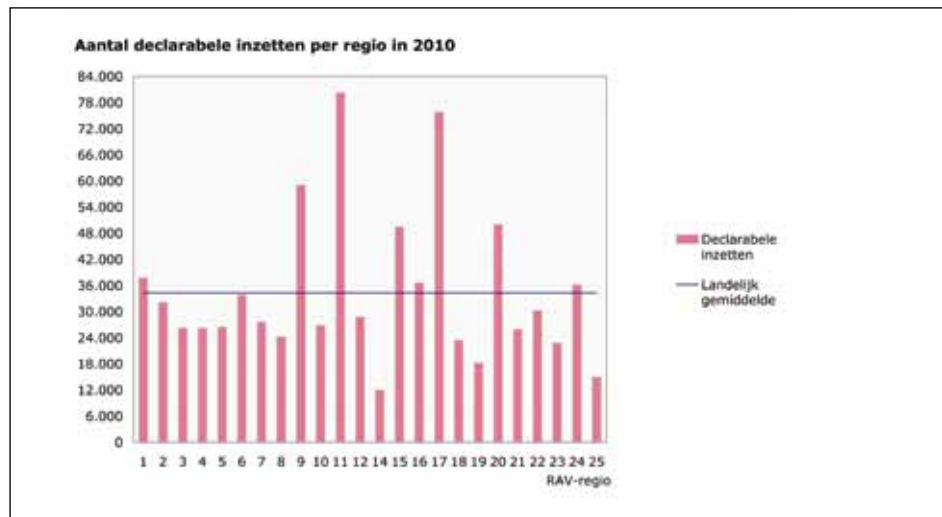
3.2.2 declarabele inzetten

Inzetten worden met A1-, A2- of B-urgentie door de centralist van de meldkamer ambulancezorg naar een patiënt gestuurd. Indien het ambulanceteam een patiënt aantreft, deze behandelt en vervoert naar bijvoorbeeld een zorginstelling, is er sprake van een declarabele inzet.

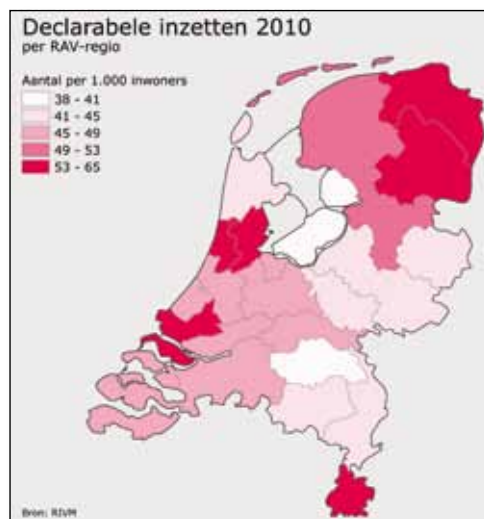
In 2010 zijn in Nederland 823.333 declarabele inzetten uitgevoerd.

Dit is een stijging met 13.318 declarabele inzetten ten opzichte van 2009. Het aantal declarabele inzetten is sinds 2006 met 7,8% gestegen, dit is gemiddeld 1,9% per jaar (een en ander is visueel weergegeven in grafiek 3.2.2. op pagina 76).

grafiek 3.2.3: aantal declarabele inzetten per regio in 2010



kaart 3.2.1: aantal declarabele inzetten per regio per 1.000 inwoners in 2010



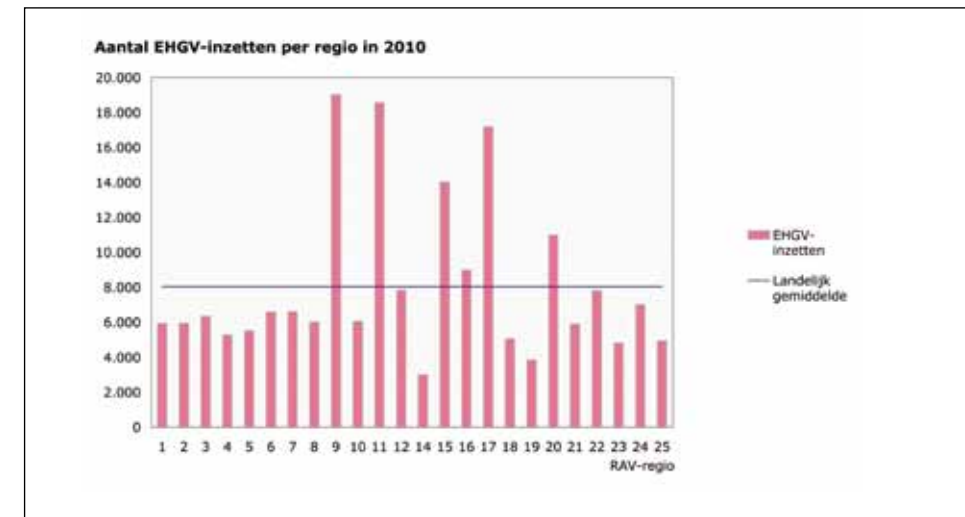
3.2.3 EHGv-inzetten

Een EHGv-inzet (Eerste Hulp Geen Vervoer) is de inzet van een ambulance met de intentie tot hulpverlening en/of vervoer van een patiënt. Ter plaatse, na diagnosestelling door de ambulanceverpleegkundige, blijkt echter dat (de noodzaak tot) vervoer van de patiënt niet noodzakelijk is.

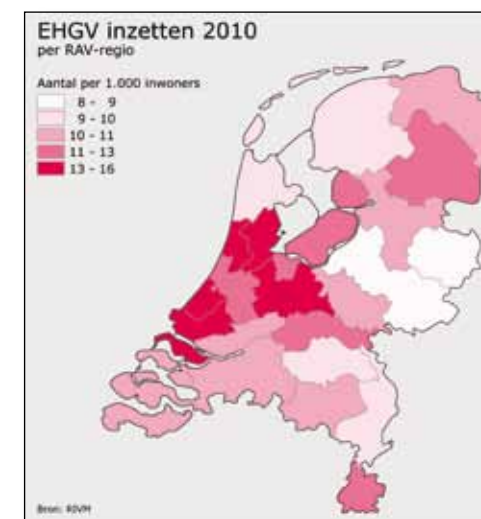
Er is bij een EHGv-inzet altijd sprake van zorgverlening aan een patiënt: eerste hulp, geen vervoer. Ook wanneer de patiënt behandeling weigert of als de patiënt reeds overleden zou worden aangetroffen, is er sprake van een EHGv-inzet.

In 2010 zijn in Nederland 193.178 EHGv-inzetten uitgevoerd. Dit is een stijging met 9.637 EHGv-inzetten ten opzichte van 2009. Het aantal EHGv-inzetten is sinds 2006 met 50,7% gestegen, dit is gemiddeld 2,7% per jaar (een en ander is visueel weergegeven in grafiek 3.2.2. op pagina 76).

grafiek 3.2.4: aantal EHGv-inzetten per regio in 2010



kaart 3.2.2: aantal EHGv-inzetten per regio per 1.000 inwoners in 2010



3.2.4 loze inzetten

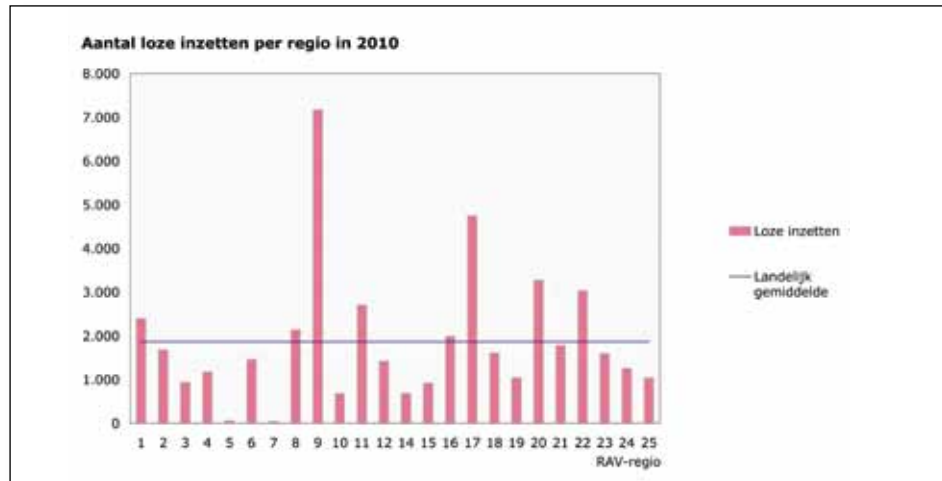
Het kan voorkomen dat er geen patiënt wordt aangetroffen, of dat de patiënt nog niet gereed is voor vervoer. In deze gevallen is er sprake van een loze inzet. Een loze inzet blijkt pas een loze inzet te zijn op het moment dat de ambulance is gearriveerd op de locatie waar de patiënt zou moeten zijn.

Een loze inzet wordt, evenals een EHGv-inzet, uitgevoerd met de intentie tot hulpverlening en/of vervoer. Ter plaatse blijkt echter de noodzaak tot geen van beide (nog) aanwezig te zijn.

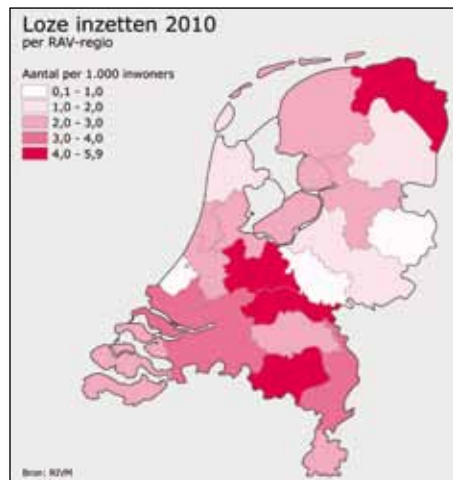
In 2010 zijn ook inzetten die worden afgebroken, geregistreerd als loze inzet.

In 2010 zijn in Nederland 44.757 loze inzetten uitgevoerd. Dit is een daling met 5.161 loze inzetten ten opzichte van 2009. Het aantal loze inzetten is sinds 2006 met 13,1% gestegen, dit is gemiddeld 3,3% per jaar (een en ander is visueel weergegeven in grafiek 3.2.2. op pagina 76).

grafiek 3.2.5: aantal loze inzetten per regio in 2010



kaart 3.2.3: aantal loze inzetten per regio per 1.000 inwoners in 2010



3.2.5 productieafspraken

Ambulanceorganisaties maken afspraken met de zorgverzekeraar over onder andere het aantal declarabele inzetten, het aantal EHGv-inzetten en het aantal kilometers dat zij verwachten in het komende jaar te zullen rijden. Het budget van de organisatie is gebaseerd op deze productieafspraken.

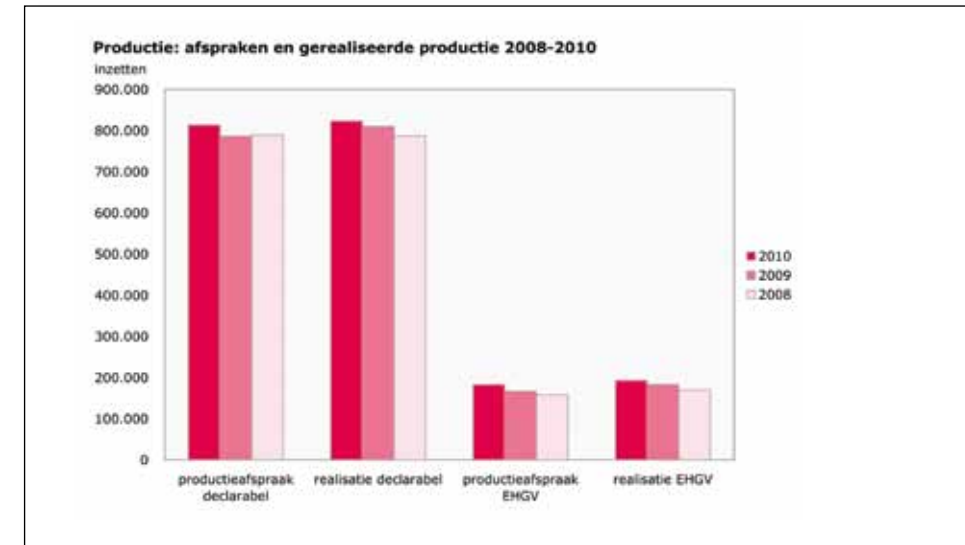
In 2008 heeft de minister van VWS een geactualiseerde versie van het landelijk referentiekader Spreiding & Beschikbaarheid vastgesteld. Voor 2009 zijn extra middelen beschikbaar gesteld ten behoeve van de financiële vertaling van het referentiekader, in combinatie met een bevrozing van de productieafspraken over 2009.

Tabel 3.2.3 geeft de ontwikkeling van de productieafspraken in de afgelopen jaren weer, aangevuld met de daadwerkelijke realisatie zoals deze blijkt uit de door het RIVM berekende gegevens. Uit tabel 3.2.4a blijken de verschillen tussen de productieafspraken 2008 en 2009 redelijk marginaal te zijn, dit is een gevolg van de afgesproken bevrozing.

tabel 3.2.3: productieafspraken en realisatie

	2010		2009		2008	
	afpraak	realisatie	afpraak	realisatie	afpraak	realisatie
declarabele inzetten	832.572	823.333	786.183	810.015	789.610	786.667
EHGv-inzetten	186.183	193.178	166.653	183.571	157.857	169.997

grafiek 3.2.6: productie: afspraken en gerealiseerde productie



tabel 3.2.4a: regionale productieafspraken en realisatie: declarabele en EGHV-inzetten

	afgesproken declarabele inzetten			afgesproken EGHV-inzetten		
	2010	2009	2008	2010	2009	2008
Groningen	37.054	35.317	42.048	6.260	6.331	5.552
Friesland	32.402	30.489	29.360	5.691	4.963	4.713
Drenthe	26.323	25.761	24.632	6.101	5.477	4.871
IJsselland	27.334	26.000	26.200	5.100	4.000	3.800
Twente	26.708	25.241	24.600	5.492	5.080	5.400
Noordoost Gelderland	34.455	33.900	33.650	6.081	4.684	4.685
Midden Gelderland	27.084	25.236	24.000	6.776	5.612	4.500
Gelderland Zuid	23.578	23.992	23.246	5.997	5.386	4.740
Utrecht	62.094	57.302	57.500	18.648	17.490	16.500
Noord-Holland Noord	28.344	25.636	25.941	6.900	6.272	5.945
Amsterdam/Waterland	77.541	74.470	79.600	17.789	17.084	17.513
Kennemerland	30.400	27.801	27.770	8.436	7.913	7.317
Gooi- en Vechtstreek	12.170	11.042	11.000	3.386	2.745	2.700
Haaglanden	50.495	48.682	48.116	12.524	10.818	11.595
Hollands Midden	39.072	36.000	36.000	9.391	8.455	8.455
Rotterdam-Rijnmond	75.762	70.613	70.484	17.175	14.151	12.342
Zuid-Holland Zuid	23.750	21.356	20.917	4.447	4.271	4.183
Zeeland	18.906	17.938	17.600	3.517	2.836	2.755
Midden- en West Brabant	49.011	45.962	45.962	8.857	7.300	7.300
Brabant-Noord	25.767	24.018	24.018	4.875	4.028	4.028
Brabant-Zuidoost	30.707	28.573	28.116	7.170	6.672	5.773
Noord- en Midden Limburg	22.255	21.317	21.140	4.250	4.099	3.020
Zuid Limburg	36.380	35.247	33.000	6.800	6.776	6.000
Flevoland	14.980	14.290	14.710	4.520	4.210	4.170
totaal	832.572	786.183	789.610	186.183	166.653	157.857
<i>gerealiseerd</i>	<i>823.333</i>	<i>810.015</i>	<i>786.667</i>	<i>193.178</i>	<i>48.380</i>	<i>169.997</i>

tabel 3.2.4b: regionale productieafspraken en realisatie: kilometers

	afgesproken kilometers		
	2010	2009	2008
Groningen	1.694.170	1.750.306	1.640.000
Friesland	1.898.954	1.741.860	1.698.660
Drenthe	1.546.000	1.490.000	1.400.000
IJsselland	1.470.000	1.450.000	1.400.000
Twente	1.270.000	1.180.000	1.200.000
Noordoost Gelderland	1.689.364	1.581.000	1.581.000
Midden Gelderland	1.169.245	1.054.000	960.000
Gelderland Zuid	1.100.000	1.017.897	1.036.500
Utrecht	2.886.039	2.659.905	2.450.000
Noord-Holland Noord	1.562.699	1.394.447	1.354.000
Amsterdam/Waterland	2.646.769	2.615.931	2.684.000
Kennemerland	1.085.000	1.026.269	892.000
Gooi- en Vechtstreek	387.498	357.139	340.000
Haaglanden	1.270.053	1.067.200	1.067.220
Hollands Midden	1.400.000	1.307.700	1.307.700
Rotterdam-Rijnmond	2.726.620	2.609.275	2.609.275
Zuid-Holland Zuid	999.400	843.908	775.000
Zeeland	1.268.000	1.251.658	1.260.899
Midden- en West Brabant	1.943.926	1.852.119	1.852.119
Brabant-Noord	114.856	1.113.406	1.113.406
Brabant-Zuidoost	1.176.000	1.083.000	1.064.000
Noord- en Midden Limburg	1.263.100	1.227.965	1.243.100
Zuid Limburg	1.050.000	1.047.088	1.045.000
Flevoland	860.000	796.027	796.027
totaal	34.477.639	33.518.100	32.769.906

3.3 ambulancezorg vanuit medisch perspectief

Sinds 2008 registreert de sector ambulancezorg op landelijk niveau een beperkt aantal medische gegevens. Het doel hiervan is om op transparante en eenduidige wijze inzicht te geven in de medisch-inhoudelijke processen binnen de ambulancezorg. Het is momenteel evenwel niet mogelijk om veel verder te gaan dan inzicht te geven in aantallen, zoals hoeveel patiënten en hoeveel handelingen. De sector werkt aan de ontwikkeling van prestatie-indicatoren, aan de hand waarvan in de toekomst inzicht geboden kan worden in de resultaten van de geboden ambulancezorg.

De informatie is nog niet compleet. Nog niet alle registratiesystemen zijn volledig afgestemd op de vastgestelde gegevensset, die nog steeds in ontwikkeling is. Over 2010 hebben 22 regio's informatie aangeboden, zij het in een enkel geval met betrekking tot een deel van de gevraagde gegevens.

3.3.1 de patiënten

Alle 22 regio's hebben in 2010 het geslacht van de behandelde patiënten geregistreerd: 55% was man en 45% was vrouw (51% man en 49% vrouw in 2009).

In 2009 hebben de 22 regio's ook de leeftijd van de patiënten geregistreerd. Er kunnen grofweg vier leeftijdscategorieën onderscheiden worden: pasgeborenen (tot en met 30 dagen), zuigelingen, (van 1 maand tot 1 jaar), kinderen (van 1 jaar tot 16 jaar), volwassenen (van 16 tot en met 74 jaar) en ouderen (75 jaar en ouder).

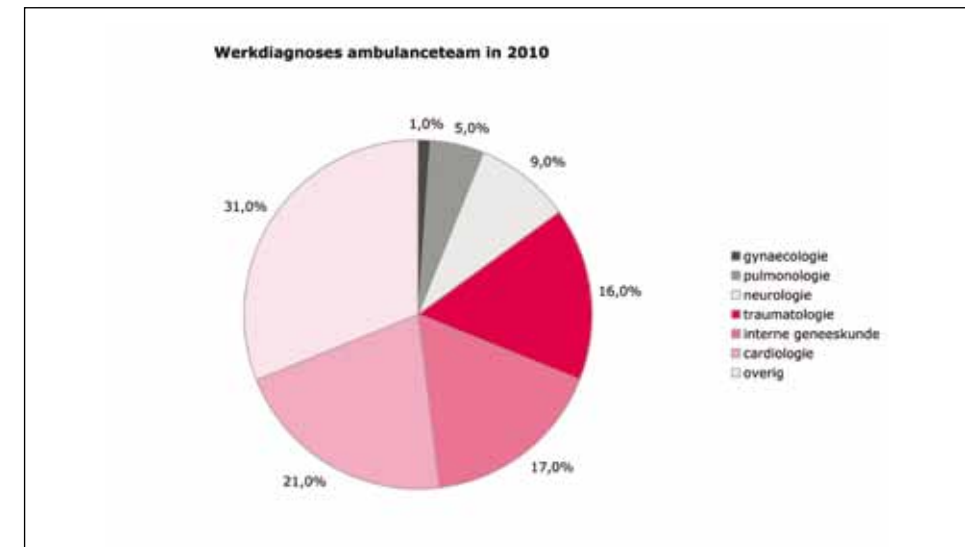
Het onderscheid in deze leeftijdsgroepen is relevant, aangezien per groep de benodigde zorg verschilt. Voor de behandeling en zorg aan kinderen zijn aparte protocollen ontwikkeld en vooral in de traumatologie zijn er voor ouderen accentverschillen in de te bieden zorg. Minder dan 1% van de in 2010 behandelde en geregistreerde patiënten was, evenals in de voorgaande jaren, pasgeborene of zuigeling. Voorts was 6% kind (5% in 2009), 57% was volwassene (60% in 2009) en 36% was ouder dan 75 jaar (34% in 2009).

3.3.2 de door het ambulanceteam gestelde werkdiagnoses

De sector heeft een zestal medische specialismen aangewezen. Voor iedere patiënt is bepaald bij welk specialisme het geconstateerde ziektebeeld, conform de werkdiagnose door de ambulanceverpleegkundige, ondergebracht dient te worden. De volgende medisch specialismen worden onderscheiden: traumatologie/heelkunde, interne geneeskunde, pulmonologie, cardiologie, neurologie en gynaecologie/obstetrie.

Van 21 regio's is informatie ontvangen over de door het ambulanceteam geconstateerde werkdiagnose. Meest voorkomend zijn de cardiologische ziektebeelden (21% in 2009 20%), ziektebeelden passend bij interne geneeskunde (17%, in 2009 18%) en traumatologie/heelkunde (16%, in 2009 13%). In mindere mate komen werkdiagnoses door de ambulanceverpleegkundige voor passend bij neurologie (9%, in 2009 9%), pulmonologie (5%, in 2009 6%) en gynaecologie (1%, in 2009 1%). (Voor een toelichting: zie bijlage 3)

grafiek 3.3.1: werkdiagnoses ambulanceteam, ondergebracht binnen specialismen in 2010



Uit bovenstaande grafiek blijkt dat in 30% van de gevallen (33% in 2009) is aangegeven dat er sprake is van een ander medisch specialisme. Hierbij kan gedacht worden aan kinderen, maar ook aan psychiatrische patiënten, patiënten die met spoed naar een ander ziekenhuis worden overgeplaatst en patiënten waarbij het niet (goed) mogelijk is ter plaatse een werkdiagnose te stellen.

3.3.3 de uitgevoerde (voorbehouden) handelingen

De ambulanceverpleegkundige voert zijn of haar werk uit aan de hand van een landelijk protocol ambulancezorg, aangevuld met regionale protocollen. In dit protocol is gestructureerd omschreven welke handelingen wanneer uitgevoerd moeten worden en bijvoorbeeld ook welke medicatie in welke dosering wanneer toegediend mag worden.

Op grond van de Wet BIG zijn er handelingen die alleen zelfstandig door artsen of verloskundigen uitgevoerd mogen worden c.q. door een verpleegkundige in opdracht van een arts, de zogenaamde voorbehouden handelingen. De medisch manager ambulancezorg verleent formeel deze opdracht, middels protocollen, aan de ambulanceverpleegkundige.

Ambulanceverpleegkundigen zijn hiermee bevoegd om op basis van een toestandbeeld aan de hand van een protocol een behandeling te starten op straat of in de ambulance uit te voeren, zonder dat hier direct een arts bij aanwezig is of geconsulteerd wordt.

Het medisch management van de ambulanceorganisatie bepaalt in overleg met de ambulanceverpleegkundige onder welke voorwaarden hij/zij bevoegd is tot het uitvoeren van de voorbehouden handelingen.

Het medisch management is er, naast de ambulanceverpleegkundige, tevens voor verantwoordelijk dat de ambulanceverpleegkundige in de gelegenheid wordt gesteld deze handelingen ook in voldoende mate uit te voeren en te oefenen. De registratie hiervan borgt de bekwaamheid tot het uitvoeren van de voorbehouden handelingen.

Naast de voorbehouden handelingen zijn er ook risicovolle handelingen die door de verpleegkundige moeten worden uitgevoerd c.q. onder hun verantwoordelijkheid vallen.

In Nederland wordt door het ambulanceteam gewerkt conform de ABCD-methode. Dit houdt in dat er gestructureerd onderzoek wordt uitgevoerd naar de gezondheidsproblemen van de patiënt. Binnen deze methodiek wordt een vaste volgorde aangehouden, naar belangrijkheid van de problemen (*voor een toelichting zie bijlage 3*).

De in 2010 geregistreeerde (voorbehouden) handelingen die in dit sectorrapport worden beschreven, hebben betrekking op de vrije luchtweg, de ademhaling en de circulatie van patiënten.

(voorbehouden) handelingen met betrekking tot vrije luchtweg en ademhaling

Met betrekking tot de vrije luchtweg en ademhaling zijn zowel voorbehouden als niet voorbehouden handelingen geregistreerd, om ook inzicht te kunnen geven in hoe vaak het ambulanceteam aandacht aan airway management heeft moeten besteden.

Van 22 regio's is deze informatie ontvangen; in 2010 zijn door deze 22 regio's 188.481 handelingen geregistreerd met betrekking tot de ademhaling.

In ruim 3% van de gevallen was er sprake van voorbehouden handelingen met betrekking tot airway management. Dit waren vooral endotracheale intubaties en in veel mindere mate coniotomieën (*voor een toelichting zie bijlage 3*).

Het grootste deel hiervan betrof risicovolle handelingen, zoals het toedienen van zuurstof in bijna 90% van de gevallen, maar ook het aanbrengen van mayotubes en masker-ballon beademingen.

(voorbehouden) handelingen met betrekking tot de circulatie

De sectoraal geregistreeerde voorbehouden handelingen met betrekking tot de circulatie hebben betrekking op het plaatsen van infusen. In de landelijke registratieset wordt onderscheid gemaakt tussen intraveneuze naalden en intraossale naalden. Dit is echter geen uitputtend overzicht (*voor een toelichting: zie bijlage 3*). Daarnaast worden ook intramusculaire injecties geregistreerd.

Er zijn in 2009 in 22 regio's bijna 214.000 intraveneuze infusen geregistreerd. Intraossale naalden, aangebracht door het ambulanceteam, worden gebruikt als een intraveneuze toegang niet lukt. In verschillende regio's worden intraossale naalden standaard gebruikt bij reanimaties.

Het toedienen van intramusculaire injecties komt zelden voor binnen de ambulancezorg.

(voorbehouden) handelingen met betrekking tot cardiologie

reanimatie

In 2007 heeft de ambulancesector er voor gekozen om de Utstein standaard toe te voegen aan de landelijk te registreren sectorale medisch-inhoudelijke informatie. De Utstein standaard is een wereldwijd ontwikkeld format, aan de hand waarvan kerngegevens over het proces en de resultaten van reanimaties geregistreerd kunnen worden.

Overigens wordt de Utstein standaard binnen de ambulancezorg nog niet volledig geregistreerd, maar is voorlopig gekozen voor de registratie van een aantal in het oog springende items voor de ambulancezorg. Het doel van de registratie van deze gegevens is om in de toekomst uitspraken te kunnen gaan doen over de bijdrage van ambulancezorg aan de totale keten van overleving bij hartstilstand buiten het ziekenhuis.

Het is dan wel noodzakelijk dat het gehele format wordt geregistreerd.

Wetenschappelijk is onderbouwd dat er een relatie bestaat tussen enerzijds de samenhang van de factoren tijd, het moment waarop na de hartstilstand gestart wordt met hartmassage, de al dan niet aanwezigheid van omstanders, toepassing van een AED en het initiële hartritme en anderzijds de overlevingskansen van een patiënt.

In 2010 zijn vier regio's in staat gebleken om alle gevraagde gegevens met betrekking tot de Utstein standaard aan te leveren, in totaal twintig regio's konden deze informatie op een of meer aspecten aanleveren. Deze 20 regio's hebben in 2010 6.498 reanimaties geregistreerd. Reanimatie is volgens de definitie van de Nederlandse Reanimatie Raad het geheel van inspanningen gericht op het herstel van circulatie en ademhaling. Over het algemeen gaat het hier om een combinatie van beademing met hartmassage.

De vier regio's die de voor de ambulancezorg gekozen aspecten van de Utstein template hebben geregistreerd, hebben 1.393 patiënten behandeld met een acute hartstilstand. Zij zijn allen gereanimeerd. 316 van deze patiënten met een acute hartstilstand zijn door first responders met een automatische externe defibrillator (AED) behandeld. Defibrilleren houdt in dat er elektroshocks worden toegediend, bijvoorbeeld met een AED, met het doel het hartritme te herstellen. Bij minder dan de helft van deze patiënten was het eerste ritme defibrilleerbaar, dit houdt in dat de hartritmestoornis op deze manier behandeld kon worden. Bij de overige patiënten was dit niet het geval en kon het hartritme niet middels defibrillatie hersteld worden. Dit verslechtert de overlevingskansen aanzienlijk.

overige cardiologische handelingen

Naast reanimatie en de delen van de Utstein template hebben 22 regio's overige cardiologische voorbehouden handelingen geregistreerd. Er zijn door deze 22 regio's bijna 500 uitgevoerde voorbehouden cardiologische handelingen geregistreerd, 44% hiervan waren cardioversies en ruim 56% waren transcutane pacebehandelingen (*voor een toelichting zie bijlage 3*).

(voorbehouden) handelingen met betrekking tot gynaecologie

Tenslotte is van ambulanceteams van twintig regio's in 2010 geregistreerd dat zij actief waren tijdens bijna 850 bevallingen. De inzet van het ambulanceteam varieert hierbij van uitsluitend vervoer van een vrouw die aan het bevallen is naar het ziekenhuis, tot daadwerkelijke assistentie bij een bevalling.

Ambulancezorg is ketenpartner

Ambulancezorg is partner in zowel de keten van acute zorg als de keten van openbare orde en veiligheid.

Partners waarmee de ambulancezorg in de keten van acute zorg samenwerkt zijn bijvoorbeeld huisartsen, verloskundigen en SEH-afdelingen van ziekenhuizen. Op het terrein van de acute zorg is de wet- en regelgeving vanuit het ministerie van VWS van belang.

Met betrekking tot de acute zorg gaat dit hoofdstuk in op de aanvullende voorzieningen op de ambulancezorg.

In de keten van openbare orde en veiligheid werkt de ambulancezorg samen met politie, brandweer en GHOR (Geneeskundige Hulpverleningsorganisatie in de Regio). Binnen deze keten is de regelgeving vanuit de ministeries van BZK en Veiligheid en Justitie van belang.

Met betrekking tot de openbare orde en veiligheid heeft dit hoofdstuk betrekking op een aantal grootschalige evenementen.

4.1 ambulancezorg, partner in de keten van acute zorg

Ambulanceorganisaties werken nauw samen met de partners in de acute zorgketen, zoals ziekenhuizen, traumacentra, huisartsenposten en verloskundigen.

Het ministerie van VWS streeft ernaar om op het terrein van de acute zorg dusdanige condities te scheppen, dat patiënten met een acute zorgbehoefte snel op de juiste plek de juiste zorg kunnen ontvangen. In de Wet Toelatingen Zorginstellingen (WTZi) en de bijbehorende beleidsregels is expliciet geregeld dat er binnen de acute zorg sprake moet zijn van goede samenwerking in de vorm van een regionale organisatie en regionale afspraken.

Een belangrijke partij in de keten van acute zorg is het Regionaal Overleg Acute Zorg (ROAZ). In het ROAZ maken de aanbieders van acute zorg in regionaal verband afspraken over een betere samenwerking. De kwaliteit van de acute keten wordt immers bepaald door de mate waarin zorgaanbieders met elkaar samenwerken, elkaar informeren en op de hoogte zijn van elkaars expertise en handelen. Het doel van het ROAZ is er voor te zorgen dat een patiënt zo snel mogelijk op de juiste plaats terecht komt wanneer hij acute zorg nodig heeft. Het ROAZ brengt daartoe het aanbod van acute zorg in de regio in beeld en bedenkt oplossingen voor eventuele knelpunten. Het ROAZ wordt geïnitieerd door de ziekenhuizen met een traumacentrum. Ziekenhuizen en de ambulancezorg in de betreffende regio zijn deelnemers aan het ROAZ en vaak ook huisartsenposten, instellingen voor geestelijke gezondheidszorg met een crisisfunctie en verloskundigen.

kaart 4.1.1: traumacentra in Nederland



Voor de ambulancesector is met de (tijdelijke) Wet Ambulancezorg specifieke wetgeving tot stand gekomen, die volledig in lijn is met de WTZi. Een RAV is een zorginstelling krachtens de WTZi.

4.1.1 aanvullend op ambulancezorg

Sinds 2008 worden gegevens geregistreerd met betrekking tot voorzieningen aanvullend op de reguliere ambulancezorg: het Mobiel Medisch Team (MMT) en first responders.

inzet Medisch Mobiel Team (MMT)

Voor aanvullende medische hulp in bijzondere situaties, zoals zeer ernstig gewonde patiënten of grootschalige ongevallen, kunnen zowel de meldkamer ambulancezorg (MKA) als het ambulanceteam een beroep doen op het Mobiel Medisch Team. Het MMT bestaat uit een speciaal opgeleide (trauma-)arts uit het ziekenhuis, een gespecialiseerde verpleegkundige, een Heli Landing Officer (verantwoordelijk voor het veilig opstijgen en landen van de helikopter) en een chauffeur of piloot. Het MMT levert ter plekke specialistische acute medische zorg aan patiënten. Het MMT is gekoppeld aan een van de elf traumacentra in Nederland.

Vier van deze centra beschikken over een traumahelikopter (Groningen, Nijmegen, Amsterdam en Rotterdam-Rijnmond). Het team van Nijmegen is 24 uur paraat en kan eventueel ook 's nachts vliegen. Rond de jaarwisseling hebben alle regio's een fiat gekregen voor het uitvoeren van nachtvluchten. Een en ander zal naar alle waarschijnlijkheid in de loop van 2011 volledig operationeel zijn. De overige zeven traumacentra hebben een MMT dat vanuit beschikbaarheidsdienst kan worden opgeroepen. Een deel van Nederland wordt afgedekt door buitenlandse helikopters: Zeeuws Vlaanderen en Walcheren door België (Brugge), Zuid Limburg en Twente door Duitsland (respectievelijk Würselen en Rheine). Patiënten op de Waddeneilanden (met uitzondering van Texel) worden vervoerd naar een ziekenhuis op het vasteland met een helikopter uit Leeuwarden van de Search and Rescue eenheid (SAR) van de Koninklijke Luchtmacht. Dit is geen traumahelikopter, omdat er geen trauma-arts beschikbaar is.

Uit de registratie over 2010 blijkt dat het MMT in 2010 door 22 regio's 7.218 keer is ingezet in aanvulling op de reguliere ambulancezorg, zowel grondgebonden als met de helikopter.

tabel 4.1.1: MMT-inzetten

	aantal inzetten MMT	door aantal regio's
2010	7.218	22
2009	5.906	21
2008	5.968	21

inzet first responder

Een first responder is een hulpverlener die eerder dan het ambulanceteam of de rapid responder ter plaatse kan zijn en in afwachting daarvan de hulpverlening kan starten. De first responder kan levensreddende handelingen verrichten en kan de behandeling opstarten, in afwachting van het ambulanceteam. De first responder is evenwel niet bevoegd om de patiënt zelfstandig te behandelen. De first responder is niet functioneel verbonden aan de ambulanceorganisatie, zoals de rapid responder dit wel is. De inzet van de first responder vindt wel plaats via de MKA en de first responder handelt onder verantwoordelijkheid van de ambulanceorganisatie.

Er zijn ook regio's waar gewerkt wordt met medewerkers van brandweer of politie, AED-hulpverleners of met lekenhulpverleners als first responders. Indien deze laatsten worden ingezet, beperkt de taak van de MKA zich tot alarmering. De inzet van de lekenhulpverlener valt niet onder de verantwoordelijkheid van de ambulanceorganisatie.

In 2010 is door 12 regio's een first responder ingezet, waarbij deze inzet ook als zodanig is geregistreerd. Zij hebben 2.782 keer een first responder ingezet.

tabel 4.1.2: inzetten first responder

	aantal inzetten first responder	door aantal regio's
2010	2.782	12
2009	1.898	11
2008	1.785	8

4.2 ambulancezorg, partner in de keten van openbare orde en veiligheid

RAV-en werken nauw samen met partners in de keten van openbare orde en veiligheid, zoals politie en brandweer. De samenwerking vindt zowel onder normale omstandigheden plaats, als ten tijde van grootschalige ongevallen en rampen. In het laatste geval liggen de coördinatie en eindverantwoordelijkheid in handen van de lokale overheid. De samenwerking verloopt voor de ambulancezorg in dat geval via de GHOR. De GHOR is op dat moment belast met de coördinatie van de geneeskundige diensten, de regie van de geneeskundige hulpverlening en met de advisering van overheden en andere organisaties op het gebied van geneeskundige hulpverlening. Wet- en regelgeving op het terrein van openbare orde en veiligheid is afkomstig van het ministerie van BZK.

4.2.1 ontwikkelingen met betrekking tot de meldkamer

In het regeerakkoord van het kabinet Rutte is opgenomen dat de minister van Veiligheid en Justitie wil komen tot één landelijke meldkamerorganisatie met drie locaties. Aangezien de meldkamer ambulancezorg in nagenoeg alle locaties gecoloeerd is in een gemeenschappelijke meldkamer met de meldkamers van brandweer en politie, heeft een en ander ook gevolgen voor de meldkamer ambulancezorg. Eind 2010 heeft een bestuursconferentie plaatsgevonden. Tijdens deze conferentie heeft de minister van V&J ruimte gegeven om tot eventueel meer locaties te komen. Een plan moet in 2011 gereed komen.

Voor de ambulancesector is een en ander aanleiding geweest om na te denken over de ambities van de sector met betrekking tot de meldkamer ambulancezorg. Vaststaat dat de meldkamer ambulancezorg integraal en onlosmakelijk onderdeel uitmaakt van de Regionale Ambulancevoorziening. Het ambulanceproces begint bij het aannemen van de melding binnen de meldkamer ambulancezorg en de meldkamer ambulancezorg speelt een belangrijke rol in zowel het begin van het proces als in de coördinatie en regie van de totale ambulance-inzet.

Naar verwachting zal medio 2011 meer bekend zijn over de landelijke ontwikkelingen rond de meldkamer en wat dit voor consequenties met zich meebrengt voor de meldkamer ambulancezorg.

4.2.2 registratie incidenten jaarwisseling

Al enkele jaren houdt het ministerie van BZK bij hoe de jaarwisseling verloopt. Er wordt informatie verzameld over onder meer onrust, vernieling en agressie jegens medewerkers met een publieke taak (zoals brandweer-, politie- en ambulancepersoneel).

Sinds de jaarwisseling 2008-2009 werkt de sector ambulancezorg hier aan mee: medewerkers die tijdens de jaarwisseling werken, houden bij hoeveel agressie-incidenten zich jegens ambulancemedewerkers voordoen. Ook geven zij aan wat de aard van het incident is (verbale agressie, fysieke agressie, etc.).

Over het algemeen kan gesteld worden dat de jaarwisselingen voor de ambulancezorg relatief rustig verlopen. Het is wel een drukke nacht dan gemiddeld, met veel inzetten die ook opvallend vaak vuurwerk- of alcoholgerelateerd zijn. Er worden wel agressie-incidenten gemeld tijdens de jaarwisseling, maar het gaat om 'slechts' enkele incidenten, waarbij vooral sprake is van verbale agressie.

Opgemerkt wordt dat er in de afgelopen jaren sprake is van een meer intensieve samenwerking met politie. In diverse regio's gaat de ambulance niet meer alleen naar een incident, maar wordt het ambulanceteam begeleid door een politie-eenheid.

4.2.3 landelijke grootschalige evenementen

Eén aspect van de GHOR-werkzaamheden door ambulanceorganisaties is de inzet van ambulances tijdens rampen en grootschalige incidenten. Naar aanleiding van een tweetal incidenten in 2009, waaronder de Poldercrash, is hier in 'Ambulances in-zicht 2009' uitvoerig aandacht aan besteed.

Een ander aspect is de aanwezigheid van ambulances tijdens diverse evenementen. Er zijn in Nederland ieder jaar verschillende grote evenementen met een landelijke uitstraling. Bij al deze evenementen zijn ambulances stand-by aanwezig, om indien noodzakelijk ingezet te kunnen worden. Voorbeelden hiervan zijn de TT in Assen, de Sneekweek, de Gay Parade in Amsterdam, Koninginnedagvieringen, wielerrondes en bevrijdingsfestivals.

Bijzondere evenementen in 2010 waren de huldiging van het Nederlands Elftal in juli en SAIL 2010 in augustus. Beide evenementen vonden plaats in Amsterdam.

In 2010 waren twee internationale evenementen in Nederland aanwezig: de Tour de France en de Giro d'Italia. De Giro d'Italia was drie dagen in Nederland en was aanwezig in de regio's Amsterdam, Haaglanden en Zeeland. De Tour de France heeft Nederland twee dagen aangedaan en heeft de regio's Rotterdam-Rijnmond en Zeeland doorkruist.

Vergelijkbaar is in 2009 de Vuelta, gestart in de RAV-regio Drenthe.

De regio's waren allen goed voorbereid op de evenementen. In grote lijnen kan gesteld worden dat een en ander goed verlopen is en er geen ambulance-inzetten zijn geweest die (direct) verband hielden met een van de evenementen.

Medewerkers in de ambulancezorg in 2010

De medewerkers zijn cruciaal voor het uitvoeren van verantwoorde en goede ambulancezorg. Dit hoofdstuk biedt inzicht in het aantal medewerkers in de ambulancezorg in 2010, de mobiliteit onder medewerkers en het ziekteverzuim. Ook is in dit hoofdstuk informatie opgenomen over incidenten van agressie en geweld jegens ambulancemedewerkers.

5.1 formatie

In 2010 waren er 5.209 medewerkers, verdeeld over 4.761 fte, werkzaam binnen de sector ambulancezorg. Het aantal medewerkers is met 166 gegroeid ten opzichte van 2009, er is hierbij sprake van een groei van 187 fte.

Het primaire proces van de ambulancezorg kent de volgende drie kernfuncties: ambulanceverpleegkundige, ambulancechauffeur en (verpleegkundig) centralist van de meldkamer ambulancezorg.

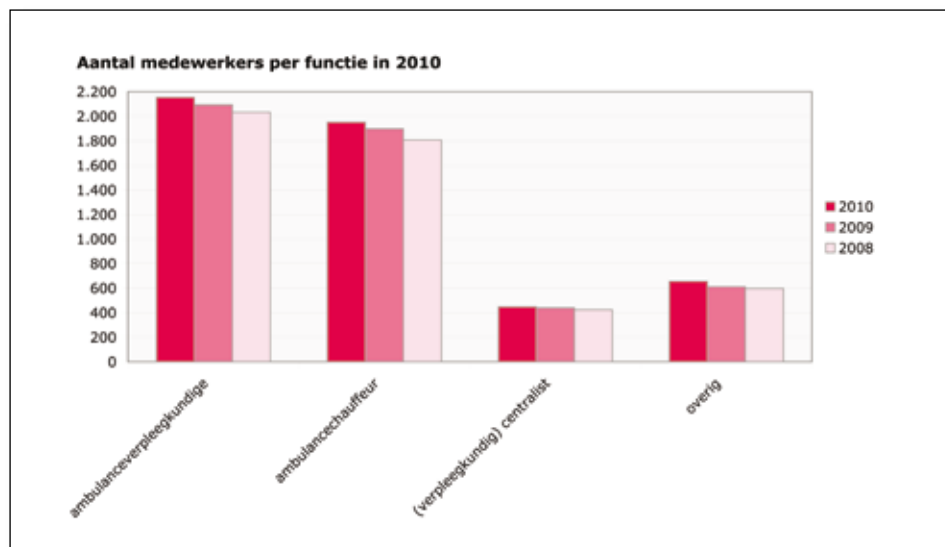
Van de 5.209 medewerkers in 2010 was 87,5% werkzaam in het primaire proces, dit zijn 4.553 medewerkers verdeeld over 4.183 fte.

De ambulancezorg kan hiermee een compacte sector genoemd worden. Er zijn veel gespecialiseerde medewerkers, direct gelieerd aan het primaire proces, werkzaam en er zijn relatief weinig staf- en overige medewerkers.

tabel 5.1.1: landelijke formatie aantallen medewerkers

	2010			2009			2008		
	man	vrouw	totaal	man	vrouw	totaal	man	vrouw	totaal
ambulanceverpleegkundige	1.432	721	2.153	1.429	664	2.093	1.427	607	2.034
ambulancechauffeur	1.729	223	1.952	1.685	213	1.898	1.635	173	1.808
MKA verpleegkundig centralist	142	245	387	146	243	389	138	233	371
MKA niet-verpleegkundig centralist	40	21	61	35	16	51	39	15	54
overig	390	266	656	365	247	612	358	240	598
totaal	3.733	1.476	5.209	3.660	1.383	5.043	3.597	1.268	4.865

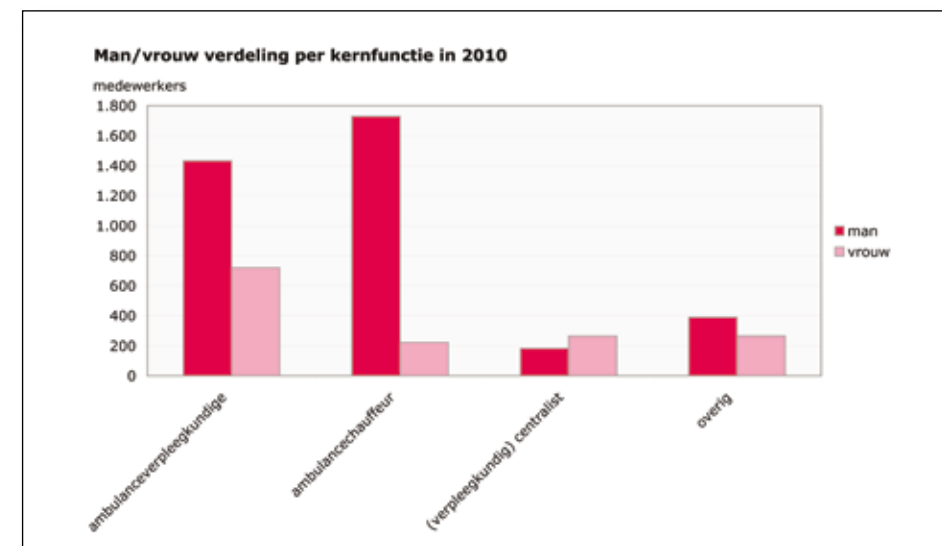
grafiek 5.1.1: aantal medewerkers per functie in 2010



Het aantal medewerkers is toegenomen van 4.575 in 2007 tot 5.209 in 2010, dit is een stijging van 14% (gemiddeld 4,7% per jaar). Deze toename heeft vooral plaatsgevonden binnen het primaire proces (13%, van 4.034 naar 4.553 medewerkers). Een en ander houdt verband met de toekenning en besteding van extra middelen ten behoeve van Spreiding & Beschikbaarheid in deze jaren. Ook de toename van het aantal standplaatsen leidt tot een zekere groei van de formatie.

Van oudsher zijn er in de ambulancesector gemiddeld driemaal zoveel mannen als vrouwen werkzaam, al is dit percentage geleidelijk aan het verschuiven van 75/25 naar 70/30. Een uitzondering wordt overigens gevormd door de functie van centralist.

grafiek 5.1.2: man-/vrouwverdeling per functie in 2010



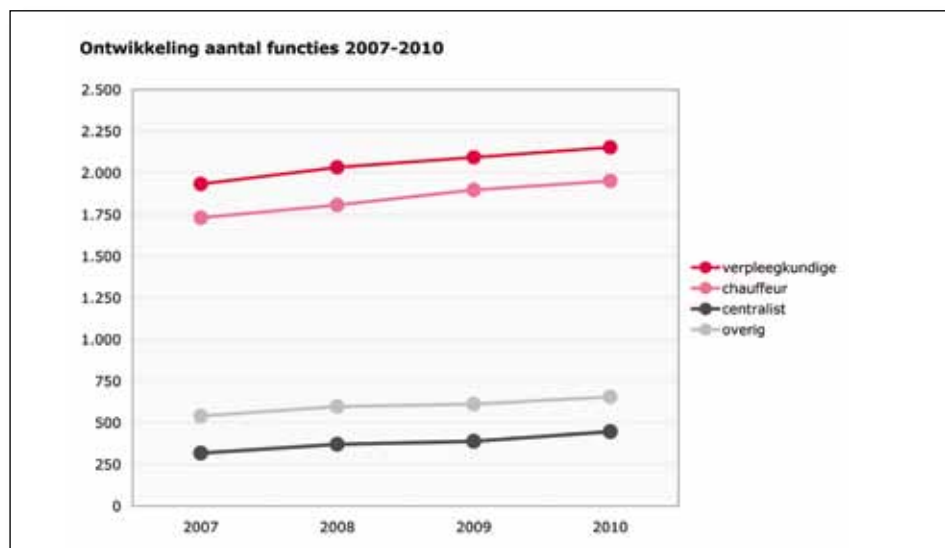
Vertaald naar full time equivalenten zag de formatie in de ambulancezorg er in 2010 als volgt uit:

tabel 5.1.2: landelijke formatie in full time equivalenten (fte)

	2010			2009			2008		
	man	vrouw	totaal	man	vrouw	totaal	man	vrouw	totaal
ambulanceverpleegkundige	1.329	596	1.925	1.349	550	1.899	1.323	508	1.831
ambulancechauffeur	1.628	244	1.872	1.591	181	1.772	1.549	146	1.695
MKA verpleegkundig centralist	131	199	330	135	193	337	135	187	312
MKA niet-verpleegkundig centralist	41	15	56	31	14	45	35	12	47
overig	363	215	578	347	182	528	323	179	502
totaal	3.492	1.269	4.761	3.453	1.118	4.572	3.355	1.032	4.387

De formatie binnen de ambulancezorg is toegenomen van 4.173 fte in 2007 tot 4.759 fte in 2010, dit is een stijging van ruim 14,5% (gemiddeld 4,8% per jaar). Ook voor de fte's geldt dat de toename vooral betrekking had op de functies in het primaire proces (een stijging van 12%, van 3.704 tot 4.181 fte).

grafiek 5.1.3: ontwikkeling fte's van 2007 tot en met 2010



De toename van de formatie in de afgelopen jaren heeft in ieder geval te maken met de extra middelen die de overheid in 2004, in 2005 en in 2009 ter beschikking heeft gesteld ter verbetering van de spreiding en beschikbaarheid van de ambulancezorg. Om de directe beschikbaarheid van ambulancezorg op diverse plekken te verbeteren, wordt meer ambulancezorg aangeboden.

tabel 5.1.3: regionale formatie in aantallen medewerkers in 2010

	AVP	ACH	MKA vpk centr.	MKA n-vpk centr.	overig	totaal	totaal 2009	totaal 2008
Groningen	110	103	16	2	26	257	259	246
Friesland	107	105	18	10	23	263	258	235
Drenthe	91	78	9	6	45	229	199	198
IJsselland	91	77	15	3	49	235	206	192
Twente	90	79	18	0	32	219	223	208
Noordoost Gelderland	95	88	15	2	27	227	220	212
Midden Gelderland	63	62	16	0	20	161	163	172
Gelderland Zuid	76	71	13	2	18	180	171	169
Utrecht	149	122	22	0	68	361	346	310
Noord-Holland Noord	86	78	29	0	17	210	192	187
Amsterdam/Waterland	163	156	26	3	62	410	378	395
Kennemerland	72	64	17	1	18	172	185	173
Gooi- en Vechtstreek	29	24	11	0	7	71	72	76
Haaglanden	104	92	23	0	39	258	254	242
Hollands Midden	89	77	8	14	29	217	215	213
Rotterdam-Rijnmond	155	138	14	7	38	352	365	329
Zuid-Holland Zuid	64	58	7	3	13	145	145	139
Zeeland	76	66	14	4	13	173	162	144
Midden- en West Brabant	114	104	19	2	19	258	249	252
Brabant-Noord	69	63	13	0	13	158	153	168
Brabant-Zuidoost	78	69	17	0	17	181	173	167
Noord- en Midden Limburg	67	61	15	0	41	184	175	164
Zuid Limburg	67	68	16	0	13	164	157	141
Flevoland	48	49	16	2	9	124	123	110
totaal 2010	2.153	1.952	387	61	656	5.209		
<i>totaal 2009</i>	<i>2.093</i>	<i>1.898</i>	<i>389</i>	<i>51</i>	<i>612</i>		<i>5.043</i>	
<i>totaal 2008</i>	<i>2.034</i>	<i>1.808</i>	<i>371</i>	<i>54</i>	<i>598</i>			<i>4.865</i>

Het aanbod ambulancezorg kent een steeds grotere variëteit (van fiets-, motor-, solo- en zorgambulance tot ambulanceboot). Dit heeft onder meer tot gevolg dat het aantal ambulanceverpleegkundigen en het aantal ambulancechauffeurs niet gelijk oploopt.

Er is ook een trend zichtbaar richting combinatiefuncties, waarbij een verpleegkundige zowel in de meldkamer als op de ambulance inzetbaar is. Dit is een verklaring voor de toename van het aantal verpleegkundig centralisten.

tabel 5.1.4: regionale formatie in fte medewerkers in 2010

	AVP	ACH	MKA vpk centr.	MKA n-vpk centr.	overig	totaal	totaal 2009	totaal 2008
Groningen	100	101	14	2	24	241	240	227
Friesland	96	98	13	8	21	235	238	251
Drenthe	85	78	7	5	41	216	188	187
IJsselland	80	73	11	3	37	204	186	174
Twente	71	73	14	0	27	185	195	178
Noordoost Gelderland	81	82	12	3	23	201	185	186
Midden Gelderland	56	46	13	0	17	132	128	137
Gelderland Zuid	68	66	11	2	16	163	159	156
Utrecht	133	116	18	0	62	329	317	285
Noord-Holland Noord	74	74	25	0	14	186	177	173
Amsterdam/Waterland	145	142	24	3	71	385	347	328
Kennemerland	63	108	15	1	14	201	163	154
Gooi- en Vechtstreek	27	23	7	0	7	64	65	65
Haaglanden	93	88	19	0	34	234	231	216
Hollands Midden	84	72	7	12	22	197	200	197
Rotterdam-Rijnmond	142	132	14	7	37	332	335	319
Zuid-Holland Zuid	54	50	7	3	12	126	132	121
Zeeland	69	62	14	4	11	160	149	128
Midden- en West Brabant	104	97	17	1	15	235	228	224
Brabant-Noord	61	57	12	0	10	141	136	141
Brabant-Zuidoost	71	68	15	0	10	164	162	156
Noord- en Midden Limburg	60	57	13	0	33	162	153	149
Zuid Limburg	62	62	13	0	12	150	144	127
Flevoland	47	47	14	2	9	119	114	108
totaal 2010	1.925	1.872	330	56	578	4.761		
<i>totaal 2009</i>	<i>1.899</i>	<i>1.772</i>	<i>372</i>	<i>45</i>	<i>528</i>		<i>4.572</i>	
<i>totaal 2008</i>	<i>1.831</i>	<i>1.694</i>	<i>312</i>	<i>47</i>	<i>502</i>			<i>4.386</i>

5.2 loopbaanmobiliteit

De mogelijkheden tot loopbaanmobiliteit zijn binnen de ambulancesector beperkt. De sector werkt hard aan het creëren van meer en nieuwe mogelijkheden door overleg met ketenpartners, in het bijzonder ziekenhuizen en huisartsen. Het doel hiervan is het creëren van kansen en mogelijkheden voor medewerkers op een stimulerend loopbaanpad.

In 2010 werden drie kernfuncties in het primaire proces onderscheiden. Functieverbreding en -verdieping waren tot dusver nauwelijks aan de orde. Op lokaal niveau vindt echter steeds meer productdifferentiatie plaats, wat leidt tot mogelijkheden voor functiedifferentiatie en daarmee tot het creëren van steeds meer loopbaanpaden binnen de sector ambulancezorg. Een en ander vindt plaats binnen de kaders van Verantwoorde Ambulancezorg en de nieuwe wetgeving.

landelijk gemiddelde in- en uitstroom

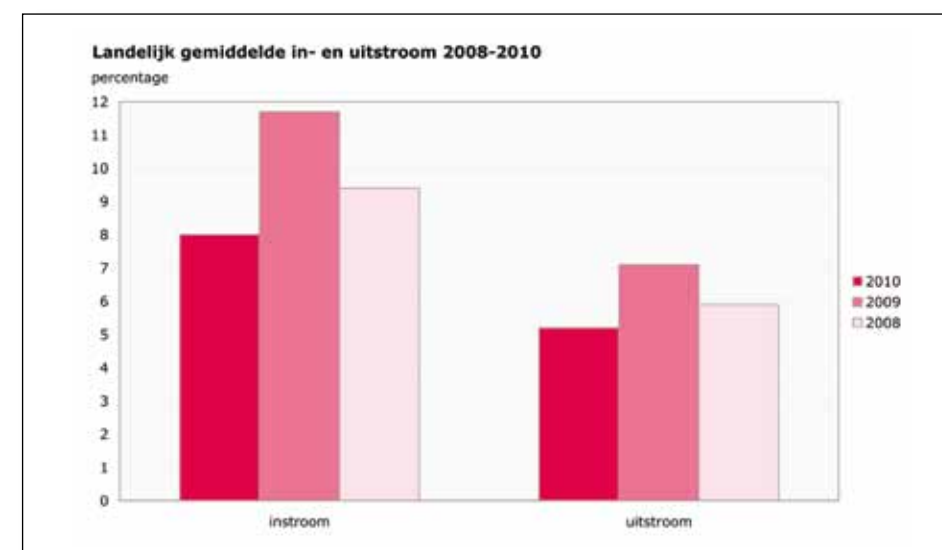
De landelijk gemiddelde in- en uitstroompercentages geven inzicht in de bewegingen binnen het personeelsbestand.

Het instroompercentage is weer aan het dalen ten opzichte van de voorgaande jaren. De gemiddelde instroom bedroeg in 2010 8,4% ten opzichte van 11,7% in 2009. Het landelijk gemiddelde instroompercentage heeft sinds 2006 gefluctueerd tussen 8,0% en 11,7%.

Het uitstroompercentage is eveneens gedaald ten opzichte van de voorgaande jaren. De gemiddelde uitstroom bedroeg 5,2% in 2010, ten opzichte van 7,1% in 2009. Het landelijk gemiddelde uitstroompercentage heeft sinds 2006 gefluctueerd tussen 5,2% en 7,1%.

De gemiddelde in- en uitstroompercentages liggen onder de landelijke gemiddelden in de zorg. In de komende jaren zal nader onderzoek moeten plaatsvinden om inzicht te krijgen in oorzaak en gevolg van de wijzigingen in de percentages.

grafiek 5.2.1: landelijk gemiddelde in- en uitstroom 2008 - 2010



In tabel 5.2.1 staan de regionale in- en uitstroompercentages van de afgelopen jaren. De regionale cijfers verschillen aanzienlijk. Dit kan onder meer te maken hebben met de overgangsregelingen voor oudere medewerkers in de sector. Deze omvatten afspraken waarbij het dienstverband doorloopt, terwijl men niet meer actief is.

tabel 5.2.1: regionale in- en uitstroompercentages

	2010		2009		2008	
	in %	uit %	in %	uit %	in %	uit %
Groningen	6,6	6,6	11,5	6,2	12,6	5,3
Friesland	6,8	2,9	5,6	3,1	4,9	3,0
Drenthe	14,0	6,0	8,0	1,4	7,6	7,1
IJsselland	7,4	3,2	8,1	3,1	5,2	4,0
Twente	4,9	2,3	8,6	1,5	2,9	2,4
Noordoost Gelderland	6,1	9,7	9,9	11,4	3,3	4,2
Midden Gelderland	7,1	3,8	17,3	6,3	4,1	3,5
Gelderland Zuid	8,9	3,9	6,4	5,3	16,6	7,1
Utrecht	11,8	7,7	17,6	7,3	14,8	10,3
Noord-Holland Noord	8,1	4,3	9,1	1,7	9,5	10,3
Amsterdam/Waterland	9,3	6,3	8,4	6,6	9,3	3,8
Kennemerland	5,0	4,5	10,2	3,2	11,7	3,7
Gooi- en Vechtstreek	9,4	10,9	8,0	11,1	14,5	13,2
Haaglanden	6,3	4,4	8,7	6,1	10,3	11,6
Hollands Midden	3,7	3,1	3,7	2,8	10,7	5,1
Rotterdam-Rijnmond	5,7	5,0	9,6	8,4	13,0	6,0
Zuid-Holland Zuid	5,5	2,8	13,3	8,8	5,9	3,7
Zeeland	12,5	7,8	14,7	10,1	7,6	3,5
Midden- en West Brabant	8,9	3,9	12,0	5,0	11,3	6,0
Brabant-Noord	12,5	7,0	11,2	7,5	10,2	7,5
Brabant-Zuidoost	7,7	4,8	10,5	5,5	11,2	3,4
Noord- en Midden Limburg	8,2	3,1	6,8	3,0	7,8	7,8
Zuid Limburg	6,6	3,6	13,0	1,9	5,0	3,0
Flevoland	10,5	8,9	17,9	5,7	7,3	5,5
landelijk gemiddelde	8,0	5,2	11,7	7,1	9,4	5,9

instroom in de kernfuncties

Op sectoraal niveau wordt informatie verzameld over de instroom van medewerkers in de kernfuncties.

In 2010 zijn 436 medewerkers in dienst van de ambulancesector getreden, in 2009 waren dit er ruim 500. 347 van hen zijn ingestroomd in een van de kernfuncties, in 2009 waren er 442 nieuwe medewerkers in de kernfuncties. Onderstaande tabel 5.2.2 geeft de verdeling van de nieuwe medewerkers in de kernfuncties in procenten weer.

tabel 5.2.2: instroom op de kernfuncties

	2010	2009	2008
ambulanceverpleegkundige	37%	53%	49%
ambulancechauffeur	35%	39%	39%
verpleegkundig centralist MKA	7%	7%	11%
niet-verpleegkundig centralist MKA	1%	1%	1%
totale instroom op kernfuncties	347	442	435

Sinds 2005 is het expliciet beleid van de ambulancesector om op de meldkamer ambulancezorg vrijwel uitsluitend verpleegkundig centralisten in dienst te hebben. Dit vertaalt zich in een steeds verder dalend aantal niet-verpleegkundig centralisten en een minimale instroom. Niet-verpleegkundig centralisten worden voornamelijk ingezet bij logistieke werkzaamheden, zoals de uitgifte van inzetten, en niet voor triage en indicatie.

Anderzijds is een zekere trend zichtbaar dat in meldkamers ambulancezorg de werkzaamheden rond aanname, triage en indicatie worden gescheiden van de logistieke activiteiten. Een en ander hangt samen met de schaalvergroting binnen het meldkamerdomein, als gevolg waarvan (ook) de meldkamers ambulancezorg in verschillende regio's een steeds groter gebied bestrijken.

Al een aantal jaren is zichtbaar dat medewerkers vooral voor een functie in de ambulancezorg lijken te kiezen vanwege de inhoud en de kenmerken van de functie. Dit wordt door 50% van de nieuwe medewerkers aangegeven. De ambulancezorg en organisaties voor ambulancezorg worden als aantrekkelijk beschouwd.

Nieuwe ambulanceverpleegkundigen en verpleegkundig centralisten zijn vooral afkomstig van ziekenhuizen, over het algemeen van de afdelingen Spoedeisende Hulp en Intensive Care. De start van de nieuwe HBO-opleiding tot Medisch Hulpverlener in 2009, waarbij studenten kunnen kiezen voor een profiel ambulancezorg, zal naar verwachting over enkele jaren leiden tot een toename van het aantal nieuwe medewerkers dat rechtstreeks vanuit de opleiding instroomt in de sector.

tabel 5.2.3: instroomrichtingen ambulanceverpleegkundigen en verpleegkundig centralisten

instroomrichtingen	2010	2009	2008
ambulancezorg	16,5%	7,2%	8,0%
ziekenhuis	57,7%	26,3%	33,8%
- ziekenhuis SEH	20,6%	6,4%	11,3%
- ziekenhuis IC	19,1%	11,9%	12,4%
- ziekenhuis overig	18,0%	8,0%	10,1%
school	0,0%	1,8%	0%
overig	26,1%	64,7%	58,2%

Vanwege de personele krapte ontstaan bijvoorbeeld gezamenlijke opleidingstrajecten met ziekenhuizen ten behoeve van jonge HBO-V'ers. Ook nieuwe HBO-opleidingen kunnen in de toekomst in de voorziene krapte voorzien. De sector ambulancezorg is nog in gesprek over hoe in de nabije toekomst met de nieuwe instroom om te gaan.

Voor zover er inzicht is in de instroomrichtingen van nieuwe chauffeurs, blijken ze in 2010 over het algemeen al langer over ervaring als chauffeur te beschikken. Ook zijn ze vaak afkomstig uit de zorg, in diverse gevallen van een andere ambulanceorganisatie.

tabel 5.2.4: instroomrichtingen ambulancecentralisten

instroomrichtingen	2010	2009	2008
ambulancezorg	12,4%	3,3%	4,6%
chauffeursvak	23,5%	5,8%	4,6%
zorg	13,1%	3,3%	1,8%
defensie	7,2%	1,9%	2,8%
school	0,0%	1,0%	0,5%
overig	43,8%	84,6%	85,7%

uitstroom uit de kernfuncties

In 2010 hebben 265 medewerkers hun dienstverband beëindigd, 226 van hen waren werkzaam in één van de drie kernfuncties en in ieder geval 124 van hen hebben ook de ambulancezorg verlaten. In 2009 waren dit respectievelijk 250, 115 en 211 medewerkers.

Onderstaande tabel 5.2.5 geeft de verdeling van de medewerkers die een van de kernfuncties hebben verlaten in procenten weer.

tabel 5.2.5: uitstroom uit de kernfuncties

	2010	2009	2008
ambulanceverpleegkundige	37,7%	45%	45%
ambulancechauffeur	36,6%	39%	39%
verpleegkundig centralist MKA	9,4%	8%	14%
niet-verpleegkundig centralist MKA	1,5%	8%	1%
totale uitstroom uit kernfuncties	226	211	259

Redenen van uitstroom zijn in de meerderheid van de gevallen het aanvaarden van een andere functie, al dan niet binnen de ambulancezorg, en beëindiging van de arbeidsovereenkomst voor bepaalde tijd.

tabel 5.2.6: uitstroomredenen ambulancemedewerkers

uitstroomredenen	2010	2009	2008
ontslag	8,3%	10,6%	8,1%
beëindiging arbeidsovereenkomst			
voor bepaalde tijd	12,5%	15,7%	15,4%
andere functie aanvaard	36,6%	32,2%	42,9%
VUT/pensioen	17,4%	18,4%	22,8%
WIA/arbeidsongeschikt	3,0%	4,3%	0,8%
overleden	4,2%	1,6%	1,2%
overig	18,1%	17,3%	16,2%

Een groot deel van de ambulancemedewerkers die de organisatie verlaten gaan werken bij een collega-ambulanceorganisatie. Ook vinden veel medewerkers een functie in het ziekenhuis, of juist een functie buiten de zorg.

tabel 5.2.7: uitstroomrichtingen ambulancemedewerkers

uitstroomrichtingen	2010	2009	2008
ambulancezorg	16,5%	15,7%	19,7%
ziekenhuis	12,4%	10,6%	15,1%
andere functie binnen de zorg	8,8%	9,0%	13,2%
andere functie buiten de zorg	9,6%	12,2%	27,4%
overig	52,6%	52,5%	24,7%

5.3 arbeidsduur

Medewerkers in de ambulancezorg zijn gemiddeld lang werkzaam in de sector. Geleidelijk aan tekent zich een licht stijgend instroompercentage af.

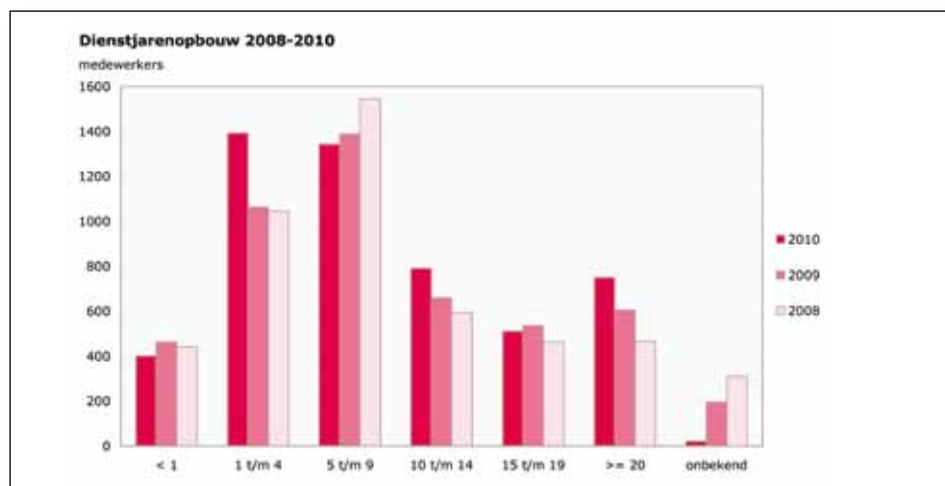
tabel 5.3.1: dienstjarenverdeling medewerkers ambulancezorg

aantal dienstjaren	2010		2009		2008	
	medewerkers	% medewerkers	medewerkers	% medewerkers	medewerkers	% medewerkers
< 1 jaar	401	7,7%	479	9,5%	441	9,1%
1 t/m 4 jaar	1.393	26,7%	1.093	21,7%	1.045	21,5%
5 t/m 9 jaar	1.343	25,8%	1.429	28,3%	1.545	31,8%
10 t/m 14 jaar	790	15,2%	673	13,3%	593	12,2%
15 t/m 19 jaar	511	9,8%	549	10,9%	463	9,5%
≥ 20 jaar	750	14,4%	625	12,4%	467	9,6%
aantal dienstjaren onbekend	21	0,4%	195	3,9%	311	6,4%
totaal	5.209	100%	5.043	100%	4.865	100%

Er is een verschuiving zichtbaar in de dienstjarenverdeling. Was de grootste groep in 2009 nog de groep met 5 tot 10 dienstjaren, in 2010 was dit de groep met 1 tot 5 dienstjaren. Desondanks is ook meer dan 10% langer dan 20 jaar in dienst.

Over het algemeen zijn ambulancemedewerkers al langer werkzaam in de zorg. Uit de instroomgegevens blijkt ook dat ambulancemedewerkers vaak instromen vanuit andere functies in de zorg. Meestal was deze eerdere functie in het ziekenhuis. Toch zal dit beeld in de toekomst geleidelijk gaan veranderen, zeker nu een aantal hogescholen is gestart met nieuwe opleidingen met een profielkeuze ambulancezorg. Ook is de verwachting dat het aantal medewerkers dat 20 jaar of langer in dienst is, steeds verder zal afnemen.

grafiek 5.3.1: aantal jaren dat medewerkers in dienst zijn in 2010 (landelijk)



tabel 5.3.2: aantal jaren dat medewerkers in dienst zijn per regio in 2010

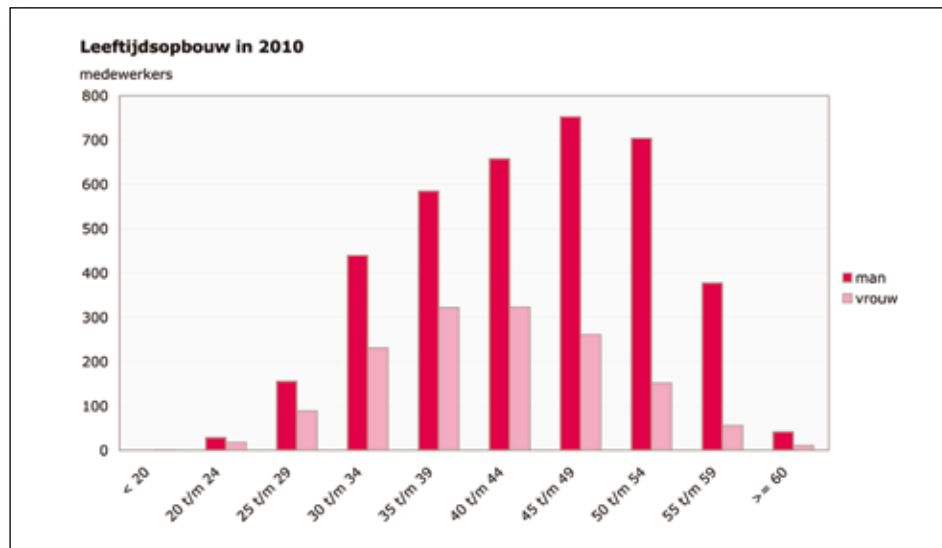
	< 1 jaar	1 t/m 4 jaar	5 t/m 9 jaar	10 t/m 14 jaar	15 t/m 19 jaar	≥ 20 jaar	aantal jaren onbekend	totaal
Groningen	17	87	70	35	13	35		257
Friesland	20	45	75	57	27	39		263
Drenthe	24	45	52	53	18	37		229
IJsselland	18	54	77	22	37	27		235
Twente	13	45	66	34	26	35		219
Noordoost Gelderland	15	100	41	28	10	33		227
Midden Gelderland	6	29	34	25	14	32	21	161
Gelderland Zuid	16	55	83	6	9	11		180
Utrecht	43	105	89	60	52	12		361
Noord-Holland Noord	16	45	56	35	29	29		210
Amsterdam/Waterland	64	96	81	62	33	74		410
Kennemerland	11	104	25	14	4	14		172
Gooi- en Vechtstreek	6	18	16	14	6	11		71
Haaglanden	17	89	52	50	20	30		258
Hollands Midden	3	39	49	38	32	56		217
Rotterdam-Rijnmond	6	83	101	51	33	78		352
Zuid-Holland Zuid	6	29	38	9	21	42		145
Zeeland	19	47	37	23	14	33		173
Midden- en West Brabant	17	66	83	41	29	22		258
Brabant-Noord	20	38	63	17	10	10		158
Brabant-Zuidoost	15	61	37	33	19	16		181
Noord- en Midden Limburg	15	48	45	22	24	30	0	184
Zuid Limburg	9	31	49	35	17	23		164
Flevoland	5	34	24	26	14	21		124
totaal	401	1.393	1.343	790	511	750	21	5.209
<i>totaal 2009</i>	<i>479</i>	<i>1.093</i>	<i>1.429</i>	<i>673</i>	<i>549</i>	<i>625</i>	<i>195</i>	<i>5.043</i>
<i>totaal 2008</i>	<i>441</i>	<i>1.045</i>	<i>1.545</i>	<i>593</i>	<i>463</i>	<i>467</i>	<i>311</i>	<i>4.865</i>

5.4 leeftijd van medewerkers

De gemiddelde leeftijd van medewerkers in de ambulancezorg is relatief hoog. Dit heeft te maken met het feit dat de meeste medewerkers al een carrière elders achter de rug hebben voordat zij instromen in de ambulancezorg. Veelal stroomt men vanaf het 30^e levensjaar in.

Er is een grote groep medewerkers in de leeftijd van 45 tot 50 jaar, bijna de helft van de medewerkers is tussen de 40 en 55 jaar.

grafiek 5.4.1: leeftijdsopbouw medewerkers ambulancezorg in 2010 (landelijk)



Overigens is er een verschil zichtbaar als het gaat om leeftijden tussen mannen en vrouwen. Onder mannen is de groep van 45 tot 50 jaar het grootst, bij vrouwen is dit 35 tot 40 jaar. Naar verwachting hangt dit samen met de toenemende productdifferentiatie: de instroom van personeel ten behoeve van de zorgambulance, waarop veelal verpleegkundigen en verzorgenden niveau 3 werkzaam zijn. Deze medewerkers hebben het lange voortraject in ziekenhuizen niet afgelegd.

tabel 5.4.1: leeftijdsverdeling medewerkers ambulancezorg

geslacht	2010				2009		2008	
	man	vrouw	totaal	% totaal	totaal	% totaal	totaal	% totaal
< 20 jaar	-	1	1	0,0%	0	0,0%	6	0,1%
20 t/m 24 jaar	29	18	47	0,9%	36	0,7%	32	0,7%
25 t/m 29 jaar	156	89	245	4,7%	247	4,9%	271	5,6%
30 t/m 34 jaar	440	231	671	12,9%	690	13,7%	656	13,5%
35 t/m 39 jaar	585	322	907	17,4%	887	17,6%	863	17,7%
40 t/m 44 jaar	658	323	981	18,8%	990	19,6%	974	20,0%
45 t/m 49 jaar	753	261	1.014	19,5%	1.007	20,0%	1.000	20,6%
50 t/m 54 jaar	704	152	856	16,4%	791	15,7%	735	15,1%
55 t/m 59 jaar	378	56	434	8,3%	356	7,1%	290	6,0%
≥ 60 jaar	42	11	53	1,0%	39	0,8%	38	0,8%
totaal	3.745	1.464	5.209	100%	5.043	100%	4.865	100%

tabel 5.4.2: leeftijdsopbouw per regio in 2010

	< 20 jaar	20 t/m 24 jaar	25 t/m 29 jaar	30 t/m 34 jaar	35 t/m 39 jaar	40 t/m 44 jaar	45 t/m 49 jaar	50 jaar	55 t/m 59 jaar	60 ≥ jaar	totaal
Groningen	0	1	15	47	49	52	35	30	27	1	257
Friesland	0	0	12	34	58	54	42	31	27	5	263
Drenthe	0	4	14	37	46	50	45	21	11	2	229
IJsselland	0	0	5	25	48	43	47	36	26	5	235
Twente	0	1	13	14	29	53	58	30	19	2	219
Noordoost Gelderland	0	3	10	28	37	40	46	40	20	3	227
Midden Gelderland	0	2	11	22	25	38	26	22	13	2	161
Gelderland Zuid	0	0	4	20	23	48	40	24	18	3	180
Utrecht	0	5	19	42	68	57	93	60	16	1	361
Noord-Holland Noord	0	3	11	26	43	34	32	33	27	1	210
Amsterdam/Waterland	0	10	17	46	59	68	78	85	42	5	410
Kennemerland	0	2	4	24	26	29	44	37	5	1	172
Gooi- en Vechtstreek	0	0	2	14	12	14	9	13	5	2	71
Haaglanden	0	0	11	38	58	47	42	38	21	3	258
Hollands Midden	0	1	8	25	31	39	41	42	26	4	217
Rotterdam-Rijnmond	0	2	24	43	46	50	78	75	30	4	352
Zuid-Holland Zuid	0	1	9	17	12	20	26	34	25	1	145
Zeeland	0	2	21	20	26	24	33	32	15	0	173
Midden- en West Brabant	1	3	12	39	57	41	51	43	11	0	258
Brabant-Noord	0	2	4	22	33	35	31	23	8	0	158
Brabant-Zuidoost	0	1	9	22	37	48	33	29	2	0	181
Noord- en Midden Limburg	0	2	7	24	36	39	30	25	17	4	184
Zuid Limburg	0	2	2	27	27	28	28	34	12	4	164
Flevoland	0	0	2	15	21	30	26	19	11	0	124
totaal	1	47	246	671	907	981	1.014	856	434	53	5.209
<i>totaal 2009</i>	0	36	247	690	887	990	1.007	791	356	39	5.043
<i>totaal 2008</i>	6	32	271	656	863	974	1.000	735	290	38	4.865

5.5 ziekteverzuim

Het ziekteverzuim binnen de ambulancezorg wordt niet alleen in een algemeen gemiddeld ziekteverzuimpercentage weergegeven, maar is ook nader gedifferentieerd in vijf verschillende blokken. Het gaat om kortdurend ziekteverzuim (maximaal één week), middellangdurend (1 tot 6 weken), langdurend 1 (6 tot 13 weken), langdurend 2 (13 weken tot 6 maanden) en langdurend 3 (langer dan 6 maanden).

In de laatste jaren was een trend zichtbaar van dalend ziekteverzuim. Helaas is het gemiddelde ziekteverzuim in 2010 voor het eerst sinds jaren weer toegenomen en is weer terug op het niveau van 2007 toen het ook 4,8% was. De oorzaak hiervan is naar alle waarschijnlijkheid gelegen in een geringe toename van het langdurig ziekteverzuim, die verhoudingsgewijs vrij zwaar op het totale ziekteverzuimpercentage drukt.

Het langdurend ziekteverzuim binnen de ambulancezorg is echter nog altijd beperkt in vergelijking met de zorgsector in het algemeen.

tabel 5.5.1: gemiddeld ziekteverzuim

	2010	2009	2008
gemiddeld ziekteverzuim	4,8%	4,3%	4,5%
gemiddeld kortdurend ziekteverzuim	1,0%	1,2%	1,2%
gemiddeld middellangdurend ziekteverzuim	1,5%	1,2%	1,2%
gemiddeld langdurend ziekteverzuim 1	1,2%	1,1%	1,1%
gemiddeld langdurend ziekteverzuim 2	0,5%	0,4%	0,6%
gemiddeld langdurend ziekteverzuim 3	0,6%	0,4%	0,6%

N.b.: idealiter is het zo dat de optelsom van de afzonderlijke ziekteverzuimpercentages automatisch leidt tot het gemiddelde ziekteverzuimpercentage. In 2008 was dit nog niet het geval, omdat nog niet alle regio's in 2008 de verschillende onderliggende ziekteverzuimpercentages berekenden. De in de tabellen opgenomen percentages zijn gewogen gemiddelden van hetgeen door de regio's is aangereikt.

Opvallend is dat in een sector, waar de medewerkers relatief vaak met traumatische gebeurtenissen worden geconfronteerd, het ziekteverzuimpercentage relatief laag is. Dit geldt vooral voor het langdurend ziekteverzuim. Geconstateerd kan worden dat de investeringen op het gebied van gezondheidsmanagement -op zowel mentaal (bijvoorbeeld de Bedrijfsopvangteams (BOT)) als fysiek gebied (bijvoorbeeld de ergocoaches)- hun vruchten afwerpen.

Onderstaande tabel brengt het ziekteverzuim in de ambulancezorg per RAV-regio in beeld.

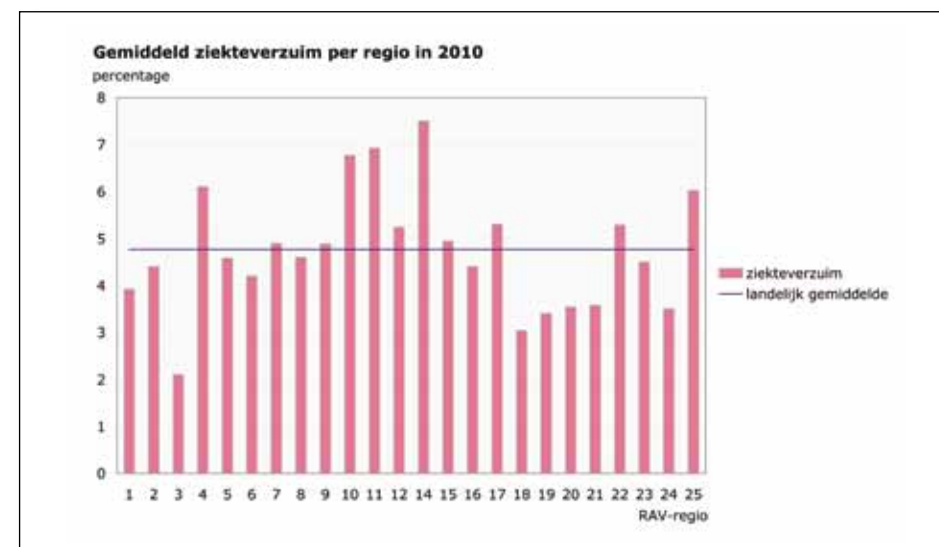
tabel 5.5.2: gemiddeld ziekteverzuim per regio in 2010

	ziekte- verzuim %	kort- durend ziekte- verzuim	middellang- durend ziekte- verzuim	lang- durend ziekte- verzuim I	lang- durend ziekte- verzuim II	lang- durend ziekte- verzuim III
Groningen	3,92	0,85	0,80	0,88	0,98	0,41
Friesland	4,40	0,73	0,89	0,89	0,81	1,08
Drenthe	2,10	0,90	0,80	0,10	0,00	0,30
IJsselland	6,10	1,20	1,70	1,00	0,50	1,80
Twente	4,58	1,09	1,60	0,94	0,46	0,49
Noordoost Gelderland	4,20	1,10	1,40	0,60	0,40	0,70
Midden Gelderland	4,89	1,80	2,09	0,70	0,30	0,00
Gelderland Zuid	4,60	1,50	1,10	1,00	0,70	0,30
Utrecht	4,88	0,98	0,77	0,76	0,37	2,00
Noord-Holland Noord	6,77	0,90	1,55	2,43	1,15	0,55
Amsterdam/Waterland	6,92	0,52	4,67	1,60	0,13	0,00
Kennemerland	5,24	0,96	0,94	0,55	1,13	1,66
Gooi- en Vechtstreek	7,50	1,90	2,20	0,00	1,20	2,20
Haaglanden	4,94	1,90	1,30	0,97	0,57	0,20
Hollands Midden	4,40	1,30	1,40	0,90	0,70	0,10
Rotterdam-Rijnmond	5,30	0,82	1,39	3,07	0,00	0,00
Zuid-Holland Zuid	3,04	0,33	0,67	0,68	0,49	0,87
Zeeland	3,40	0,90	0,90	0,70	0,50	0,40
Midden- en West Brabant	3,54	0,72	0,99	1,73	0,10	0,00
Brabant-Noord	3,57	0,67	0,70	2,21	0,00	0,00
Brabant-Zuidoost	5,28	1,40	2,10	1,00	0,60	0,80
Noord- en Midden Limburg	4,50	1,10	1,50	0,90	0,50	0,50
Zuid Limburg	3,50	0,60	0,60	2,31	0,00	0,00
Flevoland	6,02	1,15	1,26	0,72	1,31	1,58
gewogen gemiddeld	4,77	1,00	1,48	1,20	0,49	0,63
<i>gewogen gemiddeld in 2009</i>	4,29	1,17	1,16	1,13	0,37	0,39
<i>gewogen gemiddeld in 2008</i>	4,46	1,16	1,20	1,13	0,55	0,62

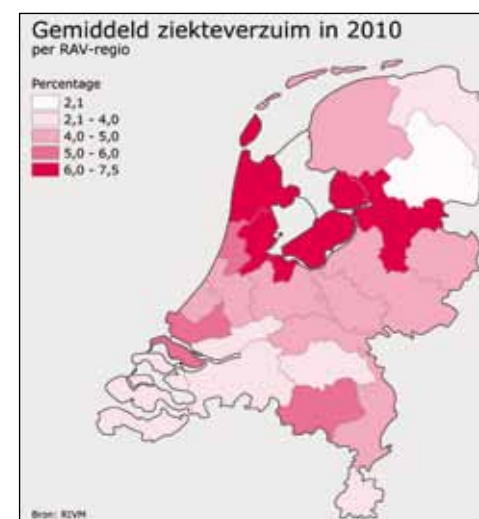
Opmerkingen:

- De gegevens van de AZRR/BIOS-groep zijn over 2009 niet verwerkt in de percentages van de regio Rotterdam-Rijnmond (in 2008 was dat wel het geval).
- De regio Zeeland heeft in 2008 geen ziekteverzuimcijfers aangeleverd.
- De regio's Noordoost Gelderland en Noord-Holland Noord hebben in 2009 alleen het algemene ziekteverzuimpercentage aangeleverd.
- Er zijn geen opmerkingen over de cijfers met betrekking tot 2010.

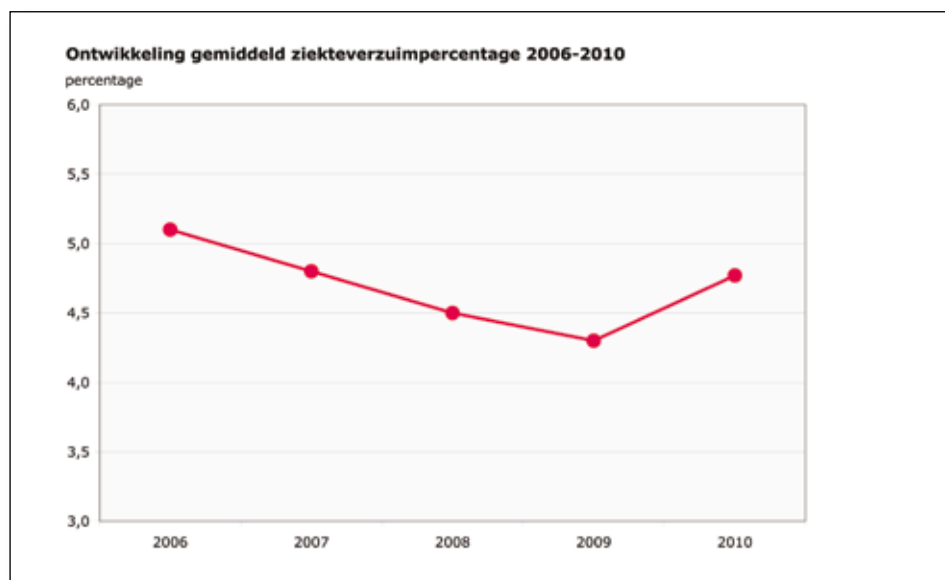
grafiek 5.5.1: gemiddeld ziekteverzuimpercentage per regio in 2010



kaart 5.5.1: gemiddeld ziekteverzuim per regio in 2010



grafiek 5.5.2: ontwikkeling ziekteverzuimpercentage 2006 tot en met 2010



De WIA-instroom was in 2010 beperkt. In 2010 zijn 5 personen in de WIA ingestroomd, dit is 0,11%. Ter vergelijking: in 2009 zijn 8 personen ingestroomd, dit was 0,2%. In de voorgaande jaren was deze eveneens uiterst beperkt. Ook dit betekent dat het verzuimbeleid en de mogelijkheden om tijdig te anticiperen op langdurige uitval als gevolg van ziekte goed zijn ontwikkeld binnen de sector.

5.6 agressie & geweld jegens ambulancemedewerkers

De ambulancesector heeft agressie en geweld gedefinieerd als 'voorvallen waarbij de werknemer psychisch of fysiek wordt lastig gevallen, bedreigd of aangevallen, onder omstandigheden die rechtstreeks verband houden met het verrichten van arbeid' (conform artikel 4 lid 2 van de Arbowet).

inleiding

Sinds 2008 registreert de ambulancesector incidenten van agressie en geweld jegens de ambulancemedewerkers. Dit vindt mede in het kader van het, ook door AZN ondertekende, actieprogramma 'geweld tegen werknemers met een publieke taak' plaats (meer informatie hierover in bijlage 4).

geregistreerde agressie-incidenten in 2010

In 2010 hebben 22 regio's agressie-incidenten geregistreerd.

In deze 22 regio's zijn in 2010 171 incidenten geregistreerd. Dit betekent ten opzichte van 2009 een toename van het aantal geregistreerde incidenten met 26. De drempel bij medewerkers om melding te maken van incidenten blijkt steeds lager te worden. Dit valt vooral op voor de regio Haaglanden, waar relatief veel meldingen van verbaal geweld zijn gedaan (63 meldingen, ten opzichte van 2 meldingen van verbaal geweld in de regio Haaglanden in 2009).

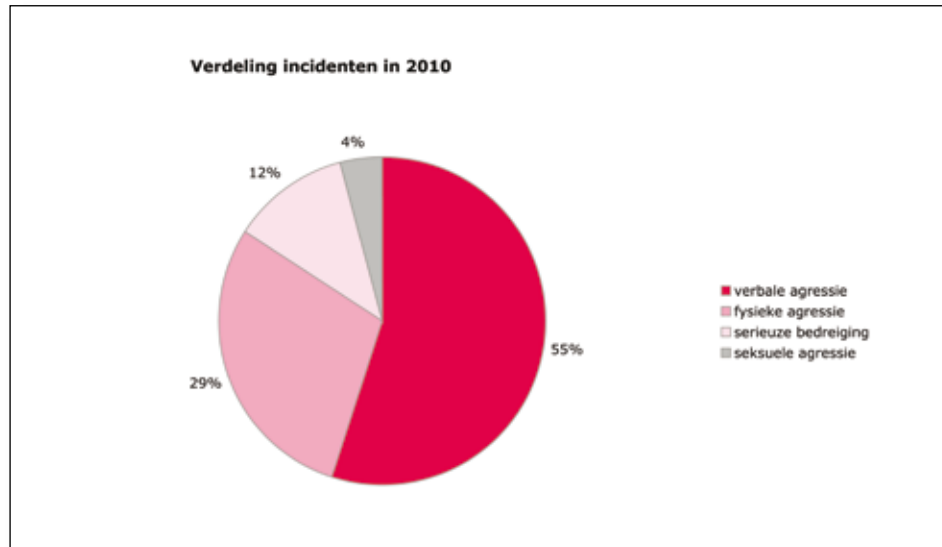
De sector onderscheidt verbale agressie of geweld, serieuze bedreigingen, fysieke agressie en geweld en seksuele intimidatie, agressie en geweld. Wat de sector precies onder ieder van deze vier categorieën verstaat, is weergegeven in bijlage 6.

Het meest voorkomend zijn verbale agressie en fysieke agressie. Dit beeld tekent zich al sinds de start van de landelijke registratie van agressie-incidenten af. Onderstaande tabel geeft weer welke incidenten gemeld zijn:

tabel 5.6.1: aantal en verdeling incidenten

	2010		2009		2008	
	aantal	%	aantal	%	aantal	%
verbale agressie en geweld	94	55%	68	47%	50	41%
serieuze bedreiging	20	12%	29	20%	11	10%
fysieke agressie en geweld	50	29%	46	32%	44	36%
seksuele intimidatie, agressie en geweld	7	4%	2	1%	16	16%
totaal	171	100%	145	100%	121	100%

grafiek 5.6.1: verdeling incidenten in 2010



tijdstip

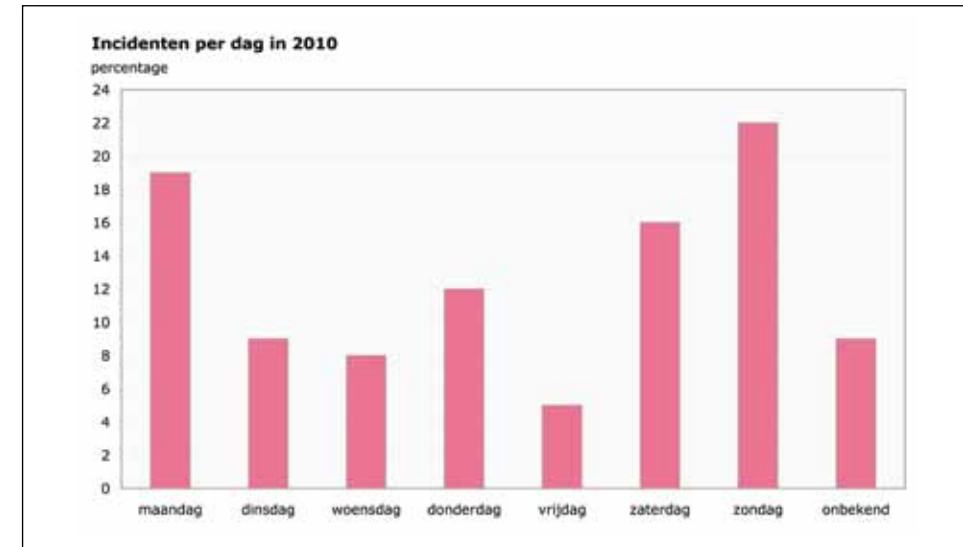
Van de 171 incidenten die in 2010 zijn geregistreerd zijn er 92 waarvan bekend is op welke dag en/of op welk tijdstip het incident heeft plaatsgevonden. De meeste incidenten vonden plaats op zondag, gevolgd door de maandag. Dit wijkt af van de voorgaande twee jaren, waarin de meeste incidenten op zaterdag plaatsvonden.

In 2010 was vrijdag de dag waarop de minste incidenten plaatsvonden, in 2009 was dit de woensdag. Evenals in 2008 was ook in 2010 het aantal incidenten op maandag aanzienlijk hoger dan op de andere werkdagen.

tabel 5.6.2: percentage incidenten per dag van de week

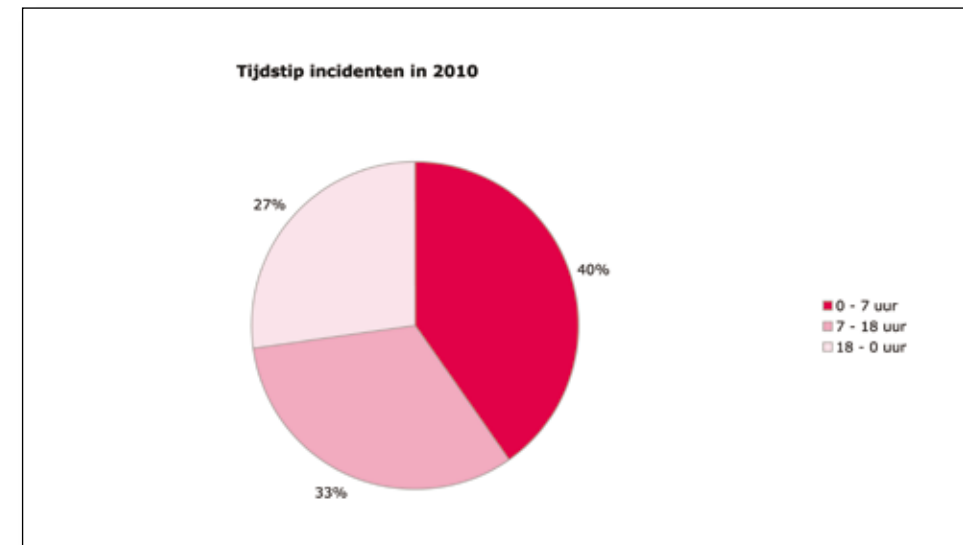
	2010	2009	2008
maandag	19%	9%	12%
dinsdag	9%	8%	5%
woensdag	8%	7%	6%
donderdag	12%	13%	6%
vrijdag	5%	13%	6%
zaterdag	16%	23%	17%
zondag	22%	11%	20%
onbekend	9%	17%	28%

grafiek 5.6.2: dag waarop incidenten plaatsvonden in 2010



Er is niet alleen bijgehouden op welke dag de incidenten plaatsvonden, maar ook het tijdsvak. In 2010 vond 40% van de incidenten plaats tussen 0.00 en 7.00 uur, 34% hiervan was in de vroege zondagochtend. Daarnaast vond 33% van de incidenten plaats tussen 7.00 en 18.00 uur en 27% tussen 18.00 en 0.00 uur.

grafiek 5.6.3: tijdstip incidenten in 2010



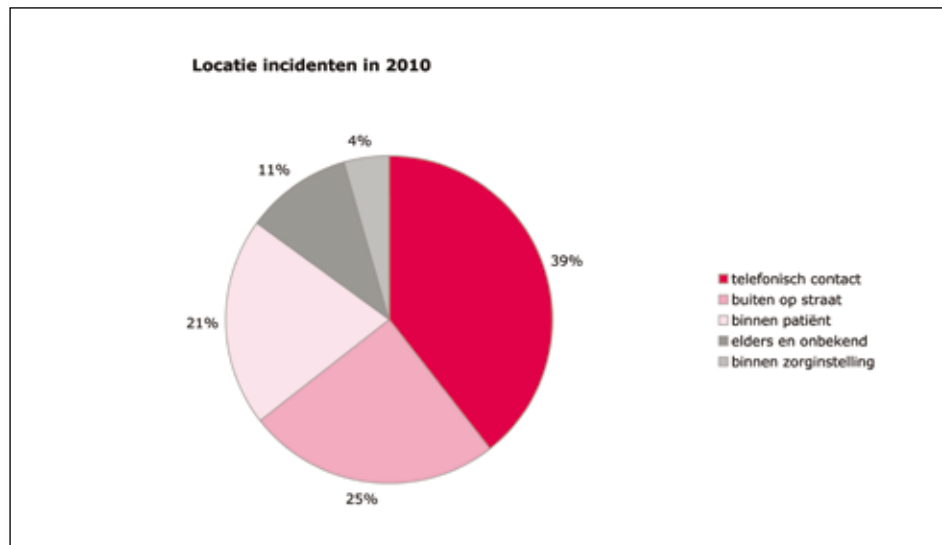
locatie van het incident

Van 160 incidenten is in 2010 bekend waar het incident heeft plaatsgevonden.

Niet alleen het ambulanceteam dat naar de patiënt toe gaat en onderweg of ter plaatse gehinderd kan worden, wordt geconfronteerd met agressie. Ook centralisten van de meldkamer ambulancezorg hebben met agressie te maken. De meeste incidenten in 2010 vonden plaats tijdens het telefonische contact met de melder, in totaal 39%. Dit is in sterk contrast met de 5% incidenten tijdens het telefonisch contact in 2009. Het hoge percentage in 2010 wordt verklaard door het hoge aantal meldingen van verbaal geweld tijdens het telefonisch contact in de regio Haaglanden.

Ook op straat vinden veel incidenten plaats, 25% in 2010. In 2010 heeft 21% van de incidenten zich thuis bij de patiënt afgespeeld.

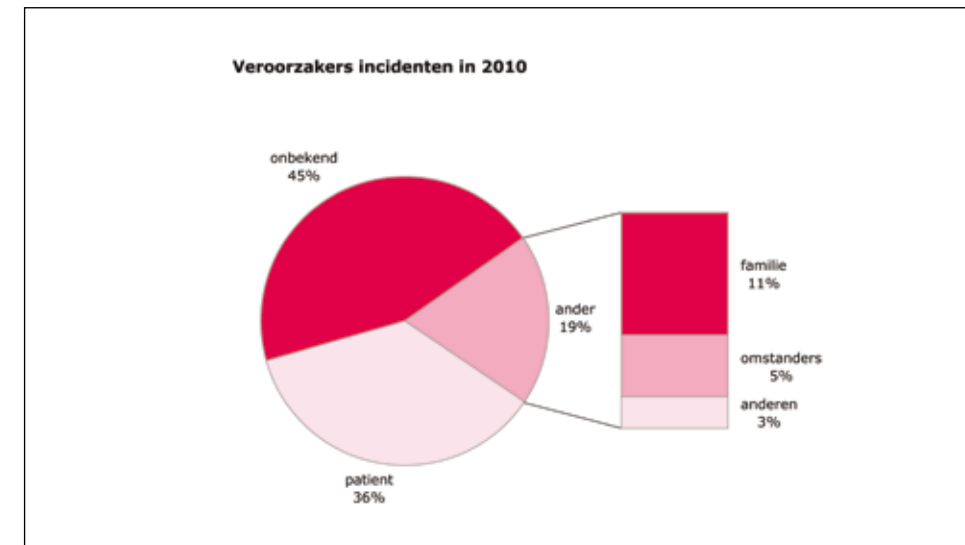
grafiek 5.6.4: locatie incidenten in 2010



veroorzaker van het incident

Bij 147 van de 171 geregistreerde incidenten is vastgelegd wie het incident veroorzaakte. In 53 gevallen was dit de patiënt zelf, in 94 gevallen was het iemand anders dan de patiënt. Wie het dan precies was, is in 70% onbekend, een groot deel hiervan zijn de plegers van verbaal geweld tijdens het telefonische contact in de regio Haaglanden. Familie of direct betrokkenen zijn bij 17% van de incidenten als veroorzaker aangewezen.

grafiek 5.6.5: veroorzakers van incidenten in 2010

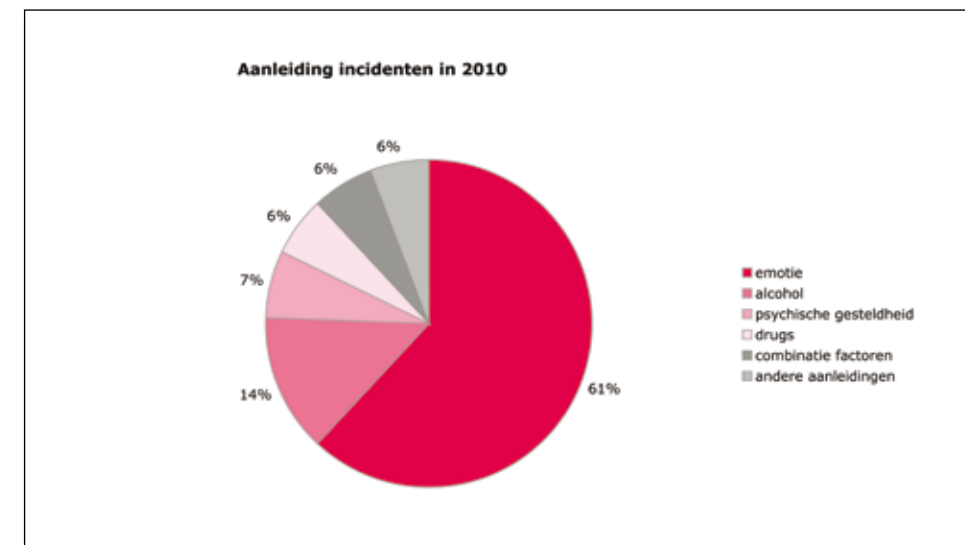


aanleiding van het incident

Bij 118 incidenten is ook de aanleiding van het incident geregistreerd.

In 62% speelt emotie een hoofdrol en in 14% is alcohol als aanleiding van het incident aangewezen.

grafiek 5.6.6: aanleiding incidenten in 2010



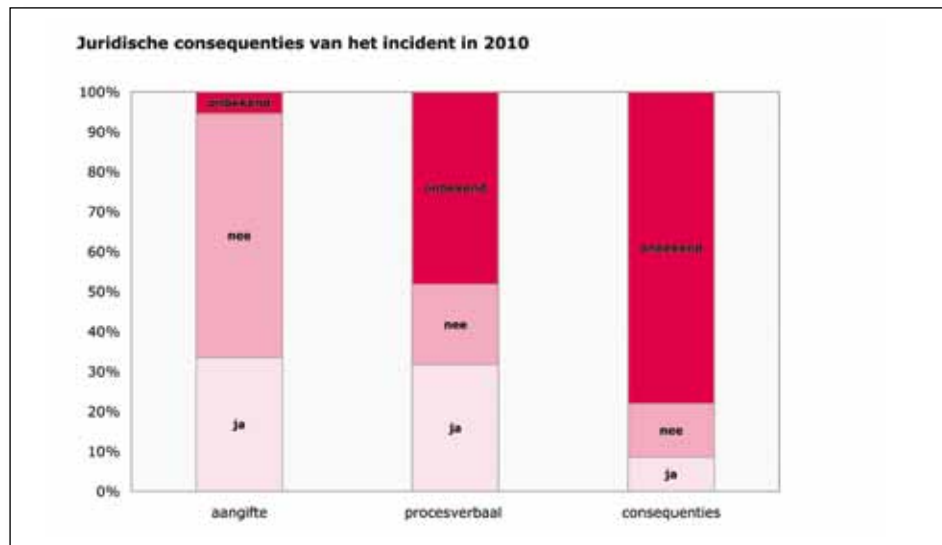
juridische consequenties

In 2010 is van 55 incidenten aangifte gedaan, daartegenover staan 100 incidenten waarvan geen aangifte is gedaan en van 16 incidenten is deze informatie niet bekend. In de regio Haaglanden is van 60 incidenten geen aangifte gedaan.

Van 52 incidenten is bekend dat er procesverbaal is opgemaakt door de politie, van de overige 3 incidenten waarvan aangifte is gedaan is dit niet bekend.

Van 14 incidenten is bekend dat deze strafrechtelijke consequenties hadden. Vier boetes en één taakstraf zijn hiervan bekend.

grafiek 5.6.7: juridische consequenties van incidenten in 2010



opvang door de ambulanceorganisatie

Ambulanceorganisaties zijn verplicht beleid te ontwikkelen voor ondersteuning en (eerste) opvang aan de medewerkers die te maken hebben gehad met een agressie-incident. Hiervoor zijn diverse hulpmiddelen, zoals een werkpakket agressie en geweld als onderdeel van de arbocatalogus, beschikbaar. Ook wordt er ondersteund bij het doen van aangifte en het schade verhalen op de daders vanuit het programma Veilige Publieke Taak. De direct leidinggevende, het bedrijfsopvangteam (BO-Team), de directie en de afdeling P&O spelen een rol in de opvang en afwikkeling van agressie-incidenten.

Bij 40 incidenten heeft de organisatie ondersteuning geboden bij de aangifte van het incident en 7 keer is externe opvang voor de betreffende medewerkers georganiseerd.

Kwaliteit van de ambulancezorg in 2010

Dit hoofdstuk gaat in op de kwaliteit van ambulancezorg.

De kwaliteit wordt door veel verschillende aspecten bepaald. Deskundige, bekwame en betrokken medewerkers hebben een grote invloed op de kwaliteit van de ambulancezorg.

Andere aspecten zijn tevreden cliënten, samenwerking met ketenpartners, zorginnovatie en een goede bedrijfsvoering.

Dit hoofdstuk gaat in op certificering, de deskundigheid en bekwaamheid van medewerkers en het aantal klachten dat bij een organisatie is ingediend.

6.1 kwaliteitscertificering

De ambulancesector heeft in het afgelopen decennium veel aandacht besteed aan de kwaliteit van de ambulancezorg. Toen de RAV-vorming aan het begin van deze eeuw van start ging, hebben de organisaties zich gecommitteerd aan het voornemen allen een HKZ-certificaat te behalen (Harmonisatie Kwaliteit Zorginstellingen).

De HKZ-certificaten zijn in 2010 geprolongeed: de ambulancesector was net zoals op 31 december 2009 ook 31 december 2010 100% HKZ-gecertificeerd.

6.2 deskundigheid en scholing

Het ambulanceteam wordt met veel verschillende omstandigheden en heel uiteenlopende typen patiënten geconfronteerd.

De verantwoordelijkheid van een ambulanceverpleegkundige is groter dan die van een 'gewone' verpleegkundige. De ambulanceverpleegkundige moet zelf een aantal medische beslissingen kunnen nemen en daarmee samenhangende handelingen kunnen uitvoeren. In Nederland is de ambulancezorg georganiseerd op basis van een nurse-based systeem, wat betekent dat (para-)medici geen deel uitmaken van het ambulanceteam.

Ambulanceverpleegkundigen volgen een specifieke opleiding bij de Academie voor Ambulancezorg in Harderwijk.

De ambulancechauffeur assisteert de verpleegkundige bij specifiek medische handelingen en heeft daarmee meer verantwoordelijkheden dan alleen het besturen van de ambulance. Ook de ambulancechauffeurs volgen een toegesneden opleiding bij de Academie voor Ambulancezorg. Deze opleiding bestaat uit een vervoerstechnisch en een medisch-assisterend deel.

Centralisten van de meldkamer ambulancezorg bepalen 24 uur per dag welke zorg patiënten nodig hebben en met welke urgentie. De centralisten coördineren het ambulancezorgproces en adviseren melders bij het verlenen van eerste hulp aan patiënten in afwachting van de ambulance.

Niet alle zorgvragen die binnenkomen hebben betrekking op ambulancezorg.

Net als de ambulanceverpleegkundigen en -chauffeurs, volgen ook de centralisten een specifieke opleiding bij de Academie voor Ambulancezorg.

Alle drie de kernfuncties worden permanent bij- en nageschoold, zowel landelijk als regionaal.

6.3 klachten

Het aantal klachten dat een organisatie ontvangt zou een indicator kunnen zijn voor de kwaliteit van de organisatie. Veel klachten betekent echter nog niet automatisch dat de kwaliteit van de betreffende organisatie ook gelijk slecht is. Er zijn nog veel meer aspecten bepalend, zoals logistieke resultaten en de wijze waarop de organisatie omgaat met planbare ambulancezorg.

Sinds 2008 registreren de ambulanceorganisaties het aantal klachten dat bij de organisatie wordt neergelegd op landelijk uniforme wijze. Onder klacht verstaat de sector een uiting van onvrede over de behandeling of bejegening die op de juiste wijze bij de organisatie is ingediend.

In totaal hebben ambulanceorganisaties in 2010 494 ontvangen klachten geregistreerd, dat zijn er 50 minder dan in 2009.

In de onderstaande tabel is dit aantal voor iedere regio teruggerekend naar het aantal klachten per 1.000 inzetten. Zichtbaar is dat het aantal klachten per 1.000 inzetten geleidelijk afneemt.

tabel 6.3.1: aantal klachten per 1.000 inzetten per regio

aantal klachten	2010	2009	2008
Groningen	0,76	0,84	0,46
Friesland	0,35	0,34	
Drenthe	0,18	0,40	0,34
IJsselland	0,25	0,25	0,40
Twente	0,53	0,85	0,68
Noordoost Gelderland	0,60	0,20	0,56
Midden Gelderland	0,64	0,65	0,69
Gelderland Zuid	0,74	0,53	0,54
Utrecht	0,50	1,01	1,14
Noord-Holland Noord	1,23	0,99	1,16
Amsterdam/Waterland	0,34	0,44	0,40
Kennemerland	0,13	0,18	0,14
Gooi- en Vechtstreek	0,39	0,63	0,41
Haaglanden	0,28	0,31	0,32
Hollands Midden	0,25	0,25	0,73
Rotterdam-Rijnmond	0,46	0,58	0,84
Zuid-Holland Zuid	0,30	0,17	0,18
Zeeland	0,52	0,35	
Midden- en West Brabant	0,42	0,77	0,73
Brabant-Noord	0,51	0,22	0,39
Brabant-Zuidoost	0,51	0,26	0,26
Noord- en Midden Limburg	0,82	0,80	0,76
Zuid Limburg	0,27	0,36	0,36
Flevoland	0,81	0,73	1,00
gewogen landelijk gemiddelde	0,46	0,52	0,56

N.b.: in 2008 hebben de regio's Friesland en Zeeland het aantal klachten niet geregistreerd conform de landelijke definities van AZN, vanaf 2009 hebben zij dit wel gedaan.

De randvoorwaarden van en de verwachte toekomst voor ambulancezorg

In de voorgaande hoofdstukken is beschreven hoe de Nederlandse ambulancezorg er in 2010 vanuit verschillende perspectieven uitzag. Dit hoofdstuk gaat in op de aanwezige randvoorwaarden om ambulancezorg te kunnen aanbieden. Tenslotte schetst het hoofdstuk ook de ontwikkelingen rond de Tijdelijke wet ambulancezorg, die in de nabije toekomst de sector zal reguleren.

7.1 praktische randvoorwaarden: ambulances en standplaatsen

In Nederland zijn 24 uur per dag, 7 dagen per week, ambulances en ambulanceteams beschikbaar om ambulancezorg te kunnen verlenen. Het landelijke macrobudget voor ambulancezorg wordt verdeeld op basis van een beschikbaarheidsmodel. Een en ander is er op gericht dat onder normale omstandigheden in geval van spoed (inzet met A1-urgentie) gemiddeld 95% van de Nederlandse bevolking binnen 15 minuten na het begin van de melding bij de meldkamer ambulancezorg bereikt dient te worden.

actueel wettelijk kader

De ambulancezorg werd in 2010 nog steeds geregeld op grond van de uit 1971 daterende Wet ambulancevervoer (WAV). In deze wet is geregeld dat een vergunninghouder ambulances mag laten rijden op basis van afgegeven aanhangsels bij de vergunning. Voor ieder aanhangsel mag de ambulanceorganisatie één ambulance laten rijden.

Onder de Wet ambulancevervoer is sprake van provinciale vergunningen: de provincie stelt vast met hoeveel ambulances tenminste moet en maximaal mag worden deelgenomen aan het ambulancevervoer. De provincie bepaalt tevens de spreiding van de ambulances via standplaatsen.

Vooruitlopend op de toekomstige nieuwe situatie onder de Wet ambulancezorg (WAZ) neemt de minister van VWS al enige jaren de verantwoordelijkheid voor de spreiding en beschikbaarheid van ambulances.

In 2004 en opnieuw in 2008 heeft de minister van VWS het Landelijk Referentiekader Spreiding & Beschikbaarheid vastgesteld. Hierin is vastgelegd wat de (theoretisch) meest geschikte locaties van de standplaatsen zijn om te kunnen voldoen aan de doelstellingen van het referentiekader.

De financiering van de ambulancezorg is in handen van de zorgverzekeraars. Er is een landelijk macrobudget beschikbaar dat bestaat uit premiegelden. De zorgverzekeraars verdelen dit budget op grond van beleidsregels die door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) worden vastgesteld.

Dit betekent dat sturing (planning en spreiding van de capaciteit) en financiering van de ambulancezorg verspreid zijn: formeel bij respectievelijk provincie en zorgverzekeraars. De verantwoordelijkheid voor de sturing ligt in de praktijk in toenemende mate bij de minister van VWS en verzekeraars, vooruitlopend op de situatie onder de Wet ambulancezorg.

aantal ambulances

Op 31 december 2010 hadden de ambulanceregio's in Nederland 697 ambulances beschikbaar voor het verlenen van ambulancezorg. Op 31 december 2009 waren dit er 695.

Dit betekent echter niet dat er ook dagelijks 697 ambulances op weg zijn. De beschikbare capaciteit is ook voor een deel beschikbaar om ingezet te worden in geval van grootschalige rampen en calamiteiten of bijvoorbeeld tijdens onderhoud van of schade aan andere voertuigen.

De volgende tabel geeft weer hoe het aantal ambulances is verdeeld over de verschillende RAV-regio's. Het aantal ambulances waar een regio over beschikt, hangt samen met diverse regionale factoren zoals het aantal inwoners, de mate van stedelijkheid en de beschikbare financiële middelen.

tabel 7.1.1: aantal ambulances per regio 2010

	2010	2009	2008
Groningen	38	38	38
Friesland	38	38	38
Drenthe	22	22	22
IJsselland	28	28	28
Twente	26	26	23
Noordoost Gelderland	32	32	33
Midden Gelderland	23	23	20
Gelderland Zuid	21	18	18
Utrecht	42	42	41
Noord-Holland Noord	26	24	24
Amsterdam/Waterland	65	65	61
Kennemerland	24	24	23
Gooi- en Vechtstreek	11	11	11
Haaglanden	36	37	37
Hollands Midden	30	29	29
Rotterdam-Rijnmond	55	55	55
Zuid-Holland Zuid	17	17	17
Zeeland	24	23	23
Midden- en West Brabant	37	37	35
Brabant-Noord	22	22	21
Brabant-Zuidoost	26	26	26
Noord- en Midden Limburg	17	17	17
Zuid Limburg	24	22	22
Flevoland	13	13	14
totaal	697	689	676

standplaatsen

Iedere ambulanceorganisatie beschikt over een aantal standplaatsen om hiermee een optimale spreiding van de beschikbare ambulances over de regio te verkrijgen.

Overigens is het niet zo dat de ambulances, na afloop van een inzet, altijd weer terugkeren naar 'hun' standplaats. Zeker overdag is er sprake van dynamische paraatheid. Dit houdt in dat een ambulance geen uitruktijd nodig heeft, aangezien de ambulance op de weg blijft na afloop van een opdracht.

Op 31 december 2010 waren er 203 standplaatsen. Op 31 december 2009 waren dit er 201.

Onderstaande tabel geeft weer hoeveel standplaatsen er in elke regio zijn, afgezet tegen het theoretische aantal conform het landelijk referentiekader 2008.

tabel 7.1.2: aantal standplaatsen per regio 2010

	2010	standplaatsen conform referentie- kader 2008	2009	2008
Groningen	11	13	11	11
Friesland	18	20	17	17
Drenthe	12	11	12	11
IJsselland	10	10	10	10
Twente	9	9	9	9
Noordoost Gelderland	9	10	9	9
Midden Gelderland	7	7	7	7
Gelderland Zuid	8	8	8	8
Utrecht	11	11	11	11
Noord-Holland Noord	9	8	9	9
Amsterdam/Waterland	9	10	9	8
Kennemerland	4	4	4	4
Gooi- en Vechtstreek	3	2	3	3
Haaglanden	8	6	9	9
Hollands Midden	9	7	9	9
Rotterdam-Rijnmond	9	9	9	9
Zuid-Holland Zuid	6	6	6	6
Zeeland	11	11	10	9
Midden- en West Brabant	11	13	9	9
Brabant-Noord	7	7	6	6
Brabant-Zuidoost	7	7	7	7
Noord- en Midden Limburg	7	7	7	7
Zuid Limburg	4	4	4	4
Flevoland	6	6	6	6
totaal	206	206	201	198

kaart 7.1.2: standplaatsen in Nederland in 2010



7.2 financiën

Voor de ambulancesector was in 2010, conform de Rijksbegroting, een macrobudget beschikbaar van € 431,5 miljoen. Omgerekend naar het aantal inwoners in Nederland (ruim 16,6 miljoen op 31 december 2010) betekent dit dat er jaarlijks ongeveer € 26 per inwoner beschikbaar is voor ambulancezorg.

7.3 beschikbare uren voor ambulancezorg

Om ambulancezorg te kunnen bieden zijn niet alleen ambulances, standplaatsen en financiële middelen noodzakelijk. Er moet ook voldoende personeel beschikbaar zijn (zie hoofdstuk 5), dit is in onderstaande tabel weergegeven in beschikbare (ingeroosterde) uren.

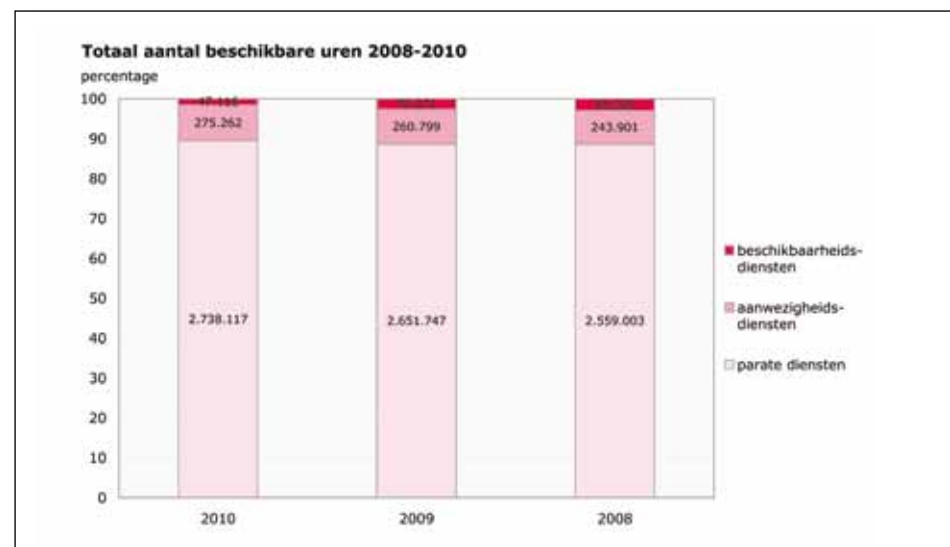
Medewerkers binnen de ambulancezorg worden ingezet in drie soorten diensten: parate diensten, aanwezigheidsdiensten en beschikbaarheidsdiensten. De parate dienst is de meest voorkomende dienstsoort. Toepassing van de overige dienstsoorten is veelal regiobepaald en hangt onder meer samen met de mate van stedelijkheid van de regio.

In 2010 waren gedurende 3.060.495 uren ambulanceteams beschikbaar voor het verlenen van ambulancezorg. Dit betrof voor 89% parate dienst, voor 9% aanwezigheidsdienst en voor 2% beschikbaarheidsdienst.

tabel 7.3.1: beschikbare uren ten behoeve van ambulancezorg

	2010		2009		2008	
parate diensten	2.738.117	89%	2.651.747	89%	2.559.003	89%
aanwezigheidsdiensten	275.262	9%	260.799	8%	243.901	8%
beschikbaarheidsdiensten	47.116	2%	79.271	3%	85.025	3%
totaal	3.060.495		2.991.817		2.887.929	

grafiek 7.3.1: totaal aantal beschikbare uren (landelijk)



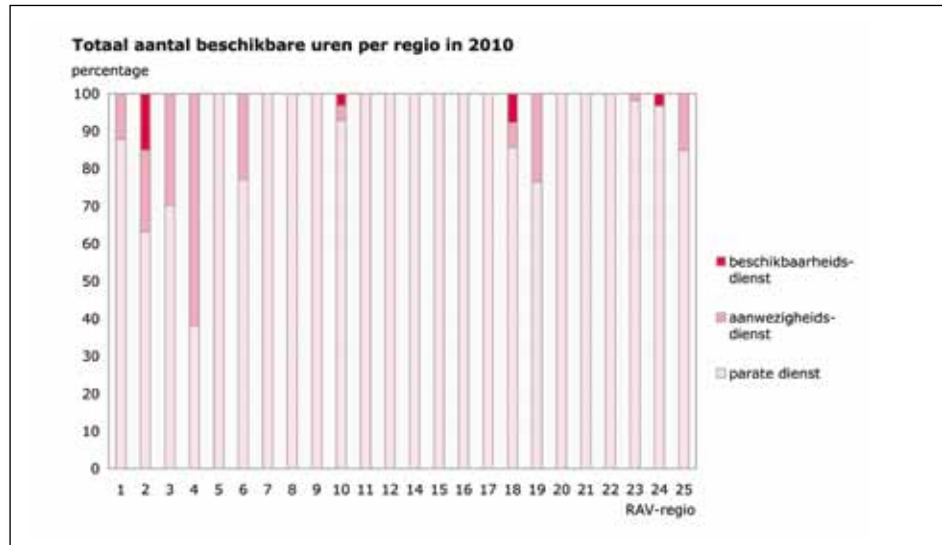
Veertien regio's werken met uitsluitend parate diensten, in onderstaande tabel wordt zichtbaar dat dit vooral regio's met veel stedelijk gebied zijn.

tabel 7.3.2: beschikbare uren per dienstsoort per regio

	aantal parate uren	aantal aanwezigheids uren	aantal beschikbaarheids uren	totaal 2010	totaal 2009	totaal 2008
Groningen	142.995	19.710	0	162.705	162.705	162.452
Friesland	134.655	45.990	32.325	212.970	285.496	282.348
Drenthe	100.695	42.705	0	143.400	139.269	136.740
IJsselland	51.080	82.680	0	133.760	135.152	122.527
Twente	116.242	0	0	116.242	104.390	102.177
Noordoost Gelderland	110.728	32.770	0	143.498	138.349	133.209
Midden Gelderland	92.685	0	0	92.685	92.310	82.711
Gelderland Zuid	95.229	0	0	95.229	92.300	92.300
Utrecht	211.818	0	0	211.818	203.322	188.368
Noord-Holland Noord	107.543	4.427	3.824	115.794	112.833	110.965
Amsterdam/Waterland	198.016	0	0	198.016	182.624	178.048
Kennemerland	90.168	0	0	90.168	100.672	100.256
Gooi- en Vechtstreek	37.440	0	0	37.440	35.880	39.000
Haaglanden	132.596	0	0	132.596	131.476	127.710
Hollands Midden	115.822	0	0	115.822	117.902	117.902
Rotterdam-Rijnmond	201.392	0	0	201.392	176.500	174.464
Zuid-Holland Zuid	76.819	5.840	6.945	89.604	85.855	82.510
Zeeland	90.363	27.708	0	118.071	112.776	107.973
Midden- en West Brabant	162.867	0	0	162.867	153.768	143.635
Brabant-Noord	93.783	0	0	93.783	91.224	88.090
Brabant-Zuidoost	99.210	0	0	99.210	92.116	80.434
Noord- en Midden Limburg	92.640	1.752	0	94.392	78.428	79.804
Zuid Limburg	117.740	0	4.022	121.762	88.858	81.090
Flevoland	65.591	11.680	0	77.271	77.612	73.216
totaal	2.738.117	275.262	47.116	3.060.495		
<i>totaal in 2009</i>	<i>2.651.747</i>	<i>260.799</i>	<i>79.271</i>		<i>2.991.817</i>	
<i>totaal in 2008</i>	<i>2.559.003</i>	<i>243.901</i>	<i>85.025</i>			<i>2.887.929</i>

Opmerking: in bovenstaande tabel ontbreken de beschikbare uren van de AZRR/BIOS-groep in de totalen van de regio Rotterdam-Rijnmond.

grafiek 7.3.2: totaal aantal beschikbare uren per regio in 2010



Opmerking: in bovenstaande grafiek ontbreken de beschikbare uren van de AZRR/BIOS-groep in de totalen van de regio Rotterdam-Rijnmond.

7.4 RAV-vorming en Wet Ambulancezorg

een sector in ontwikkeling

De ambulancezorg is een sector in beweging. Al in de 17e eeuw was er sprake van een zekere vorm van ziekenvervoer, al is dit uiteraard geenszins vergelijkbaar met de huidige ambulancezorg. In de tweede helft van de 20e eeuw heeft het ziekenvervoer zich ontwikkeld tot ambulancevervoer en in de jaren '90 van de vorige eeuw is de beweging ingezet richting de ambulancezorg.

Deze ontwikkeling startte met de Wet Ambulancevervoer (WAV) die in 1971 in het Staatsblad is verschenen en vanaf 1973 in fasen is ingevoerd. Het doel van de WAV was het brengen van samenhang en coördinatie in de toen nogal versnipperde ambulancewereld. Op grond van de WAV zijn veertig Centrale Posten Ambulancevervoer (CPA) opgericht om het ambulancevervoer in het eigen gebied te regelen. De WAV heeft tevens de provinciale overheden verantwoordelijk gemaakt voor de spreiding en beschikbaarheid van ambulances.

Sindsdien vond op verschillende fronten professionalisering van de sector plaats. Hierbij kan gedacht worden aan diverse eisen die gesteld worden aan onder meer personeel en materieel, landelijke opleidingen en regionaal opleidingsbeleid, werken met landelijke protocollen en het accent op kwaliteitszorg.

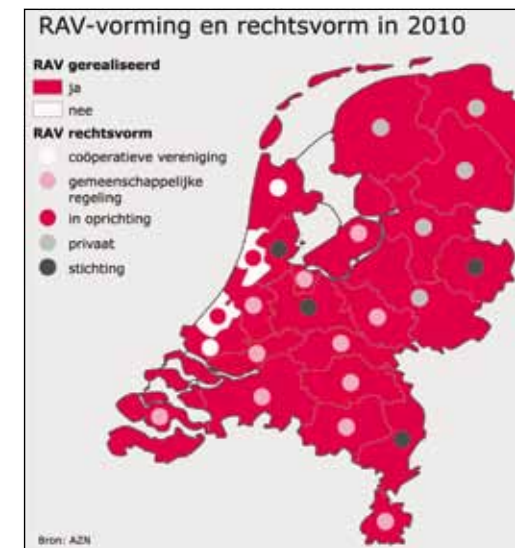
RAV-vorming

In 1997 is de VWS-nota 'Met zorg verbonden' verschenen. Deze nota gaf de aanzet voor een verandering in de organisatie van het ambulancevervoer, noemde de term ambulancezorg voor het eerst en legde vast dat de ambulancezorg op regionale schaal georganiseerd moet worden in de vorm van regionale ambulancevoorzieningen (RAV-en). Sinds 2000 is wet- en regelgeving in het verlengde hiervan in voorbereiding.

In de loop der jaren zijn, vooruitlopend op de nieuwe Wet ambulancezorg, in steeds meer regio's partijen zich gaan organiseren in RAV-en. In de nieuwe wet is vastgelegd dat de RAV de rechtspersoon is waaraan de vergunning tot het verlenen van ambulancezorg wordt verleend, bestaande uit de rijdende ambulance-dienst en de meldkamer ambulancezorg.

Er zijn 25 RAV-regio's, gekoppeld aan de regiogrenzen van de 25 veiligheidsregio's in Nederland. In de meeste regio's was in 2010 inmiddels een RAV gerealiseerd, echter nog niet overal. Daar waar een RAV is gerealiseerd, kan dit een fusie-RAV of een samenwerkings-RAV zijn. In het laatste geval bestaat de RAV in de praktijk nog uit meerdere rechtspersonen en kan het voorkomen dat de meldkamer ambulancezorg geen onderdeel van de RAV is.

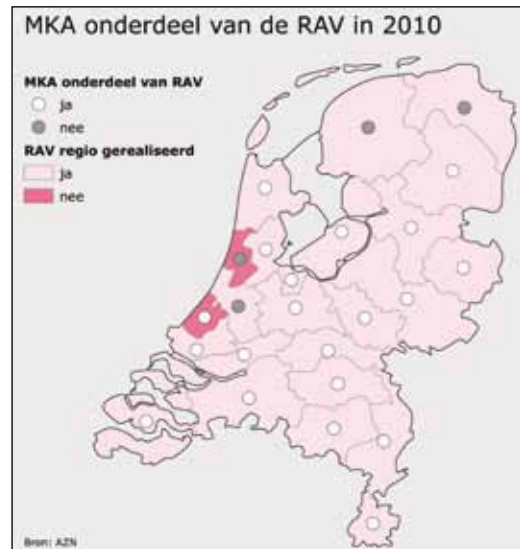
kaart 7.4.1: RAV-en en RAV-regio's in Nederland in 2010



Meldkamer Ambulancezorg (MKA)

In de regio's waar een RAV is gerealiseerd, is de meldkamer ambulancezorg ook onderdeel van de RAV. In praktisch alle regio's is sprake van een gecolokeerde meldkamer, wat betekent dat de meldkamers van ambulancezorg, brandweer en politie gezamenlijk gebruik maken van dezelfde ruimte(n). In onderstaande kaart wordt een en ander inzichtelijk gemaakt.

kaart 7.4.2: MKA onderdeel van de RAV in 2010



Wet ambulancezorg en Tijdelijke wet ambulancezorg

Op 28 oktober 2004 diende de minister van VWS het wetsvoorstel Ambulancezorg in bij de Tweede Kamer. In het voorjaar van 2006 behandelde de Tweede Kamer het wetsvoorstel en in december 2008 nam de Eerste Kamer het wetsvoorstel aan.

Het doel van de Wet ambulancezorg (WAZ) is een verhoging van de kwaliteit, de doelmatigheid en de toegankelijkheid van de ambulancezorg. Met de WAZ streeft de minister van VWS vier belangrijke verbeteringen in de ambulancezorg na:

- een betere regeling van de verschillende verantwoordelijkheden in de planning, sturing en financiering van de ambulancezorg;
- een betere positionering van de ambulancezorg in de keten van de spoedeisende zorg;
- een centrale positie voor de MKA binnen de RAV, daar deze cruciaal is voor het functioneren van de RAV;
- duidelijkheid over de positie van de burgemeester in relatie tot de meldkamer.

In 2010 viel het vierde kabinet Balkenende en in oktober trad het kabinet Rutte aan, met een nieuwe minister van VWS. Deze minister, mevrouw Schippers, heeft met het oog op Europeesrechtelijke kwetsbaarheid van de procedure van vergunningverlening besloten tot een wijziging. Inhoudelijk zijn er geen wijzigingen, procedureel wel. De Tijdelijke wet ambulancezorg regelt dat RAV-en per 1 januari 2012 een aanwijzing

krijgen tot het verlenen van ambulancezorg. De tijdelijke wet zal vijf jaar gelden, gedurende deze periode wordt besloten wat er na deze vijf jaar zal gebeuren.

7.5 CAO Ambulancezorg

Op 14 januari 2010 is de CAO Ambulancezorg ondertekend. De CAO is per 1 januari 2011 in werking getreden.

De ondertekening van de nieuwe CAO betekent dat de vier CAO's, die voorheen van toepassing waren op de medewerkers in de ambulancezorg, in één CAO geschoven zijn. Dit ene arbeidsvoorwaardenpakket is voor de sector een belangrijke stap in de kwaliteitsverbetering van het personeelsbeleid en de professionalisering van de sector. De nieuwe CAO wordt gekarakteriseerd als een moderne en op de sector toegespits-te CAO, waarmee de ambulancezorg ook op dit terrein een plek binnen de acute zorg heeft verworven.

Het is historisch verklaarbaar dat de RAV-en en ambulanceorganisaties uiteenlopend georganiseerd zijn. Er is een onderscheid tussen publiekrechtelijke en privaatrechtelijke ambulanceorganisaties. Ook zijn er B3-stichtingen, privaatrechtelijke stichtingen die in het verleden de CAR-UWO van de publiekrechtelijke ambulanceorganisaties volgden en sinds 2008 een eigen CAO hebben.

De privaatrechtelijke RAV-en volgden de CAO Ambulancezorg en de publiekrechtelijke RAV-en volgden de gemeentelijke CAR-UWO. Tenslotte volgde nog een enkele dienst de CAO Ziekenhuizen tot het moment waarop de CAO Ambulancezorg in werking trad.

Bijlagen

- Bijlage 1:** vergelijkbaarheid cijfers van de verschillende jaren en andere aspecten met betrekking tot de betrouwbaarheid
- Bijlage 2:** toelichting op aanrijdnormen binnen de ambulancezorg (hoofdstuk 2)
- Bijlage 3:** toelichting op de gebruikte medische terminologie (hoofdstuk 3)
- Bijlage 4:** toelichting op Actieprogramma Veilige Publieke Taak (hoofdstuk 5)
- Bijlage 5:** kernset 2010
- Bijlage 6:** (relevante) definities
- Bijlage 7:** verantwoording RIVM
- Bijlage 8:** gebruikte afkortingen
- Bijlage 9:** relevante documenten
- Bijlage 10:** leden Ambulancezorg Nederland
- Bijlage 11:** standplaatsen in Nederland

Bijlage 1: vergelijkbaarheid cijfers van de verschillende jaren en andere aspecten met betrekking tot de betrouwbaarheid

managementinformatie, nog steeds in ontwikkeling

In 2005 startte Ambulancezorg Nederland (AZN) met het traject managementinformatie (MI). Een van de doelen hiervan was, en is nog steeds, te komen tot een landelijk eenduidige registratie van gegevens, zodat data en resultaten van de verschillende regio's naast elkaar en in samenhang gepresenteerd kunnen worden. Organisaties kunnen op deze manier ervaringen en best practices met elkaar uitwisselen.

De gegevensset is een dynamische set die uitgebreid kan worden en frequent gescreend en aangescherpt wordt.

kwaliteit en betrouwbaarheid van de gegevens

De ambulancesector heeft voortdurend aandacht voor de kwaliteit en de betrouwbaarheid van de gegevens. De werkgroep betrouwbaarheid speelt hier een belangrijke rol in en kan gevraagd en ongevraagd advies geven.

AZN werkt met betrekking tot de logistieke gegevens (gepresenteerd in hoofdstuk 2 en 3) samen met het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). Het RIVM berekent op eenduidige wijze de ritgegevens uit de rittendatabases die door de regio's worden overgedragen aan het RIVM. De ritgegevens worden voor alle regio's op dezelfde wijze berekend aan de hand van sectoraal vastgestelde meetplannen, wat de betrouwbaarheid en vergelijkbaarheid van de gegevens ten goede komt.

verschil cijfers 2010 en 2009 met de jaren daarvoor

Sinds 2009 wijkt de totstandkoming van de cijfers, zoals gepubliceerd in hoofdstuk 2, af van de werkwijze in de voorgaande jaren (2008 en vroeger).

Sinds 2009 wordt voor ieder tijdsinterval (tijdsduur aanname en uitgifte, uitruktijd, aanrijtijd en responstijd) een andere database gehanteerd.

In de tijdsregistratie kunnen fouten gemaakt worden. Binnen de sector is afgesproken dat inzetten waarbij zich deze (plot)fouten hebben voorgedaan, niet worden meegenomen bij de berekening hoe lang de inzet of de onderdelen daarvan geduurd hebben. Tot en met 2008 werd in dit geval de gehele inzet afgekeurd. Om een completer beeld van de ambulance-inzetten te geven en om de beschikbare data zo optimaal mogelijk te kunnen benutten, is besloten om met ingang van 2009 de inzet niet meer voor alle tijdsonderdelen af te keuren, maar slechts voor het tijdsonderdeel waarop de foute registratie heeft plaatsgevonden. Enerzijds kan zo een zuiverder beeld van de gemiddelde prestaties gegevens worden, anderzijds wordt hiermee ook een verbetering van de betrouwbaarheid van de gegevens bewerkstelligd.

Concreet betekent een en ander het volgende:

Er is een plotfout gemaakt op het moment dat het ambulanceteam uitrukt, maar de overige tijdsmomenten zijn wel goed geregistreerd. De plotfout heeft betrekking op de uitruktijd en wordt daarom niet opgenomen in de database voor de uitruktijd.

De plotfout heeft echter geen betrekking op de overige drie tijdsonderdelen (tijdsduur aanname en uitgifte, aanrijtijd en responstijd). De inzet wordt derhalve wel opgenomen in de databases voor de berekeningen van deze drie tijdsonderdelen.

Een en ander heeft ook tot gevolg dat de optelsom van de gemiddelde tijdsduren niet meer gelijk is aan de gemiddelde responstijd. Tot en met 2008 was dit nog wel het geval. Dit geldt zowel voor de cijfers op regionaal niveau als de landelijke gemiddelden.

territoriale congruentie

In de Tijdelijke wet ambulancezorg is geregeld dat de RAV-regio's overeenkomen met de veiligheidsregio's. In de praktijk komen de regio's nog niet volledig overeen, wijzigingen worden geleidelijk doorgevoerd.

Per 1 januari 2008 heeft voor de ambulancezorg een belangrijke wijziging plaatsgevonden. De gemeente Haarlemmermeer is overgegaan van de regio Amsterdam naar de regio Kennemerland. Dit heeft gevolgen voor alle aspecten, zoals aantallen inzetten, formatie en aantallen standplaatsen.

De effecten van de gebiedswijziging zijn nagenoeg niet meer zichtbaar in dit sectorrapport, alleen nog daar waar een trend in beeld wordt gebracht over de afgelopen vijf jaren.

Bijlage 2: toelichting op aanrijtnormen binnen de ambulancezorg (hoofdstuk 2)

De aanrijtijden van ambulances zijn altijd al een belangrijk onderwerp van aandacht en discussie geweest. Reeds in 2000 heeft de toenmalige minister van VWS, mevrouw Borst, de Tweede Kamer geïnformeerd over aanrijtijden van ambulances in Nederland ten opzichte van de ons omringende landen.

steeds verdere aanscherping

De 15-minutennorm is in de loop der jaren in Nederland steeds verder aangescherpt. In het voormalige Eisenbesluit ambulancevervoer, dat al jaren niet meer van kracht is, was vastgelegd dat een ambulance onder normale omstandigheden binnen 15 minuten na de opdracht aan de CPA ter plaatse moest kunnen zijn. De vervoerder was in die tijd niet verantwoordelijk voor de MKA (CPA) en kon ook geen invloed uitoefenen op het presteren van de MKA.

Sinds de inrichting van RAV-en is de vergunninghouder integraal verantwoordelijk voor zowel de meldkamer ambulancezorg als voor het aanrijden van de ambulance. De norm is hiermee, sinds de nota 'Met zorg verbonden' uit 1997, verschoven naar binnen 15 minuten na melding bij de MKA ter plaatse kunnen zijn. Het begrip 'na melding bij de MKA' bleek in de praktijk op verschillende manieren geïnterpreteerd te kunnen worden.

In 2005 heeft de sector de responstijd eenduidig gedefinieerd, en daarmee is ook de 15-minutennorm eenduidig gedefinieerd: een ambulance dient -in geval van een inzet met A1-urgentie- binnen 15 minuten nadat de centralist van de meldkamer ambulancezorg de telefoon heeft aangenomen aanwezig te zijn.

vergelijking met het buitenland

In 2000 heeft de minister van VWS geconstateerd dat er in het buitenland een grote diversiteit aan normen voor het aanrijden van ambulances is, waarbij Nederland niet uit de toon valt. In een onderzoek naar de relatie tussen responstijd en gezondheidswinst uit 2008 is dit beeld bevestigd.

is er een relatie tussen responstijd en gezondheidswinst?

In opdracht van de minister van VWS is in 2008 onderzocht wat de relatie is tussen responstijd en gezondheidswinst. Uit het onderzoek is gebleken dat responstijd slechts één van de vele aspecten is die bepalend zijn voor gezondheidswinst en het overleven van patiënten. Een korte responstijd kan bijdragen aan gezondheidswinst, maar is niet als enige bepalend voor de mate en de aard van deze winst. Er kan geen 'ideale' duur van de responstijd aangegeven worden, al kan over het algemeen wel gesteld worden 'hoe sneller, hoe beter'.

Bijlage 3: toelichting op de gebruikte medische terminologie (hoofdstuk 3)

In deze bijlage worden de medisch-inhoudelijke begrippen, die in §3.3 worden gebruikt, nader toegelicht. De terminologie is in de bijlage opgenomen in volgorde waarin de begrippen voorkomen.

hoofdspecialismen

Cardiologie houdt zich bezig met het opsporen, diagnosticeren en behandelen van ziekten van het hart. De werkdiagnose wordt onder het specialisme cardiologie geregistreerd als een patiënt bijvoorbeeld pijn op de borst heeft, de patiënt gereanimeerd moet worden of hartritmestoornissen heeft.

Interne geneeskunde houdt zich bezig met aandoeningen van inwendige organen zoals de nieren en de lever. Ook houdt de interne geneeskunde zich bezig met orgaansystemen, zoals organen die hormonen produceren, en met algemene systemen in het lichaam zoals afweer, stofwisseling, bloeddrukregulatie en bloedstolling. De werkdiagnose wordt onder interne geneeskunde geregistreerd als een patiënt acute pijn in de buik heeft, er sprake is van alcohol-, drugs of andere vergiftigingen, de patiënt uitgedroogd is, de patiënt klachten heeft als gevolg van diabetes mellitus, bij allergische reacties en bij oncologie.

Bij traumatologie/heelkunde gaat het enerzijds om de behandeling van verwondingen, tumoren en infecties, meestal middels operaties (heelkunde of chirurgie). Anderzijds gaat het om de medische hulp aan patiënten die betrokken zijn geweest bij een ongeval of ongeluk. (N.b.: *traumatologie is een onderdeel van heelkunde.*) Voorbeelden hiervan zijn diverse vormen van verwondingen, verbrandingen of fracturen.

Neurologie heeft te maken met ziekten van de hersenen, het ruggenmerg en de zenuwen. Ook spierziekten vallen over het algemeen onder neurologie. De werkdiagnose wordt onder neurologie geregistreerd bij bijvoorbeeld patiënten met epilepsie, patiënten die (vermoedelijk) een herseninfarct hebben gehad, als er sprake lijkt te zijn van meningitis, aandoeningen aan het ruggenmerg en bij klachten als duizeligheid en rugpijn.

Pulmonologie houdt zich bezig met longziekten en -aandoeningen. De werkdiagnose wordt onder pulmonologie geregistreerd bij respiratoire insufficiëntie, meestal door COPD. Andere voorbeelden zijn het vermoeden dat een patiënt een longontsteking heeft, wanneer er sprake lijkt te zijn van een longbloeding, een longembolie en wanneer de patiënt schadelijke stoffen of rook heeft ingeademd.

Bij gynaecologie/obstetrie gaat het -in het kader van ambulancezorg- vooral om complicaties tijdens de zwangerschap of tijdens of vlak na de bevalling.

(voorbehouden) handelingen

ABCD-methode: gestructureerd onderzoek naar de gezondheidsproblemen van de patiënt

A = airway of ademweg en heeft betrekking op het openen en openhouden van de luchtweg

B = breathing of ademhaling en heeft betrekking op het controleren van de ademhaling en eventuele ademhalingsstoornissen

C = circulation en heeft betrekking op de eventuele problemen met de circulatie (bloedsomloop) van de patiënt

D = disability en bewustzijn en heeft betrekking op eventuele problemen en stoornissen van het bewustzijn

endotracheale intubatie: de luchtweg wordt definitief vrijgemaakt en vrijgehouden door middel van het inbrengen van een tube in de luchtpijp waardoor de patiënt beademd kan worden

cricothyreotomie: een methode om een vrije ademweg te creëren wanneer het niet mogelijk is de patiënt te intuberen of met een masker of ballon te beademen (ook wel: coniotomie)

spoedthoraxdrainage: met behulp van een infuusnaald de pleuraholte, een structuur rondom de longen, aangeprikt om daar aanwezige lucht af te voeren

intramusculaire injectie: een injectie gegeven in de spier

intraveneuze naald: wordt geplaatst in een ader

intraossale naald: wordt in de beenmergholte ingebracht

alle drie hebben tot doel vocht en/of medicatie toe te dienen, bij de laatste twee wordt over het algemeen ook een verblijfs catheter geplaatst

Utstein standaard

De *Utstein standaard* is een wereldwijd ontwikkeld format, aan de hand waarvan kerngegevens over het proces en de resultaten van reanimaties geregistreerd kunnen worden. Wetenschappelijk is onderbouwd dat er een relatie bestaat tussen enerzijds de samenhang van de factoren tijd, het moment waarop na de hartstilstand gestart wordt met hartmassage, de al dan niet aanwezigheid van omstanders, toepassing van een AED en het initiële hartritme en anderzijds de overlevingskansen van een patiënt.

Bij een *acute hartstilstand* heeft de patiënt geen circulatie en ademhaling en is bewusteloos.

reanimatie: het geheel van inspanningen gericht op het herstel van circulatie en ademhaling (definitie Nederlandse Reanimatie Raad)

Het *eerste ritme* is het hartritme van de patiënt op het moment dat de ambulance is gearriveerd.

defibrilleren: het toedienen van inwendige of uitwendige elektroshocks met het doel het hartritme te herstellen

Onder *defibrilleerbaar ritme* wordt verstaan dat de hartritmestoornis te behandelen is door middel van defibrilleren (ventrikelfibrilleren of polsloze ventrikeltachycardie).

Onder *niet-defibrilleerbaar ritme* wordt verstaan dat de hartritmestoornis niet te behandelen is door middel van defibrilleren (asystolie of PEA).

ROSC is *return of spontaneous circulation*, dit houdt in dat er een output producerend ritme is gedurende tenminste 30 seconden.

cardioversie: een handeling met tot doel snelle of onregelmatige hartritmes om te zetten in een normaal sinusritme

transcutane pacebehandeling: gebruik van een pacemaker buiten het lichaam om het hart te stimuleren tot een normale hartfrequentie

Bijlage 4: toelichting op Actieprogramma Veilige Publieke Taak (hoofdstuk 5)

In 2006 is het actieprogramma 'Geweld tegen werknemers met een publieke taak' van start gegaan. Het doel van het actieprogramma is dat de werknemers het publiek met respect behandelen, maar dan ook evenveel respect terug verwachten.

Het actieprogramma is eind 2006 ondertekend door onder andere AZN. Andere ondertekenaars zijn het ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties, het Openbaar Ministerie en alle partijen die mensen met een hulpverlenende taak vertegenwoordigen.

In de praktijk wordt het actieprogramma aangeduid met VPT, Veilige Publieke Taak.

maatregelen getroffen door de ambulancesector

De sector ambulancezorg heeft, mede in het kader van de deelname aan het programma Veilige Publieke Taak, diverse maatregelen getroffen om het aantal agressie-incidenten zoveel mogelijk te beperken.

Deze maatregelen hebben enerzijds betrekking op het informeren van de samenleving en het voorkomen van incidenten (via onder andere de publiekscampagne, een protocol en opleiding/training van medewerkers) en anderzijds op het afhandelen van incidenten en de nazorg aan de medewerkers die geconfronteerd zijn met de agressie (onder andere in de vorm van een noodknop op de mobilfoon, de mogelijkheid tot anonieme aangifte en registratie van incidenten).

intensiveringstraject VPT

In 2010 werkte VPT samen met vijf grote landelijke werkgevers met een publieke taak aan intensivering van hun aanpak van agressie en geweld. Dit vindt plaats vanuit de gedachte dat agressie en geweld tegen werknemers met een publieke taak, hulpverleners en overheidspersoneel, onacceptabel is en een stevige aanpak vereist. De ondersteuning in het kader van het intensiveringstraject is een aanvulling op de reguliere ondersteuning en advies die het programma VPT biedt aan alle werkgevers met een publieke taak. Uitvoering en implementatie van (bestaand of niet) beleid staan centraal.

De vijf grote werkgevers bij wie gewerkt wordt aan intensivering zijn het UWV, de jeugdzorg, de Belastingdienst, de ambulancezorg en de Dienst Justitiële Inrichtingen. Deze vijf sectoren zijn gekozen op basis van het aantal incidenten, zoals blijkt uit de metingen van VPT, en het relatief grote aantal werknemers. De vijf sectoren maken bovendien geen deel uit van lopende sectorale trajecten, zoals bij politie, ziekenhuizen/ veilige zorg @, onderwijs en de Taskforce OV.

Doel van het intensiveringstraject met werkgevers is te komen tot een effectieve aanpak, waardoor het aantal incidenten van agressie daalt en medewerkers zich veiliger voelen.

De ambulancesector heeft, in overleg met het programma VPT, een plan van aanpak opgesteld. Dit zal in 2011 uitgevoerd worden. Aan medewerkers worden vaardigheidstrainingen aangeboden en ook leidinggevenden en P&O-medewerkers worden opgeleid, onder meer om de resultaten van de vaardigheidstrainingen te borgen.

relatie met 0-, 1- en 2-meting vanuit VPT

De ambulancezorg registreert sinds 2008 op uniforme wijze agressie-incidenten. Het programma VPT voert ook zelf een tweejaarlijkse meting uit, inmiddels hebben een 0- en een 1-meting plaatsgevonden. De resultaten van beide registraties zijn niet vergelijkbaar en moeten als aanvullend op elkaar beschouwd worden. Het uitgangspunt van de registraties is verschillend: de AZN-registratie gaat uit van het voorge-

vallen incident, de VPT-registratie vraagt medewerkers of zij wel eens met agressie in aanraking gekomen zijn.

Uit de 1-meting van VPT onder ambulancemedewerkers in 2009 blijkt dat 83% van de respondenten heeft aangegeven in 2009 te maken gehad te hebben met agressie en geweld. Gemiddeld betrof het 13 incidenten per persoon.

Veel medewerkers zijn bekend met het beleid van de organisatie om incidenten te melden en te registreren, maar de uitvoering daarvan in de praktijk blijft achter. Het reageren naar daders en het verhalen van schade is een aandachtspunt voor de ambulancesector, vergelijking met andere sectoren illustreert dit gegeven.

In het voorjaar van 2011 heeft VPT een 2-meting uitgevoerd onder het ambulancepersoneel. Resultaten van deze meting zijn medio 2011, ten tijde van publicatie van dit sectorrapport, nog niet bekend.

De resultaten van de 2-meting zullen voor de ambulancezorg tevens dienst doen als 0-meting voor het intensiveringstraject. In 2012 wordt een aantal van dezelfde vragen voorgelegd aan de ambulancemedewerkers om de resultaten van het intensiveringstraject te kunnen vaststellen.

Bijlage 5: kernset 2010

ALG ALGEMEEN

1. NAW-gegevens

ALG	1.1	naam RAV/MKA/regio
ALG	1.2.1	adres
ALG	1.2.2	postadres
ALG	1.3.1	postcode
ALG	1.3.2	postcode postadres
ALG	1.4	woonplaats
ALG	1.5	telefoonnummer
ALG	1.6	faxnummer
ALG	1.7	e-mailadres contactpersoon
ALG	1.8	type RAV
ALG	1.9	juridische structuur RAV
ALG	1.10	indien geen RAV aanwezig: verwachte datum waarop een RAV gerealiseerd zal zijn
ALG	1.11.1	is de Meldkamer Ambulancezorg (MKA) onderdeel van de RAV?
ALG	1.11.2	is er sprake van een gecolokeerde of gemeenschappelijke meldkamer?
ALG	1.11.3	is er sprake van een geïntegreerde meldkamer?

2. capaciteit

ALG	2.1	aantal aanhangsels (= aantal ambulances waar de RAV een vergunning voor heeft)
ALG	2.2	standplaatsen: aantal en welke

3. ingeroosterde uren

totaal aantal uren in het dienstrooster van een ambulanceteam (*ambulanceteam = de teleenheid, dus niet ambulanceverpleegkundige + ambulancechauffeur*)

ALG	3.1	aantal uren paraatheid
ALG	3.2	aantal uren aanwezigheid
ALG	3.3	aantal uren beschikbaarheid

4. regionale gegevens

ALG	4.1	aantal inwoners RAV-regio
ALG	4.2	oppervlakte RAV-regio

PP PRIMAIR PROCES AMBULANCEZORG, LOGISTIEK

A1 A1-inzetten

PP-A1	1.1	aantal A1-inzetten
PP-A1	1.2	aantal A1-inzetten ten behoeve van een andere regio
PP-A1	2.1	aanname- en uitgiftetijd A1-inzetten
PP-A1	2.2	uitruktijd A1-inzetten
PP-A1	2.3	aanrijtijd A1-inzetten
PP-A1	2.4	responstijd A1-inzetten
PP-A1	3.1	aantal A1- inzetten binnen 15 minuten na de start van de melding ter plaatse
PP-A1	3.2	percentage A1-inzetten binnen 15 minuten na de start van de melding ter plaatse

A2 A2-inzetten

PP-A2	1.1	aantal A2-inzetten
PP-A2	1.1.1	aantal A2-inzetten met gebruik van optische en geluidssignalen
PP-A2	1.1.1	aantal A2-inzetten zonder gebruik van optische en geluidssignalen
PP-A2	1.2	aantal A2-inzetten ten behoeve van een andere regio
PP-A2	2.1	aanname- en uitgiftetijd A2-inzetten
PP-A2	2.2	uitruktijd A2-inzetten
PP-A2	2.3	aanrijtijd A2-inzetten
PP-A2	2.4	responstijd A2-inzetten
PP-A2	3.1	aantal A2- inzetten binnen 30 minuten na de start van de melding ter plaatse
PP-A2	3.2	percentage A2-inzetten binnen 30 minuten na de start van de melding ter plaatse

R inzetten rapid responder

PP-R	1.1	aantal inzetten rapid reponder
------	-----	--------------------------------

B B-inzetten

PP-B	1.1	aantal B-inzetten
PP-B	1.2	aantal B-inzetten ten behoeve van een andere regio

E EHGv-inzetten

PP-E	1.1	aantal EHGv-inzetten
------	-----	----------------------

L loze inzetten

PP-L	1.1	aantal loze inzetten
------	-----	----------------------

V voorwaardenscheppende inzetten

PP-V 1.1 aantal voorwaardenscheppende inzetten

MICU MICU-inzetten

PP-MICU 1.1 aantal MICU-inzetten

PP-MICU 1.2 aantal MICU-inzetten ten behoeve van een andere regio

AV aanvullende voorzieningen ambulancezorg

PP-AV 1.1.1 aantal MMT-inzetten: primaire inzet (heli en grondgebonden)

PP-AV 1.1.2 aantal MMT-inzetten: secundaire inzet (heli en grondgebonden)

PP-AV 1.2 aantal inzetten first responder

PR PRODUCTIE

1 productieafspraken

PR 1.1.1 afspraken 2010: totaal aantal declarabele inzetten A1+A2+B

PR 1.1.2 afspraken 2010: totaal aantal EHGv-inzetten

PR 1.2.1 afspraken 2010: totaal aantal kilometers

2 gerealiseerde productie

PR 2.1.1 realisatie 2010: totaal aantal declarabele inzetten A1+A2+B

PR 2.1.2 realisatie 2010: totaal aantal EHGv-inzetten

PR 2.2.1 realisatie 2010: totaal aantal kilometers

K KWALITEIT

1 certificering

K 1.1 is de RAV HKZ-gecertificeerd? (sinds?)

K 1.2 indien HKZ-certificering ontbreekt: verwachte datum van certificatie

2 klachten

K 2.1 aantal klachten

M PRIMAIR PROCES AMBULANCEZORG: MEDISCH

AP algemene patiëntgegevens

1 geslacht patiënt

M-AP 1.1 aantal mannen

M-AP 1.2 aantal vrouwen

2 leeftijd patiënt

aantal patiënten in de leeftijdsgroep:

M-AP 2.1 van 0 tot en met 24 uur

M-AP 2.2 van 24 uur (1 dag) tot en met 72 uur (3 dagen)

M-AP 2.3 van 72 uur (3 dagen) tot en met 30 dagen (1 maand)

M-AP 2.4 van 1 maand (31 dagen) tot en met 1 jaar

M-AP 2.5 van 1 jaar tot en met 16 jaar

M-AP 2.6 van 17 jaar tot en met 74 jaar

M-AP 2.7 van 75 jaar en ouder

WD werkdiagnose/toestandsbeeld

1 werkdiagnose ambulanceteam

het ziektebeeld van de patiënt is passend bij het specialisme:

M-WD 2.1 traumatologie/heelkunde

M-WD 2.2 interne geneeskunde

M-WD 2.3 pulmonologie

M-WD 2.4 cardiologie

M-WD 2.5 neurologie

M-WD 2.6 gynaecologie/obstetrie

M-WD 2.7 overige specialismen

H (voorbehouden) handelingen

A handelingen met betrekking tot ademhaling

M-HA 1.1 aantal mayo-tubes

M-HA 1.2 aantal masker-ballonbeademingen

M-HA 1.3 aantal endotracheale intubaties

M-HA 1.4 aantal coniotomieën

M-HA 1.5 aantal spoedthoraxdrainages

M-HA 1.6 aantal zuurstoftoedieningen

C handelingen met betrekking tot circulatie

M-HC 1.1 aantal intramusculaire infusen

M-HC 1.2 aantal intraveneuze infusen

M-HC 1.3 aantal intraossale infusen

D handelingen met betrekking tot disability

M-HD	1.1	aantal immobilisaties halswervels
M-HD	1.2	aantal immobilisaties wervelkolom
M-HD	1.3	aantal immobilisaties bekken

Ca cardiologische handelingen

1 handelingen met betrekking tot reanimatie (voor de ambulancezorg relevante onderdelen van de Utstein template)

M-HCa	1.1	aantal patiënten met een acute hartstilstand
M-HCa	1.2	aantal reanimaties
M-HCa	1.3	aantal patiënten met een acute hartstilstand dat door een first responder met een AED is behandeld
M-HCa	1.4.1	aantal patiënten met een acute hartstilstand waarbij het eerste ritme defibrilleerbaar was
M-HCa	1.4.1	aantal patiënten met een acute hartstilstand waarbij het eerste ritme niet defibrilleerbaar was
M-HCa	1.5	aantal patiënten met een acute hartstilstand met ROSC bij aankomst ziekenhuis

2 overige cardiologische handelingen

M-HCa	2.1	aantal cardioversie
M-HCa	2.2	aantal transcutane pacebehandelingen

P&O PERSONEEL & ORGANISATIE

F formatie

1 beschikbaar personeel in fte (man - vrouw - totaal)

PO-F	1.1.1	totaal aantal werkzame personen
------	-------	---------------------------------

waarvan:

PO-F	1.2.1	aantal ambulanceverpleegkundigen
PO-F	1.2.2	aantal ambulancechauffeurs
PO-F	1.2.3	aantal verpleegkundig centralisten MKA
PO-F	1.2.4	aantal niet-verpleegkundig centralisten MKA
PO-F	1.3.1	aantal overig

2 beschikbaar personeel in absolute aantallen (man - vrouw - totaal)

PO-F	2.1.1	totaal aantal werkzame personen
------	-------	---------------------------------

waarvan:

PO-F	2.2.1	aantal ambulanceverpleegkundigen
PO-F	2.2.2	aantal ambulancechauffeurs
PO-F	2.2.3	aantal verpleegkundig centralisten MKA

PO-F	2.2.4	aantal niet-verpleegkundig centralisten MKA
------	-------	---

PO-F	2.3.1	aantal overig
------	-------	---------------

L leeftijden

1 aantal werkzame personen RAV (man - vrouw - totaal):

PO-L	1.1	jonger dan 20 jaar
PO-L	1.2	20 tot en met 24 jaar
PO-L	1.3	25 tot en met 29 jaar
PO-L	1.4	30 tot en met 34 jaar
PO-L	1.5	35 tot en met 39 jaar
PO-L	1.6	40 tot en met 44 jaar
PO-L	1.7	45 tot en met 49 jaar
PO-L	1.8	50 tot en met 54 jaar
PO-L	1.9	55 tot en met 59 jaar
PO-L	1.10	60 jaar of ouder

M in-, door- en uitstroombesluit

1 instroom

PO-M	1.0.1	instroompercentage 2010
------	-------	-------------------------

aantal ingestroomden:

PO-M	1.1.1	ambulanceverpleegkundigen
PO-M	1.1.2	ambulancechauffeurs
PO-M	1.1.3	verpleegkundig centralisten MKA
PO-M	1.1.4	niet-verpleegkundig centralisten MKA

redenen van instroom:

PO-M	1.2.1	arbeidsvoorwaarden
PO-M	1.2.2	arbeidsomstandigheden
PO-M	1.2.3	inhoud en kenmerken van de functie
PO-M	1.2.4	geografische redenen
PO-M	1.2.5	ontwikkelmogelijkheden, uitstraling organisatie en/of werkzaamheden
PO-M	1.2.6	zorgberoep
PO-M	1.2.7	overige redenen of onbekend

instroomrichtingen ambulanceverpleegkundigen en (niet) verpleegkundig centralisten MKA :

PO-M	1.3.1	collega-RAV/ambulanceorganisatie
PO-M	1.3.2	MKA
PO-M	1.3.3	ziekenhuis: intensive care
PO-M	1.3.4	ziekenhuis: spoedeisende hulp
PO-M	1.3.5	ziekenhuis: cardiologie
PO-M	1.3.6	ziekenhuis: overige afdelingen
PO-M	1.3.7	school
PO-M	1.3.8	anders of onbekend

instroomrichtingen ambulancechauffeurs :

PO-M	1.4.1	collega-RAV/ambulanceorganisatie
PO-M	1.4.2	chauffeursvak
PO-M	1.4.3	zorgachtergrond
PO-M	1.4.4	defensie
PO-M	1.4.5	school
PO-M	1.4.6	anders of onbekend

2 uitstroom

PO-M	2.0.1	uitstroompercentage 2010
------	-------	--------------------------

aantal uitgestroomden:

PO-M	2.1.1	ambulanceverpleegkundigen
PO-M	2.1.2	ambulancechauffeurs
PO-M	2.1.3	verpleegkundig centralisten MKA
PO-M	2.1.4	niet verpleegkundig centralisten MKA

redenen van uitstroom:

PO-M	2.2.1	ontslag
PO-M	2.2.2	beëindiging van de arbeidsovereenkomst voor bepaalde tijd
PO-M	2.2.3	andere functie of dienstbetrekking binnen de sector
PO-M	2.2.4	andere functie of dienstbetrekking buiten de sector
PO-M	2.2.5	VUT/pensioen
PO-M	2.2.6	WIA/arbeidsongeschiktheid
PO-M	2.2.7	overlijden
PO-M	2.2.8	overige redenen of niet bekend

uitstroomrichtingen:

PO-M	2.3.1	ziekenhuis
PO-M	2.3.2	andere functie binnen de zorg
PO-M	2.3.3	andere functie buiten de zorg

D arbeidsduur

1 aantal dienstjaren

aantal medewerkers in dienst gedurende:

PO-D	1.1	korter dan 1 dienstjaar
PO-D	1.2	1 tot en met 4 jaar
PO-D	1.3	5 tot en met 9 jaar
PO-D	1.4	10 tot en met 14 jaar
PO-D	1.5	15 tot en met 19 jaar
PO-D	1.6	20 tot en met 24 jaar
PO-D	1.7	25 tot en met 29 jaar
PO-D	1.8	30 tot en met 34 jaar
PO-D	1.9	35 tot en met 39 jaar
PO-D	1.10	40 jaar of langer

A arbeidsvoorwaarden

1 CAO

welke CAO hanteerde de RAV in 2010

PO-A	1.1	CAO Ambulancezorg
PO-A	1.2	CAR-UWO
PO-A	1.3	CAR-B4
PO-A	1.4	CAO Ziekenhuizen

AO ARBEIDSOMSTANDIGHEDEN

AO	1.1	gemiddeld ziekteverzuimpercentage
----	-----	-----------------------------------

ziekteruimpercentage:

AO	2.1	kortdurend ziekteverzuim
AO	2.2	middellangdurend ziekteverzuim
AO	2.3	langdurend ziekteverzuim I
AO	2.4	langdurend ziekteverzuim II
AO	2.5	langdurend ziekteverzuim III

AO	3.1	WIA-instroom in absolute aantallen
AO	3.2	WIA-instroom in percentage

AG AGRESSIE & GEWELD

A aantal incidenten

aantal incidenten waarbij sprake was van:

AG	1.1	verbale agressie of verbaal geweld
AG	2.1	serieuze bedreiging
AG	3.1	fysieke agressie of fysiek geweld
AG	4.1	seksuele intimidatie, agressie of geweld

TL incident: waar en wanneer?

1 dag en tijdstip waarop het incident heeft plaatsgevonden

AG-TL 1.1 t/m 1.7
aantal incidenten op maandag, dinsdag, woensdag, donderdag, vrijdag, zaterdag of zondag

- 1.1.1 tussen 0.00 en 6.59 uur
- 1.1.2 tussen 7.00 en 17.59 uur
- 1.1.3 tussen 18.00 en 23.59 uur

2 locatie waar het incident heeft plaatsgevonden

aantal incidenten:

- AG-TL 2.1 tijdens het telefonisch contact
- AG-TL 2.2 binnen bij de patiënt
- AG-TL 2.3 binnen in een zorginstelling
- AG-TL 2.4 buiten op straat
- AG-TL 2.5 op overige niet nader genoemde locaties

O aanleiding van het incident

1 incidenten waarbij de aanleiding van het incident bekend is

- 1 *aantal incidenten*
 - AG-O 1.1 aantal incidenten waarbij de aanleiding of oorzaak van het incident bekend is
- 2 *aanleiding van het incident*

aantal incidenten veroorzaakt door:

 - AG-O 1.2.1 emotie
 - AG-O 1.2.2 alcohol
 - AG-O 1.2.3 drugs
 - AG-O 1.2.4 de psychische gesteldheid van de patiënt
 - AG-O 1.2.5 een combinatie van factoren
 - AG-O 1.2.6 andere factoren

2 incidenten waarbij de aanleiding van het incident niet bekend is

- AG-O 2.1 aantal incidenten waarbij de aanleiding of oorzaak van het incident niet bekend is

D dader/veroorzaker van het incident

1 incidenten waarbij de patiënt de dader/veroorzaker is

- aantal incidenten veroorzaakt door:
- AG-D 1.1 de patiënt
 - AG-D 1.2.1 psychiatrische/IBS-patiënt onder begeleiding
 - AG-D 1.2.2 psychiatrische/IBS-patiënt zonder begeleiding

2 incidenten waarbij de dader/veroorzaker een ander dan de patiënt zelf is aantal incidenten veroorzaakt door:

- AG-D 2.1 familieleden of direct betrokkenen
- AG-D 2.2 door omstanders
- AG-D 2.3 een andere hulpverlener
- AG-D 2.4 een andere dan bovengenoemde dader/veroorzaker

3 incidenten waarbij de dader/veroorzaker niet bekend is

- AG-D 3.1 aantal incidenten veroorzaakt door een onbekende dader/veroorzaker

JC juridische consequenties van het incident

1 is er aangifte gedaan bij de politie?

- AG-JC 1.1 aangifte
- AG-JC 1.2 geen aangifte
- AG-JC 1.3 aangifte onbekend

2 heeft de politie procesverbaal opgemaakt?

- AG-JC 2.1 procesverbaal
- AG-JC 2.2 geen procesverbaal
- AG-JC 2.3 procesverbaal onbekend

3 heeft het incident strafrechtelijke consequenties voor de dader/veroorzaker?

- AG-JC 3.1 strafrechtelijke consequenties

welke strafrechtelijke consequentie:

- AG-JC 3.1.1 boete
- AG-JC 3.1.2 strafrechtelijke vervolging
- AG-JC 3.1.3 taakstraf
- AG-JC 3.1.4 andere strafrechtelijke consequenties
- AG-JC 3.2 geen strafrechtelijke consequenties
- AG-JC 3.3 strafrechtelijke consequenties onbekend

Sp ondersteuning door de RAV/ambulanceorganisatie

aantal incidenten:

AG-Sp	1.1	zonder ondersteuning door de RAV/ambulanceorganisatie
AG-Sp	1.2	eerste opvang
AG-Sp	1.3	inzet BO-team
AG-Sp	1.4	ondersteuning bij het doen van aangifte
AG-Sp	1.5	externe opvang via de RAV/ambulanceorganisatie
AG-Sp	1.6	andere vormen van ondersteuning

Bijlage 6: (relevante) definities

bij hoofdstuk 2:

ambulance: een ambulance is het voertuig waarmee ambulancezorg wordt uitgevoerd en dat speciaal is ingericht voor vervoer en behandeling van patiënten.

ambulanceteam: het ambulanceteam bestaat uit een ambulanceverpleegkundige en een ambulancechauffeur.

mobiele en vaste paraatheid: bij een situatie van mobiele of rijdende paraatheid heeft een ambulance geen uitruktijd meer nodig. Hierbij wordt verondersteld dat er meer tijd beschikbaar is voor het rijden. Vaste paraatheid houdt in dat een vrije ambulance terugkeert naar de standplaats en daar wacht op een nieuwe opdracht.

tijdsduur aanname en uitgifte: de tijdsduur vanaf het begin van de aanname (= het opnemen van de telefoon) door de centralist van de meldkamer ambulancezorg tot het moment waarop de centralist de ritopdracht heeft verstrekt aan het uitvoerende ambulanceteam

uitruktijd: de tijdsduur vanaf het moment waarop de centralist het uitvoerende ambulanceteam heeft gealarmeerd tot het moment waarop de ambulance na de alarmering vertrekt (= wielen in beweging) met het complete ambulanceteam naar de door de centralist opgegeven plaats

aanrijtijd: de tijdsduur vanaf het moment waarop de ambulance na de alarmering vertrekt met het complete ambulanceteam naar de door de centralist aangegeven plaats tot het moment waarop de ambulance arriveert bij de plaats waar de patiënt zich bevindt en waar de ambulance nog kan komen

responstijd: de tijdsduur vanaf het begin van de aanname door de centralist van de MKA tot het moment waarop de ambulance arriveert bij de plaats waar de patiënt zich bevindt en waar de ambulance nog kan komen

bij hoofdstuk 3:

A1-inzet: een spoedeisende inzet met A1-urgentie in opdracht van de centralist van de MKA in geval van acute bedreiging van de vitale functies van de patiënt of in het geval dat dit gevaar pas na beoordeling door het ambulanceteam ter plaatse kan worden uitgesloten. De inzet wordt zo snel mogelijk uitgegeven en het ambulanceteam dient zo snel mogelijk ter plaatse te zijn.

rapid responder: een rapid responder is een ambulanceverpleegkundige die ter plaatse geheel zelfstandig handelt, al dan niet in afwachting van de komst van een ambulance of andere zorgverlener

A2-inzet: een inzet met A2-urgentie in opdracht van de centralist van de MKA naar aanleiding van een zorgvraag waaruit blijkt dat er geen sprake is van direct levensgevaar, maar waarbij er wel sprake kan zijn van (ernstige) gezondheidsschade en de ambulance wel zo snel mogelijk ter plaatse dient te zijn.

B-inzet: een inzet met B-urgentie in opdracht van de centralist van de MKA naar aanleiding van een zorgvraag zonder A1- of A2-urgentie, waarbij een tijdstip of tijdsinterval is afgesproken voor het halen of brengen.

declarabele inzet: een inzet waar een vergoeding van de zorgverzekeraar tegenover staat

EHGV-inzet: een inzet die wordt uitgevoerd met de intentie tot hulpverlening en/of vervoer van één of meer patiënten, waarbij ter plaatse de noodzaak tot vervoer na onderzoek van de patiënt of hulpverlening niet is gebleken

loze inzet: een inzet die wordt uitgevoerd met de intentie tot hulpverlening en/of vervoer, waarbij na aankomst op de (veronderstelde) locatie van de patiënt blijkt dat geen noodzaak voor hulpverlening en/of vervoer (meer) aanwezig is

voorwaardenscheppende inzet: een inzet in opdracht van de centralist van de MKA, waarbij het ambulance-team naar een door de centralist bepaalde plaats rijdt om de beschikbaarheid van de ambulancezorg te waarborgen.

MICU-inzet: het interklinisch transport van een IC-patiënt, begeleid door een MICU-team. Het MICU-team bestaat uit een IC-arts of intensivist en een MICU-verpleegkundige, beiden bekwaam in het uitvoeren van MICU-transport. Het MICU-transport wordt uitgevoerd met behulp van een Mobiele Intensive Care Unit, bestaande uit een MICU-trolley en een IC-ambulance.

Mobiel Medisch Team: een MMT bestaat uit een gespecialiseerd arts, een gespecialiseerd verpleegkundige en een chauffeur of piloot. Het MMT levert ter plekke specialistische acute medische zorg aan slachtoffers van ernstige ongevallen en rampen. Het MMT is gekoppeld aan een traumacentrum. De zorg door het MMT vormt een aanvulling op de reguliere ambulancehulpverlening.

first responder: een first responder is een hulpverlener, die als eerste ter plaatse komt en die competent is eerste hulp te verlenen in een situatie waarin dit noodzakelijk is, in afwachting van een ambulance

dynamisch ambulancemanagement: dynamisch ambulancemanagement is de wijze waarop de MKA de beschikbare ambulancecapaciteit inzet. De MKA draagt zorg voor een optimale spreiding en beschikbaarheid van de eigen ambulancecapaciteit in de eigen regio, maar kan in voorkomende gevallen ook een beroep doen op de ambulancecapaciteit van andere regio's. Met andere woorden: dynamisch ambulancemanagement heeft zowel betrekking op regionaal als op bovenregionaal niveau.

spreiding: spreiding is de wijze waarop de beschikbare ambulances in de RAV-regio over de standplaatsen (en eventuele andere uitrukposten) worden verdeeld

beschikbaarheid: beschikbaarheid betreft het beschikbare aanbod van ambulances, inclusief ambulance-team conform het dienstrooster, in de RAV-regio waarover een centralist gedurende een bepaald tijdvak kan beschikken. Het beschikbare aanbod wordt ingezet naar aanleiding van een concrete zorgvraag voor ambulancezorg, met en zonder spoed (inzetten met A- of B-urgentie)

bij hoofdstuk 4:

Mobiel Medisch Team: een MMT bestaat uit een gespecialiseerd arts, een gespecialiseerd verpleegkundige en een chauffeur of piloot. Het MMT levert ter plekke specialistische acute medische zorg aan slachtoffers van ernstige ongevallen en rampen. Het MMT is gekoppeld aan een traumacentrum. De zorg door het MMT vormt een aanvulling op de reguliere ambulancehulpverlening.

first responder: een first responder is een hulpverlener, die als eerste ter plaatse komt en die competent is eerste hulp te verlenen in een situatie waarin dit noodzakelijk is, in afwachting van een ambulance

bij hoofdstuk 5:

ziekteverzuimpercentage: het deel van de arbeidscapaciteit in een bepaalde periode dat wegens ziekteverzuim verloren is gegaan

ziekteverzuimpercentage kortdurend ziekteverzuim: het ziekteverzuim vanaf 1 kalenderdag tot en met 7 kalenderdagen (=1 week)

ziekteverzuimpercentage middellangdurend ziekteverzuim: het ziekteverzuim vanaf 8 kalenderdagen (= 1 week) tot en met 42 kalenderdagen (= 6 weken)

ziekteverzuimpercentage langdurend ziekteverzuim 1: het ziekteverzuim vanaf 43 kalenderdagen (= 6 weken) tot en met 91 kalenderdagen (= 13 weken)

ziekteverzuimpercentage langdurend ziekteverzuim 2: het ziekteverzuim vanaf 92 kalenderdagen (= 13 weken) tot en met 182 kalenderdagen (= 26 weken)

ziekteverzuimpercentage langdurend ziekteverzuim 3: het ziekteverzuim vanaf 183 kalenderdagen (= 26 weken) tot en met 730 kalenderdagen (= 2 jaar)

agressie & geweld: voorvallen waarbij de werknemer psychisch of fysiek wordt lastig gevallen, bedreigd of aangevallen, onder omstandigheden die rechtstreeks verband houden met het verrichten van arbeid (Arbowet artikel 4 lid 2)

verbale agressie of verbaal geweld: hieronder wordt verstaan:

- belediging
- vernedering
- smaad
- treiteren
- discriminatie op grond van geslacht, seksuele geaardheid, huidskleur/herkomst, religie
- uitschelden
- verbale bedreigingen
- intimidatie
- vloeken

serieuze bedreiging: onder serieuze bedreiging wordt verstaan:

- houding, gebaar
- stalken
- dwingen tot taken
- bemoeilijken/onmogelijk maken of juist dwingen tot taken/handelingen
- lokaalvredebreuk
- schennis der eerbaarheid
- poging tot schoppen, slaan, verwonden

fysieke agressie: onder fysieke agressie of fysiek geweld wordt verstaan:

- mishandeling, al dan niet met (nep-)wapen
- verwonden
- handtastelijkheden
- beetpakken, duwen, trekken
- slaan, schoppen, krabben
- bijten, spugen
- gericht gooien met voorwerpen
- wapen gebruikt of bedreiging met (nep-)wapen
- diefstal, vernieling of beschadiging van eigendommen
- besmette prikken gebruiken
- fysiek hinderen het werk uit te voeren
- fysiek hinderen in bewegingsvrijheid

seksuele intimidatie, agressie of geweld: onder seksuele intimidatie, agressie of geweld wordt verstaan:

- seksueel getinte opmerkingen of gedragingen
- aanranden
- verkrachten
- handtastelijkheden

bij hoofdstuk 6:

klacht: een uiting van onvrede over behandeling of bejegening die op de juiste wijze is ingediend bij de RAV. Met juiste wijze wordt bedoeld dat de indienende persoon recht van spreken heeft en de klacht schriftelijk en ondertekend heeft ingediend.

bij hoofdstuk 7:

Landelijk Referentiekader Spreiding & Beschikbaarheid: het Landelijk Referentiekader Spreiding & Beschikbaarheid is een modelmatige beschrijving van de spreiding en beschikbaarheid van ambulancezorg op landelijk niveau. Het referentiekader vormt tevens de grondslag voor de regionale verdeling van budgetten en het landelijke macro-budget.

paraatheid: tijdens parate diensten verricht of dient het ambulanceteam te allen tijde arbeid te verrichten

aanwezigheid: tijdens aanwezigheidsdiensten is het ambulanceteam aanwezig om op afroep arbeid die is voorzien te verrichten

beschikbaarheid: tijdens beschikbaarheidsdiensten is het ambulanceteam op afroep beschikbaar om voorziene arbeid te verrichten, het ambulanceteam is echter niet aanwezig

Bijlage 7: verantwoording RIVM

inleiding

In het proces van dataverzameling zijn binnen en buiten het RIVM de volgende acties ondernomen:

- buiten het RIVM: voor de registratiepakketten Ravis en OpenCare:AMBU hebben de producenten FACE en CENTRIC modules ontwikkeld voor een selectie van ritgegevens. Deze modules zijn oorspronkelijk ontwikkeld voor het onderzoek Landelijk Referentiekader Spreiding en Beschikbaarheid en in 2008 aangepast voor het sectorrapport 2007. In 2009, 2010 en 2011 zijn deze modules opnieuw gebruikt. De modules zijn aan de regio's ter beschikking gesteld. Met de modules konden de regio's de benodigde ritgegevens en stamtabellen (codetabellen) selecteren. Het resultaat is aan het RIVM toegestuurd. In een aantal gevallen is de gegevensverzameling via CENTRIC verlopen omdat de regio de benodigde software voor selectie niet had.
- door het RIVM: de databewerking door het RIVM verliep in twee stappen. In de eerste stap zijn per regio de ritgegevens en de stamtabellen ingelezen in een database waarna productiecijfers zijn geselecteerd. De selectie van de productiecijfers is in een verslag voorgelegd aan de regio. Na goedkeuring door de regio zijn de productiecijfers ingelezen in een landelijke database. In de tweede stap van de databewerking is een analyse van de ritgegevens uitgevoerd conform de AZN-meetplannen. De resultaten hiervan zijn ter goedkeuring aan de regio voorgelegd. Na goedkeuring zijn de cijfers beschikbaar gekomen voor publicatie in voorliggend rapport.

selectie van productiecijfers

Voor de selectie van de productiecijfers is een aantal stamtabellen van groot belang. Dit zijn de stamtabellen 'Organisatie' of 'Vervoerder', 'Standplaats' en/of 'Wagen' (of 'ambulancenummer') en 'Soort vervoer'. De stamtabellen 'Organisatie' en 'Vervoerder' geven codes die aangeven of een inzet is uitgevoerd door en voor de eigen RAV. De stamtabel 'Standplaats' bepaalt door welke standplaats de inzet is uitgevoerd. Soms wordt een inzet door een standplaats uit een andere regio uitgevoerd, deze worden dan niet bij de productie van de ene regio meegenomen. Een aantal regio's maken geen gebruik van de standplaats codering, maar hanteert in plaats daarvan het wagennummer, of ambulancenummer. Hierbij is binnen het RIVM uitgegaan van het 'Nationaal Nummerplan' (versie 4.0, mei 2007). Steeds meer regio's hanteren dit nummerplan. In de analyse van ritgegevens zijn ook 'Rapid Responders' geïdentificeerd.

In de stamtabel 'Soort vervoer' wordt in de praktijk een groot aantal verschillende codes gehanteerd. Het volgende schema geeft een globaal overzicht van de codes die inzetten uitsluiten van de productie:

- inzetten zonder vervoerscode ('geen code')
- stand-by inzetten
- voorwaardenscheppende inzetten
- andere vervoerder (een vervoerder anders dan van de eigen RAV, hieronder vallen ook buitenlandse vervoerders)
- coördinator gewonden vervoer
- dienstinzet of inzetten zonder opdracht
- dubbele inzet
- officier van dienst GGD
- testinzet, oefeninzet, dummyinzetten, sociaal vervoer en inzetten ten behoeve van onderhoud ambulance
- inzet huisarts of HAP of schouwarts
- inzet heli of MMT

- overige niet declarabele inzetten en inzetten zonder factuur
- vanuit CPA verkeerd gekoppelde inzetten, of CPA-doorverwijzingen
- first-responder inzetten

Deze selectie van productiecijfers en de gehanteerde criteria op basis van de stamtabellen 'Organisatie'/'Vervoerder', 'Standplaats', 'Wagennummer' en 'Soort vervoer' zijn in detail teruggekoppeld aan de regio. Er is geconstateerd dat de regio's stamtabellen op verschillende manieren hanteren waardoor maatwerk per regio noodzakelijk is.

analyse tijdenregistratie spoedvervoer

interregionale assistentie

In de meetplannen voor A-vervoer wordt uitgegaan van inzetten die in de RAV-regio zijn verreden. Dat wil zeggen dat wij de productiecijfers corrigeren voor interregionale assistentie (regiogrensoverschrijdende assistentie, ook wel 'burenhulp' genoemd). Assistentie naar een andere regio wordt afgetrokken van de productie, verkregen assistentie wordt opgeteld bij de productie. Er is hierbij sprake van een uitvoerende RAV en een 'ontvangende' RAV. De ontvangende RAV is bepaald door de locatie waar de hulp heeft plaatsgevonden, het afhaaladres. De indeling van deze inzetten is gebaseerd op de variabelen 'afhaaladres' en 'afhaalplaats' in de ritgegevens. Het RIVM hanteert bij de toewijzing naar ontvangende RAV een 4-cijferige postcode. Deze is ontleend aan de 6-cijferige postcode van het afhaaladres. Als deze niet correct is ingevuld kijken we naar plaatsnaam, als ook deze niet is ingevuld wordt de centroïde van de uitvoerende RAV gehanteerd.

Opgemerkt wordt dat de indeling naar 4-positie postcode voor alle inzetten is uitgevoerd. Correctie voor regiogrensoverschrijdende assistentie is alleen uitgevoerd voor A-vervoer. B-vervoer blijft toegedeeld aan de uitvoerende RAV-regio.

criteria meetplannen

De aantallen spoedinzetten worden vervolgens verder gefilterd ten behoeve van de analyse van de geregistreerde tijden. Volgens de meetplannen worden de volgende inzetten van de meting uitgesloten:

1. inzetten naar gemeenten die niet tot het verzorgingsgebied van de RAV behoren
2. inzetten met een meldkamerurgentie B en A2 (bij A1-selectie) of A1 (bij A2-selectie)
3. urgentiewijzigingen
4. meerinzetten, neonatologieinzetten, IC-lance, overplaatsing of interklinisch vervoer
5. GHOR-inzetten, MMT-vervoer
6. standby-inzetten
7. voorwaardenscheppende inzetten
8. loze inzetten
9. geannuleerde inzetten
10. achteraf aangemaakte inzetten
11. inzetten waarbij de tijdsregistratie onjuist is.

Opmerkingen bij deze criteria:

Ad 1, 5, 6 en 7: deze selectie is al uitgevoerd bij de selectie van productiecijfers en de correctie voor interregionale assistentie voor spoedvervoer.

Ad 2: selectie geschiedt op basis van urgentie meldkamer

Ad 3, 9 en 10: urgentiewijzigingen, geannuleerde inzetten en achteraf aangemaakte inzetten kunnen niet op een betrouwbare manier worden geïdentificeerd in de gegevens. Het meetplan is voor deze criteria niet goed toe te passen.

Ad 4 en 8: in de analyse van tijdenregistratie worden alleen inzetten geselecteerd met een code soort vervoer 'EH/geen vervoer'; 'Opname', 'Poliklinisch' en 'SEH-presentatie'. Andere soorten vervoer worden niet meegenomen (zoals loze inzetten, ontslaginzetten, interklinische inzetten, overplaatsingen, vws, standby en inzetten zonder codering werden er al uitgefilterd in de selectie van de productiecijfers). In de praktijk wordt een veelvoud aan varianten op deze benamingen gehanteerd. Deze benamingen zijn door het RIVM ingedeeld naar een standaard soort vervoer:

1. EH/geen vervoer
2. Loze inzet
3. Opname
4. Ontslag
5. Poliklinisch
6. Overplaatsing
7. Interklinisch (ziekenhuis)
8. Interklinisch (zorgverzekeraar)
9. Voorwaardescheppend
10. SEH (presentatie)

uitwerking tijdenanalyse

De AZN-meeetplannen zijn in 2011 op dezelfde manier als in 2010 geïnterpreteerd. Dit betreft de volgende punten:

- Per tijdsinterval (tijdsduur aanname en uitgifte, uitruktijd, aanrijtijd en responstijd) worden aparte selecties van inzetten gemaakt. In voorgaande jaren werd één selectie van inzetten gemaakt, waarbij alle tijdstippen (melding, uitgifte, vertrek en aankomst bij patiënt) werden geverifieerd. Dit heeft bijvoorbeeld als gevolg dat nu de gemiddelde rijtijd op een ander aantal inzetten gebaseerd kan zijn dan de gemiddelde uitruktijd.
- Regio's konden per tijdsinterval inzetten met 'plotfouten' en 'meerinzetten' aangeven.

In de volgende stap wordt geschoond op 'dubbele inzetten'. De definitie van een 'dubbele inzet' is gelijk aan die van vorig jaar en luidt: *Een inzet Y is een dubbele inzet als Y met een inzet X de volgende velden gelijk heeft: datum, afhaaladres (6-positie postcode, straat en huisnummer), urgentie, meldtijd, tijd opdracht ambulance, tijd vertrek ambulance, tijd aankomst patiënt en wagennummer.*

Vervolgens worden 'meerinzetten' uitgefilterd. De regio's hadden de mogelijkheid om zelf meerinzetten aan te geven. Er zijn 8 regio's die dit hebben gedaan. Voor de andere regio's is een generieke methode gehanteerd, met dezelfde definitie als vorig jaar, die als volgt is: *Een inzet Y is een meerinzet als Y met een inzet X de volgende velden gelijk heeft: datum, afhaaladres (6-positie postcode, straat en huisnummer) en urgentie, en als het verschil tussen de tijd opdracht aan X en Y minder of gelijk is aan 60 minuten.*

Een aantal regio's heeft zowel hun eigen meerinzetten informatie aangeleverd als het generieke filter gehanteerd.

Op dit punt splitst de analyse zich in vier tijdsintervallen: tijdsduur aanname en uitgifte, uitruktijd, aanrijtijd, responstijd. Voor deze vier intervallen worden vier verschillende filters uitgewerkt. Eerst wordt gekeken of de benodigde tijdstippen geregistreerd zijn, en de velden dus niet leeg zijn. Vervolgens wordt gecontroleerd of de volgorde logisch is, dat wil zeggen dat het betreffende interval groter of gelijk aan nul is. Per interval worden verschillende soorten 'plotfouten' gehanteerd. Een plotfout is een inzet met onjuiste tijdenregistratie. Hiervoor konden de regio's hun eigen definitie hanteren, en zelf tabellen met

plotfouten aanleveren. Deze tabellen zijn door het RIVM als filter gehanteerd. Als een regio niet zelf tabellen met plotfouten aanleverde is het generieke filter gehanteerd. Deze is als volgt gedefinieerd:

- plotfout tijdsduur aanname en uitgifte:
Een inzet heeft een plotfout op de tijdsduur aanname en uitgifte als de tijdsduur aanname en uitgifte nul is of als deze groter is dan 10 minuten (A1-inzet) of groter dan 20 minuten (A2-inzet).
- plotfout uitruktijd:
Een inzet heeft een plotfout op de uitruktijd als de uitruktijd nul is of als deze groter is dan 10 minuten (A1-inzet) of groter dan 20 minuten (A2-inzet).
- Plotfout aanrijtijd:
Een inzet heeft een plotfout op de aanrijtijd als de aanrijtijd nul is of als deze groter is dan 30 minuten (A1-inzet) of groter dan 60 minuten (A2-inzet).
- Plotfout responstijd:
Een inzet heeft een plotfout op de responstijd als de responstijd nul is of als deze groter is dan 40 minuten (A1-inzet) of groter dan 70 minuten (A2-inzet).

Enkele regio's hebben zowel hun eigen (handmatig gecontroleerde) plotfouten gebruikt als ook het generieke filter.

Na deze filters worden de gemiddelde tijdsduur aanname en uitgifte, uitruktijd, aanrijtijd en responstijd bepaald, en wordt het aantal inzetten binnen de 15- en 30-minuten vastgesteld.

generiek plotfoutfilter

Bij de inhoud van het generieke filter, zoals hierboven beschreven, moet worden opgemerkt dat het filter een benadering van plotfouten geeft, maar geen dekkende definitie is. Het identificeert een aantal inzetten met plotfouten, maar niet alle. Daarnaast selecteert het filter ook inzetten waarbij geen plotfout is geregistreerd. Het filter heeft hierdoor twee effecten, die per regio verschillend kunnen uitwerken. De uitwerking is van groot belang voor de berekening van het overschrijdingspercentage, de prestatiemeting.

1. Er wordt een onnodig groot aantal inzetten zonder overschrijding gefilterd. Hierdoor neemt de noemer van de prestatiemeting af en wordt het overschrijdingspercentage te hoog geschat.
2. Er wordt een onnodig groot aantal inzetten met overschrijding gefilterd. Hierdoor neemt de teller van de prestatiemeting af en wordt het overschrijdingspercentage te laag geschat.

Uit de vergelijking met door de regio gepubliceerde cijfers, zoals jaarverslagen, blijkt dat beide effecten voorkomen. Het feit dat het filter soms zijn doel niet haalt en soms zijn doel voorbij schiet is inherent aan het karakter van een plotfout. Deze fouten in tijdsregistratie kunnen zo divers zijn dat ze heel erg moeilijk, zo niet onmogelijk, in een filter op basis van tijdsduur aanname en uitgifte, uitruk- en aanrijtijd te definiëren zijn.

Bijlage 8: gebruikte afkortingen

ABCD(-methode)	=	Airway Breathing Circulation Disability
AED	=	Automatische Externe Defibrillator
AZN	=	Ambulancezorg Nederland
(wet) BIG	=	Wet Beroepen Individuele Gezondheidszorg
BZK	=	ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties
COPD	=	Chronic Obstructive Pulmonary Disease
CPA	=	Centrale Post Ambulancezorg
DAM	=	Dynamisch Ambulancemanagement
EHGV	=	Eerste Hulp Geen Vervoer
GHOR	=	Geneeskundige Hulpverleningsorganisatie in de Regio
HBO	=	Hoger Beroeps onderwijs
HKZ	=	Harmonisatie Kwaliteit Zorginstellingen
IC	=	Intensive Care
MI	=	managementinformatie
MICU	=	Mobiele Intensive Care Unit
MKA	=	Meldkamer Ambulancezorg
MMT	=	Mobiel Medisch Team
NZa	=	Nederlandse Zorgautoriteit
RAV	=	Regionale Ambulancevoorziening
RIVM	=	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
ROAZ	=	Regionaal Overleg Acute Zorg
ROSC	=	Return Of Spontaneous Circulation
SAR	=	Search And Rescue
SEH	=	Spoedeisende Hulp
V&J	=	ministerie van Veiligheid & Justitie
VPT	=	Veilige Publieke Taak
VWS	=	ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WAV	=	Wet Ambulancevervoer
WAZ	=	Wet Ambulancezorg
WIA	=	Wet Inkomen naar Arbeid
WTZi	=	Wet Toelating Zorginstellingen

Bijlage 9: relevante documenten

Ambulances in-zicht 2009/2008/2007/2006, Ambulancezorg Nederland, 2009/2008/2007/2006

Beleidsdocument Dynamisch Ambulancemanagement, Ambulancezorg Nederland, 2009

Nota verantwoorde ambulancezorg, versie 3.0, Ambulancezorg Nederland, 2009

Referentiekader spreiding en beschikbaarheid, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2009

Rijksbegroting, www.rijksbegroting.nl

Uniform begrippenkader ambulancezorg, versie 2.0, Ambulancezorg Nederland, 2009

(tijdelijke) Wet Ambulancezorg, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2008 en 2011

Bijlage 10: leden Ambulancezorg Nederland

RAV-regio	leden
1 Groningen	Meldkamer Ambulancezorg Groningen St. RAV-Groningen
2 Friesland	Ambulancedienst Antonius Ziekenhuis Sneek CPA Fryslân J.H. Oenema Ambulance BV Kijlstra Ambulancegroep Fryslân UMCG Ambulancezorg
3 Drenthe	UMCG Ambulancezorg
4 IJsseland	Regionale Meldkamer IJsseland BV RAV IJsseland BV
5 Twente	Ambulance Oost
6 Noordoost Gelderland	RAV voor N + O Gelderland, regio Noordwest Veluwe AmbulanceZorg Noord en Oost Gelderland
7 Gelderland Midden	Hulpverleningsdienst Gelderland Midden
8 Gelderland Zuid	RAV Gelderland-Zuid
9 Utrecht	Stichting RAVU
10 Noord-Holland Noord	Veiligheidsregio Noord-Holland Noord Meldkamer Veiligheidsregio Noord-Holland Noord Ambulancezorg
11 Amsterdam/Waterland	Ambulancedienst GG&GD Amsterdam Meldkamer CPA Amsterdam VZA Ambulancedienst Amsterdam BV
12 Kennemerland	Ambulancedienst Kennemerland, locatie MKA Ambulance Hulpverlening Haarlem Ambulancedienst Kennemerland BV VZA Ambulancedienst Amsterdam BV
14 Gooi- en Vechtstreek	RAV Gooi & Vechtstreek

RAV-regio	leden
15 Haaglanden	Ambulancedienst GGD Den Haag Ambulancezorg Het Witte Kruis BV Ambulancezorg Zoetermeer Hulpverleningsregio Haaglanden, locatie CPA
16 Hollands Midden	RAD Hollands Midden
17 Rotterdam-Rijnmond	AmbulanceZorg Rotterdam-Rijnmond/VRR CPA Rotterdam-Rijnmond/VHR n.b. niet-lid is: AmbulanceZorg Rotterdam-Rijnmond/BIOS groep
18 Zuid-Holland Zuid	RAV Zuid-Holland Zuid
19 Zeeland	RAV Zeeland
20 Midden- en West Brabant	Gemeenschappelijk Meldcentrum Midden en West Brabant RAV Midden-West Brabant
21 Brabant-Noord	RAV Brabant-Noord
22 Brabant-Zuidoost	Veiligheidsregio Brabant-Zuidoost
23 Noord- en Midden Limburg	RAV Limburg Noord
24 Zuid Limburg	CPA Zuid-Limburg RAV Zuid-Limburg
25 Flevoland	CPA Flevoland RAV Flevoland
Schiphol	Airport Medical Services Broeder de Vries Dutch Medical Services B.V.

Bijlage 11: standplaatsen in Nederland

1 Groningen

Appingedam
Groningen Noord
Groningen Zuid
Leens
Niebert
Sappemeer
Stadskanaal
Ter Apel
Veendam
Uithuizermeeden
Winschoten

2 Friesland

Ameland
Bergum
Buitenpost
Dokkum
Drachten
Harlingen
Heerenveen
Koudum
Leeuwarden
Leeuwarden
Lemmer/Balk
Oosterwolde
Schiermonnikoog
Stiens
Sneek
Vlieland
West Terschelling
Wolvega

3 Drenthe

Annen
Assen
Beilen
Borger
Coevorden
Dwingelo
Eelde
Emmen
Emmercompasuum
Hoogeveen
Klazienaveen
Meppel
Roden

4 IJsselland

Balkbrug
Deventer
Hardenberg
Lichtmis
Ommen
Raalte
Steenwijk
IJsselmuiden
Zwartsluis
Zwolle

5 Twente

Almelo
Enschede
Haaksbergen
Hengelo
Markelo
Nijverdal
Oldenzaal
Tubbergen
Vroomshoop

6 Noordoost Gelderland

Apeldoorn
Borculo
Doetinchem
Elburg
Ermelo
Heerde
Varsseveld
Winterswijk
Zutphen

7 Gelderland Midden

Arnhem
Barneveld
Dieren
Ede
Elst
Renkum
Zevenaar

8 Gelderland Zuid

Culemborg
Druten
Geldermalsen
Kesteren
Nijmegen
Tiel
Wijchen
Zaltbommel

9	Utrecht	Amersfoort - Centrum Amersfoort - Noord Doorn Maarsssen Nieuwegein Rhenen Utrecht - Centrum Utrecht - Noord Vinkeveen Woerden Zeist	15	Haaglanden	Delft Den Haag Den Haag Centrum Leidschendam, Voorburg Mangaanstraat Wassenaar Westland Zoetermeer
10	Noord-Holland Noord	Alkmaar Noord Alkmaar Zuid De Mossel Den Burg Den Helder Hoogkarspel Schagen Wieringerwerf Wognum	16	Hollands Midden	Alphen a/d Rijn Gouda Hillegom Leiden Leiderdorp Moordrecht Nederlek Nieuwveen Noordwijk
11	Amsterdam/Waterland	Aalsmeer Amstelveen Amsterdam Zuidoost Karperweg Monnickendam Purmerend Valckenierstraat Westzaan Zaandam	17	Rotterdam-Rijnmond	Barendrecht Brielle Capelle aan den IJssel Dirksland Haringvlietdam Noord (Hellevoetsluis) Rotterdam Centrum Rotterdam Noord Schiedam Spijkenisse
12	Kennemerland	Haarlem Heemskerk Hoofddorp Velsen-Zuid	18	Zuid-Holland Zuid	Dordrecht Gorinchem Klaaswaal Meerkerk Papendrecht Zwijndrecht
14	Gooi- & Vechtstreek	Noord Vechtstreek Zuid	19	Zeeland	Burg Haamstede Goes Hulst Middelburg Oostburg Oostkapelle Poortvliet Rilland Terneuzen Wissenkerke Zierikzee

20	Midden- en West Brabant	Bergen op Zoom Breda-Noord Breda-Zuid (Ulvenhout) Giessen Oosterhout Roosendaal (Rucphen) Steenbergen Tilburg-Noord Tilburg-Zuid Waalwijk Zevenbergen
21	Brabant-Noord	Boxtel Den Bosch Haps Oss Uden Veghel Velp
22	Brabant-Zuidoost	Best Deurne Eersel Eindhoven Helmond Maarheeze Valkenswaard
23	Noord en Midden Limburg	Bergen Echt Helden-Panningen Roermond Venlo Venray Weert
24	Zuid Limburg	Geleen Gulpen Heerlen Maastricht
25	Flevoland	Almere Dronten Emmeloord Lelystad Urk Zeewolde

