



Ambulances in-zicht 2013



328.709 B-inzetten

Colofon

Ambulancezorg Nederland

Veerallee 68
Postbus 489, 8000 AL Zwolle
telefoon: 038 422 57 72
info@ambulancezorg.nl
www.ambulancezorg.nl

Tekst

Ambulancezorg Nederland, Zwolle

Eindredactie

Isolde Boers

Cijfers

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, Bilthoven (ritgegevens)
AZN (overige gegevens), Zwolle

Grafieken

RIVM, Bilthoven
Studio Lakmoes, Arnhem

Kaarten

RIVM, Bilthoven

Illustraties

Studio Lakmoes, Arnhem

Vormgeving

Vormix, Maarssen

Druk

Stimio, Tiel

Met dank aan

Anne van den Berg, Geert Jan Kommer, Maarten Mulder, Marjolein Pijnappels, Luppo de Vries

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

Voorwoord

Ambulancezorg Nederland staat er goed op. U kunt zich daarvan overtuigen in Ambulances in-zicht 2013.

Al een groot aantal jaren verantwoorden wij ons ieder jaar met dit document. Een rapportage waarin we verslag doen van alle feiten en cijfers van onze branche. Over die duizenden uitrukken per jaar in al onze ambulanceregio's. We verantwoorden ons over de manier waarop we er -gelukkig bijna altijd- in slagen te voldoen aan verantwoorde zorg en wettelijke vereisten.

Er wordt in de zorg veel gesproken over transparantie; toch lukt het vaak niet dat ook echt in de praktijk te brengen. Ambulancezorg Nederland zal de komende jaren dit nog verder willen bevorderen door ook nadrukkelijker te gaan rapporteren over de echte kwaliteit van onze diensten.

2013 was in menig opzicht een jaar vol initiatief. Op 1 januari van dat jaar trad -na lange jaren van voorbereidingen- de Tijdelijke wet ambulancezorg in werking. Een looptijd van vijf jaar is voorzien. Dat betekent dat AZN zich, samen met het ministerie van VWS, nu al oriënteert op de volgende fase. Hierbij staat de vraag centraal hoe we bestuurlijk en financieel de ambulancezorg vorm kunnen en moeten geven in deze tijd van snelle veranderingen in de gehele keten van acute zorg.

In 2013 is ook veel aandacht besteed aan de landelijke meldkamerorganisatie. In het najaar werd het transitieakkoord ondertekend. De ontwikkeling naar tien goed geoutilleerde en moderne meldkamers zal de komende jaren zijn beslag krijgen. Het uiteindelijke doel is dat politie, brandweer en ambulancezorg de burger nog beter bedienen dan vandaag: ieder voor zich, waar nodig samen en waar nodig op grotere schaal.

De acute dienstverlening in Nederland staat al op hoog niveau; de inspanning is erop gericht nog verder te verbeteren.

Het is met veel plezier dat we u Ambulances in-zicht 2013 aanbieden.

Een verantwoording van hoe €486 miljoen euro aan zorgpremies wordt besteed. Ik zeg met volle overtuiging: voor dat gemeenschapsgeld staat ieder uur van de dag en nacht een voortreffelijke acute zorgverlener klaar.

Ik zou zeggen: overtuig uzelf.

Hans Simons, *voorzitter Ambulancezorg Nederland*

Inhoudsopgave

Voorwoord	3
Verantwoording	7
Inleiding & leeswijzer	8
Facts & figures ambulancezorg 2013	9
DEEL A DE BASIS VAN AMBULANCEZORG	11
1 Ambulancezorg	12
2 Ambulances & standplaatsen	15
2.1 Ambulances	15
2.2 Standplaatsen	17
DEEL B PRODUCTIE EN PRESTATIE AMBULANCEZORG	19
3 Volumegroei ambulancezorg: urgentie	20
3.1 Inzicht in regionale verschillen in volume	22
3.2 Ambulancezorg per inwoner	24
4 Spoedeisende en planbare ambulancezorg	26
4.1 Verhouding spoedeisend en planbaar	27
4.2 Spoedeisende ambulancezorg: A1 ten opzichte van A2	29
4.3 Drukke en rustige dagen	31
4.4 Ambulancezorg per gebied	33
5 Responstijden	34
5.1 Normen binnen de ambulancezorg	34
5.2 Opbouw responstijd	35
6 A1-inzetten	36
6.1 A1-inzet	36
6.2 Het aantal A1-inzetten in 2013	37
6.2.1 A1-inzetten en dag van de week	37
6.2.2 A1-inzetten en aard van het gebied	38
6.3 Prestaties A1-inzetten in 2013	38
6.3.1 Responstijd A1-inzetten	40
6.3.2 Aanname en uitgifte A1-inzetten	47
6.3.3 Uitruktijd A1-inzetten	48
6.3.4 Aanrijtijd A1-inzetten	49
7 A2-inzetten	51
7.1 A2-inzet	51
7.2 Het aantal A2-inzetten in 2013	52
7.2.1 A2-inzetten en dag van de week	53
7.2.2 A2-inzetten en aard van het gebied	53
7.3 Prestaties A2-inzetten in 2013	53
7.3.1 Responstijd A2-inzetten	55
7.3.2 Aanname en uitgifte A2-inzetten	62
7.3.3 Uitruktijd A2-inzetten	63
7.3.4 Aanrijtijd A2-inzetten	64

8	B-inzetten	66
8.1	B-inzet	66
8.2	Het aantal B-inzetten in 2013	67
8.2.1	B-inzetten en dag van de week	68
8.2.2	B-inzetten en aard van het gebied	68
9	Spoedeisende ambulancezorg: rapid responder	69
10	MICU-inzetten	70
11	Ambulance-inzetten naar aard van de inzet	71
11.1	Declarabele inzetten	74
11.2	EHGV-inzetten	75
11.3	Loze inzetten	76
12	Ambulance-inzetten voor andere regio's	77
13	Productieafspraken	79
14	Ambulancezorg vanuit medisch-inhoudelijk perspectief	83
14.1	De beperkingen van de huidige registratie	83
14.2	De patiënten van ambulancezorg	84
14.3	De werkdiagnose van de ambulance-eenheid	85
14.4	De uitgevoerde voorbehouden handelingen	86
14.5	Reanimatie	87
DEEL C KWALITEIT VAN AMBULANCEZORG		89
15	Kwaliteitscertificering	90
16	Deskundigheid en scholing	90
17	Patiëntveiligheid	91
18	Patiënttevredenheid: CQI spoedeisende ambulancezorg	91
19	Klachten	92
DEEL D MEDEWERKERS VAN AMBULANCEZORG		93
20	CAO Ambulancezorg	94
21	Formatie	94
21.1	Formatie naar functie in aantallen	95
21.2	Formatie naar functie in fte	99
21.3	Formatie naar leeftijden	101
21.4	Formatie naar arbeidsduur	103
22	Beschikbare uren voor ambulancezorg	104
23	Loopbaanmobiliteit	107
23.1	In- en uitstroom	107
23.2	Achtergronden bij instroom	109
23.3	Achtergronden bij uitstroom	109
24	Ziekteverzuim	110
24.1	Landelijk gemiddeld ziekteverzuim	110
24.2	Ziekteverzuim per regio	112
24.3	WIA-instroom	113
25	Agressie & geweld	114
25.1	Inleiding	114

25.2	Aantal en aard van de incidenten	114
25.3	Dag en tijdstip	116
25.4	Locatie	117
25.5	Veroorzakers	118
25.6	Aanleiding	119
25.7	Juridische consequenties	119
25.8	Opvang door de RAV	120

DEEL E AMBULANCEZORG is KETENPARTNER **121**

26	De keten van acute zorg	122
26.1	Aanvullend op ambulancezorg: MMT	123
26.2	Aanvullend op ambulancezorg: first responder	123
27	De keten van openbare orde en veiligheid	125
27.1	Incidenten jaarwisseling	125
27.2	Landelijke grootschalige incidenten en evenementen	125

BIJLAGEN **127**

Bijlage 1:	Vergelijkbaarheid cijfers van de verschillende jaren en andere aspecten met betrekking tot de betrouwbaarheid	129
Bijlage 2:	Toelichting op aanrijtijdnormen binnen de ambulancezorg (hoofdstuk 5 t/m 7)	131
Bijlage 3:	Toelichting op de gebruikte medische terminologie (hoofdstuk 14)	132
Bijlage 4:	Toelichting op Actieprogramma Veilige Publieke Taak (hoofdstuk 25)	134
Bijlage 5:	Kernset 2013	135
Bijlage 6:	(relevante) Definities	145
Bijlage 7:	Verantwoording RIVM	150
Bijlage 8:	Gebruikte afkortingen	154
Bijlage 9:	Relevante documenten	155
Bijlage 10:	Leden Ambulancezorg Nederland	156
Bijlage 11:	Standplaatsen in Nederland	158

Verantwoording

De vergunninghouders van de individuele RAV-regio's zijn verantwoordelijk voor:
de betrouwbaarheid van de gegevens.

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.

Het RIVM is verantwoordelijk voor:
de inhoud van de tabellen en grafieken met betrekking tot productie en prestatie.

Ambulancezorg Nederland is verantwoordelijk voor:
de inhoud van de overige tabellen en grafieken.

Het RIVM is verantwoordelijk voor:
de samenstelling en lay-out van de kaarten.

Ambulancezorg Nederland is verantwoordelijk voor:
de teksten en beleidsanalyses.

Inleiding & leeswijzer

Ambulances in-zicht is het jaarlijkse sectorrapport van de ambulancesector en geeft inzicht in de Nederlandse ambulancezorg. Dit is de achtste editie over het jaar 2013. Deze digitale versie ondersteunt 'Ambulances in-zicht 2013, de highlights', de beknopte gedrukte versie.

opbouw Ambulances in-zicht 2013

'Ambulances in-zicht 2013' is als volgt opgebouwd:

- deel A, 'De basis van ambulancezorg' legt uit wat ambulancezorg is en gaat onder andere in op de wettelijke en financiële randvoorwaarden voor het kunnen verlenen van ambulancezorg;
- 'Productie en prestatie ambulancezorg' is deel B en beschrijft enerzijds de aantallen inzetten in 2013 en anderzijds de resultaten die in 2013 behaald zijn;
- Het derde deel, 'Kwaliteit van ambulancezorg' gaat in op kwaliteitsaspecten met betrekking tot ambulancezorg;
- Deel D, 'Medewerkers van ambulancezorg' gaat in op diverse thema's met betrekking tot de medewerkers die werkzaam zijn binnen de ambulancezorg. Hoofdstuk 25 doet verslag van de registratie van agressie-incidenten;
- Ambulances in-zicht 2013 eindigt met deel E, 'Ambulancezorg is ketenpartner', dat de rol van de ambulancesector beschrijft in zowel de keten van acute zorg als de keten van openbare orde en veiligheid.

Conform de Tijdelijke wet ambulancezorg zijn er in Nederland 25 RAV-regio's. In de tabellen, grafieken en afbeeldingen in dit rapport zijn 24 regio's weergegeven: de twee regio's Amsterdam en Zaanstreek-Waterland worden cijfermatig als één regio beschouwd.

Facts & figures ambulancezorg 2013

Onderstaand worden de belangrijkste facts en figures met betrekking tot de Nederlandse ambulancezorg in 2013 weergegeven. Alle onderwerpen worden in het sectorrapport nader uitgewerkt.

basisgegevens ambulancezorg

aantal RAV-regio's op 31 december 2013	25 regio's
aantal RAV's op 31 december 2013	25 RAV's
aantal ambulances op 31 december 2013	744
aantal standplaatsen op 31 december 2013	215
macro-budget voor de ambulancezorg in 2013 (incl. MKA)	€486 miljoen
actueel wettelijk kader in 2013 inwerkingtreding Tijdelijke wet ambulancezorg	Tijdelijke wet ambulancezorg 1 januari 2013

proces & product ambulancezorg

aantal A1-inzetten in 2013	541.164
gemiddelde responstijd A1-ritten in 2013	9:39 minuten
% A1-inzetten binnen 15 minuten ter plaatse in 2013	92,6%
aantal A2-inzetten in 2013	274.907
gemiddelde responstijd A2-inzetten in 2013	15:26 minuten
% A2-inzetten binnen 30 minuten ter plaatse in 2013	96,1%
aantal B-inzetten in 2013	328.709
totaal aantal inzetten in 2013	1.144.780
aantal declarabele inzetten in 2013	853.330
aantal EHGv-inzetten in 2013	226.016
aantal loze inzetten in 2013	65.434
totaal aantal inzetten in 2013	1.144.780
volumegroei 2013 tov 2012	4,0%
gemiddelde volumegroei per jaar in de periode 2009-2013	2,0%
aantal regio's dat reanimaties heeft geregistreerd in 2013	17 regio's
aantal reanimaties in 2013	5.688
aantal MICU-regio's in 2013	7 regio's
aantal MICU-inzetten in 2013	1.697

aantal regio's dat inzetten rapid responder heeft geregistreerd in 2013	22
aantal inzetten rapid responder in 2013	56.190
aantal regio's dat MMT-inzetten heeft geregistreerd in 2013	23 regio's
aantal MMT-inzetten in 2013	6.437
aantal regio's dat inzetten first responder heeft geregistreerd in 2013	9 regio's
aantal inzetten first responder in 2013	2.604
aantal klachten in 2013	645
aantal klachten per 1.000 ambulance-inzetten in 2013	0,56
medewerkers ambulancezorg	
aantal medewerkers op 31 december 2013	5.509
aantal medewerkers in de drie kernfuncties op 31 december 2013	4.787
aantal fte's op 31 december 2013	4.954 fte
aantal fte's in de drie kernfuncties op 31 december 2013	4.343 fte
aantal beschikbare uren voor het verlenen van ambulancezorg in 2013	3.169.506
gemiddeld instroompercentage in 2013	7,0%
gemiddeld uitstroompercentage in 2013	4,0%
gemiddeld ziekteverzuim in 2013	5,0%
aantal regio's dat agressie-incidenten heeft geregistreerd in 2013	23 regio's
aantal geregistreerde incidenten in 2013	421

Deel A: de basis van ambulancezorg

aanwijzing

ambulancezorg

RAV

gezondheidsschade

beperken

TWAZ

hulp

minister van VWS

vervoer

voorkomen

ziekenhuis

zorg

acuut

patiënt

letsel

gewond

ziek

verwijzing

meldkamer ambulancezorg

1 Ambulancezorg

Definitie ambulancezorg

Ambulancezorg is zorg aan patiënten die dit acuut nodig hebben. Bijvoorbeeld omdat ze het slachtoffer van een ongeval zijn of omdat ze plotseling ernstig ziek worden. Bij acute ambulancezorg hoort het eventuele vervoer van de patiënt naar bijvoorbeeld een ziekenhuis.

Ambulancezorg is ook planbare zorg en vervoer van mensen van of naar het ziekenhuis, die hier niet zelf kunnen komen en onderweg zorg nodig hebben.

Het doel van ambulancezorg is hoe dan ook het voorkómen of beperken van gezondheidsschade bij de patiënt.

Regionale Ambulancevoorziening

De ambulancezorg is per regio georganiseerd in Regionale Ambulancevoorzieningen (RAV's). De RAV is sinds 1 januari 2013 conform de Tijdelijke wet ambulancezorg (Twaz) wettelijk aangewezen als de rechtspersoon die ambulancezorg mag verlenen en de meldkamer ambulancezorg in stand moet houden.

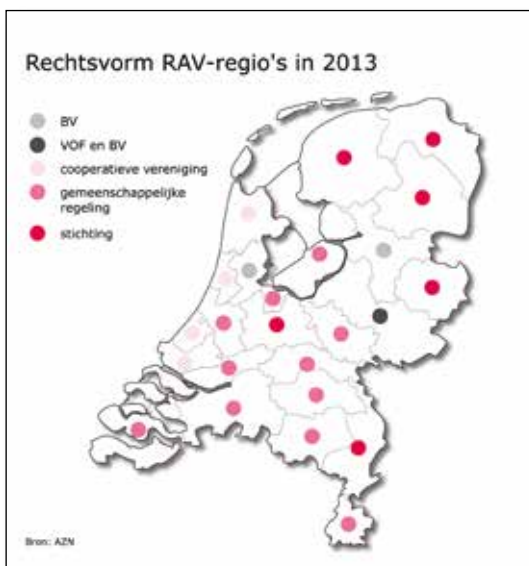
De rechtsvorm van RAV's verschilt per regio: er zijn stichtingen, gemeenschappelijke regelingen, coöperatieve verenigingen, Besloten Vennootschappen en een vennootschap onder firma (vof).

Meldkamer ambulancezorg

De meldkamer ambulancezorg is integraal onderdeel van de RAV. De RAV is verantwoordelijk voor de instandhouding van deze meldkamer. In nagenoeg alle regio's is sprake van een gecoloeerde meldkamer. Dit houdt in dat medewerkers van ambulancezorg, brandweer en politie gebruikmaken van dezelfde locatie en voorzieningen.

De meldkamer ambulancezorg (MKA) speelt een centrale rol in het proces van ambulancezorg. De MKA stelt vast of ambulancezorg noodzakelijk of gewenst is en met welke urgentie, en zorgt ervoor dat de juiste

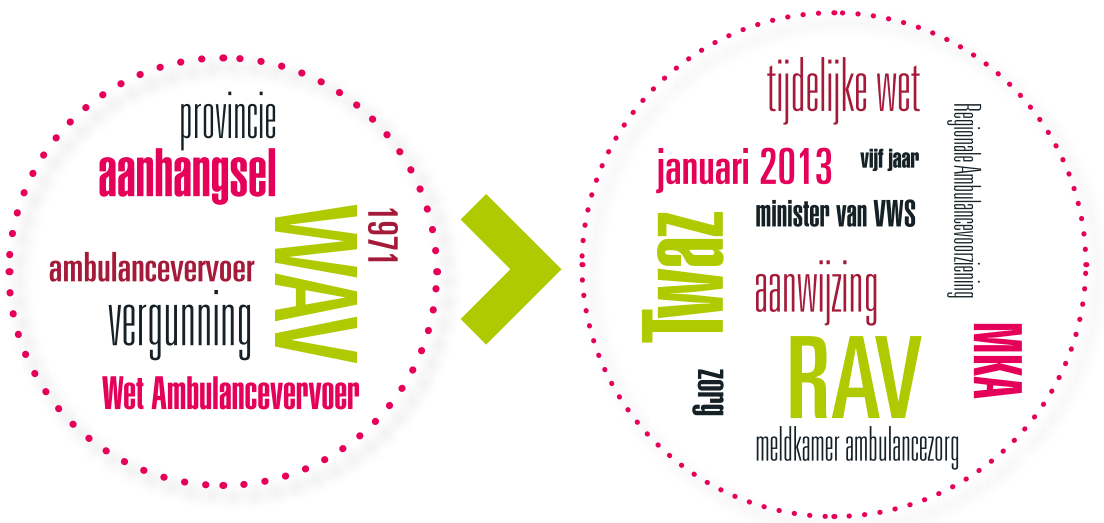
kaart 1.1: RAV-regio's, RAV's en rechtsvorm



(ambulance)zorg op het juiste moment en op de juiste plaats wordt ingezet. Indien noodzakelijk geeft de MKA de melder instructies hoe te handelen tijdens het wachten op de ambulance. Tot slot ondersteunt de MKA de ambulance-eenheid onderweg en ter plaatse. De MKA is hiermee de regisseur van de ambulancezorg en heeft een poortwachtersfunctie bij de toegang tot de acute zorg.

Wettelijk kader ambulancezorg

De Tijdelijke wet ambulancezorg is van kracht sinds 1 januari 2013 en is een tijdelijke wet met een looptijd van vijf jaar. Dat betekent dat op 1 januari 2018 een nieuwe wet voor de ambulancezorg in werking moet treden.



Financieel kader ambulancezorg

In Nederland zijn de zorgverzekeraars verantwoordelijk voor de financiering van de ambulancezorg. De zorgverzekeraars verdelen het landelijke macrobudget. De verdeling vindt plaats op basis van de beleidsregels, die de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) vaststelt.

In de rijksbegroting 2013 was voor de ambulancesector €486 miljoen opgenomen.

Eind 2013 had Nederland 16.829.289 inwoners. De ambulancezorg kostte in 2013 dus €28,90 per inwoner. Hiervoor is ambulancezorg 24 uur per dag zeven dagen per week beschikbaar en zijn in 2013 1.144.780 inzetten uitgevoerd.

Ambulancezorg is ketenpartner

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

Acute zorg

RAV's werken nauw samen met de partners in de acute zorgketen, zoals ziekenhuizen, traumacentra, huisartsen, huisartsenposten, GGZ-instellingen en verloskundigen.

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. 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. *(Zie ook hoofdstuk 26.)*

Openbare orde en veiligheid

RAV's 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 en verloopt de samenwerking voor de ambulancezorg via de GHOR (Geneeskundige Hulpverleningsorganisatie in de Regio). *(Zie ook hoofdstuk 27.)*

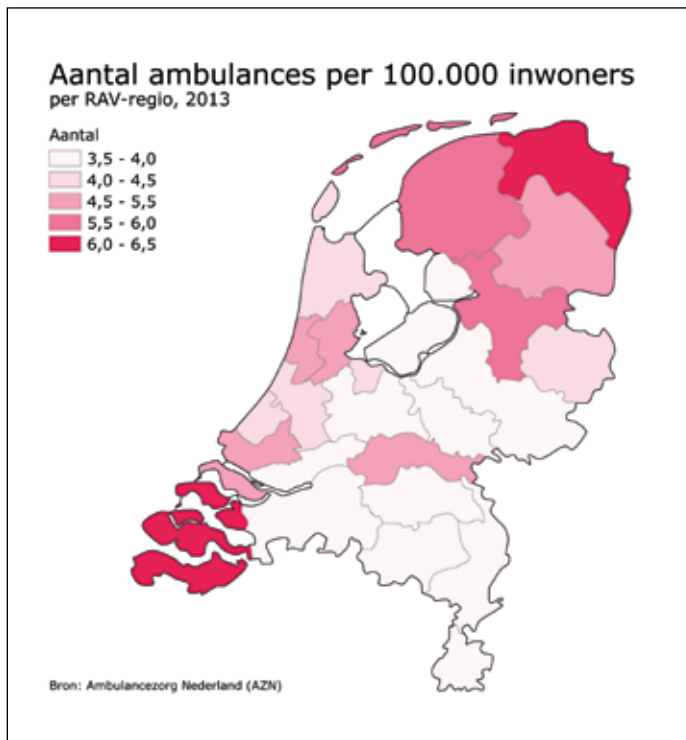
2 Ambulances & standplaatsen

2.1 Ambulances

In Nederland zijn zeven dagen per week 24 uur per dag ambulances en ambulancemedewerkers beschikbaar om ambulancezorg te kunnen verlenen.

Op 31 december 2013 hadden de RAV's in Nederland 744 ambulances beschikbaar, op 31 december 2012 waren dit er 725. In de praktijk zijn er niet voortdurend 744 ambulances op de weg. De beschikbare capaciteit wordt ook gedeeltelijk gereserveerd voor grootschalige rampen of calamiteiten of is nodig tijdens onderhoud of schade aan voertuigen en tijdens overlappende diensten.

kaart 2.1: aantal ambulances in 2013



tabel 2.1: aantal ambulances per regio in 2013

	2013	2012	2011	2010	2009
Groningen	38	38	38	38	38
Friesland	38	38	38	38	38
Drenthe	24	22	22	22	22
IJsselland	29	29	29	28	28
Twente	28	26	26	26	26
Noordoost Gelderland	32	32	32	32	32
Midden Gelderland	23	23	23	23	23
Gelderland Zuid	27	21	21	21	18
Utrecht	46	46	46	42	42
Noord-Holland Noord	26	26	26	26	24
Amsterdam/Waterland	67	67	67	65	65
Kennemerland	24	24	24	24	24
Gooi- en Vechtstreek	10	10	11	11	11
Haaglanden	46	46	37	36	37
Hollands Midden	31	30	30	30	29
Rotterdam-Rijnmond	60	60	60	55	55
Zuid-Holland Zuid	18	18	18	17	17
Zeeland	24	24	24	24	23
Midden- en West Brabant	42	37	37	37	37
Brabant-Noord	25	23	22	22	22
Brabant Zuidoost	29	29	26	26	26
Noord Limburg	19	19	17	17	17
Zuid Limburg	24	24	24	24	22
Flevoland	14	13	13	13	13
totaal	744	725	711	697	689

Het aantal ambulances van een regio hangt samen met diverse regionale factoren, zoals het aantal inwoners, de mate van stedelijkheid en de beschikbare financiële middelen. RAV's maken hier afspraken over met de zorgverzekeraar.

2.2 Standplaatsen

Om de beschikbare ambulances optimaal over de regio te spreiden, beschikt iedere RAV over een aantal standplaatsen.

Op 31 december 2013 waren er 215 standplaatsen in Nederland.

In veel regio's is, zeker overdag, sprake van dynamische paraatheid. Dit houdt in dat een ambulance na afloop van een opdracht niet terugkeert naar een standplaats, maar op de weg blijft. Bij een nieuwe inzet van deze ambulance is dan geen sprake van uitruktijd.

kaart 2.2: standplaatsen in 2013



Evenals het aantal ambulances varieert ook het aantal standplaatsen per regio. Het aantal standplaatsen blijft over het algemeen redelijk stabiel. Het is immers niet eenvoudig om zonder meer een standplaats te verplaatsen, op te heffen of een nieuwe standplaats te realiseren.

In het Landelijk Referentiekader Spreiding & Beschikbaarheid is berekend wat (in theorie) de optimale spreiding van standplaatsen is om te kunnen voldoen aan het uitgangspunt dat onder normale omstandigheden in geval van spoed 95% van de bevolking binnen vijftien minuten na de start van de melding bij de meldkamer ambulancezorg bereikt moet worden. Ook is vastgelegd hoeveel ambulances per tijdseenheid beschikbaar moeten zijn.

In tabel 2.2 is naast het feitelijke aantal standplaatsen per regio ook het theoretische aantal standplaatsen conform het referentiekader 2008 aangegeven.

tabel 2.2: aantal standplaatsen per regio in 2013

	2013	2012	2011	2010	2009	standplaatsen conform referentiekader 2013
Groningen	11	11	11	11	11	13
Friesland	18	18	18	18	17	20
Drenthe	16	13	13	12	12	11
IJsselland	12	10	10	10	10	10
Twente	9	9	9	9	9	9
Noordoost Gelderland	9	9	9	9	9	10
Midden Gelderland	7	7	7	7	7	7
Gelderland Zuid	8	8	8	8	8	8
Utrecht	11	11	11	11	11	11
Noord-Holland Noord	9	9	9	9	9	8
Amsterdam/Waterland	9	9	9	9	9	9
Kennemerland	4	4	4	4	4	5
Gooi- en Vechtstreek	3	3	3	3	3	2
Haaglanden	8	8	8	8	9	6
Hollands Midden	9	9	10	9	9	7
Rotterdam-Rijnmond	12	9	9	9	9	9
Zuid-Holland Zuid	6	6	6	6	6	6
Zeeland	11	11	11	11	10	11
Midden- en West Brabant	10	10	9	9	9	13
Brabant-Noord	6	6	7	7	7	7
Brabant Zuidoost	7	7	7	7	7	7
Noord Limburg	10	10	9	7	7	7
Zuid Limburg	4	4	4	3	4	4
Flevoland	6	6	6	6	6	6
totaal	215	207	207	202	202	206

Deel B: Productie en prestatie ambulancezorg



3 Volume ambulancezorg: urgentie

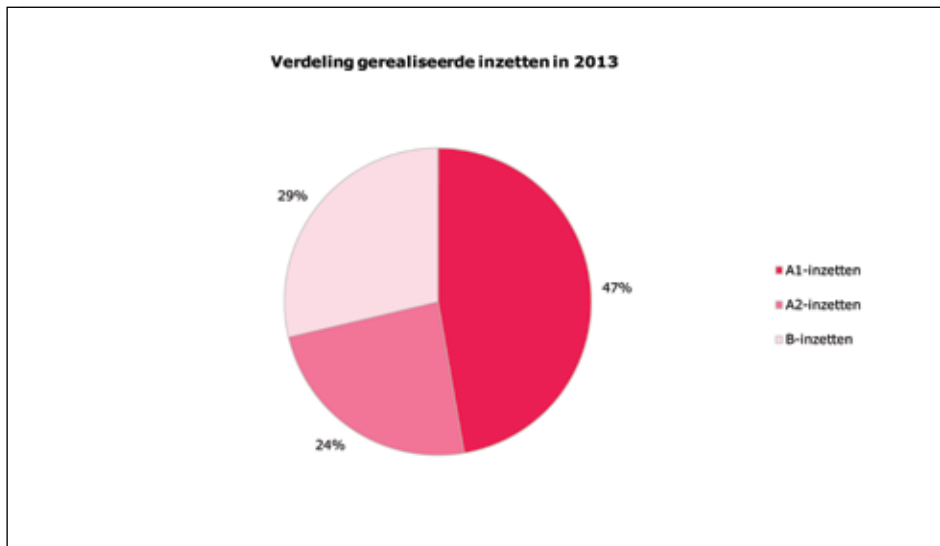
In 2013 hebben in Nederland 1.144.780 ambulance-inzetten plaatsgevonden.

In Nederland is er onderscheid in spoedeisende (A1 en A2) en planbare (B) ambulancezorg. Dit gaat over de urgentie waarmee een ambulance naar een patiënt wordt gestuurd. In 2013 waren er 541.164 A1-inzetten, 274.907 A2-inzetten en 328.709 B-inzetten.

tabel 3.1: volume ambulancezorg 2009-2013

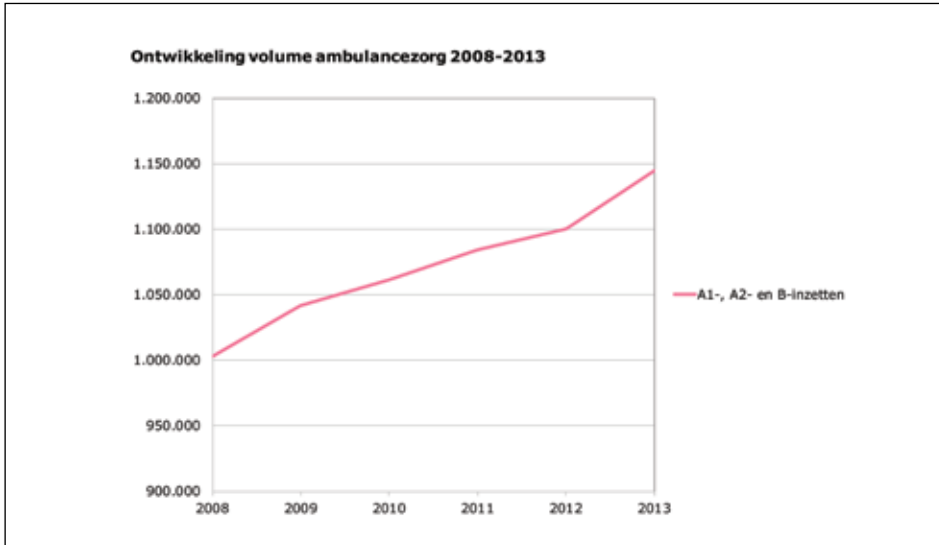
	2013	2012	2011	2010	2009
A1-inzetten	541.164	500.835	478.331	463.913	454.309
A2-inzetten	274.907	273.692	263.257	247.008	239.572
B-inzetten	328.709	325.892	342.838	350.347	348.085
alle inzetten	1.144.780	1.100.419	1.084.426	1.061.268	1.041.966

grafiek 3.1: verdeling gerealiseerde inzetten in 2013

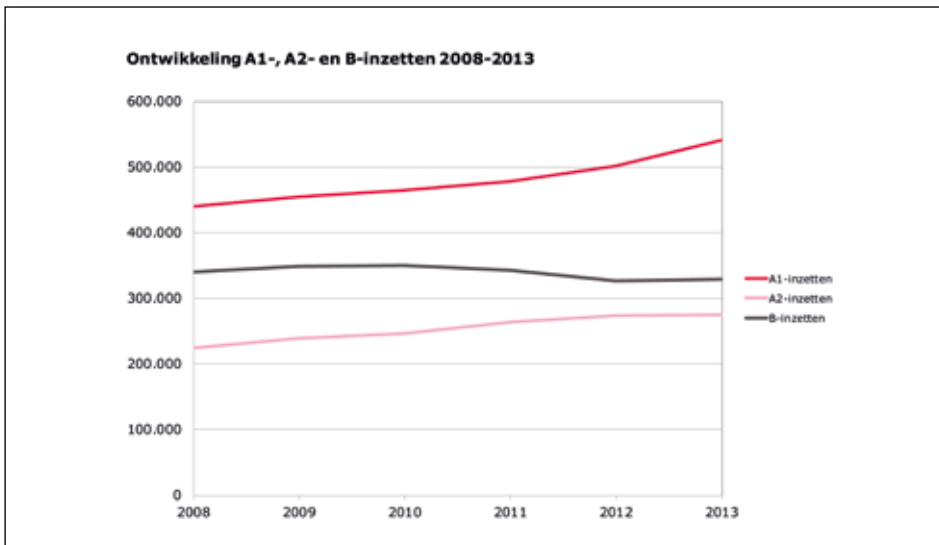


Van 2009 tot 2014 is het aantal inzetten gegroeid van 1.041.966 in 2008 tot 1.144.780 inzetten in 2013. Dit is een groei met 102.814 inzetten, of 9,9%. Het aantal inzetten groeide in deze periode jaarlijks met gemiddeld 2,0%.

grafiek 3.2: ontwikkeling volume ambulancezorg 2008 - 2013



grafiek 3.3: ontwikkeling volume A1-, A2- en B-inzetten 2008 - 2013

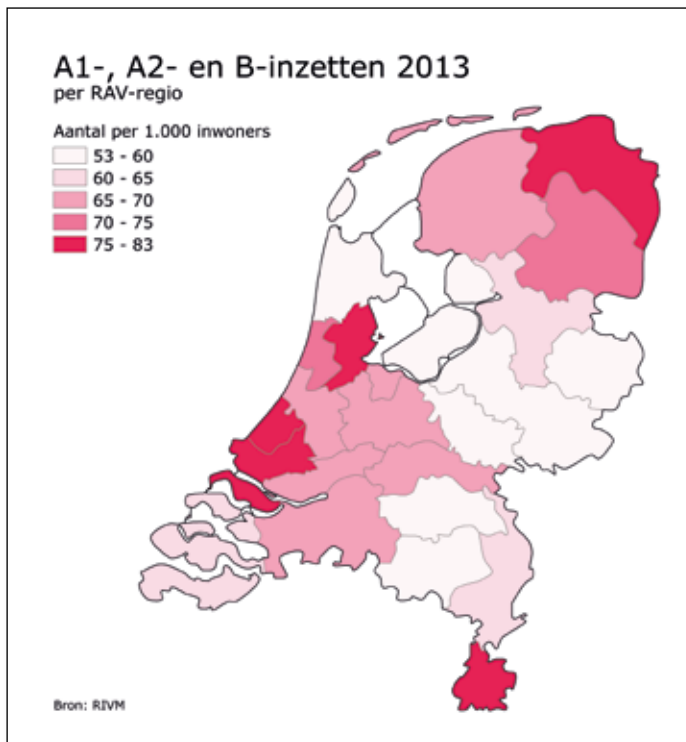


3.1 Inzicht in regionale verschillen in volume

Het aantal inzetten verschilt regionaal sterk en heeft te maken met bijvoorbeeld de omvang en oppervlakte van een regio, het aantal inwoners, de bevolkingsdichtheid, de mate van stedelijkheid, de aanwezigheid en de aard van instellingen voor gezondheidszorg in de betreffende regio.

Onderstaande kaart geeft per regio weer hoeveel inzetten in 2013 per 1.000 inwoners zijn uitgevoerd:

kaart 3.1: aantal A1-, A2- en B-inzetten per regio per 1.000 inwoners in 2013



Uit onderstaande tabel blijken de verschillen in aantallen inzetten per urgentie per regio in 2013. De tabel is aangevuld met:

- in de vierde kolom het totaal aantal inzetten van de regio
- in de vijfde kolom het regionale aandeel in het landelijke totaal aantal inzetten
- in de zesde tot en met de laatste kolom het totaal aantal inzetten in de jaren 2009 tot en met 2012

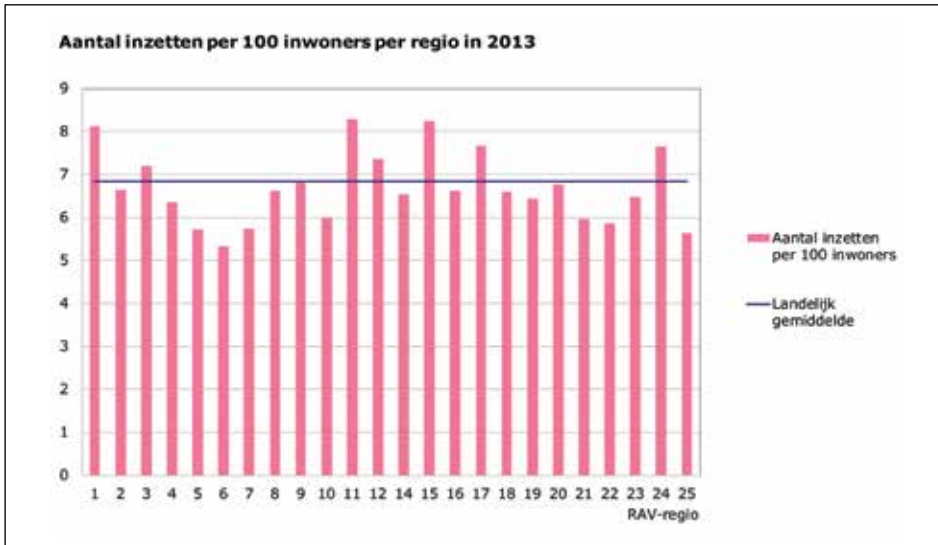
tabel 3.2: aantallen inzetten per regio in 2013

	aantal A1- inzetten	aantal A2- inzetten	2013 aantal B- inzetten	totaal	regionaal t.o.v. landelijk	2012	2011	2010	2009
Groningen	21.401	10.947	14.871	47.219	4,1%	46.395	46.542	46.015	44.157
Friesland	21.532	10.609	10.793	42.934	3,8%	41.308	40.409	39.680	38.439
Drenthe	16.917	9.345	9.000	35.262	3,1%	33.967	34.762	33.451	32.385
IJsselland	13.318	9.920	9.267	32.505	2,8%	31.739	32.354	32.572	31.636
Twente	11.893	13.911	10.000	35.804	3,1%	34.469	33.718	31.948	31.583
Noordoost Gelderland	19.418	13.951	9.834	43.203	3,8%	43.242	42.894	41.785	39.923
Gelderland Midden	17.389	10.766	9.974	38.129	3,3%	35.021	34.431	34.225	32.516
Gelderland Zuid	15.331	10.041	10.305	35.677	3,1%	33.698	31.968	32.309	31.809
Utrecht	31.574	23.007	30.062	84.643	7,4%	83.613	83.732	85.152	87.333
Noord-Holland Noord	21.408	8.219	8.943	38.570	3,4%	38.943	36.970	33.461	35.273
Amsterdam/Waterland	59.256	13.765	35.139	108.160	9,4%	108.266	103.973	101.472	100.831
Kennemerland	22.438	6.645	9.734	38.817	3,4%	38.414	39.031	37.924	38.094
Gooi- en Vechtstreek	8.054	2.344	5.627	16.025	1,4%	16.033	16.075	15.580	15.832
Haaglanden	41.220	17.300	27.654	86.174	7,5%	67.275	66.160	64.338	64.828
Hollands Midden	27.281	9.278	14.339	50.898	4,4%	49.929	49.786	47.529	47.467
Rotterdam-Rijnmond	45.265	20.727	31.064	97.056	8,5%	96.846	98.101	97.681	93.579
Zuid-Holland Zuid	15.039	7.305	9.555	31.899	2,8%	30.203	29.913	30.059	28.638
Zeeland	12.059	7.315	5.158	24.532	2,1%	24.514	23.747	23.042	22.887
Midden- en West Brabant	35.165	18.161	19.844	73.170	6,4%	67.347	65.444	64.226	60.879
Brabant-Noord	18.467	11.601	8.178	38.246	3,3%	36.887	35.008	33.514	32.320
Zuidoost Brabant	19.391	11.929	12.326	43.646	3,8%	43.546	41.946	41.001	38.967
Limburg Noord	15.364	11.041	6.982	33.387	2,9%	31.597	28.979	29.110	27.486
Zuid Limburg	19.835	11.011	15.519	46.365	4,1%	44.740	46.962	44.310	44.539
Flevoland	12.149	5.769	4.541	22.459	2,0%	22.427	21.521	20.884	20.565
totaal 2013	541.164	274.907	328.709	1.144.780	100%				
<i>totaal 2012</i>	<i>500.835</i>	<i>273.692</i>	<i>325.892</i>	<i>1.100.419</i>		<i>1.100.419</i>			
<i>totaal 2011</i>	<i>478.331</i>	<i>263.257</i>	<i>342.838</i>	<i>1.084.426</i>			<i>1.084.426</i>		
<i>totaal 2010</i>	<i>463.913</i>	<i>247.008</i>	<i>350.347</i>	<i>1.061.268</i>				<i>1.061.268</i>	
<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>

3.2 Ambulancezorg per inwoner

Gemiddeld zijn in 2013 68 inzetten per 1.000 inwoners uitgevoerd, 49 inzetten per 1.000 inwoners hadden een A1-, of A2-urgentie.

grafiek 3.4: aantal inzetten per 100 inwoners per regio in 2013



Onderstaande tabel legt een relatie tussen het aantal inzetten -spoedeisend, planbaar en totaal- en het aantal inwoners van een regio (aantallen en percentages per 1.000 inwoners):

	aantal inwoners	aantal spoed- ritten	% inwoners (spoed)	aantal B- inzetten	% inwoners (B)	totaal inzetten	% inwoners (totaal)
Groningen	580.777	32.348	5,6%	14.871	2,6%	47.219	8,1%
Friesland	646.354	32.141	5,0%	10.793	1,7%	42.934	6,6%
Drenthe	489.529	26.262	5,4%	9.000	1,8%	35.262	7,2%
IJsselland	530.000	23.238	4,4%	9.267	1,7%	32.505	6,1%
Twente	637.391	25.804	4,0%	10.000	1,6%	35.804	5,6%
Noordoost Gelderland	811.972	33.369	4,1%	9.834	1,2%	43.203	5,3%
Gelderland Midden	664.511	28.155	4,2%	9.974	1,5%	38.129	5,7%
Gelderland Zuid	538.566	25.372	4,7%	10.305	1,9%	35.677	6,6%
Utrecht	1.245.294	54.581	4,4%	30.062	2,4%	84.643	6,8%
Noord-Holland Noord	645.421	29.627	4,6%	8.943	1,4%	38.570	6,0%
Amsterdam/Waterland	1.279.012	73.021	5,7%	35.139	2,7%	108.160	8,5%
Kennemerland	527.283	29.083	5,5%	9.734	1,8%	38.817	7,4%
Gooi- en Vechtstreek	245.042	10.398	4,2%	5.627	2,3%	16.025	6,5%
Haaglanden	1.045.050	58.520	5,6%	27.654	2,6%	86.174	8,2%
Hollands Midden	768.645	36.559	4,8%	14.339	1,9%	50.898	6,6%
Rotterdam-Rijnmond	1.268.840	65.992	5,2%	31.064	2,4%	97.056	7,6%
Zuid-Holland Zuid	483.901	22.344	4,6%	9.555	2,0%	31.899	6,6%
Zeeland	382.000	19.374	5,1%	5.158	1,4%	24.532	6,4%
Midden- en West Brabant	1.087.675	53.326	4,9%	19.844	1,8%	73.170	6,7%
Brabant-Noord	643.430	30.068	4,7%	8.178	1,3%	38.246	5,9%
Zuidoost Brabant	749.236	31.320	4,2%	12.326	1,6%	43.646	5,8%
Limburg Noord	515.991	26.405	5,1%	6.982	1,4%	33.387	6,5%
Zuid Limburg	605.900	30.846	5,1%	15.519	2,6%	46.365	7,7%
Flevoland	399.500	17.918	4,5%	4.541	1,1%	22.459	5,6%
totaal 2013	16.791.320	816.071	4,9%	328.709	2,0%	1.144.780	6,8%
<i>totaal 2012</i>	<i>16.503.527</i>	<i>774.527</i>	<i>4,7%</i>	<i>325.892</i>	<i>2,0%</i>	<i>1.100.419</i>	<i>6,7%</i>
<i>totaal 2011</i>	<i>16.717.778</i>	<i>741.588</i>	<i>4,4%</i>	<i>342.838</i>	<i>2,1%</i>	<i>1.084.426</i>	<i>6,5%</i>
<i>totaal 2010</i>	<i>16.616.284</i>	<i>710.921</i>	<i>4,3%</i>	<i>350.347</i>	<i>2,1%</i>	<i>1.061.268</i>	<i>6,4%</i>
<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>

4 Spoedeisende en planbare ambulancezorg

Het Nederlandse onderscheid tussen spoedeisende en planbare ambulancezorg gaat over de urgentie waarmee een ambulance naar een patiënt wordt gestuurd.

Spoedeisende ambulancezorg

Bij spoedeisende ambulancezorg moet een ambulance zo spoedig mogelijk bij de patiënt zijn. De centralist van de meldkamer ambulancezorg bepaalt met welke urgentie de ambulance wordt ingezet: A1 of A2. Ter plaatse bepaalt de ambulance-eenheid of volstaan kan worden met het verlenen van zorg aan de patiënt 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.

Planbare ambulancezorg

Planbare ambulancezorg is niet spoedeisend en vindt vaak plaats op afspraak over bestemming en tijdstip. 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.

Spoedeisende versus planbare ambulancezorg

Bij planbare ambulancezorg wordt altijd een patiënt vervoerd, bij spoedeisende ambulancezorg is dit niet altijd noodzakelijkerwijs het geval. In beide gevallen wordt de patiënt liggend vervoerd en heeft deze onderweg zorg nodig.

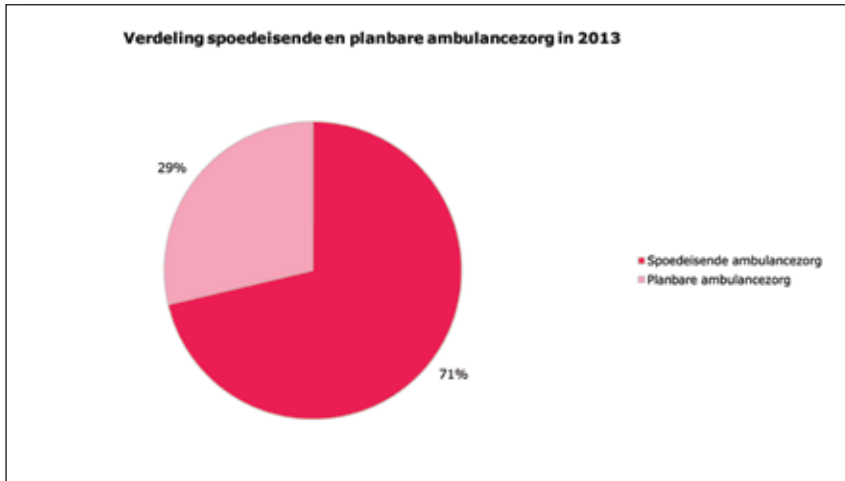
Complexiteit van zorg

De mate van urgentie (spoedeisend of een planbaar) zegt niets over de complexiteit van de zorg. Deze varieert van hoog- tot laagcomplex bij zowel planbare als spoedeisende ambulancezorg. MICU-ritten vormen een voorbeeld van hoogcomplexe planbare zorg.

4.1 Verhouding spoedeisend en planbaar

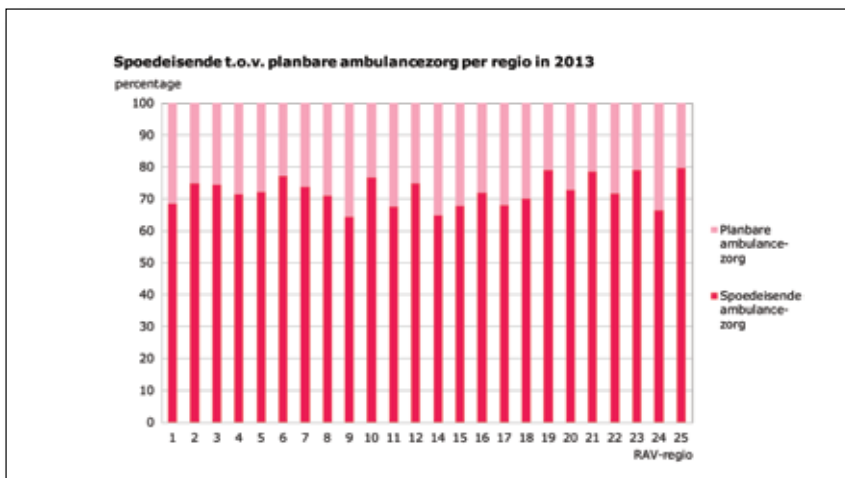
De verhouding spoedeisende en planbare ambulance is de laatste jaren geleidelijk aan het verschuiven. Een paar jaar geleden bedroeg de spoedeisende ambulancezorg tweederde deel van de totale ambulancezorg, inmiddels het is aandeel hoger. In 2013 was 71% spoedeisende en 29% planbare ambulancezorg. De onderstaande grafiek geeft het landelijk gemiddelde weer.

grafiek 4.1: verdeling spoedeisende en planbare ambulancezorg in 2013



Regionaal varieerde in 2013 de verhouding tussen spoedeisende en planbare ambulancezorg van 65% tot 80% spoedeisende ambulancezorg en van 20% tot 35% planbare ambulancezorg. Dit regionale verschil heeft onder andere te maken met het aantal grote gespecialiseerde ziekenhuizen in een regio. Deze verschillen worden zichtbaar in onderstaande grafiek:

grafiek 4.2: spoedeisende ten opzichte van planbare ambulancezorg per regio in 2013



De voorgaande grafiek is een vertaling van de navolgende tabel:

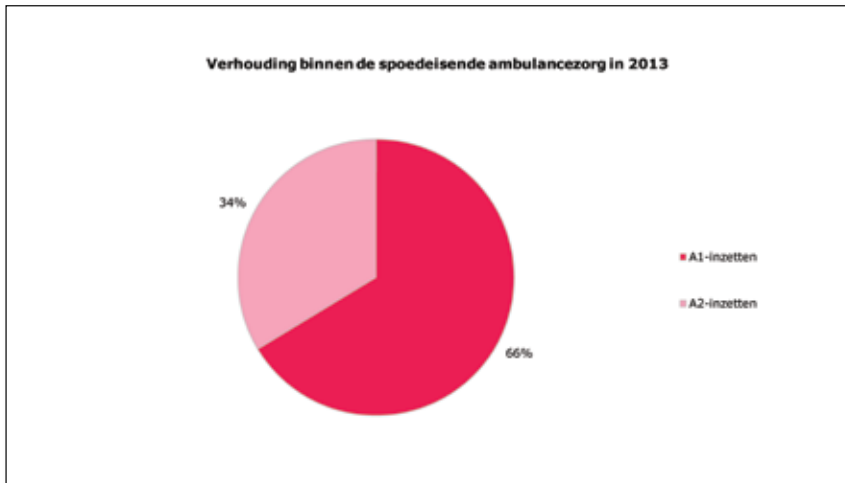
tabel 4.1: spoedeisende ten opzichte van planbare ambulancezorg per regio in 2013

	% spoedeisende ambulancezorg tov totaal	% planbare ambulancezorg tov totaal
Groningen	69%	31%
Friesland	75%	25%
Drenthe	74%	26%
IJsselland	71%	29%
Twente	72%	28%
Noordoost Gelderland	77%	23%
Gelderland Midden	74%	26%
Gelderland Zuid	71%	29%
Utrecht	64%	36%
Noord-Holland Noord	77%	23%
Amsterdam/Waterland	68%	32%
Kennemerland	75%	25%
Gooi- en Vechtstreek	65%	35%
Haaglanden	68%	32%
Hollands Midden	72%	28%
Rotterdam-Rijnmond	68%	32%
Zuid-Holland Zuid	70%	30%
Zeeland	79%	21%
Midden- en West Brabant	73%	27%
Brabant-Noord	79%	21%
Zuidoost Brabant	72%	28%
Limburg Noord	79%	21%
Zuid Limburg	67%	33%
Flevoland	80%	20%
totaal 2013	71%	29%
<i>totaal 2012</i>	<i>70%</i>	<i>30%</i>
<i>totaal 2011</i>	<i>68%</i>	<i>32%</i>
<i>totaal 2010</i>	<i>67%</i>	<i>33%</i>
<i>totaal 2009</i>	<i>67%</i>	<i>33%</i>

4.2 Spoedeisende ambulancezorg: A1 ten opzichte van A2

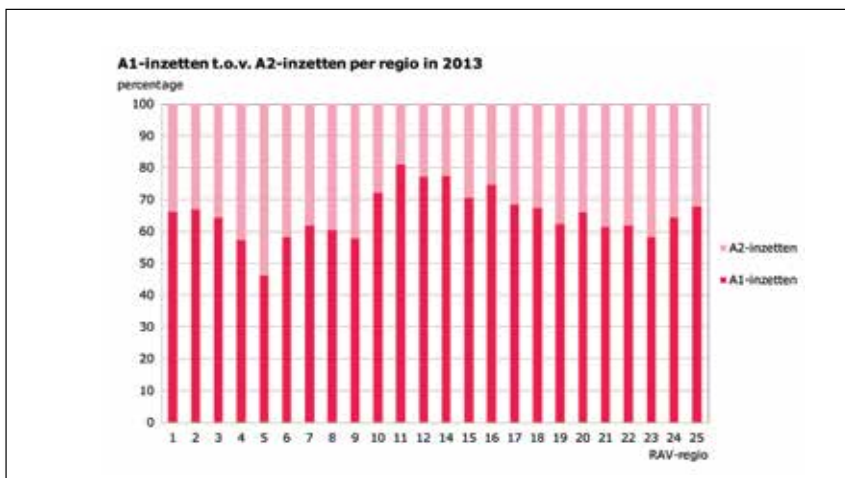
Het aandeel A1-inzetten is al jaren circa tweederde van het totaal aantal spoedeisende inzetten: in 2013 betrof 66% A1-inzetten en 34% A2-inzetten.

grafiek 4.3: verhouding binnen de spoedeisende ambulancezorg in 2013



Deze verhouding 66-34 is een landelijk gemiddelde. Regionaal varieerde het percentage A1-inzetten in 2013 van 46% tot 81% en daarmee het percentage A2-inzetten van 19% tot 54%. Dit is zichtbaar in de volgende grafiek:

grafiek 4.4: A1-inzetten ten opzichte van A2-inzetten per regio in 2013



De grafiek is een vertaling van de volgende tabel:

tabel 4.2: A1-inzetten ten opzichte van A2-inzetten per regio in 2013

	% A1-inzetten tov spoedeisend	% A2-inzetten tov spoedeisend
Groningen	66%	34%
Friesland	67%	33%
Drenthe	64%	36%
IJsselland	57%	43%
Twente	46%	54%
Noordoost Gelderland	58%	42%
Gelderland Midden	62%	38%
Gelderland Zuid	60%	40%
Utrecht	58%	42%
Noord-Holland Noord	72%	28%
Amsterdam/Waterland	81%	19%
Kennemerland	77%	23%
Gooi- en Vechtstreek	77%	23%
Haaglanden	70%	30%
Hollands Midden	75%	25%
Rotterdam-Rijnmond	69%	31%
Zuid-Holland Zuid	67%	33%
Zeeland	62%	38%
Midden- en West Brabant	66%	34%
Brabant-Noord	61%	39%
Zuidoost Brabant	62%	38%
Limburg Noord	58%	42%
Zuid Limburg	64%	36%
Flevoland	68%	32%
totaal 2013	66%	34%
<i>totaal 2012</i>	<i>65%</i>	<i>35%</i>
<i>totaal 2011</i>	<i>65%</i>	<i>36%</i>
<i>totaal 2010</i>	<i>65%</i>	<i>35%</i>
<i>totaal 2009</i>	<i>66%</i>	<i>35%</i>

4.3 Drukke en rustige dagen

Een gemiddelde dag

Op een gemiddelde dag in 2013 vonden er 3.137 inzetten plaats. Er waren dan gemiddeld 1.483 A1-inzetten, 753 A2-inzetten en 901 B-inzetten. Gemiddeld waren er 68 inzetten per 1.000 inwoners, waarvan 49 spoedeisende inzetten (A1 en A2).

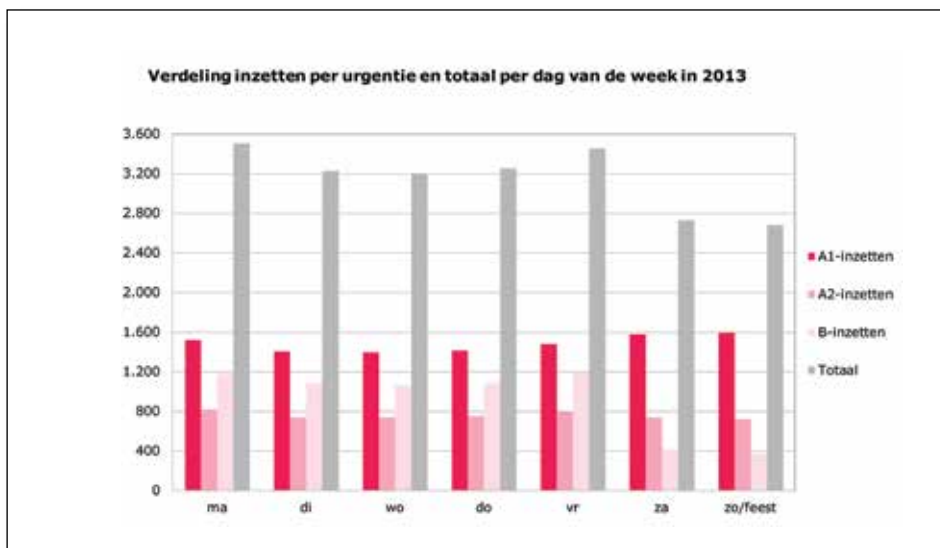
Drukke en rustige dagen

De meeste ambulance-inzetten vonden in 2013 plaats op vrijdag 1 februari. De rustigste dag was vrijdag 12 mei.

Ambulancezorg en dagen van de week

De spoedeisende ambulance-inzetten zijn redelijk evenwichtig verdeeld over alle weekdays, de planbare ambulancezorg vindt met name op werkdagen plaats.

grafiek 4.5: verdeling inzetten per urgentie en totaal per dag van de week in 2013

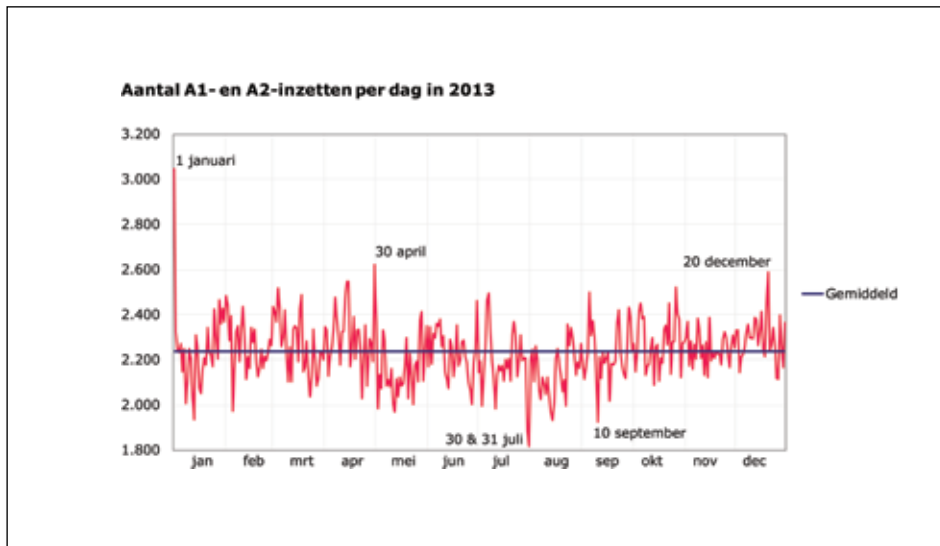


Spoedeisende ambulancezorg en dagen van de week

Op dinsdag 1 januari hebben de meeste spoedeisende inzetten van 2013 plaatsgevonden, gevolgd door dinsdag 30 april en vrijdag 20 december. 1 januari en 30 april waren feestdagen, 20 december was het begin van de kerstvakantie.

De minste spoedeisende inzetten in 2013 waren op woensdag 31 juli, gevolgd door dinsdag 30 augustus en dinsdag 9 september. Dit zijn data in de zomer en in de vakantieperiode.

grafiek 4.6: aantal A1- en A2-inzetten per dag in 2013



Deze drukke en rustige dagen weerspiegelen het gemiddelde in Nederland.

Planbare ambulancezorg en dagen van de week

De piekdagen voor de planbare ambulancezorg zijn heel andere dan voor de spoedeisende ambulancezorg. Deze laatste vonden vooral plaats op feestdagen, dagen waarop de planbare ambulancezorg minimaal is. Gemiddeld worden op vrijdag de meeste B-inzetten uitgevoerd (18,8%).

De meeste planbare inzetten in 2013 waren op maandag 4 februari, de rustigste dag was zondag 18 augustus.

4.4 Ambulancezorg per gebied

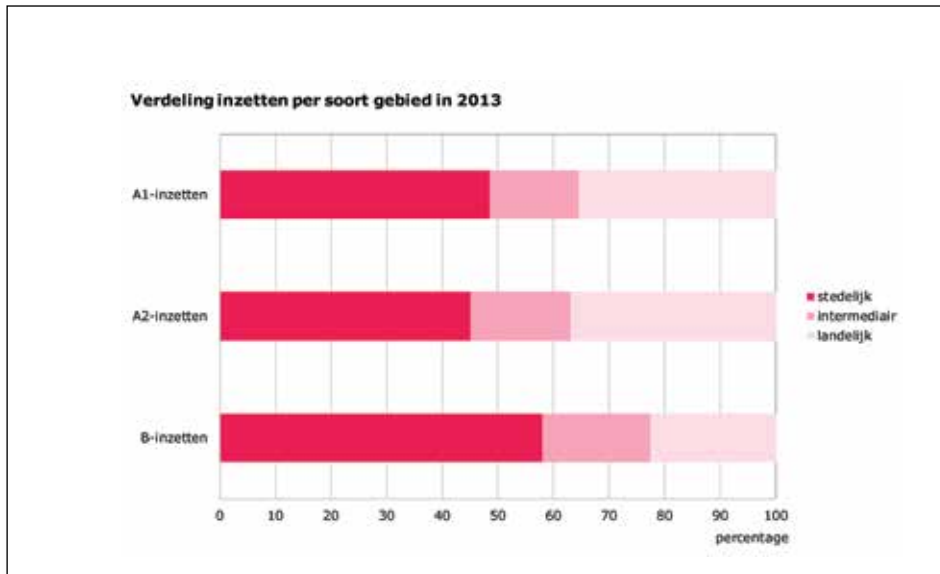
De meeste inzetten vinden plaats binnen stedelijk gebied of richting stedelijk gebied (50,4%). Dit geldt vooral voor de B-inzetten (58,0%). Dit zijn veelal inzetten tussen, naar en vanuit instellingen voor gezondheidszorg.

De verdeling van inzetten over de verschillende soorten gebieden ziet er als volgt uit:

tabel 4.3: verdeling inzetten per soort gebied in 2013

	stedelijk gebied	matig stedelijk gebied	perifeer gebied
A1-inzetten	48,6%	16,0%	35,4%
A2-inzetten	45,0%	18,0%	36,9%
B-inzetten	58,0%	19,4%	22,6%
totaal 2013	50,4%	17,4%	32,1%
<i>totaal 2012</i>	<i>52,5%</i>	<i>18,2%</i>	<i>29,3%</i>
<i>totaal 2011</i>	<i>52,8%</i>	<i>18,5%</i>	<i>28,7%</i>

grafiek 4.7: verdeling inzetten per soort gebied in 2013



5 Responstijden

De responstijd van een inzet heeft betrekking op het eerste deel van een inzet en betreft de tijd tussen het aannemen van de telefoon door de centralist van de meldkamer ambulancezorg tot en met de aankomst van de ambulance bij de patiënt. Wanneer dit noodzakelijk of wenselijk is, wordt deze tijd benut om eerste hulp ter plaatse te verlenen door de inzet van first of rapid responders of het geven van adviezen aan de melders door de meldkamer ambulancezorg. Het moment van aankomst van de first responder telt niet mee voor de responstijd, die van de rapid responder en de reguliere ambulance wel.

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

5.1 Normen binnen de ambulancezorg

Responstijd

In de Kwaliteitswet Zorginstellingen is vastgelegd dat instellingen aan een aantal eisen moeten voldoen om zorg van goede kwaliteit te kunnen bieden. Instellingen moeten verantwoorde zorg leveren. Een zorginstelling moet zelf, of op koepelniveau, een visie op het begrip verantwoorde zorg ontwikkelen. De ambulancesector doet dit op sectoraal niveau en heeft een en ander vastgelegd in de Nota Verantwoorde Ambulancezorg. In februari 2013 is een vernieuwde editie van de Nota Verantwoorde Ambulancezorg vastgesteld.

De ambulancesector stelt zichzelf voor de kwaliteitsnorm 'korte responstijd': in geval van spoedeisende medische hulpverlening dient de ambulancezorg de patiënt zo spoedig mogelijk bereikt te hebben. Een en ander betekent dat de sector ambulancezorg ernaar streeft om onder normale omstandigheden in geval van een spoedeisende situatie in maximaal vijftien minuten na het begin van de melding op de meldkamer ambulancezorg (dit is het opnemen van de telefoon door de centralist van de Meldkamer Ambulancezorg) bij de patiënt aanwezig te zijn.

Vervoers- en zorgnormen

Ook al is de ambulancezorg een onderdeel van de zorgsector, de gehanteerde normen zijn nog vooral logistieke normen. De sector streeft ernaar 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. Daarnaast is het zo dat sneller niet altijd per definitie gelijk is aan beter.

Vijftien minuten: rekenkundige en planningsnorm

Hoewel in het algemeen wordt aangenomen dat een korte responstijd bijdraagt aan grotere overlevingskansen van patiënten of in ieder geval aan het beperken van gezondheidsschade, is er strikt genomen geen wetenschappelijke basis voor de responstijd van vijftien minuten. De zogeheten vijftienminutennorm is in eerste instantie vooral een rekenkundige norm om te bepalen hoeveel ambulances op welke plaats noodzakelijk zijn om aan de wettelijke eisen van spreiding en beschikbaarheid te kunnen voldoen.

Een absolute maximum responstijd van vijftien minuten kan echter in geen geval gegarandeerd worden. Een ambulance is in Nederland een schaars goed en als gevolg van gelijktijdigheid van inzetten kan het zijn dat er bijvoorbeeld tijdelijk geen ambulance beschikbaar is, of dat de responstijd langer duurt dan vijftien minuten omdat de ambulance een grote(re) afstand moet overbruggen.

De vijftienminutennorm is daarnaast ook een planningsnorm die wordt gebruikt voor het opstellen en actualiseren van het Landelijk Referentiekader Spreiding & Beschikbaarheid. Dit kader beschrijft het aantal benodigde ambulances, het aantal standplaatsen en de meest geschikte locaties van de standplaatsen. In 2013 is het nieuwe landelijk referentiekader vastgesteld.

5.2 Opbouw responstijd

Vooraf

Voor de volgende hoofdstukken (6 tot en met 14) geldt dat de RAV-regio het uitgangspunt is voor de regionale cijfers en nadrukkelijk niet de (individuele) RAV. Inzetten die een RAV 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 verantwoordelijk is voor de totale ambulancezorg binnen de RAV-regio, ook als de verleende ambulancezorg door een andere RAV is uitgevoerd.

Responstijd

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.

De responstijd is gelijk aan het totaal van de tijdsduur aanname en uitgifte, de uitruktijd en de aanrijtijd.

Het begrip responstijd is van toepassing op de spoedeisende ambulancezorg en wordt niet toegepast voor de planbare ambulancezorg.

De aard van het gebied (stedelijk, matig stedelijk of platteland) is van invloed op de responstijd, evenals weersomstandigheden of bijvoorbeeld onvoldoende beschikbaarheid door gelijktijdigheid van meldingen of verkeersproblemen.

Tijdsduur aanname en uitgifte

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

Uitruktijd

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

Aanrijtijd

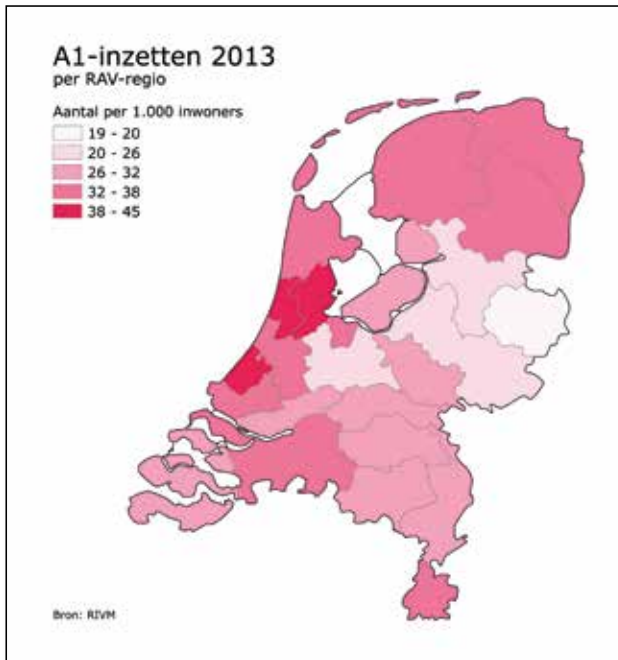
De aanrijtijd begint wanneer de volledige ambulance-eenheid vertrekt naar het door de centralist opgegeven adres en eindigt wanneer de ambulance arriveert bij de plaats waar de patiënt zich bevindt en waar de ambulance nog kan komen.

6 A1-inzetten

6.1 A1-inzet

Een inzet met A1-urgentie is een spoedeisende rit 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 kan pas na beoordeling door de ambulance-eenheid ter plaatse worden uitgesloten. De rit wordt zo snel mogelijk uitgegeven en de ambulance-eenheid dient zo spoedig mogelijk bij de patiënt ter plaatse te zijn. De ambulance maakt altijd gebruik van optische en geluidssignalen (zwaailichten en sirene). Voorbeelden van inzetten met A1-urgentie betreffen patiënten met pijn op de borst, patiënten die onwel zijn geworden en slachtoffers van verkeersongevallen.

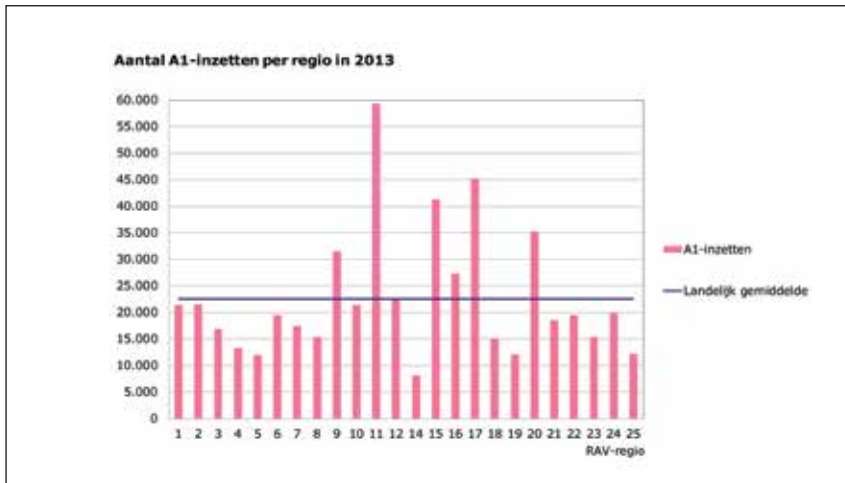
kaart 6.1: aantal A1-inzetten per regio per 1.000 inwoners in 2013



6.2 Het aantal A1-inzetten in 2013

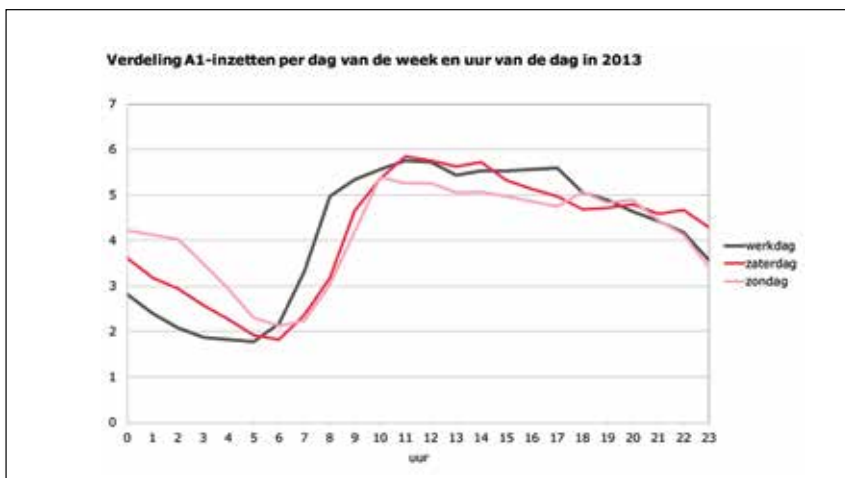
In 2013 waren in Nederland 541.164 inzetten met A1-urgentie. Dit is 47,3% van het totaal aantal ambulance-inzetten in 2013. Het aantal A1-inzetten is in 2013 gestegen met 40.329 inzetten ten opzichte van 2012. Het totaal aantal A1-inzetten is sinds 2009 met 19,1% gestegen, dit is gemiddeld 3,8% per jaar.

grafiek 6.1: aantal A1-inzetten per regio in 2013



6.2.1 A1-inzetten en dag van de week

grafiek 6.2: verdeling A1-inzetten per dag van de week en uur van de dag in 2013



Tot en met 2010 waren er pieken zichtbaar met tijdstippen waarop de meeste A1-inzetten op een dag plaatsvonden. Sinds 2011 is dit niet meer het geval. Het was in 2013 overdag vanaf ongeveer acht uur tot en met zes uur structureel druk met A1-inzetten. De rustigste uren zijn van twee tot zes uur 's nachts. In 2013 vonden de meeste A1-inzetten (42,4%) overdag plaats, 37,7% vond 's avonds plaats en 19,8% 's nachts.

6.2.2 A1-inzetten en aard van het gebied

De meeste A1-inzetten zijn in stedelijk gebied uitgevoerd, namelijk 48,6%. 16,0% vond plaats in matig stedelijk gebied en 35,4% in perifeer gebied.

6.3 Prestaties A1-inzetten in 2013

In acute, spoedeisende situaties moet men zo spoedig mogelijk zorg ter plaatse kunnen verlenen, de ambulance moet daarom binnen maximaal vijftien minuten na het begin van de melding bij de patiënt arriveren.

Samengevat was de responstijd van een gemiddelde A1-inzet in 2013 als volgt opgebouwd:

- tijdsduur aanname en uitgifte: 1:58 minuten
- uitruktijd: 0:58 minuten
- aanrijtijd: 6:39 minuten
- responstijd: 9:39 minuten

In gemiddeld 92,6% van de A1-inzetten is in 2013 de ambulance binnen 15 minuten na het begin van de melding bij de patiënt gearriveerd.

tabel 6.1: landelijk gemiddelde tijdsduren A1-inzetten in 2013

	2013	2012	2011	2010	2009
tijdsduur aanname en uitgifte	1:58 min.	1:58 min.	1:52 min.	1:51 min.	1:52 min.
uitruktijd	0:58 min.	1:01 min.	1:02 min.	1:02 min.	1:09 min.
aanrijtijd	6:39 min.	6:39 min.	6:36 min.	6:45 min.	6:42 min.
responstijd	9:39 min.	9:40 min.	9:32 min.	9:40 min.	9:40 min.
inzetten binnen 15 minuten bij de patiënt	92,6 %	92,9 %	93,3 %	92,3 %	92,0%

Naast een snelle responstijd zijn er meer factoren die kunnen bijdragen aan de gezondheidswinst van patiënten en het terugdringen van de mortaliteit. Het is daarom ook interessant om te weten hoeveel A1-inzetten korter of langer dan vijftien minuten hebben geduurd. De volgende grafiek laat het beeld van de afgelopen jaren zien:

grafiek 6.3: landelijke curve gemiddelde responstijd A1-inzetten in 2013



6.3.1 Responstijd A1-inzetten

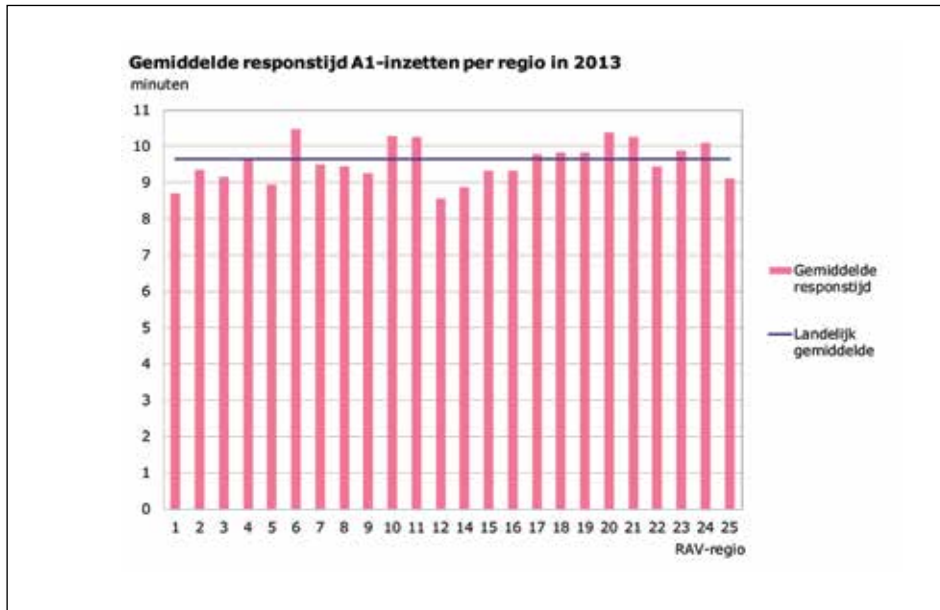
Landelijk gemiddelde responstijd A1-inzetten

De landelijk gemiddelde responstijd van A1-inzetten bedroeg in 2013 9:39 minuten en was daarmee gelijk een seconde korter dan de 9:40 minuten in 2012.

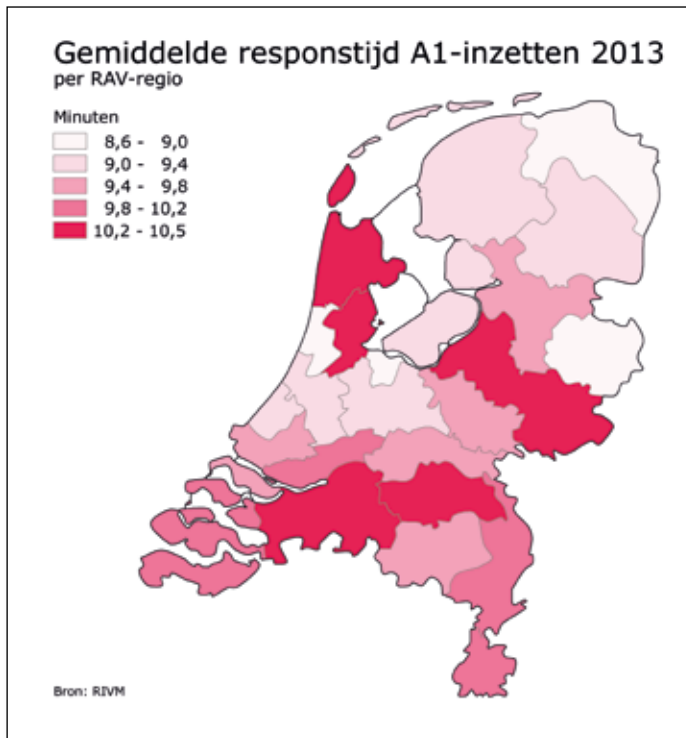
tabel 9.2: gemiddelde responstijd A1-inzetten per regio (in min:sec)

	2013	2012	2011	2010	2009
Groningen	8:42	8:34	8:34	8:43	8:54
Friesland	9:21	9:35	9:57	9:48	9:51
Drenthe	9:09	9:16	9:05	9:08	8:54
IJsselland	9:39	9:35	9:37	9:28	9:11
Twente	8:57	8:52	9:02	9:13	9:10
Noordoost Gelderland	10:29	10:18	10:12	10:09	10:25
Gelderland Midden	9:29	9:05	9:02	9:13	9:55
Gelderland Zuid	9:27	9:14	9:32	9:41	10:13
Utrecht	9:15	9:13	9:01	9:16	9:11
Noord-Holland Noord	10:17	10:49	10:11	10:16	9:56
Amsterdam/Waterland	10:15	9:42	9:32	9:44	10:04
Kennemerland	8:33	8:41	8:07	8:37	8:38
Gooi- en Vechtstreek	8:52	8:48	9:02	9:24	9:20
Haaglanden	9:19	9:35	9:32	9:42	9:39
Hollands Midden	9:20	9:57	9:35	9:16	9:16
Rotterdam-Rijnmond	9:47	10:36	10:29	10:21	10:24
Zuid-Holland Zuid	9:49	9:22	9:25	9:41	9:29
Zeeland	9:49	10:03	10:09	10:46	11:16
Midden- en West Brabant	10:22	9:51	9:37	10:04	9:56
Brabant-Noord	10:15	9:42	9:25	9:43	9:54
Zuidoost Brabant	9:27	9:23	9:20	9:19	9:17
Limburg Noord	9:52	9:57	9:52	10:06	10:32
Zuid Limburg	10:05	10:04	9:52	10:07	10:08
Flevoland	9:06	9:23	9:23	9:32	9:49
gewogen landelijk gemiddelde	9:39	9:40	9:32	9:40	9:44

grafiek 6.4: gemiddelde responstijd A1-inzetten per regio in 2013



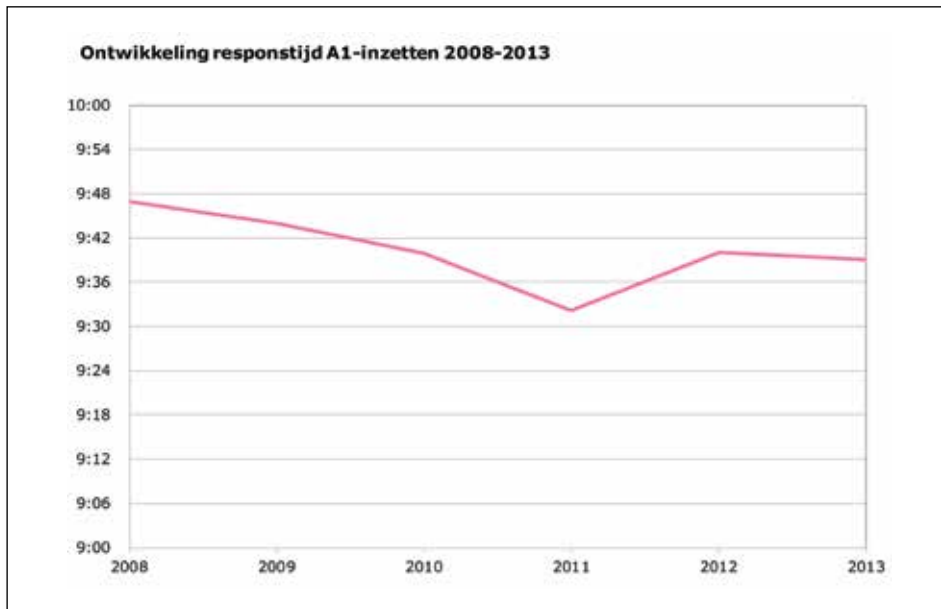
kaart 6.2: gemiddelde responstijd A1-inzetten per regio in 2013



Over de jaren 2009-2013 is de volgende variatie zichtbaar in de landelijk gemiddelde responstijd van A1-inzetten:

- de langste landelijk gemiddelde responstijd van 9:44 minuten is geregistreerd in 2009
- de kortste landelijk gemiddelde responstijd van 9:32 minuten is in 2011 gerealiseerd
- een responstijd van 9 of meer minuten kwam in 2013 het meest voor

grafiek 6.5: ontwikkeling responstijd A1-inzetten 2008 - 2013



A1-inzetten en vijftien minuten

De landelijk gemiddelde responstijd van 9:39 minuten in 2013 ligt ruim onder de vijftienminutennorm.

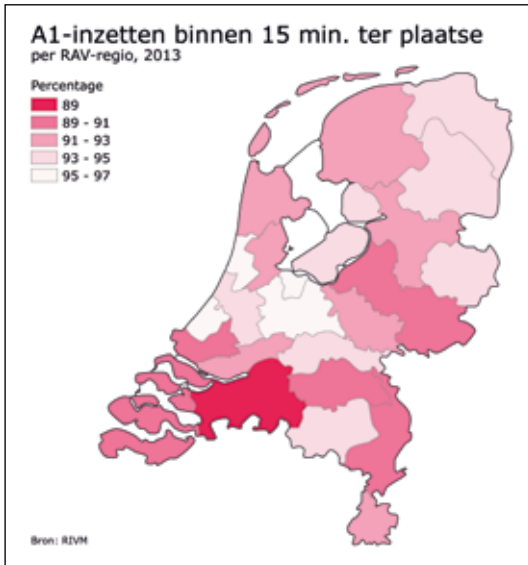
Van alle A1-ritten die in 2013 werden gemaakt, was de ambulance in 92,6% binnen vijftien minuten na het begin van de melding bij de patiënt aanwezig. Dit is een daling van 0,3% ten opzichte van 2012, toen het percentage 92,6% was.

tabel 6.3: A1-inzetten binnen 15 minuten bij de patiënt per regio

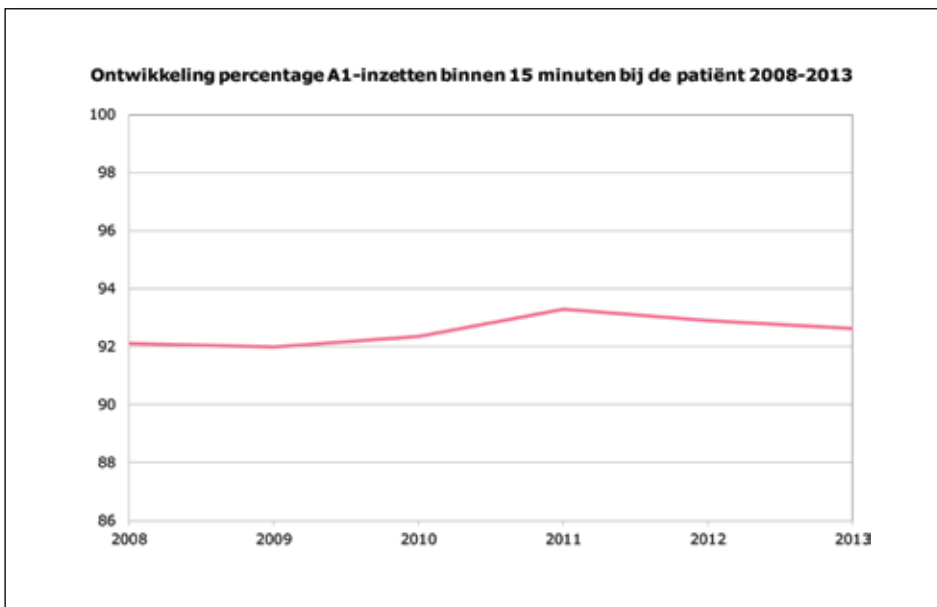
	2013		2012		2011		2010		2009	
	aantal	%	aantal	%	aantal	%	aantal	%	aantal	%
Groningen	18.288	95%	17.248	96%	17.769	96%	16.875	95%	16.627	94%
Friesland	16.762	92%	12.249	90%	12.842	89%	13.575	90%	13.117	89%
Drenthe	14.350	94%	7.991	93%	8.591	94%	11.250	92%	11.203	93%
IJsselland	9.912	93%	9.378	93%	7.774	93%	8.587	93%	8.132	94%
Twente	10.818	95%	10.091	95%	9.499	94%	9.379	93%	8.997	94%
Noordoost Gelderland	16.490	89%	15.470	90%	14.544	90%	13.422	89%	12.659	88%
Gelderland Midden	14.256	93%	13.684	95%	12.258	95%	11.716	95%	11.704	91%
Gelderland Zuid	11.942	95%	12.293	95%	10.429	93%	10.322	92%	10.121	90%
Utrecht	24.911	95%	23.710	95%	22.843	96%	18.005	95%	22.193	96%
Noord-Holland Noord	18.931	93%	15.938	88%	15.011	90%	14.305	90%	15.753	90%
Amsterdam/Waterland	40.791	91%	45.137	93%	43.651	94%	42.878	93%	39.383	92%
Kennemerland	15.793	95%	12.043	95%	17.659	96%	17.136	95%	16.883	95%
Gooi- en Vechtstreek	6.430	97%	6.457	97%	6.465	96%	6.227	95%	6.501	95%
Haaglanden	34.565	95%	34.086	96%	34.128	97%	31.195	97%	31.997	97%
Hollands Midden	23.396	95%	21.755	96%	22.128	96%	22.427	96%	21.634	96%
Rotterdam-Rijnmond	35.690	91%	33.291	89%	35.422	90%	35.375	89%	33.330	90%
Zuid-Holland Zuid	12.043	93%	11.437	94%	11.017	94%	10.507	92%	9.874	93%
Zeeland	9.344	91%	9.203	89%	8.603	88%	7.786	85%	7.433	82%
Midden- en West Brabant	28.268	89%	23.379	92%	18.493	92%	17.061	89%	15.664	91%
Brabant-Noord	14.694	89%	13.225	94%	10.345	94%	9.100	93%	8.292	92%
Zuidoost Brabant	15.525	94%	14.932	93%	13.886	92%	13.297	93%	12.878	92%
Limburg Noord	11.409	90%	10.448	90%	9.318	90%	8.875	88%	8.483	86%
Zuid Limburg	16.007	92%	14.583	92%	14.215	92%	12.790	91%	12.344	91%
Flevoland	9.863	94%	10.707	93%	10.245	93%	9.534	92%	8.993	92%
gewogen landelijk gemiddelde	430.478	93%	398.735	93%	387.135	93%	371.624	92%	364.195	92%

Ten opzichte van 2009 is er nog steeds een verbetering van het percentage A1-inzetten binnen vijftien minuten bij de patiënt zichtbaar:

kaart 6.3: A1-inzetten binnen 15 minuten bij de patiënt per regio in 2013



grafiek 6.6: ontwikkeling percentage A1-inzetten binnen 15 minuten bij de patiënt 2008 - 2013



Differentiatie in responstijden A1-inzetten

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

93% van de A1-inzetten was binnen vijftien minuten aanwezig,
95% van de A1-inzetten was in 2013 binnen zestien minuten aanwezig.

tabel 6.4: percentage A1-inzetten binnen 14, 15 en 16 minuten bij de patiënt per regio in 2013

	% A1-inzetten bij de patiënt binnen:			95% ter
	14 min	15 min	16 min	plaatsse in:
Groningen	92%	95%	96%	16 minuten
Friesland	89%	92%	94%	17 minuten
Drenthe	90%	93%	96%	16 minuten
IJsselland	90%	93%	95%	17 minuten
Twente	91%	94%	96%	16 minuten
Noordoost Gelderland	84%	89%	92%	18 minuten
Gelderland Midden	89%	93%	95%	17 minuten
Gelderland Zuid	91%	95%	96%	16 minuten
Utrecht	92%	95%	97%	15 minuten
Noord-Holland Noord	87%	93%	94%	17 minuten
Amsterdam/Waterland	88%	91%	94%	17 minuten
Kennemerland	93%	95%	96%	15 minuten
Gooi- en Vechtstreek	92%	97%	98%	15 minuten
Haaglanden	92%	95%	98%	15 minuten
Hollands Midden	92%	95%	96%	16 minuten
Rotterdam-Rijnmond	87%	91%	93%	18 minuten
Zuid-Holland Zuid	89%	93%	95%	17 minuten
Zeeland	87%	91%	93%	18 minuten
Midden- en West Brabant	85%	89%	92%	18 minuten
Brabant-Noord	85%	89%	92%	18 minuten
Zuidoost Brabant	90%	93%	95%	16 minuten
Limburg Noord	87%	90%	93%	17 minuten
Zuid Limburg	89%	92%	95%	17 minuten
Flevoland	90%	94%	95%	17 minuten
gewogen landelijk gemiddelde 2013	89%	93%	95%	16 minuten
<i>gewogen landelijk gemiddelde 2012</i>	<i>89%</i>	<i>93%</i>	<i>95%</i>	<i>17 minuten</i>
<i>gewogen landelijk gemiddelde 2011</i>	<i>90%</i>	<i>93%</i>	<i>95%</i>	<i>16 minuten</i>
<i>gewogen landelijk gemiddelde 2010</i>	<i>89%</i>	<i>92%</i>	<i>94%</i>	<i>17 minuten</i>
<i>gewogen landelijk gemiddelde 2009</i>	<i>76%</i>	<i>88%</i>	<i>92%</i>	<i>17 minuten</i>

Responstijd A1-inzetten en aard van het gebied

In 2013 is 48,6% van de A1-inzetten in stedelijk gebied uitgevoerd, 16% vond plaats in matig stedelijk gebied en 35,4% in het perifeer gebied. De aard van het gebied is van invloed op de responstijden, de verschillen worden zichtbaar in onderstaande tabel:

tabel 6.5: responstijden A1-inzetten in stedelijk en niet-stedelijk gebied in 2013

	stedelijk gebied	matig stedelijk gebied	plattelands-gebied	totaal
10 minuten	70%	60%	47%	60%
12 minuten	85%	78%	68%	78%
14 minuten	93%	90%	84%	89%
15 minuten	95%	93%	89%	93%
16 minuten	96%	95%	92%	95%
18 minuten	98%	97%	96%	97%
20 minuten	99%	98%	98%	98%



6.3.2 Aanneمة en uitgife A1-inzetten

De landelijk gemiddelde tijdsduur aanname en uitgife van A1-inzetten bedroeg in 2013 1:58 minuten en was daarmee gelijk aan de gemiddelde tijdsduur aanname en uitgife in 2012.

tabel 6.6: gemiddelde tijdsduur aanname en uitgife A1-inzetten per regio (in min:sec)

	2013	2012	2011	2010	2009
Groningen	1:41	1:41	1:47	1:46	1:51
Friesland	1:43	1:50	1:52	1:48	1:51
Drenthe	1:43	1:44	1:27	1:27	1:24
IJsselland	1:58	2:01	2:04	1:53	1:34
Twente	1:26	1:34	1:35	1:41	1:37
Noordoost Gelderland	1:56	1:58	2:00	1:49	1:57
Gelderland Midden	1:40	1:31	1:31	1:33	1:42
Gelderland Zuid	1:37	1:34	1:44	1:37	1:39
Utrecht	1:39	1:40	1:50	1:54	1:47
Noord-Holland Noord	1:36	2:15	1:37	1:36	1:27
Amsterdam/Waterland	2:48	2:28	2:34	2:32	2:44
Kennemerland	1:18	1:26	1:05	1:25	1:26
Gooi- en Vechtstreek	1:35	1:32	1:41	1:46	1:40
Haaglanden	2:16	2:22	2:08	2:06	1:54
Hollands Midden	1:35	2:23	2:01	1:41	1:44
Rotterdam-Rijnmond	2:35	2:17	2:07	2:05	2:11
Zuid-Holland Zuid	1:59	1:31	1:24	1:29	1:24
Zeeland	1:22	1:31	1:37	1:47	1:52
Midden- en West Brabant	2:09	2:02	1:40	1:45	1:45
Brabant-Noord	1:58	1:55	1:30	1:33	1:33
Zuidoost Brabant	1:56	1:55	2:00	1:52	1:47
Limburg Noord	1:27	1:26	1:24	1:24	1:37
Zuid Limburg	2:00	1:58	1:45	1:49	1:50
Flevoland	1:34	1:34	1:38	1:40	1:47
gewogen landelijk gemiddelde	1:58	1:58	1:52	1:51	1:52

Ontwikkeling tijdsduur aanname en uitgifte

Over de jaren 2009 tot en met 2013 is de volgende variatie zichtbaar in de landelijk gemiddelde tijdsduur aanname en uitgifte van A1-inzetten:

- de langste landelijk gemiddelde tijdsduur aanname en uitgifte van 1:58 minuten is geregistreerd in 2012 en 2013
 - de kortste landelijk gemiddelde tijdsduur aanname en uitgifte van 1:51 minuten is in 2010 gerealiseerd
- Een en ander is visueel weergegeven in grafiek 6.7 op pagina 50.

6.3.3 Uitruktijd A1-inzetten

De landelijk gemiddelde uitruktijd van A1-inzetten bedroeg in 2013 0:58 minuten en is daarmee drie seconden korter dan de 1:01 minuten in 2012.

tabel 6.7: gemiddelde uitruktijd A1-inzetten per regio (in min:sec)

	2013	2012	2011	2010	2009
Groningen	0:44	0:43	0:41	0:43	0:44
Friesland	0:54	0:54	0:55	0:54	0:57
Drenthe	0:49	0:49	0:46	0:44	0:43
IJsselland	0:35	0:35	1:01	1:02	1:25
Twente	0:29	0:45	0:46	0:43	0:56
Noordoost Gelderland	0:58	0:52	0:51	0:54	1:08
Gelderland Midden	0:39	0:37	0:41	0:45	1:08
Gelderland Zuid	1:00	0:49	0:44	0:48	1:04
Utrecht	1:03	1:05	0:54	0:57	1:09
Noord-Holland Noord	0:50	0:51	0:49	0:51	0:54
Amsterdam/Waterland	1:11	1:10	1:10	1:12	1:16
Kennemerland	0:55	0:55	0:51	0:53	1:01
Gooi- en Vechtstreek	0:56	0:55	0:53	0:52	0:56
Haaglanden	1:03	1:23	1:32	1:31	1:30
Hollands Midden	0:59	1:04	1:07	1:05	1:12
Rotterdam-Rijnmond	1:32	1:36	1:34	1:26	1:24
Zuid-Holland Zuid	1:08	1:02	1:07	1:21	1:28
Zeeland	0:58	0:58	0:59	1:07	1:34
Midden- en West Brabant	0:46	0:41	0:42	0:40	0:46
Brabant-Noord	0:42	0:37	0:38	0:41	0:53
Zuidoost Brabant	0:56	0:55	0:54	0:49	0:55
Limburg Noord	0:58	1:02	0:57	0:49	1:02
Zuid Limburg	0:56	1:00	0:58	1:01	1:10
Flevoland	0:33	0:58	1:08	1:09	1:37
gewogen landelijk gemiddelde	0:58	1:01	1:02	1:02	1:09

Ontwikkeling uitruktijden

Over de jaren 2009 tot en met 2013 is de volgende variatie zichtbaar in de landelijk gemiddelde uitruktijd van A1-inzetten:

- de langste landelijk gemiddelde uitruktijd van 1:09 minuten is geregistreerd in 2009
- de kortste landelijk gemiddelde uitruktijd van 0:58 minuten is in 2013 gerealiseerd

Een en ander is visueel weergegeven in grafiek 6.7 op pagina 50.

6.3.4 Aanrijtijd A1-inzetten

De landelijk gemiddelde aanrijtijd van A1-inzetten bedroeg in 2013 6:39 minuten en was gelijk aan de landelijk gemiddelde aanrijtijd in 2012.

tabel 6.8: gemiddelde aanrijtijd A1-inzetten per regio (in min:sec)

	2013	2012	2011	2010	2009
Groningen	6:15	6:09	6:04	6:13	6:17
Friesland	6:39	6:45	7:01	6:59	6:58
Drenthe	6:34	6:37	6:48	6:53	6:44
IJsselland	6:21	6:48	6:28	6:20	6:22
Twente	5:56	6:32	6:41	6:48	6:34
Noordoost Gelderland	7:27	7:24	7:21	7:23	7:18
Gelderland Midden	7:02	6:56	6:49	6:53	7:02
Gelderland Zuid	7:10	6:51	7:04	7:16	7:33
Utrecht	6:33	6:28	6:17	6:25	6:26
Noord-Holland Noord	7:46	7:38	7:42	7:50	7:34
Amsterdam/Waterland	6:21	6:08	5:53	6:01	5:58
Kennemerland	6:15	6:15	6:05	6:14	6:11
Gooi- en Vechtstreek	6:19	6:22	6:26	6:46	6:47
Haaglanden	6:08	5:55	5:55	6:08	6:12
Hollands Midden	6:46	6:29	6:26	6:29	6:20
Rotterdam-Rijnmond	5:32	6:31	6:37	6:47	6:43
Zuid-Holland Zuid	6:39	6:48	6:58	6:51	6:38
Zeeland	7:21	7:29	7:27	7:45	7:42
Midden- en West Brabant	7:19	7:04	7:12	7:36	7:29
Brabant-Noord	7:27	7:08	7:15	7:27	7:25
Zuidoost Brabant	6:32	6:33	6:23	6:34	6:34
Limburg Noord	7:23	7:26	7:29	7:50	7:49
Zuid Limburg	7:03	6:58	7:00	7:09	6:59
Flevoland	6:57	6:49	6:36	6:43	6:19
gewogen landelijk gemiddelde	6:39	6:39	6:36	6:45	6:42

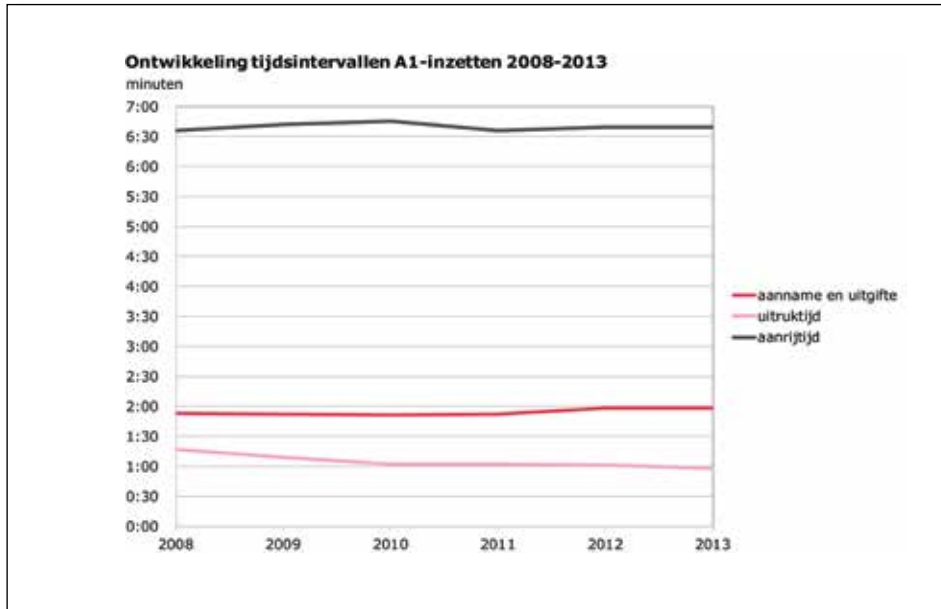
Ontwikkeling aanrijtijden

Over de jaren 2009 tot en met 2013 is de volgende variatie zichtbaar in de landelijk gemiddelde aanrijtijd van A1-inzetten:

- de langste gemiddelde aanrijtijd van 6:45 minuten is geregistreerd in 2010
- de kortste gemiddelde aanrijtijd van 6:36 minuten is zowel in 2008 als in 2010 gerealiseerd

Onderstaand is de ontwikkeling van de tijdsduur aanname en uitgifte, de uitruktijd en de aanrijtijd van A1-inzetten over de jaren 2009 tot en met 2013 visueel weergegeven.

grafiek 6.7: ontwikkeling tijdsintervallen A1-inzetten 2008 - 2013



7 A2-inzetten



7.1 A2-inzet

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. Net als 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. Dit is in 2013 bij ongeveer 9% van de A2-inzetten gedaan.

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

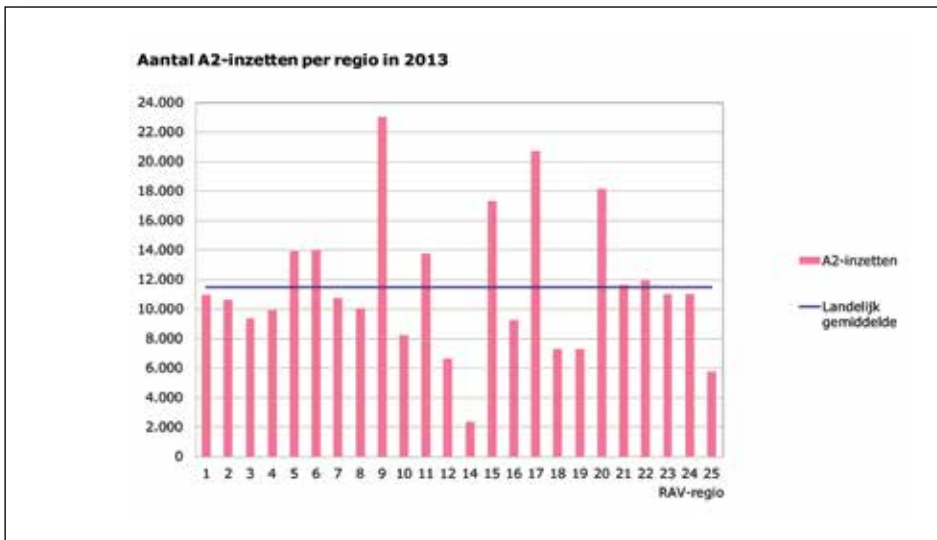
kaart 7.1: aantal A2-inzetten per regio per 1.000 inwoners in 2013



7.2 Het aantal A2-inzetten in 2013

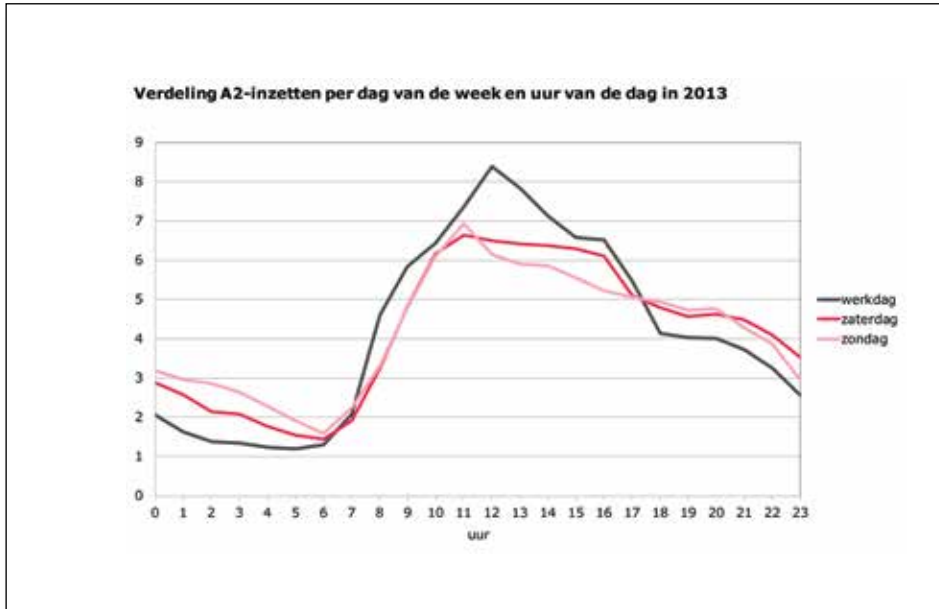
In 2013 waren in Nederland 274.907 inzetten met A2-urgentie. Dit is 24,0% van het totaal aantal ambulance-inzetten in 2013. Het aantal A2-inzetten is in 2013 toegenomen met 1.215 inzetten ten opzichte van 2012. Het totaal aantal A2-inzetten is sinds 2009 met 14,7% gestegen, dit is gemiddeld 2,9% per jaar.

grafiek 7.1: aantal A2-inzetten per regio in 2013



7.2.1 A2-inzetten en dag van de week

grafiek 7.2: verdeling A2-inzetten per dag van de week en uur van de dag in 2013



De meeste A2-inzetten vonden in 2013 overdag plaats (51,3%) met een piek op werkdagen tussen elf en twee uur. Van elf uur 's nachts tot zeven uur 's ochtends vinden relatief weinig A2-inzetten plaats. 34,8% van de inzetten vond 's avonds plaats en 13,9% 's nachts.

7.2.2 A2-inzetten en aard van het gebied

De meeste A2-inzetten zijn in stedelijk gebied uitgevoerd, namelijk 45,1%. 18,0% vond plaats in matig stedelijk gebied en 36,9% in perifeer gebied.

7.3 Prestaties A2-inzetten in 2013

In acute, spoedeisende situaties moet men zo spoedig mogelijk zorg ter plaatse kunnen verlenen. In de praktijk wordt ernaar gestreefd dat de ambulance in het geval van een A2-inzet zo spoedig mogelijk en binnen maximaal dertig minuten na het begin van de melding bij de patiënt arriveert.

Samengevat was de responstijd van een gemiddelde A2-inzet in 2013 als volgt opgebouwd:

- tijdsduur aanname en uitgifte: 3:10 minuten
- uitruktijd: 1:15 minuten
- aanrijtijd: 10:39 minuten
- responstijd: 15:26 minuten

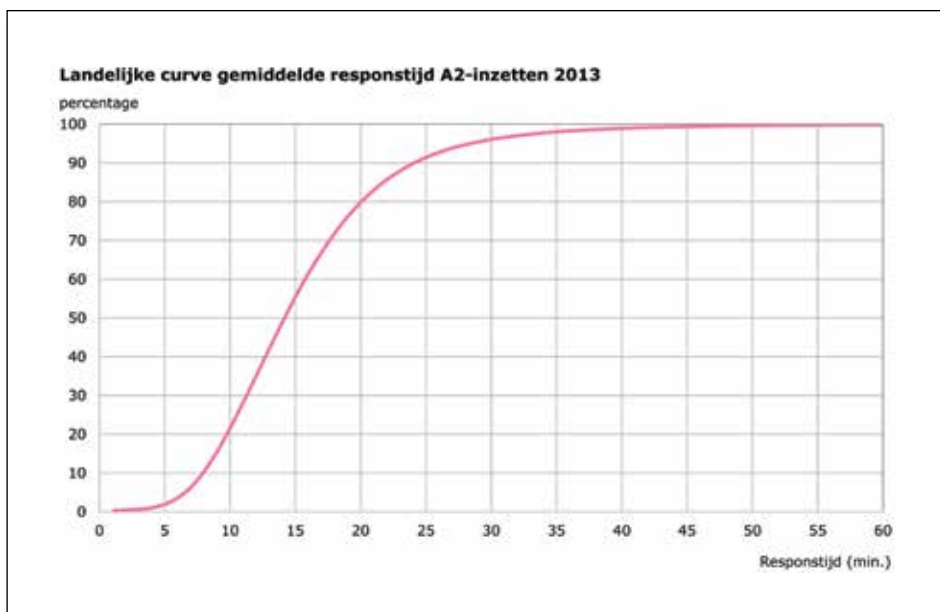
In gemiddeld 96,1% van de A2-inzetten is in 2013 de ambulance binnen dertig minuten na het begin van de melding bij de patiënt gearriveerd.

tabel 7.1: landelijk gemiddelde tijdsduren A2-inzetten in 2013

	2013	2012	2011	2010	2009
tijdsduur aanname en uitgifte	3:10 min.	3:11 min.	3:14 min.	3:25 min.	3:22 min.
uitruktijd	1:15 min.	1:17 min.	1:19 min.	1:20 min.	1:39 min.
aanrijtijd	10:39 min.	10:32 min.	10:37 min.	10:51 min.	10:51 min.
responstijd	15:26 min.	15:15 min.	15:25 min.	15:51 min.	15:15 min.
inzetten binnen 30 minuten bij de patiënt	96,1%	96,3%	96,0%	95,5 %	94,5%

Naast een snelle responstijd zijn er meer factoren die kunnen bijdragen aan de gezondheidswinst van patiënten en het terugdringen van de mortaliteit. Het is daarom ook interessant om te weten hoeveel A2-inzetten korter of langer dan dertig minuten hebben geduurd. De volgende grafiek laat het beeld van de afgelopen jaren zien:

grafiek 7.3: landelijke curve gemiddelde responstijd A2-inzetten in 2013



7.3.1 Responstijd A2-inzetten

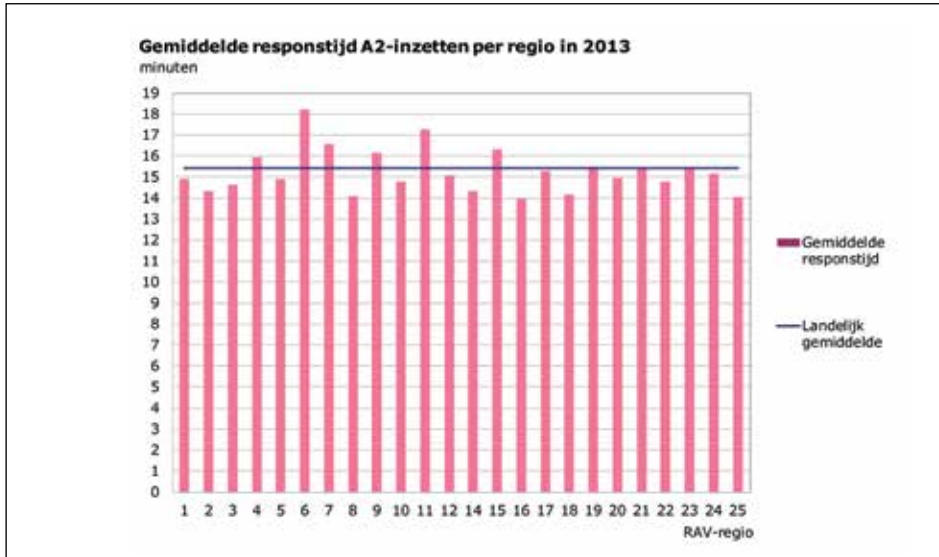
Landelijk gemiddelde responstijd A2-inzetten

De landelijk gemiddelde responstijd van A2-inzetten bedroeg in 2013 15:26 minuten en is daarmee elf seconden korter dan de 15:15 minuten in 2011.

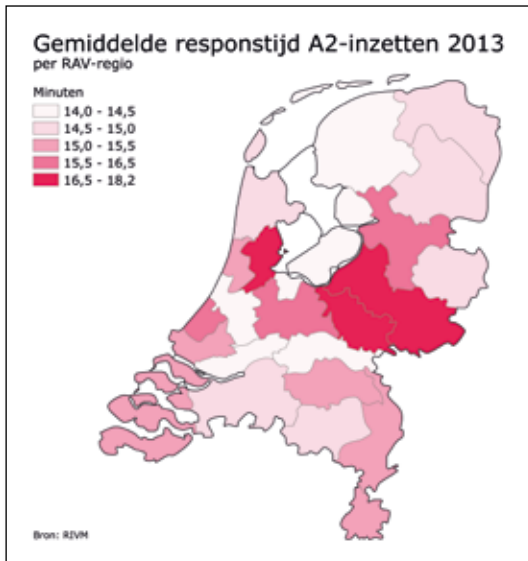
tabel 7.2: gemiddelde responstijd A2-inzetten per regio (in min:sec)

	2013	2012	2011	2010	2009
Groningen	14:55	14:53	15:47	16:11	17:12
Friesland	14:20	13:19	14:07	14:41	14:36
Drenthe	14:38	12:29	12:58	14:27	14:02
IJsselland	15:57	16:28	16:21	15:22	15:19
Twente	14:55	14:44	15:14	16:01	15:52
Noordoost Gelderland	18:14	17:51	17:59	17:38	19:23
Gelderland Midden	16:35	15:59	15:57	16:17	16:41
Gelderland Zuid	14:04	13:52	14:37	14:53	15:56
Utrecht	16:08	15:51	15:29	16:07	16:28
Noord-Holland Noord	14:48	16:21	16:21	16:12	16:00
Amsterdam/Waterland	17:16	17:07	17:16	17:46	19:53
Kennemerland	15:05	15:38	14:21	15:18	15:27
Gooi- en Vechtstreek	14:21	13:58	14:22	14:56	15:47
Haaglanden	16:20	16:44	17:22	17:43	18:18
Hollands Midden	13:57	14:53	15:14	15:05	15:06
Rotterdam-Rijnmond	15:18	16:33	16:38	17:04	17:31
Zuid-Holland Zuid	14:10	14:24	14:53	15:29	15:13
Zeeland	15:30	16:12	16:01	16:19	17:31
Midden- en West Brabant	14:57	14:12	14:12	14:40	14:42
Brabant-Noord	15:24	14:58	14:54	15:16	15:49
Zuidoost Brabant	14:46	14:09	14:09	13:55	14:13
Limburg Noord	15:23	14:55	14:52	15:07	15:44
Zuid Limburg	15:09	15:02	14:50	15:30	15:24
Flevoland	14:02	14:45	15:09	15:17	15:07
gewogen landelijk gemiddelde	15:26	15:15	15:25	15:51	16:15

grafiek 7.4: gemiddelde responstijd A2-inzetten per regio in 2013



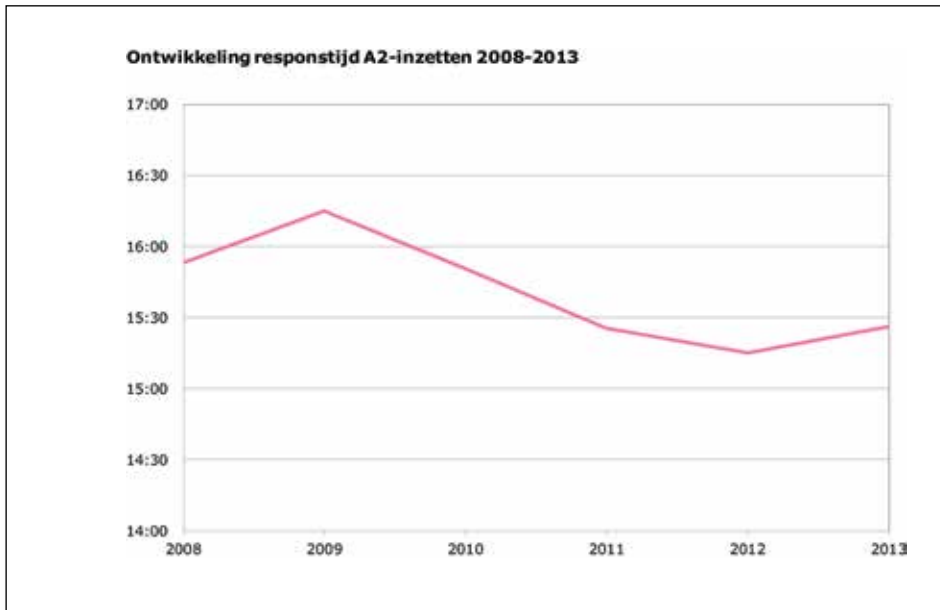
kaart 7.2: gemiddelde responstijd A2-inzetten per regio in 2013



Over de jaren 2009 tot en met 2013 is de volgende variatie zichtbaar in de landelijk gemiddelde responstijd van A2-inzetten:

- de langste landelijk gemiddelde responstijd van 16:15 minuten is geregistreerd in 2009
- de kortste landelijk gemiddelde responstijd van 15:15 minuten is in 2012 gerealiseerd
- een responstijd van 14 minuten of meer kwam in 2013 het meest voor

grafiek 7.5: ontwikkeling responstijd A2-inzetten 2008 - 2013



A2-inzetten en dertig minuten

De landelijk gemiddelde responstijd van 15:26 minuten in 2013 ligt ruim onder de veldnorm van dertig minuten.

Van alle A2-inzetten die in 2013 werden uitgevoerd, was de ambulance in 96,1% binnen dertig minuten na het begin van de melding bij de patiënt aanwezig. Dit betekent een verbetering van 0,2% ten opzichte van 2012, toen het percentage 96,3% was.

tabel 7.3: A2-inzetten binnen 30 minuten bij de patiënt per regio

	2013		2012		2011		2010		2009	
	aantal	%	aantal	%	aantal	%	aantal	%	aantal	%
Groningen	8.963	96%	8.808	96%	8.022	95%	7.295	94%	7.278	92%
Friesland	8.935	97%	11.728	97%	9.041	97%	7.465	97%	6.965	97%
Drenthe	8.129	96%	13.635	97%	13.130	96%	9.935	95%	9.629	96%
IJsselland	7.671	96%	7.593	94%	7.120	95%	8.631	97%	9.032	96%
Twente	12.424	97%	12.426	97%	11.875	96%	11.440	95%	11.031	95%
Noordoost Gelderland	11.715	91%	11.637	93%	11.727	91%	11.448	92%	10.320	89%
Gelderland Midden	8.535	93%	8.236	94%	8.167	94%	7.724	94%	7.110	94%
Gelderland Zuid	7.435	98%	8.054	98%	7.024	97%	6.847	97%	6.447	95%
Utrecht	16.514	96%	16.292	96%	15.417	97%	15.418	95%	14.954	95%
Noord-Holland Noord	7.442	98%	6.077	95%	6.069	95%	6.001	95%	5.837	95%
Amsterdam/Waterland	9.469	96%	9.690	95%	9.154	95%	8.574	95%	7.704	88%
Kenemerland	4.776	96%	3.355	95%	4.931	97%	4.799	96%	4.737	96%
Gooi- en Vechtstreek	1.956	97%	1.819	98%	1.888	98%	1.928	97%	1.886	96%
Haaglanden	14.361	96%	13.116	96%	12.782	95%	13.265	96%	13.100	93%
Hollands Midden	8.018	98%	8.404	97%	7.246	97%	5.722	97%	5.433	98%
Rotterdam-Rijnmond	16.545	95%	15.917	94%	14.263	94%	13.912	94%	11.827	92%
Zuid-Holland Zuid	6.296	99%	6.431	98%	5.825	98%	5.898	97%	5.620	97%
Zeeland	5.776	94%	5.300	94%	5.152	95%	4.957	94%	4.669	93%
Midden- en West Brabant	15.392	97%	17.467	98%	20.160	98%	18.659	98%	18.057	98%
Brabant-Noord	9.637	96%	10.031	97%	10.937	97%	9.865	97%	9.592	96%
Zuidoost Brabant	9.823	97%	9.260	98%	8.542	98%	8.076	98%	7.253	98%
Limburg Noord	8.502	97%	8.587	97%	7.702	97%	7.242	96%	6.438	96%
Zuid Limburg	8.987	97%	9.442	98%	9.317	97%	8.614	96%	8.086	96%
Flevoland	4.878	97%	4.966	96%	4.746	95%	4.697	964%	4.686	94%
gewogen landelijk gemiddelde	222.179	96%	228.271	96%	220.237	96%	208.412	96%	197.691	95%

Over de afgelopen vijf jaren is een verbetering van het percentage A2-inzetten binnen dertig minuten bij de patiënt zichtbaar:

kaart 7.3: A2-inzetten binnen 30 minuten bij de patiënt per regio



grafiek 7.6: ontwikkeling percentage A2-inzetten binnen 30 minuten bij de patiënt 2008 - 2013



Differentiatie in responstijden A2-inzetten

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

96% van de A2-inzetten was in 2013 binnen dertig minuten aanwezig,
95% van de A2-inzetten was in 2012 binnen 29 minuten aanwezig.

tabel 7.4: percentage A2-inzetten binnen 25, 30 en 35 minuten bij de patiënt per regio in 2013

	% A2-inzetten bij de patiënt binnen:			95% ter
	25 min	30 min	35 min	plaatsse in:
Groningen	92%	96%	98%	29 minuten
Friesland	93%	97%	98%	26 minuten
Drenthe	92%	96%	98%	29 minuten
IJsselland	90%	96%	98%	30 minuten
Twente	93%	97%	99%	28 minuten
Noordoost Gelderland	84%	91%	95%	35 minuten
Gelderland Midden	88%	93%	96%	32 minuten
Gelderland Zuid	94%	98%	99%	26 minuten
Utrecht	90%	96%	99%	29 minuten
Noord-Holland Noord	93%	98%	99%	27 minuten
Amsterdam/Waterland	89%	96%	98%	30 minuten
Kennemerland	92%	96%	98%	29 minuten
Gooi- en Vechtstreek	93%	97%	98%	27 minuten
Haaglanden	89%	96%	98%	30 minuten
Hollands Midden	95%	98%	99%	26 minuten
Rotterdam-Rijnmond	91%	95%	97%	31 minuten
Zuid-Holland Zuid	95%	99%	99%	25 minuten
Zeeland	90%	94%	96%	31 minuten
Midden- en West Brabant	94%	97%	99%	27 minuten
Brabant-Noord	92%	96%	98%	29 minuten
Zuidoost Brabant	94%	97%	98%	26 minuten
Limburg Noord	92%	97%	97%	28 minuten
Zuid Limburg	94%	97%	99%	27 minuten
Flevoland	93%	97%	99%	28 minuten
gewogen landelijk gemiddelde 2013	91%	96%	98%	29 minuten
<i>gewogen landelijk gemiddelde 2012</i>	<i>92%</i>	<i>96%</i>	<i>98%</i>	<i>29 minuten</i>
<i>gewogen landelijk gemiddelde 2011</i>	<i>91%</i>	<i>96%</i>	<i>98%</i>	<i>29 minuten</i>
<i>gewogen landelijk gemiddelde 2010</i>	<i>90%</i>	<i>96%</i>	<i>98%</i>	<i>30 minuten</i>
<i>gewogen landelijk gemiddelde 2009</i>	<i>89%</i>	<i>95%</i>	<i>97%</i>	<i>31 minuten</i>

Responstijd A2-inzetten en aard van het gebied

In 2013 is 45,1% van de A2-inzetten in stedelijk gebied uitgevoerd, 18,0% vond plaats in matig stedelijk gebied en 36,9% in het perifeer gebied. De aard van het gebied is van invloed op de responstijden, de verschillen worden zichtbaar in onderstaande tabel.

tabel 7.5: responstijden A2-inzetten in stedelijk en niet-stedelijk gebied in 2013

	stedelijk gebied	matig stedelijk gebied	plattelands-gebied	totaal
20 minuten	83%	80%	75%	80%
25 minuten	93%	92%	90%	91%
29 minuten	96%	96%	95%	95%
30 minuten	97%	96%	95%	96%
31 minuten	97%	97%	96%	97%
35 minuten	98%	98%	98%	98%
40 minuten	99%	99%	99%	99%



7.3.2 Aanneمة en uitgifte A2-inzetten

De landelijk gemiddelde tijdsduur aanname en uitgifte van A2-inzetten bedroeg in 2013 3:10 minuten en is daarmee één seconden korter dan de 3:11 minuten in 2012.

tabel 7.6: gemiddelde tijdsduur aanname en uitgifte A2-inzetten per regio (in min:sec)

	2013	2012	2011	2010	2009
Groningen	3:19	3:30	4:03	4:00	4:11
Friesland	2:49	2:41	2:50	2:54	2:56
Drenthe	3:10	2:40	2:27	2:47	2:42
IJsselland	2:54	2:57	3:51	3:17	2:44
Twente	2:55	2:59	3:15	3:49	3:53
Noordoost Gelderland	4:00	4:01	4:09	3:50	3:56
Gelderland Midden	3:34	3:15	3:09	3:10	3:10
Gelderland Zuid	2:32	2:34	2:49	2:44	2:38
Utrecht	3:31	3:29	3:36	3:55	3:45
Noord-Holland Noord	2:06	2:57	2:53	2:38	2:28
Amsterdam/Waterland	4:06	3:55	4:09	4:29	5:24
Kennemerland	2:31	2:53	2:10	2:51	3:05
Gooi- en Vechtstreek	3:00	2:46	2:47	2:59	3:08
Haaglanden	4:16	4:36	4:29	4:29	4:22
Hollands Midden	2:31	3:15	3:10	2:52	2:56
Rotterdam-Rijnmond	3:52	3:45	3:42	4:34	4:00
Zuid-Holland Zuid	2:40	2:43	2:41	2:54	2:30
Zeeland	2:30	2:50	2:52	3:09	3:10
Midden- en West Brabant	2:36	2:30	2:27	2:37	2:41
Brabant-Noord	2:41	2:57	2:55	3:09	3:13
Zuidoost Brabant	2:58	2:49	3:01	2:54	2:57
Limburg Noord	2:37	2:29	2:25	2:26	2:45
Zuid Limburg	2:59	2:54	2:39	2:52	2:58
Flevoland	2:57	3:37	4:06	3:58	3:02
gewogen landelijk gemiddelde	3:10	3:11	3:14	3:25	3:22

Ontwikkeling tijdsduur aanname en uitgifte

Over de jaren 2009 tot en met 2013 is de volgende variatie zichtbaar in de landelijk gemiddelde tijdsduur aanname en uitgifte van A2-inzetten:

- de langste landelijk gemiddelde tijdsduur aanname en uitgifte van 3:25 minuten is geregistreerd in 2010
- de kortste landelijk gemiddelde tijdsduur aanname en uitgifte van 3:10 minuten is in 2013 gerealiseerd

Een en ander is visueel weergegeven in grafiek 7.7 op pagina 65.

7.3.3 Uitruktijd A2-inzetten

De landelijk gemiddelde uitruktijd van A2-inzetten bedroeg in 2013 1:15 minuten en is daarmee twee seconden korter dan de 1:17 minuten in 2012.

tabel 7.7: gemiddelde uitruktijd A2-inzetten per regio (in min:sec)

	2013	2012	2011	2010	2009
Groningen	1:06	1:03	1:04	1:04	1:07
Friesland	1:11	1:05	1:05	1:04	1:09
Drenthe	1:01	0:57	0:55	0:58	0:57
IJsselland	0:53	0:54	1:22	1:29	1:43
Twente	1:25	1:33	1:32	1:23	1:48
Noordoost Gelderland	1:21	1:12	1:14	1:19	2:03
Gelderland Midden	1:14	1:06	1:11	1:13	1:44
Gelderland Zuid	1:03	0:55	0:50	0:55	1:34
Utrecht	1:21	1:25	1:19	1:26	2:02
Noord-Holland Noord	1:03	1:11	1:07	1:09	1:12
Amsterdam/Waterland	1:39	1:50	1:53	1:56	2:12
Kennemerland	1:23	1:24	1:15	1:15	1:25
Gooi- en Vechtstreek	1:10	1:14	1:07	1:08	1:31
Haaglanden	1:15	1:47	2:07	2:04	2:08
Hollands Midden	1:15	1:29	1:38	1:41	1:53
Rotterdam-Rijnmond	2:00	2:02	2:01	1:47	1:49
Zuid-Holland Zuid	1:25	1:16	1:26	1:58	2:12
Zeeland	1:13	1:19	1:23	1:30	2:15
Midden- en West Brabant	0:56	0:51	0:54	0:49	1:04
Brabant-Noord	0:55	0:49	0:49	0:54	1:20
Zuidoost Brabant	1:19	1:14	1:15	1:06	1:15
Limburg Noord	0:57	1:01	1:00	0:55	1:13
Zuid Limburg	1:16	1:17	1:17	1:21	1:36
Flevoland	0:40	1:22	1:40	1:33	2:13
gewogen landelijk gemiddelde	1:15	1:17	1:19	1:20	1:39

Ontwikkeling uitruktijden

Over de jaren 2009 tot en met 2013 is een daling zichtbaar van de landelijk gemiddelde uitruktijd van A2-inzetten: deze is gedaald van 1:39 minuten in 2009 tot 1:15 minuten in 2013.

Een en ander is visueel weergegeven in grafiek 7.7 op pagina 65.

7.3.4 Aanrijtijd A2-inzetten

De landelijk gemiddelde aanrijtijd van A2-inzetten bedroeg in 2013 10:39 minuten en is daarmee zeven seconden langer dan de gemiddelde aanrijtijd van 10:32 minuten in 2012.

tabel 7.8: gemiddelde aanrijtijd A2-inzetten per regio (in min:sec)

	2013	2012	2011	2010	2009
Groningen	10:11	9:57	10:01	10:18	10:58
Friesland	10:09	9:22	10:01	10:38	10:23
Drenthe	9:48	8:26	8:54	9:54	9:41
IJsselland	10:18	10:50	10:18	9:57	10:02
Twente	9:30	10:17	10:27	10:48	10:09
Noordoost Gelderland	12:00	11:53	11:53	11:45	11:32
Gelderland Midden	11:00	11:03	11:03	11:17	11:15
Gelderland Zuid	10:28	10:24	10:57	11:15	11:39
Utrecht	11:16	10:57	10:35	10:45	11:33
Noord-Holland Noord	11:40	12:06	12:04	12:10	12:06
Amsterdam/Waterland	11:34	11:28	11:19	11:25	11:22
Kennemerland	10:53	10:58	10:41	10:52	10:46
Gooi- en Vechtstreek	9:52	9:49	10:13	10:23	10:43
Haaglanden	10:50	10:33	10:49	11:10	11:17
Hollands Midden	10:02	9:52	10:16	10:26	10:12
Rotterdam-Rijnmond	8:54	10:14	10:24	10:42	10:59
Zuid-Holland Zuid	9:58	10:25	10:46	10:43	10:20
Zeeland	11:07	11:27	11:13	10:55	11:07
Midden- en West Brabant	11:16	10:45	10:44	11:03	10:52
Brabant-Noord	11:35	11:00	10:54	10:56	11:01
Zuidoost Brabant	10:19	10:00	9:46	9:48	9:55
Limburg Noord	11:42	11:12	11:18	11:26	11:30
Zuid Limburg	10:50	10:45	10:45	11:04	10:34
Flevoland	10:00	9:47	9:36	9:43	9:00
gewogen landelijk gemiddelde	10:39	10:32	10:37	10:51	10:51

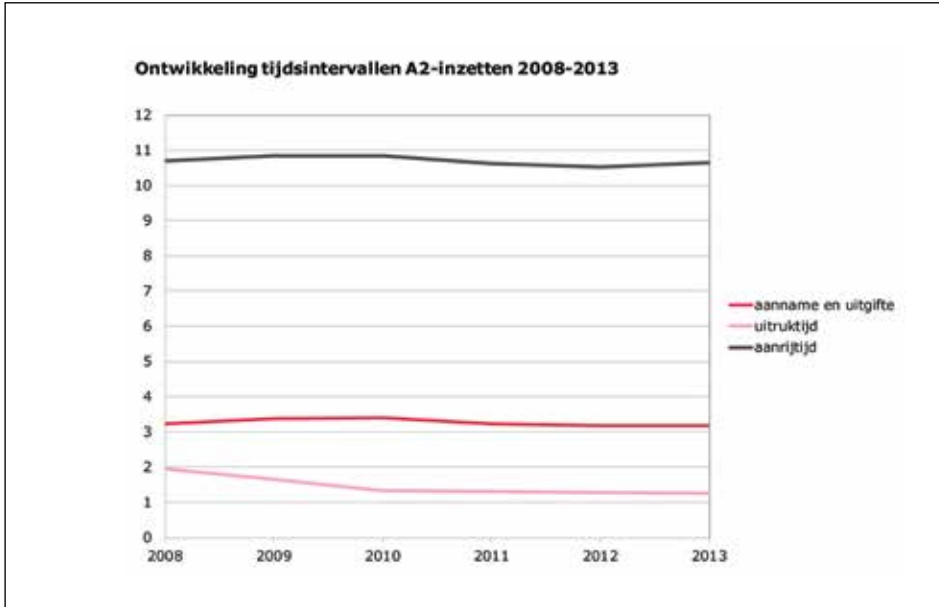
Ontwikkeling aanrijtijden

Over de jaren 2009 tot en met 2013 is de volgende variatie zichtbaar in de landelijk gemiddelde aanrijtijd van A2-inzetten:

- de langste landelijk gemiddelde aanrijtijd van 10:51 minuten is geregistreerd in 2009 en 2010
- de kortste landelijk gemiddelde aanrijtijd van 10:32 minuten is in 2012 gerealiseerd

Onderstaand is de ontwikkeling van de tijdsduur aanname en uitgifte, de uitruktijd en de aanrijtijd van A2-ritten over de jaren 2009 tot en met 2013 visueel weergegeven.

grafiek 7.7: ontwikkeling tijdsintervallen A2-inzetten 2008 - 2013



8 B-inzetten

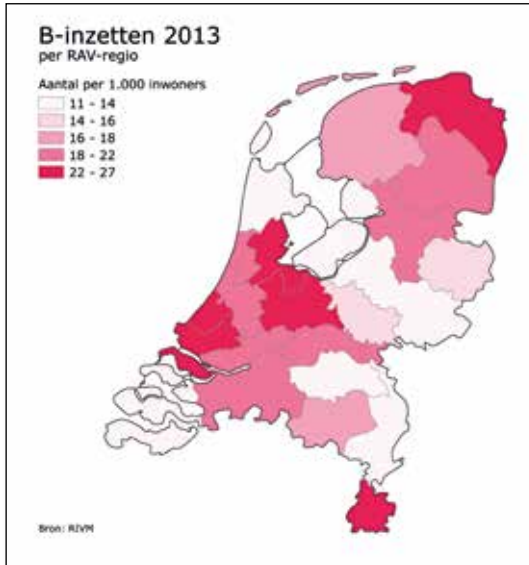


8.1 B-inzet

Een B-inzet betreft het planbare vervoer van patiënten naar of tussen ziekenhuizen 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. Kenmerkend voor de planbare ambulancezorg is dat patiënten liggend vervoerd moeten worden en onderweg zorg nodig kunnen hebben. Er wordt geen gebruik gemaakt van optische en geluidssignalen. Een voorbeeld van een inzet met B-urgentie is een patiënt die voor een bestraling naar een radiotherapeutisch centrum wordt gebracht of een oudere patiënt die met een gebroken heup in het verpleeghuis wordt opgenomen.

Vanuit het oogpunt van zorg is het niet wenselijk dat een patiënt lang op vervoer moet wachten. In de praktijk is het plannen van B-inzetten echter niet altijd even gemakkelijk. Zo is het vooraf niet altijd duidelijk wanneer een patiënt klaar is voor vervoer. B-inzetten zijn echter voor een deel ook tijdgebonden omdat sommige patiënten op een bepaald moment in een ziekenhuis moeten zijn, bijvoorbeeld voor MRI-onderzoek. Bovendien is de beschikbaarheid van ambulances afhankelijk van de onvoorspelbare, variërende vraag om spoedeisende ambulancezorg. De spoedeisende ambulancezorg gaat bij onvoldoende beschikbare paraatheid voor op de planbare ambulancezorg.

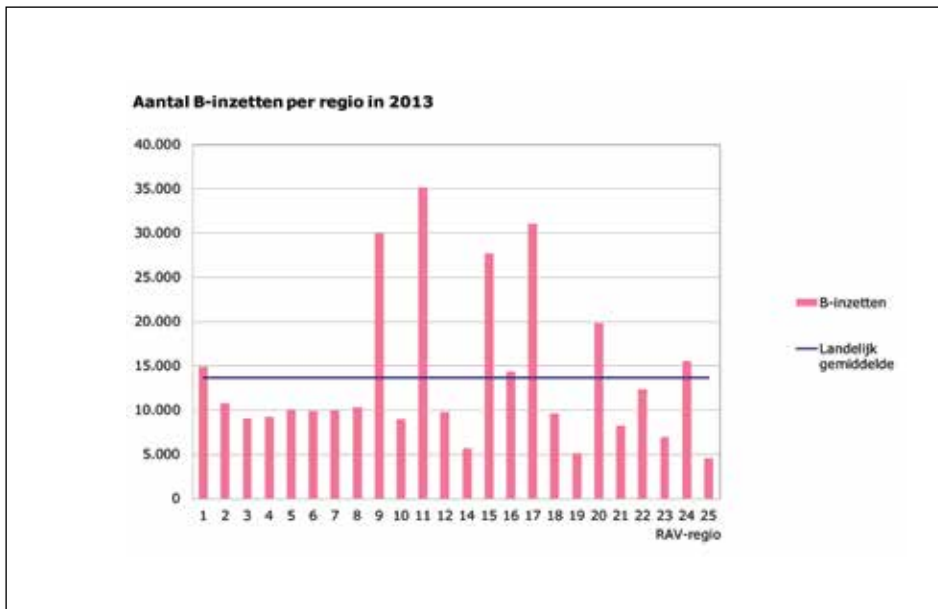
kaart 8.1: aantal B-inzetten per regio per 1.000 inwoners in 2013



8.2 Het aantal B-inzetten in 2013

In 2013 waren in Nederland 328.709 inzetten met B-urgentie. Dit is een lichte groei met 2.817 inzetten ten opzichte van 2012. Het aantal B-inzetten is sinds 2009 echter met 5,6% gedaald, dit is een daling van gemiddeld 1,1% per jaar.

grafiek 8.1: aantal B-inzetten per regio in 2013



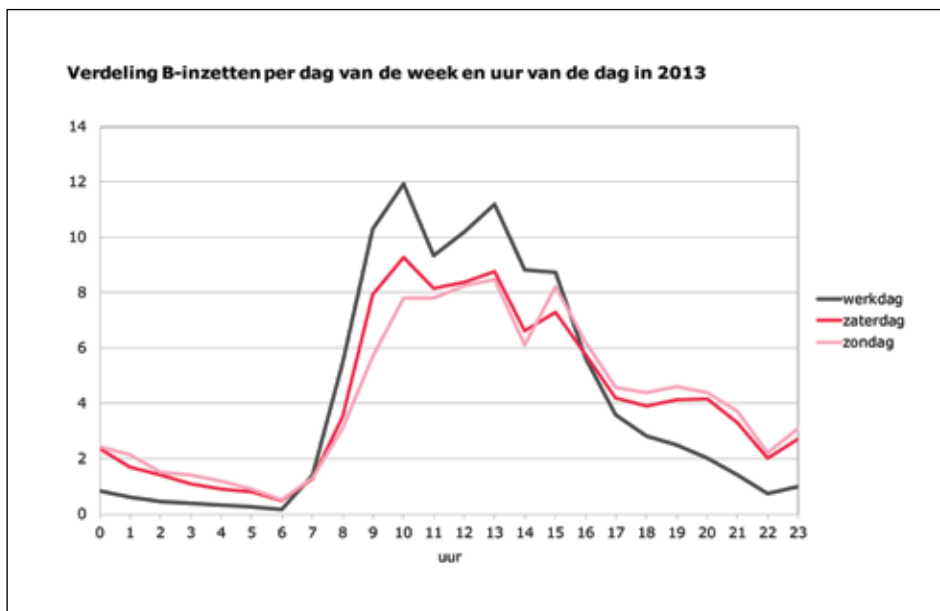
8.2.1 B-inzetten en dag van de week

De B-inzetten vinden minder gelijkmatig verdeeld over de dagen van de week plaats dan de spoedeisende ambulancezorg. Er zijn in wat mindere mate B-inzetten in de weekenden.

Voor de B-inzetten zijn twee pieken zichtbaar. De eerste piek is op werkdagen rond tien uur 's ochtends en de tweede piek is op werkdagen rond één uur 's middags.

In 2013 hebben de meeste B-inzetten overdag plaatsgevonden, 73,6%. Een klein deel heeft 's avonds plaatsgevonden, 21,2%. Het aantal B-inzetten gedurende de nacht is minimaal en betrof in 2012 5,2%, het betreft vooral inzetten tijdens de vroege ochtenduren.

grafiek 8.2: verdeling B-inzetten per dag van de week en uur van de dag in 2013



8.2.2 B-inzetten en aard van het gebied

Voor B-inzetten geldt dat deze vooral in stedelijk gebied plaatsvinden (58,0%). Dit heeft ermee te maken dat B-inzetten overwegend worden verreden tussen, naar en vanuit instellingen voor gezondheidszorg, en die bevinden zich voornamelijk in steden. 19,4% van de B-inzetten vond plaats in matig stedelijk gebied en 22,6% in perifeer gebied.

9 Spoedeisende ambulancezorg: rapid responder

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 veelal een brandweerman of lekenhulpverlener (meer over de first responder in hoofdstuk 26.2).

Uit de registratie over 2013 en de voorgaande jaren blijkt dat 22 RAV-regio's structureel 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 met name op het vervoermiddel waar de rapid responder gebruik van maakt. Zo gebruikt men solo-ambulances, motorambulances en fietsambulances.

In 2013 hebben de 22 RAV-regio's 56.190 keer een rapid responder ingezet.

tabel 9.1: aantal inzetten rapid responder in 2013

	aantal inzetten	door aantal regio's
2013	56.190	22
2012	53.946	22
2011	53.397	22
2010	41.022	21
2009	37.195	20

10 MICU-inzetten

In 2013 hadden de volgende RAV's een MICU-vergunning (verbonden aan het universitair centrum): Groningen en IJsselland (Groningen), Gelderland Zuid (Nijmegen), Utrecht (Utrecht), Amsterdam (Amsterdam), Rotterdam-Rijnmond (Rotterdam) en Zuid Limburg (Maastricht).

Sinds 2009 zijn alle zeven MICU-regio's actief, in 2008 waren dit nog slechts drie. In 2013 zijn 1.697 MICU-ritten uitgevoerd.

Het aantal MICU-ritten in 2013 is toegenomen ten opzichte van 2012 (1.243) en laat over de afgelopen jaren een fluctuerend beeld zien. Hier is geen eenduidige verklaring voor bekend.

tabel 10.1: aantal inzetten MICU in 2013

	2013	2012	2011	2010	2009
Groningen	124	150	141	126	134
IJsselland	152	111	125	109	100
Gelderland Zuid	278	275	266	271	227
Utrecht	92	125	140	143	86
Amsterdam/Waterland	326	313	405	366	449
Rotterdam-Rijnmond	551	150	151	537	326
Zuid-Limburg	174	119	154	155	91
totaal	1.697	1.243	1.382	1.707	1.710

11 Ambulance-inzetten naar aard van de inzet

Naast onderscheid in inzetten met verschillende urgentie maakt de Nederlandse ambulancezorg ook onderscheid in de aard van de inzetten. Er zijn declarabele inzetten (kenmerkend is dat er een patiënt wordt vervoerd), er zijn EHGv-inzetten (Eerste Hulp Geen Vervoer: de patiënt wordt hierbij niet vervoerd) en er zijn loze ritten (waarbij bijvoorbeeld geen patiënt wordt aangetroffen).

Het totaal aantal declarabele inzetten plus EHGv-inzetten plus loze inzetten is gelijk aan het totaal van alle A1-, A2- en B-inzetten.

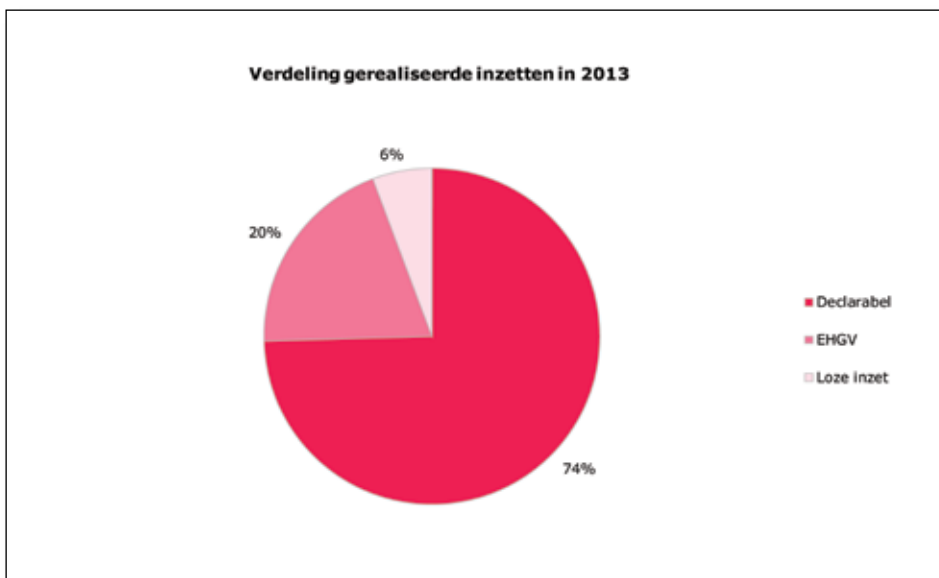
In 2013 zijn ambulances in Nederland 1.144.780 keer ingezet.

tabel 11.1: volume declarabele, EHGv- en loze inzetten

	2013	2012	2011	2010	2009
declarabele inzetten	853.330	829.271	826.193	823.333	810.015
EHGv-inzetten	226.016	219.464	209.782	193.178	183.571
loze inzetten	65.434	51.684	48.451	44.757	48.380
alle inzetten	1.144.780	1.100.419	1.084.426	1.061.268	1.041.966

Er was sprake van een absolute groei van 102.814 inzetten in de jaren van 2009 tot en met 2013: van 1.41.966 in 2008 tot 1.144.780 in 2013. Sinds 2009 is het aantal inzetten met 9,9% toegenomen. Het aantal inzetten groeit jaarlijks met gemiddeld 2,0%.

grafiek 11.1: verdeling gerealiseerde inzetten in 2013



Uit onderstaande tabel blijken de verschillen in aantallen inzetten per urgentie per regio. De tabel is aangevuld met:

- in de vierde kolom het totaal aantal inzetten van de regio
- in de vijfde kolom het regionale aandeel in het landelijke totaal aantal inzetten
- in de zesde tot en met de laatste kolom het totaal aantal inzetten in de jaren 2009 tot en met 2013

tabel 11.2: aantallen inzetten per regio in 2013

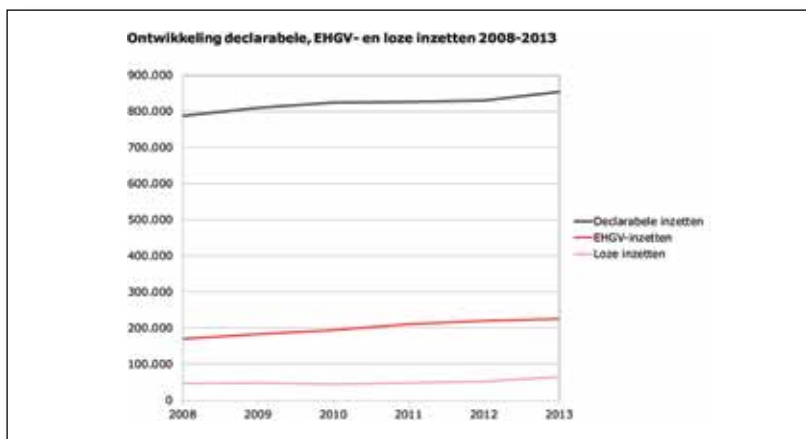
	aantal declar. inzetten	aantal EHGV- inzetten	2013 aantal loze inzetten	totaal	landelijk t.o.v. region.	2012	2011	2010	2009
Groningen	37.192	7.401	2.626	47.219	4,1%	46.395	46.542	46.015	44.157
Friesland	32.601	7.798	2.535	42.934	3,8%	41.308	40.409	39.680	38.439
Drenthe	27.226	6.854	1.182	35.262	3,1%	33.967	34.762	33.451	32.385
IJsselland	24.798	6.204	1.503	32.505	2,8%	31.739	32.354	32.572	31.636
Twente	28.446	6.209	1.149	35.804	3,1%	34.469	33.718	31.948	31.583
Noordoost Gelderland	34.024	8.170	1.009	43.203	3,8%	43.242	42.894	41.785	39.923
Gelderland Midden	27.853	7.783	2.493	38.129	3,3%	35.021	34.431	34.225	32.516
Gelderland Zuid	25.327	7.595	2.755	35.677	3,1%	33.698	31.968	32.309	31.809
Utrecht	59.482	20.023	5.138	84.643	7,4%	83.613	83.732	85.152	87.333
Noord-Holland Noord	28.703	8.659	1.208	38.570	3,4%	38.943	36.970	33.461	35.273
Amsterdam/Waterland	78.804	22.537	6.819	108.160	9,4%	108.266	103.973	101.472	100.831
Kennemerland	29.382	8.072	1.363	38.817	3,4%	38.414	39.031	37.924	38.094
Gooi- en Vechtstreek	12.050	3.207	768	16.025	1,4%	16.033	16.075	15.580	15.832
Haaglanden	63.181	15.611	7.382	86.174	7,5%	67.275	66.160	64.338	64.828
Hollands Midden	37.950	10.190	2.758	50.898	4,4%	49.929	49.786	47.529	47.467
Rotterdam-Rijnmond	74.153	18.051	4.852	97.056	8,5%	96.846	98.101	97.681	93.579
Zuid-Holland Zuid	24.559	5.455	1.885	31.899	2,8%	30.203	29.913	30.059	28.638
Zeeland	18.982	4.922	628	24.532	2,1%	24.514	23.747	23.042	22.887
Midden- en West Brabant	54.122	14.040	5.008	73.170	6,4%	67.347	65.444	64.226	60.879
Brabant-Noord	27.499	8.252	2.495	38.246	3,3%	36.887	35.008	33.514	32.320
Zuidoost Brabant	31.665	9.619	2.362	43.646	3,8%	43.546	41.946	41.001	38.967
Limburg Noord	24.377	5.851	3.159	33.387	2,9%	31.597	28.979	29.110	27.486
Zuid Limburg	35.036	8.491	2.838	46.365	4,1%	44.740	46.962	44.310	44.539
Flevoland	15.918	5.022	1.519	22.459	2,0%	22.427	21.521	20.884	20.565
totaal 2013	853.330	226.016	65.434	1.144.780	100%				
<i>totaal 2012</i>	<i>829.271</i>	<i>219.464</i>	<i>51.684</i>	<i>1.100.419</i>		1.100.419			
<i>totaal 2011</i>	<i>826.193</i>	<i>209.782</i>	<i>48.451</i>	<i>1.084.426</i>			1.084.426		
<i>totaal 2010</i>	<i>823.333</i>	<i>193.178</i>	<i>44.757</i>	<i>1.061.268</i>				1.061.268	
<i>totaal 2009</i>	<i>810.015</i>	<i>183.571</i>	<i>48.380</i>	<i>1.041.966</i>					1.041.966

tabel 11.3: percentage declarabele en EHGv-ritten tov totaal

	aantal declar. inzetten	% decl.-inzetten tov totaal	aantal EHGV inzetten	% EHGv- inzetten tov totaal	totaal aantal inzetten
Groningen	37.192	3,2%	7.401	0,6%	47.219
Friesland	32.601	2,8%	7.798	0,7%	42.934
Drenthe	27.226	2,4%	6.854	0,6%	35.262
IJsselland	24.798	2,2%	6.204	0,5%	32.505
Twente	28.446	2,5%	6.209	0,5%	35.804
Noordoost Gelderland	34.024	3,0%	8.170	0,7%	43.203
Midden Gelderland	27.853	2,4%	7.783	0,7%	38.129
Gelderland Zuid	25.327	2,2%	7.595	0,7%	35.677
Utrecht	59.482	5,2%	20.023	1,7%	84.643
Noord-Holland Noord	28.703	2,5%	8.659	0,8%	38.570
Amsterdam/Waterland	78.804	6,9%	22.537	2,0%	108.160
Kennemerland	29.382	2,6%	8.072	0,7%	38.817
Gooi- en Vechtstreek	12.050	1,1%	3.207	0,3%	16.025
Haaglanden	63.181	5,5%	15.611	1,4%	86.174
Hollands Midden	37.950	3,3%	10.190	0,9%	50.898
Rotterdam-Rijnmond	74.153	6,5%	18.051	1,6%	97.056
Zuid-Holland Zuid	24.559	2,1%	5.455	0,5%	31.899
Zeeland	18.982	1,7%	4.922	0,4%	24.532
Midden- en West Brabant	54.122	4,7%	14.040	1,2%	73.170
Brabant-Noord	27.499	2,4%	8.252	0,7%	38.246
Zuidoost Brabant	31.665	2,8%	9.619	0,8%	43.646
Noord Limburg	24.377	2,1%	5.851	0,5%	33.387
Zuid Limburg	35.036	3,1%	8.491	0,7%	46.365
Flevoland	15.918	1,4%	5.022	0,4%	22.459
totaal 2013	853.330	74,5%	226.016	19,7%	1.144.780
<i>totaal 2012</i>	<i>829.271</i>	<i>75,4%</i>	<i>219.464</i>	<i>19,9%</i>	<i>1.100.419</i>
<i>totaal 2011</i>	<i>826.193</i>	<i>76,2%</i>	<i>209.782</i>	<i>19,3%</i>	<i>1.084.426</i>
<i>totaal 2010</i>	<i>823.333</i>	<i>77,6%</i>	<i>193.178</i>	<i>18,2%</i>	<i>1.061.268</i>
<i>totaal 2009</i>	<i>810.015</i>	<i>77,7%</i>	<i>183.571</i>	<i>17,6%</i>	<i>1.041.966</i>

(n.b.: de percentages declarabele en EHGv-inzetten bedragen samen geen 100%, loze inzetten maken immers ook onderdeel uit van het totaal aantal inzetten)

grafiek 11.2: ontwikkeling declarabele, EHGv- en loze inzetten 2008 - 2013

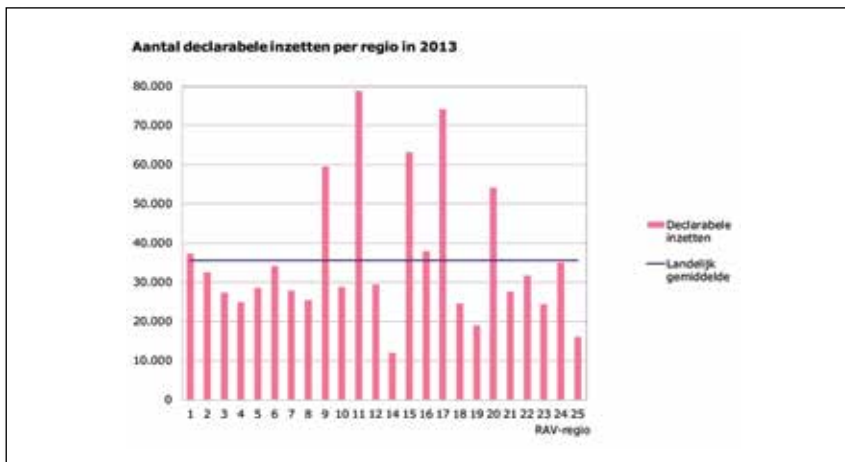


11.1 Declarabele inzetten

De centralist van de MKA stuurt de ambulance altijd met A1-, A2- of B-urgentie naar een patiënt. Als de ambulance-eenheid een patiënt aantreft, deze behandelt en vervoert naar bijvoorbeeld een ziekenhuis, is er sprake van een declarabele inzet.

In 2013 waren in Nederland 853.330 declarabele inzetten. Dit is een stijging met 24.059 inzetten ten opzichte van 2012. Het aantal declarabele inzetten is sinds 2009 met 5,3% gestegen, dit is gemiddeld 1,1% per jaar (zie ook grafiek 11.2 op pagina 73).

grafiek 11.3: aantal declarabele inzetten per regio in 2013



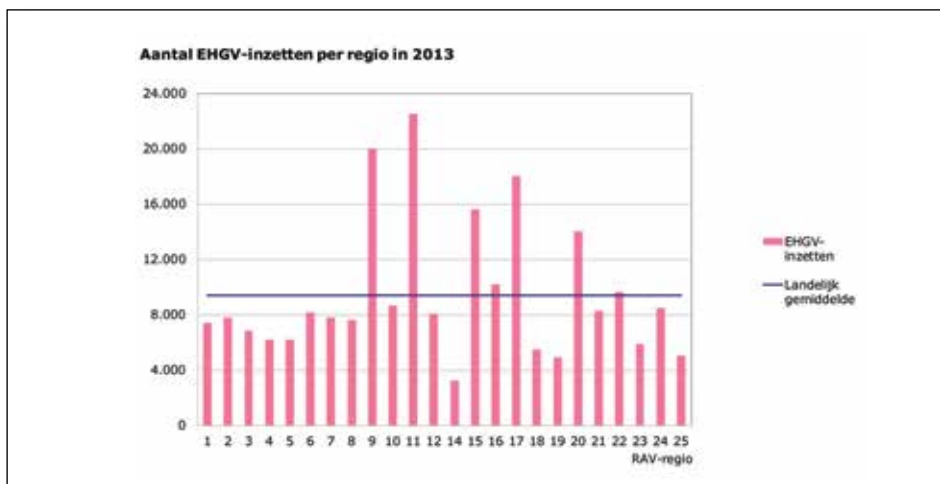
kaart 11.1: aantal declarabele inzetten per regio per 1.000 inwoners in 2013



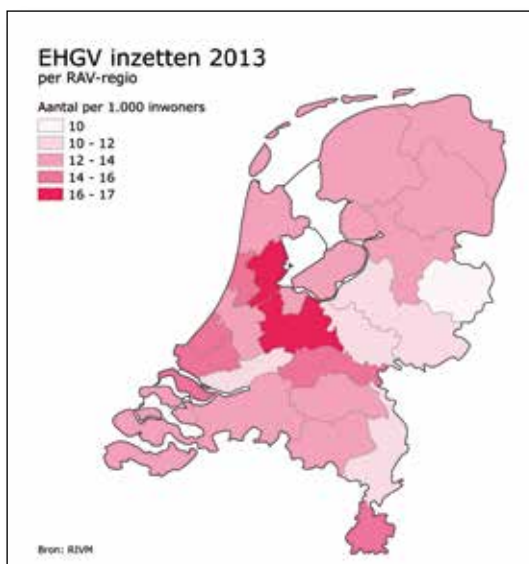
11.2 EHGv-inzetten

Een ambulance wordt altijd ingezet met de intentie tot hulpverlening en/of vervoer van een patiënt. Er is sprake van een EHGv-inzet als ter plaatse, na onderzoek en/of behandeling van de patiënt, blijkt dat vervoer niet noodzakelijk is. Bij een EHGv-inzet is altijd sprake van zorgverlening aan een patiënt. Ook als een patiënt behandeling weigert of als de patiënt reeds overleden wordt aangetroffen, is er sprake van een EHGv-inzet. In 2013 waren in Nederland 226.016 EHGv-inzetten. Dit is een stijging met 6.552 inzetten ten opzichte van 2012. Het aantal EHGv-inzetten is sinds 2009 met 23,1% gestegen, dit is gemiddeld 4,6% per jaar (zie ook grafiek 11.2 op pagina 73).

grafiek 11.4: aantal EHGv-inzetten per regio in 2013



kaart 11.2: aantal EHGv-inzetten per regio per 1.000 inwoners in 2013

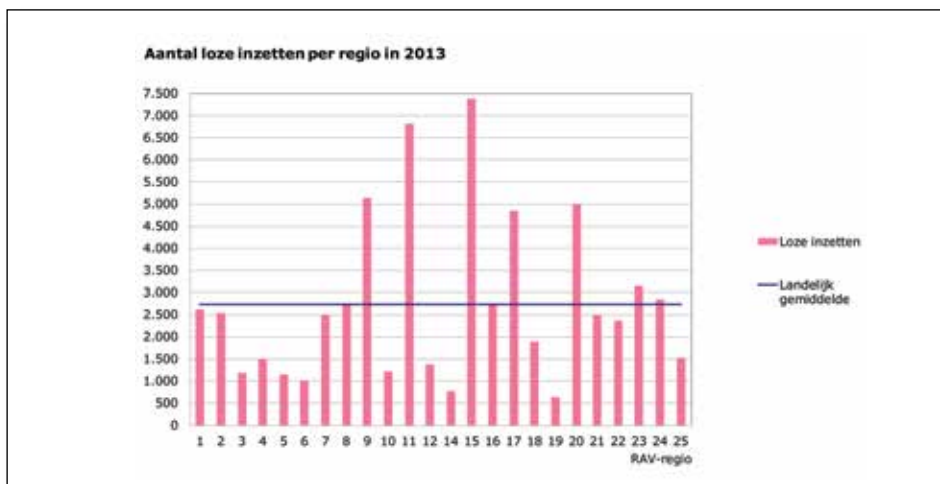


11.3 Loze inzetten

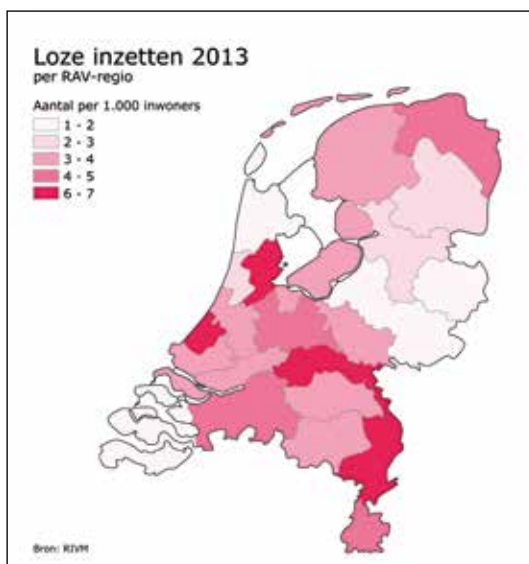
Het kan voorkomen dat er geen patiënt wordt aangetroffen of dat de patiënt nog niet gereed is voor vervoer. In deze gevallen is er sprake van een loze rit. Een rit blijkt pas tevergeefs te zijn op het moment dat de ambulance is gearriveerd op de locatie waar de patiënt zou moeten zijn. Evenals een EHGV-inzet wordt een loze 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 2013 waren in Nederland 65.434 loze inzetten. Dit is een stijging met 13.750 inzetten ten opzichte van 2012. Het aantal loze inzetten is sinds 2009 met 35,3 % gestegen, dit is gemiddeld 7,1% per jaar (zie ook grafiek 11.2 op pagina 73).

grafiek 11.5: aantal loze inzetten per regio in 2013



kaart 11.3: aantal loze inzetten per regio per 1.000 inwoners in 2013



12 Ambulance-inzetten voor andere regio's

In Nederland zijn RAV's 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 ambulancesector heeft hierover afspraken gemaakt, vastgelegd in het beleidsdocument 'Dynamisch ambulancemanagement'. 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 2013 12.403 spoedeisende inzetten (11.848 in 2012) voor elkaar uitgevoerd, dit is bijna 1,1% van het totaal aantal ritten dat in 2013 is uitgevoerd. Circa 75% van deze 12.403 inzetten waren inzetten met een A1-urgentie, 25% van de inzetten had een A2-urgentie. Het gaat vooral om inzetten voor en door aangrenzende regio's.

tabel 12.1: aantal spoedeisende inzetten voor en door andere regio's dan de eigen regio in 2013

	assistentie verleend aan andere regio's		assistentie ontvangen van andere regio's	
	A1	A2	A1	A2
Groningen	761	169	735	171
Friesland	461	112	169	48
Drenthe	565	152	865	198
IJsselland	1233	709	333	115
Twente	201	151	106	31
Noordoost Gelderland	229	67	1.522	1.012
Gelderland Midden	574	252	285	63
Gelderland Zuid	420	179	322	65
Utrecht	259	43	414	77
Noord-Holland Noord	156	16	485	30
Amsterdam/Waterland	4	-	404	79
Kennemerland	669	50	178	19
Gooi- en Vechtstreek	282	41	95	16
Haaglanden	859	250	123	31
Hollands Midden	270	43	311	53
Rotterdam-Rijnmond	286	78	1.054	339
Zuid-Holland Zuid	576	193	171	43
Zeeland	187	39	64	16
Midden- en West Brabant	199	80	321	102
Brabant-Noord	559	271	304	116
Zuidoost Brabant	109	22	137	89
Limburg Noord	227	134	644	325
Zuid Limburg	44	14	67	25
Flevoland	177	31	198	33
totaal 2013	9.307	3.096	9.307	3.096
<i>totaal 2012</i>	<i>8.208</i>	<i>3.276</i>	<i>8.208</i>	<i>3.276</i>
<i>totaal 2011</i>	<i>7.350</i>	<i>3.105</i>	<i>7.350</i>	<i>3.105</i>
<i>totaal 2010</i>	<i>7.059</i>	<i>2.667</i>	<i>7.059</i>	<i>2.677</i>
<i>totaal 2009</i>	<i>8.369</i>	<i>3.672</i>	<i>8.369</i>	<i>3.672</i>

RAV's 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 buitenlandse buurregio's.

13 Productieafspraken

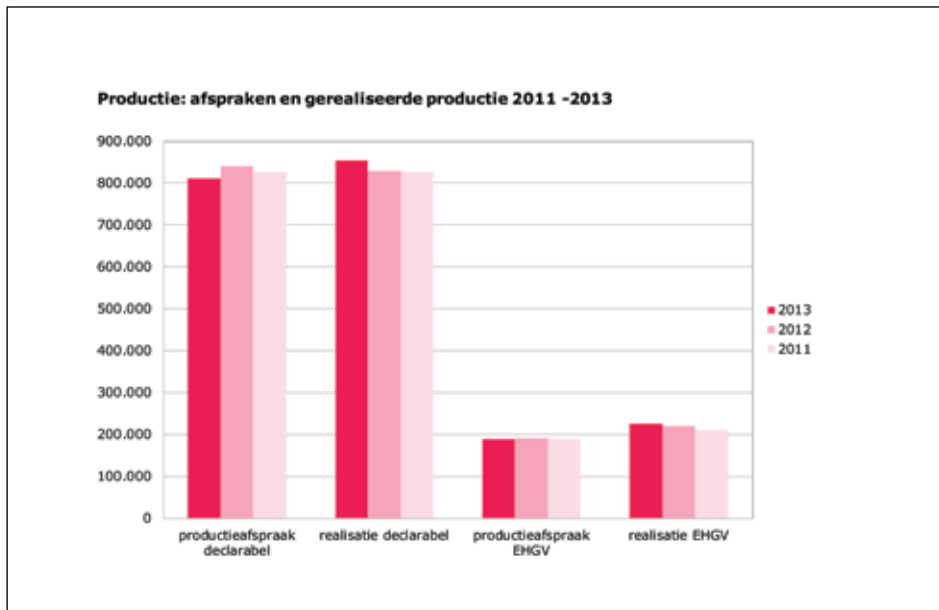
RAV's maken afspraken met de zorgverzekeraar over onder andere het aantal declarabele inzetten, het aantal EHGv-inzetten en het aantal kilometers dat zij verwachten in het komende jaar te zullen rijden. Het budget van de organisatie is gebaseerd op deze productieafspraken.

Tabel 13.1 geeft de ontwikkeling van de productieafspraken in de afgelopen jaren weer, aangevuld met de daadwerkelijke realisatie.

tabel 13.1: productieafspraken en realisatie

	2013		2012		2011		2010		2009	
	afpraak	realisatie	afpraak	realisatie	afpraak	realisatie	afpraak	realisatie	afpraak	realisatie
declarabele inzetten	810.531	853.330	839.345	829.271	826.466	826.193	831.943	823.333	786.183	810.015
EHGV-inzetten	188.448	226.016	190.376	219.464	189.638	209.782	186.359	193.178	166.653	183.571

grafiek 13.1: productie: afspraken en gerealiseerde productie 2011-2013



tabel 13.2a: regionale productieafspraken en realisatie: declarabele inzetten

	2013	2012	2011	2010	2009
Groningen	37.549	37.549	37.549	37.054	35.317
Friesland		31.989	32.611	32.402	30.489
Drenthe	26.098	26.098	26.098	26.323	25.761
IJsselland	24.857	26.362	26.362	27.334	26.000
Twente	26.375	26.375	26.375	26.708	25.241
Noordoost Gelderland	33.753	33.753	33.750	34.455	33.900
Gelderland Midden	27.558	27.558	27.558	27.084	25.236
Gelderland Zuid	25.700	23.166	23.766	23.578	23.992
Utrecht	58.913	58.913	58.913	62.094	57.302
Noord-Holland Noord	28.710	28.431	26.707	28.344	25.636
Amsterdam/Waterland	82.791	80.772	82.820	77.541	74.470
Kennemerland	30.881	28.676	28.676	30.400	27.801
Gooi- en Vechtstreek	12.059	12.296	11.883	12.170	11.042
Haaglanden	63.411	63.411	49.486	50.495	48.682
Hollands Midden	36.563	36.563	36.775	39.072	36.000
Rotterdam-Rijnmond	77.004	77.004	77.004	75.762	70.613
Zuid-Holland Zuid	23.396	23.396	23.396	23.750	21.356
Zeeland	16.380	18.500	18.113	18.906	17.938
Midden- en West Brabant	49.011	49.011	49.011	49.011	45.962
Brabant-Noord	25.676	25.676	25.767	25.767	24.018
Zuidoost Brabant	30.182	30.182	30.182	30.707	28.573
Limburg Noord	22.731	22.731	22.731	22.255	21.317
Zuid Limburg	36.021	36.021	36.021	36.380	35.247
Flevoland	14.912	14.912	14.912	14.980	14.290
totaal	810.531	839.345	826.466	831.943	786.183
gerealiseerd	853.330	829.271	826.193	823.333	810.015

tabel 13.zb: regionale productieafspraken en realisatie: EHGv-inzetten

	2013	2012	2011	2010	2009
Groningen	5.930	5.930	5.930	6.260	6.331
Friesland		5.901	6.314	5.691	4.963
Drenthe	6.338	6.338	6.338	6.101	5.477
IJsselland	6.252	5.272	5.272	5.100	4.000
Twente	5.541	5.541	5.541	5.492	5.080
Noordoost Gelderland	6.456	6.456	6.459	6.081	4.684
Gelderland Midden	6.662	6.662	6.662	6.776	5.612
Gelderland Zuid	7.741	5.846	6.316	5.997	5.386
Utrecht	19.073	19.073	19.073	18.648	17.490
Noord-Holland Noord	6.483	7.080	6.031	6.900	6.272
Amsterdam/Waterland	20.453	19.953	20.272	17.789	17.084
Kennemerland	9.198	8.542	8.542	8.436	7.913
Gooi- en Vechtstreek	3.111	3.072	2.990	3.386	2.745
Haaglanden	11.743	11.743	11.761	12.524	10.818
Hollands Midden	9.064	9.064	8.853	9.391	8.455
Rotterdam-Rijnmond	16.847	16.847	16.847	17.175	14.151
Zuid-Holland Zuid	4.678	4.678	4.678	4.447	4.271
Zeeland	5.000	4.500	3.881	3.517	2.836
Midden- en West Brabant	8.857	8.857	8.857	8.857	7.300
Brabant-Noord	4.875	4.875	4.875	4.875	4.028
Zuidoost Brabant	7.803	7.803	7.803	7.170	6.672
Limburg Noord	4.809	4.809	4.809	4.250	4.099
Zuid Limburg	6.909	6.909	6.909	6.800	6.776
Flevoland	4.625	4.625	4.625	4.520	4.210
totaal	188.448	190.376	189.638	186.359	166.653
gerealiseerd	226.016	219.464	209,782	193.178	48.380

tabel 13.2c: regionale productieafspraken en realisatie: kilometers

	2013	2012	2011	2010	2009
Groningen	1.721.785	1.721.758	1.721.758	1.694.170	1.750.306
Friesland		1.858.641	1.858.641	1.868.954	1.741.860
Drenthe	1.546.000	1.546.000	1.546.000	1.546.000	1.490.000
IJsselland	1.369.000	1.450.309	1.450.309	1.470.000	1.450.000
Twente	1.325.209	1.328.209	1.328.209	1.270.000	1.180.000
Noordoost Gelderland	1.746.739	1.746.739	1.746.739	1.689.364	1.581.000
Gelderland Midden	1.298.390	1.298.390	1.298.390	1.169.245	1.054.000
Gelderland Zuid	1.102.169	1.102.169	1.172.223	1.100.000	1.017.897
Utrecht	2.886.039	2.886.039	2.886.039	2.886.039	2.659.905
Noord-Holland Noord	1.400.111	1.400.111	1.400.111	1.562.699	1.394.447
Amsterdam/Waterland	2.517.068	2.462.305	2.548.020	2.646.769	2.615.931
Kennemerland	1.085.000	1.085.000	1.085.000	1.085.000	1.026.269
Gooi- en Vechtstreek	363.036	363.036	363.036	387.498	357.139
Haaglanden	1.455.846	1.455.846	1.356.326	1.270.053	1.067.200
Hollands Midden	1.426.765	1.426.765	1.426.765	1.400.000	1.307.700
Rotterdam-Rijnmond	2.577.708	2.577.708	2.555.366	2.726.620	2.609.275
Zuid-Holland Zuid	994.393	994.393	994.393	999.400	843.908
Zeeland	1.342.317	1.140.000	1.342.317	1.268.000	1.251.658
Midden- en West Brabant	1.943.926	1.943.926	1.943.926	1.943.926	1.852.119
Brabant-Noord	1.114.856	1.114.856	1.114.856	1.114.856	1.113.406
Zuidoost Brabant	1.220.000	1.220.000	1.220.000	1.176.000	1.083.000
Limburg Noord	1.327.294	1.327.294	1.327.294	1.263.100	1.227.965
Zuid Limburg	1.115.243	1.115.243	1.098.580	1.050.000	1.047.088
Flevoland	864.370	864.370	864.370	860.000	796.027
totaal	33.743.264	35.429.107	35.648.668	35.421.405	33.518.100

14 Ambulancezorg vanuit medisch-inhoudelijk perspectief



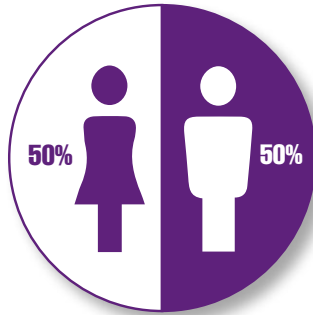
14.1 De beperkingen van de huidige registratie

Sinds 2008 registreert de sector ambulancezorg op landelijk niveau een beperkt aantal medische gegevens om hiermee transparant en eenduidig inzicht te geven in de medisch-inhoudelijke processen binnen de ambulancezorg. Het is op dit moment nog niet mogelijk om veel verder te gaan dan inzicht te geven in aantallen, zoals hoeveel patiënten en hoeveel handelingen. Prestatie-indicatoren, aan de hand waarvan in de toekomst inzicht geboden kan worden in de resultaten van de geboden ambulancezorg, zijn in ontwikkeling. Nog niet alle RAV's hebben hun registratiesystemen volledig afgestemd op de vastgestelde medische gegevensset. Van 22 RAV's zijn, al dan niet gedeeltelijk, gegevens over 2013 ontvangen.

14.2 De patiënten van ambulancezorg

Al deze 22 regio's hebben in 2013 het geslacht van de behandelde patiënten geregistreerd:

- 50% was man (51% in 2012)
- 50% was vrouw (49% in 2012)



In 2013 hebben de 22 regio's ook de leeftijd van de patiënten geregistreerd. Er worden vijf leeftijdscategorieën onderscheiden. Dit onderscheid 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.

tabel 17.1: patiënten per leeftijdscategorie

		2013	2012	2011	2010	2009
pasgeboren of	t/m 30 dagen					
zuigeling	1 maand tot 1 jaar	1,3%	1,3%	1,5%	2%	1,6%
kind	1 jaar tot 16 jaar	3,9%	3,7%	3,7%	3,5%	4,1%
volwassene	16 t/m 74 jaar	59,9%	59,4%	59,8%	58,2%	60,3%
oudere	75 jaar en ouder	34,9%	35,6%	35,0%	36,3%	34,0%

14.3 De werkdiagnose van de ambulance-eenheid

De sector heeft zes medische specialismen aangewezen, waar de ambulancezorg veel mee te maken heeft: cardiologie, gynaecologie/obstetrie, interne geneeskunde, neurologie, pulmonologie, en traumatologie/heelkunde. Voor iedere patiënt is bepaald bij welk specialisme het ziektebeeld past dat ambulanceverpleegkundige bij de werkdiagnose constateert.

Van 15 regio's is informatie ontvangen over de door de ambulance-eenheid geconstateerde werkdiagnose. Meest voorkomend zijn:

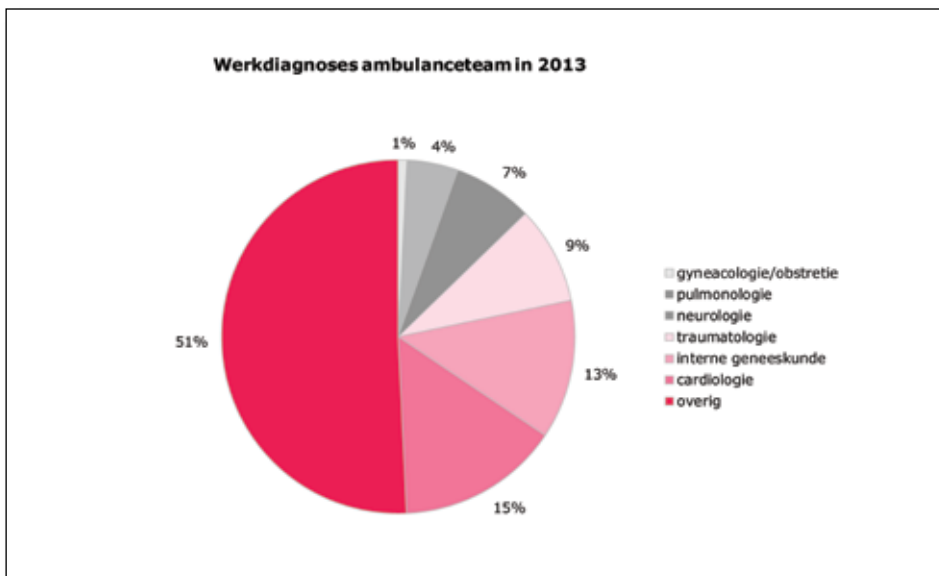
- 14,8% de cardiologische ziektebeelden (20,9% in 2012)
- 12,7% ziektebeelden passend bij interne geneeskunde (18,8% in 2012)
- 8,9% traumatologie/heelkunde (12,3% in 2012)

In mindere mate komen werkdiagnoses door de ambulanceverpleegkundige voor passend bij:

- 7,3% neurologie (9,2% in 2012)
- 4,7% pulmonologie (4,8% in 2012)
- 0,8% gynaecologie (1,2% in 2012)

(voor een nadere toelichting: zie bijlage 3)

grafiek 14.1: werkdiagnoses ambulance-eenheid, ondergebracht binnen specialismen in 2013



Uit bovenstaande grafiek blijkt dat in 50,8% van de gevallen (33,2% in 2011) is aangegeven dat er sprake is van een ander medisch specialisme dan de genoemde zes. 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 en dus een specialisme bepalen evenmin (goed) mogelijk is.

14.4 De uitgevoerde voorbehouden handelingen

In Nederland wordt door de ambulance-eenheid 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 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.

De Wet BIG onderscheidt zogenaamde voorbehouden handelingen. Dit zijn handelingen die alleen zelfstandig door artsen of verloskundigen uitgevoerd mogen worden, dan wel door een verpleegkundige in opdracht van een arts. In de ambulancezorgsector verleent de medisch manager ambulancezorg deze opdracht formeel 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 of uit te voeren op straat of in de ambulance, zonder dat hier direct een arts bij aanwezig is of geconsulteerd wordt. Het medisch management van de RAV bepaalt in overleg met de ambulanceverpleegkundige onder welke voorwaarden hij/zij bevoegd is 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.

Voorbehouden handelingen die in de ambulancezorg worden uitgevoerd op het terrein van de vrije luchtweg en ademhaling zijn vooral endotracheale intubaties. Ook worden coniotomieën en thoraxdrainages uitgevoerd. Risicovolle handelingen zijn het toedienen van zuurstof, het aanbrengen van mayotubes en masker-ballonbeademingen (*zie bijlage 3*).

Voorbehouden handelingen in de ambulancezorg met betrekking tot de circulatie door ambulance-eenheden zijn vooral het plaatsen van (intraveneuze) infusen. Als een intraveneuze toegang niet lukt, wordt een intraosale naald geplaatst (*zie bijlage 3*).

Reanimatie is een voorbehouden handeling met betrekking tot cardiologie en komt in paragraaf 15,5 aan de orde. Andere cardiologische voorbehouden handelingen in de ambulancezorg zijn transcutate pacebehandelingen en cardioversies (*zie bijlage 3*).

In 2013 hebben in zeker 16 regio's ambulancemedewerkers ondersteuning verleend bij ruim 200 bevallingen. De inzet van de ambulance-eenheid varieert hierbij van uitsluitend vervoer van een vrouw die aan het bevallen is naar het ziekenhuis, tot daadwerkelijke assistentie bij een bevalling.

14.5 Reanimatie

Reanimatie

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 beaderning met hartmassage.

De Utstein standaard is een wereldwijd ontwikkeld format, aan de hand waarvan kerngegevens over het proces en de resultaten van reanimaties geregistreerd kunnen worden. Het is wetenschappelijk onderbouwd dat de overlevingskansen van een patiënt na een hartstilstand worden beïnvloed door de samenhang van de factoren tijd, het moment waarop na de hartstilstand hartmassage start, de eventuele aanwezigheid van omstanders, de toepassing van een Automatische Externe Defibrillator (AED) en het initiële hartritme.

De Utstein standaard wordt in de ambulancezorg nog niet volledig geregistreerd, voorlopig is 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, wanneer de gehele standaard wordt geregistreerd, uitspraken te kunnen gaan doen over de bijdrage van ambulancezorg aan de totale keten van overleving bij hartstilstand buiten het ziekenhuis.

- zeventien regio's hebben in 2013 informatie met betrekking tot reanimatie en circulatie aangeleverd (17 regio's in 2012)
- er zijn 5.688 reanimaties door 17 regio's geregistreerd (5.277 reanimaties door 17 regio's in 2012)
- zes regio's hebben alle gevraagde gegevens met betrekking tot de Utstein standaard aangeleverd:
 - zij hebben 2.158 patiënten behandeld met een acute hartstilstand, 1.972 van hen zijn gereanimeerd;
 - 716 van de patiënten met een acute hartstilstand (33,2%) zijn door first responders met een AED behandeld. Defibrilleren houdt in dat er elektroshocks worden toegediend, bijvoorbeeld met een AED, met het doel het hartritme te herstellen;
 - bij bijna de helft van de patiënten met een acute hartstilstand was het eerste ritme defibrilleerbaar, dit houdt in dat de hartritmestoornis met een AED 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.

Deel C: kwaliteit van ambulancezorg

Er zijn veel verschillende factoren die een indicator (kunnen) zijn voor de kwaliteit van ambulancezorg, bijvoorbeeld deskundige, bekwame en betrokken medewerkers, tevreden cliënten, het aantal ingediende klachten en de manier waarop de RAV een en ander afhandelt, de wijze waarop invulling wordt gegeven aan samenwerking met ketenpartners en innovatie van zorg, de logistieke resultaten, de manier waarop de planbare zorg is georganiseerd en de bedrijfsvoering van de RAV.



15 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 2012 geprolongeerd en de ambulancesector was op 31 december 2013 weer 100% HKZ-gecertificeerd.

In juni 2011 is het nieuwe HKZ-schema voor de ambulancezorg uitgegeven. In dit schema is de module Patiënt-/cliëntveiligheid opgenomen. In de bestuurlijke afspraken Patiëntveiligheid heeft de sector vastgelegd dat een RAV eind 2013 beschikt over een gecertificeerd veiligheidsmanagementsysteem, als integraal onderdeel van het kwaliteitsmanagementsysteem. De helft van de RAV's had dit op 31 december 2013 ook daadwerkelijk gerealiseerd.

16 Deskundigheid en scholing

De ambulance-eenheid wordt met veel verschillende omstandigheden en heel uiteenlopende typen patiënten geconfronteerd.

De verantwoordelijkheid van een ambulanceverpleegkundige is groter dan die van een 'gewone' verpleegkundige in bijvoorbeeld een ziekenhuis. De ambulanceverpleegkundige moet zelf een aantal medische beslissingen kunnen nemen en daarmee samenhangende handelingen kunnen uitvoeren, die in ziekenhuizen door artsen worden uitgevoerd. In Nederland is de ambulancezorg georganiseerd op basis van een nurse-based systeem, wat betekent dat (para-) medici geen deel uitmaken van de ambulance-eenheid. Ambulanceverpleegkundigen volgen een specifieke opleiding bij de Academie voor Ambulancezorg in Harderwijk.

De ambulancechauffeur assisteert de verpleegkundige bij specifieke 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 komst van de ambulance. Net als de ambulanceverpleegkundigen en -chauffeurs, volgen ook de centralisten een specifieke opleiding bij de Academie voor Ambulancezorg.

Medewerkers in de kernfuncties (ambulanceverpleegkundige, ambulancechauffeur en centralist) worden permanent bij- en nageschoold, zowel landelijk als regionaal.

17 Patiëntveiligheid

Patiëntveiligheid is een thema dat van groot belang is voor de ambulancesector, zowel binnen het ambulancezorgproces als bij de schakels in de ketens waarin de ambulancezorg actief is. Een veiligheidsmanagementsysteem is een goede basis voor het borgen van patiëntveiligheid.

In 2011 is de ambulancesector een landelijk patiëntveiligheidsprogramma gestart. Het doel van dit programma is het verbeteren van de patiëntveiligheid binnen de ambulancezorg door veiligheidsrisico's te beheersen en vermijdbare onbedoelde schade tot een minimum te beperken.

De afspraken en doelstellingen van het programma zijn vastgelegd in bestuurlijke afspraken. Ambulancezorg Nederland heeft samen met het veld instrumenten ontwikkeld, als handreiking voor de RAV's om binnen de eigen organisatie patiëntveiligheid op de agenda te zetten en een veiligheidsmanagementsysteem in te richten. In 2013 waren RAV's, net als in 2012, volop bezig met het inrichten van het VMS binnen de organisatie. Eind 2013 is het drie-jarige programma formeel afgerond. Patiëntveiligheid blijft de continue aandacht van de sector en de RAV's houden.

18 Patiënttevredenheid: CQI spoedeisende ambulancezorg

Consumer Quality index (CQi)-vragenlijsten worden in Nederland gebruikt om de kwaliteit van de zorg vanuit patiëntperspectief op een gestandaardiseerde manier te meten. Het NIVEL is in 2009 gestart met het ontwikkelen van een vragenlijst voor de spoedeisende ambulancezorg. In 2013 is deze vragenlijst geactualiseerd en in de praktijk toegepast.

16 RAV's hebben deelgenomen aan het onderzoek en hebben de vragenlijst aan hun patiënten voorgelegd. Uiteindelijk hebben bijna 1.700 patiënten de vragenlijst beantwoord.

De algemene conclusie is dat patiënten uiterst positief zijn over de spoedeisende ambulancezorg, waar dan ook in Nederland. Er zijn geen RAV's die er negatief of positief uitspringen. Kenmerkend voor spoedeisende ambulancezorg is dat patiënten niet in de gelegenheid zijn om van tevoren voor een bepaalde zorgverlener te kiezen. Dit betekent dat spoedeisende ambulancezorg overal, altijd en op andere onderdelen zo goed mogelijk moet zijn.

Patiënten waren bij het onderzoek in 2013 bijzonder positief over de bejegening, de communicatie en de behandeling door het ambulancepersoneel. Ook over de meldkamer ambulancezorg zijn patiënten positief, al wordt een enkele maal benoemd dat de informatievoorziening vanuit de meldkamer verbeterd zou kunnen worden.

19 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 zou zijn. Onder klacht verstaat de sector een uiting van onvrede over de behandeling of bejegening die door de juiste persoon en op de juiste wijze (schriftelijk en ondertekend) bij de organisatie is ingediend.

In totaal hebben ambulanceorganisaties in 2013 645 ontvangen klachten geregistreerd (709 in 2012). In de onderstaande tabel is dit aantal voor iedere regio teruggerekend naar het aantal klachten per 1.000 inzetten. Het aantal klachten per 1.000 inzetten is enigszins toegenomen.

Op grond van de Wet Klachtrecht Cliënten Zorginstellingen beschikken alle individuele RAV's over een klachtenreglement. Afhandeling van de klachten vindt per RAV plaats op basis van het klachtenreglement.

tabel 19.1: aantal klachten per 1.000 inzetten per regio

	2013	2012	2011	2010	2009
Groningen	1,02	0,88	0,41	0,76	0,84
Friesland	0,44	0,51	0,32	0,35	0,34
Drenthe	0,20	0,35	0,32	0,18	0,40
IJsselland	0,12	0,03	0,34	0,25	0,25
Twente	0,53	0,55	0,53	0,53	0,85
Noordoost Gelderland	0,35	0,53	0,56	0,60	0,20
Gelderland Midden	0,45	0,57	0,41	0,64	0,65
Gelderland Zuid	0,45	0,65	0,50	0,74	0,53
Utrecht	0,50	0,54	0,32	0,50	1,01
Noord-Holland Noord	0,75	1,08	0,87	1,23	0,99
Amsterdam/Waterland	0,85	0,70	0,29	0,34	0,44
Kennemerland	0,70	0,70	0,56	0,13	0,18
Gooi- en Vechtstreek	0,69	0,81	0,81	0,39	0,63
Haaglanden	0,32	0,42	0,23	0,28	0,31
Hollands Midden	0,39	0,32	0,16	0,25	0,25
Rotterdam-Rijnmond	0,63	0,50	0,44	0,46	0,58
Zuid-Holland Zuid	0,75	0,70	0,53	0,30	0,17
Zeeland	0,82	4,00	0,29	0,52	0,35
Midden- en West Brabant	0,62	0,56	0,21	0,42	0,77
Brabant-Noord	0,47	0,49	0,37	0,51	0,22
Zuidoost Brabant	0,41	0,60	0,64	0,51	0,26
Limburg Noord	0,81	0,41	0,83	0,82	0,80
Zuid Limburg	0,35	0,45	0,34	0,27	0,36
Flevoland	0,98	0,94	1,16	0,81	0,73
totaal	0,56	0,64	0,48	0,46	0,52

A large, stylized letter 'D' graphic in shades of red and pink, serving as a background for the title.

Deel D: medewerkers van ambulancezorg

Medewerkers zijn cruciaal voor het uitvoeren van verantwoorde en kwalitatief
hoogwaardige ambulancezorg.

20 CAO Ambulancezorg

Per 1 januari 2013 expireerde de cao ambulancezorg, de sector-cao die door alle RAV's wordt gevolgd. De werkgeversdelegatie van Ambulancezorg Nederland en de vakbonden Abvakabo FNV en CNV Publieke Zaaak hebben vanaf november 2012 overleg gevoerd over de nieuwe cao onder leiding van een onafhankelijk voorzitter. Na intensieve onderhandelingen is op 25 april 2013 een principe-akkoord bereikt. Het definitieve akkoord is ondertekend op 3 juni 2013. Op 25 juni 2013 is de tweede sector-cao met een looptijd van 1 januari 2013 tot en met 31 december 2014 gepubliceerd.

21 Formatie

In 2013 waren 5.509 medewerkers, verdeeld over 4.954 fte, werkzaam binnen de sector ambulancezorg.

Het primaire proces van de ambulancezorg kent een beperkt aantal kernfuncties: ambulanceverpleegkundige, ambulancechauffeur en (verpleegkundig) centralist van de meldkamer ambulancezorg. Ook de zorgambulancebegeleider en zorgambulancechauffeur (aantallen worden sinds 2013 voor deze publicatie geregistreerd) zullen conform de CAO tot de kernfuncties gaan behoren. De ambulancesector is een compacte sector met veel gespecialiseerde medewerkers die direct gelieerd aan het primaire proces werkzaam zijn. Er zijn relatief weinig staf- en overige medewerkers. Van de 5.509 medewerkers in 2013 was 86,9% werkzaam in het primaire proces. Dit zijn 4.787 medewerkers, verdeeld over 4.343 fte.

21.1 Formatie naar functie in aantallen

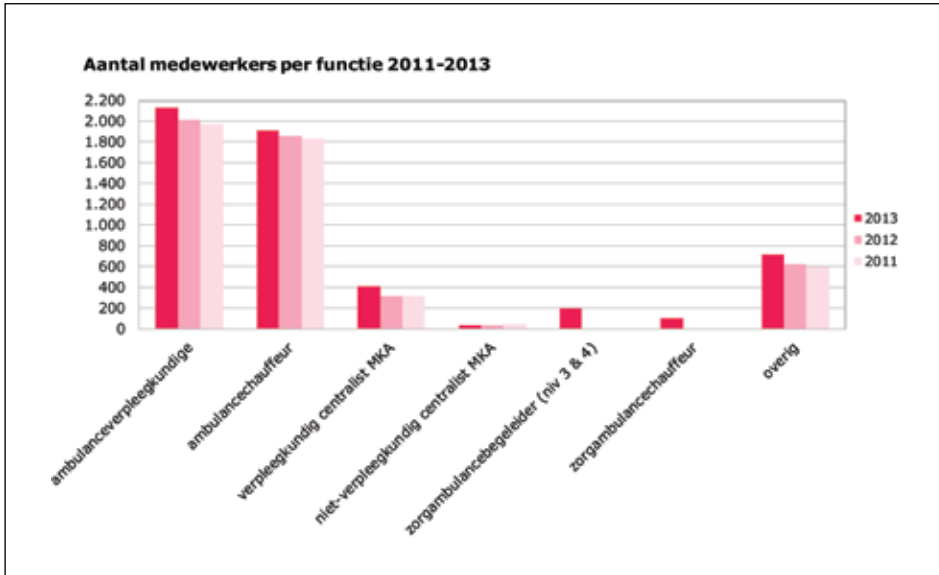
Het aantal medewerkers is toegenomen van 5.043 in 2009 tot 5.509 in 2013, dit is een stijging van 9,2% (gemiddeld 1,9% per jaar).

De ambulancesector werkt hard aan de differentiatie van het zorgaanbod. De variëteit in het vervoermiddel is steeds groter en in 2012 is het kwaliteitskader zorgambulance vastgesteld. De differentiatie heeft tot gevolg dat het aantal ambulanceverpleegkundigen en het aantal ambulancechauffeurs steeds minder gelijk op lopen. Als gevolg van de invoering van de zorgambulance voeren steeds meer RAV's een nieuwe functiegroep in, namelijk de zorgambulancemedewerkers. Deze groep wordt sinds 2013 ook expliciet in beeld gebracht in deze rapportage (voorheen waren de functies zorgambulancebegeleider (niveau 3 en 4) en zorgambulancechauffeur verwerkt in respectievelijk de formatie ambulanceverpleegkundige en ambulancechauffeur).

tabel 21.1: landelijke formatie aantallen medewerkers

	2013			2012			2011		
	man	vrouw	totaal	man	vrouw	totaal	man	vrouw	totaal
ambulanceverpleegkundige	1.414	719	2.133	1.445	773	2.218	1.439	775	2.214
ambulancechauffeur	1.685	228	1.913	1.712	237	1.949	1.720	229	1.949
MKA verpleegkundig centralist	143	265	408	134	243	377	133	253	386
MKA niet-verpleegkundig centralist	24	9	33	29	8	37	40	11	51
zorgambulancebegeleider (niv. 3 & 4)	55	142	197	-	-	-	-	-	-
zorgambulancechauffeur	74	29	103	-	-	-	-	-	-
overig	413	309	722	414	333	747	429	296	725
totaal	3.808	1.701	5.509	3.734	1.594	5.328	3.761	1.564	5.325

grafiek 21.1: aantal medewerkers per functie in 2013



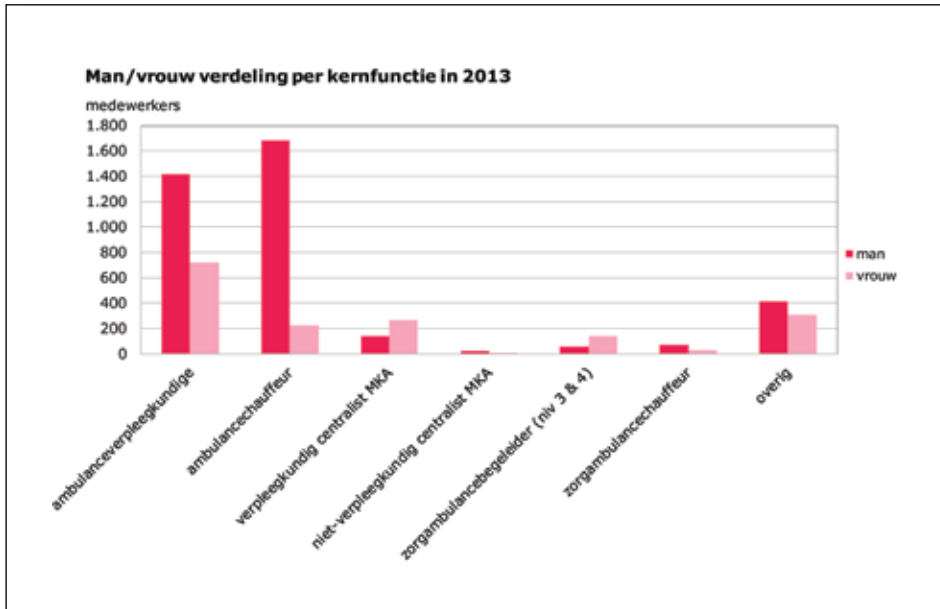
tabel 21.2: regionale formatie aantallen medewerkers in 2013

	AVP	ACH	MK vpc	MK nvpc	ZAB	ZAC	overig	totaal 2013	totaal 2012	totaal 2011
Groningen	118	110	11	1	3	0	26	269	258	259
Friesland	106	108	13	4	15	0	31	277	272	256
Drenthe	78	72	9	4	16	0	53	232	237	230
IJsselland	85	76	14	2	15	0	29	221	219	245
Twente	80	70	17	0	11	9	35	222	226	226
Noordoost Gelderland	92	83	12	1	5	2	14	209	214	229
Gelderland Midden	67	54	20	0	8	4	15	168	162	163
Gelderland Zuid	78	70	15	0	8	5	27	203	186	187
Utrecht	129	104	24	0	19	20	87	383	394	387
Noord-Holland Noord	86	76	32	0	1	1	27	223	210	217
Amsterdam/Waterland	158	146	28	0	26	23	81	462	426	431
Kennemerland	73	69	19	1	2	1	10	175	174	175
Gooi- en Vechtstreek	32	22	10	0	0	0	7	71	68	70
Haaglanden	102	84	21	0	18	14	47	286	268	254
Hollands Midden	85	81	16	10	0	0	46	238	209	212
Rotterdam-Rijnmond	147	142	24	7	14	0	37	371	353	376
Zuid-Holland Zuid	56	50	8	0	13	4	18	149	150	149
Zeeland	87	76	13	0	2	2	10	190	171	176
Midden- en West Brabant	123	104	19	0	6	4	19	275	277	259
Brabant-Noord	74	64	14	0	4	6	14	176	177	173
Zuidoost Brabant	80	72	19	0	0	4	13	188	198	190
Limburg Noord	67	57	15	1	11	4	46	201	180	167
Zuid Limburg	79	77	20	0	0	0	18	194	178	167
Flevoland	51	46	15	2	0	0	12	126	121	127
totaal 2013	2.133	1.913	408	33	197	103	722	5.509		
<i>totaal 2012</i>	<i>2.218</i>	<i>1.949</i>	<i>377</i>	<i>37</i>	<i>-</i>	<i>-</i>	<i>747</i>		<i>5.328</i>	
<i>totaal 2011</i>	<i>2.214</i>	<i>1.949</i>	<i>386</i>	<i>51</i>	<i>-</i>	<i>-</i>	<i>725</i>			<i>5.325</i>

Man-/vrouwverdeling ambulancesector

De ambulancesector is van oudsher een sector waarin vooral mannen werken. In de afgelopen jaren is de man-/vrouwverhouding aan het verschuiven van 75/25 in de richting van 70/30. Dit geldt niet voor de functie van centralist, die kent juist meer vrouwen dan mannen.

grafiek 21.2: man-/vrouwverdeling per functie in 2013



Onderstaande tabel brengt de verschuiving sinds 2006 in beeld:

tabel 21.3: man-/vrouwverdeling in de loop der jaren

	2013	2012	2011	2010	2009	2008	2007	2006
mannen	69,1%	70,1%	70,6%	71,7%	72,6%	73,9%	73,9%	75,9%
vrouwen	30,9%	29,9%	29,4%	28,3%	27,4%	26,1%	26,1%	24,1%

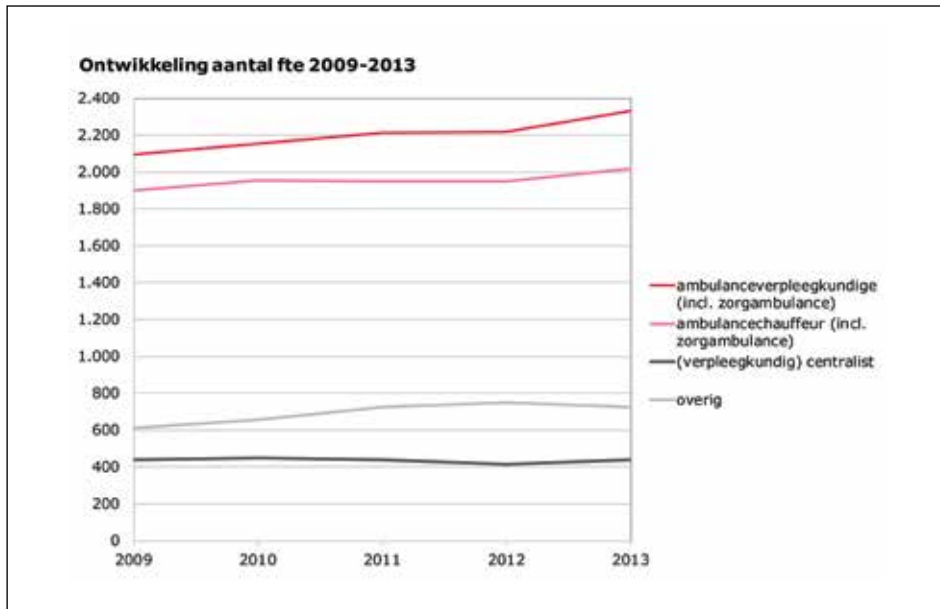
21.2 Formatie naar functie in fte

Vertaald naar full time equivalenten (fte) zag de formatie in de ambulancezorg er in 2013 als volgt uit (voorheen waren de functies zorgambulancebegeleider (niveau 3 en 4) en zorgambulancechauffeur verwerkt in respectievelijk de formatie ambulanceverpleegkundige en ambulancechauffeur):

tabel 21.4: landelijke formatie aantallen medewerkers (in fte)

	2013			2012			2011		
	man	vrouw	totaal	man	vrouw	totaal	man	vrouw	totaal
ambulanceverpleegkundige	1.329	617	1.946	1.354	655	2.009	1.329	596	1.925
ambulancechauffeur	1.606	194	1.800	1.658	202	1.860	1.628	244	1.872
MKA verpleegkundig centralist	126	212	338	120	194	314	131	199	330
MKA niet-verpleegkundig centralist	21	6	27	28	6	34	41	15	56
zorgambulancebegeleider (niv 3 & 4)	50	111	161	-	-	-	-	-	-
zorgambulancechauffeur	58	13	71	-	-	-	-	-	-
overig	376	235	611	379	247	626	363	215	578
totaal	3.566	1.388	4.954	3.539	1.304	4.843	3.492	1.269	4.761

grafiek 21.3: ontwikkeling fte's van 2009 tot en met 2013



tabel 21.5: regionale formatie aantallen medewerkers (in fte) in 2013

	AVP	ACH	MK vpc	MK nvpc	ZAB	ZAC 2013	overig 2012	totaal 2011	totaal	totaal
Groningen	105	103	10	1	1	0	23	243	243	237
Friesland	101	102	10	4	10	0	29	256	253	238
Drenthe	75	71	8	3	11	0	48	216	220	208
IJsselland	78	72	11	2	5	0	23	191	188	209
Twente	76	66	13	0	5	7	29	196	198	197
Noordoost Gelderland	89	82	12	1	3	1	12	200	196	205
Gelderland Midden	62	51	17	0	4	4	12	150	148	144
Gelderland Zuid	70	64	12	0	4	4	19	173	168	168
Utrecht	114	99	20	0	34	0	79	346	357	354
Noord-Holland Noord	77	70	25	0	1	1	24	198	189	189
Amsterdam/Waterland	137	125	22	0	23	22	69	398	371	373
Kennemerland	62	59	17	1	2	1	10	152	148	154
Gooi- en Vechtstreek	27	22	7	0	0	0	6	62	62	63
Haaglanden	96	82	18	1	17	13	40	267	255	234
Hollands Midden	79	78	13	4	0	0	26	200	185	193
Rotterdam-Rijnmond	134	134	18	6	11	0	32	335	327	326
Zuid-Holland Zuid	52	49	7	0	7	1	15	131	131	128
Zeeland	78	73	11	0	2	2	11	177	154	163
Midden- en										
West Brabant	111	101	15	1	5	4	19	256	260	240
Brabant-Noord	66	61	12	0	3	3	12	157	159	157
Zuidoost Brabant	70	69	16	0	7	4	13	179	194	169
Limburg Noord	64	55	13	1	6	4	31	174	156	155
Zuid Limburg	74	70	17	0	0	0	17	178	161	153
Flevoland	49	42	14	2	0	0	12	119	117	116
totaal 2013	1.946	1.800	338	27	161	71	611	4.954		
<i>totaal 2012</i>	<i>2.009</i>	<i>1.860</i>	<i>314</i>	<i>34</i>	<i>-</i>	<i>-</i>	<i>626</i>		<i>4.843</i>	
<i>totaal 2011</i>	<i>1.974</i>	<i>1.834</i>	<i>319</i>	<i>46</i>	<i>-</i>	<i>-</i>	<i>599</i>			<i>4.772</i>

(Deze tabel bevat afgeronde getallen. Als gevolg daarvan kan het voorkomen dat de som van de individuele getallen niet overeenkomt met het totaal dat in de tabel staat.)

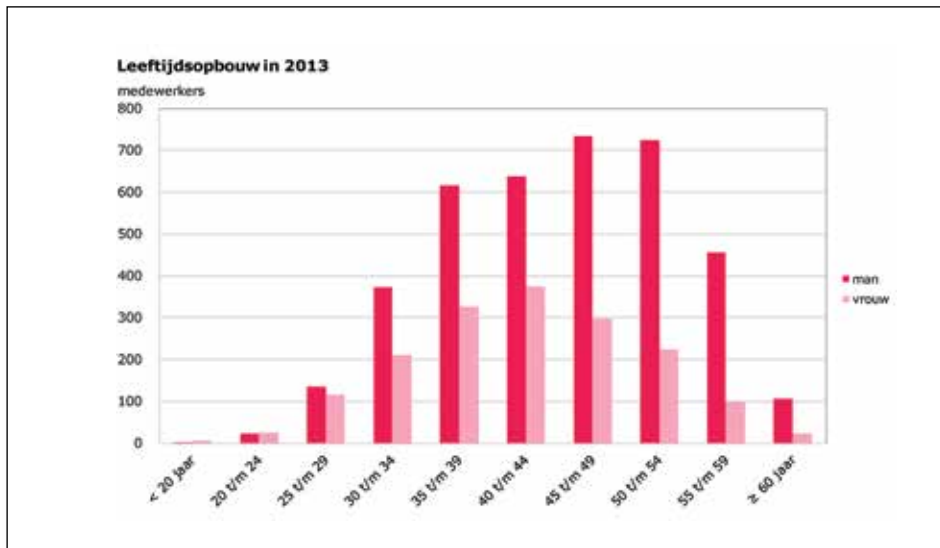
Binnen de MKA zijn zowel verpleegkundig als niet-verpleegkundig centralisten werkzaam. De verpleegkundig centralist is verantwoordelijk voor het meldkamerproces, geeft hier inhoud aan en zorgt voor een verantwoorde uitvoering van het proces van intake, indicatiestelling, zorgtoewijzing en zorginstructie. De niet-verpleegkundig centralist wordt veelal ingezet op het logistieke proces van uitgifte van ambulance-inzetten.

21.3 Formatie naar leeftijden

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. Vaak stroomt men vanaf het 30e levensjaar in.

De meeste medewerkers hebben een leeftijd tussen de 35 en 55 jaar (3.936, 67%) en 54% van de medewerkers is tussen de 40 en 55 jaar. 33% van de medewerkers is jonger dan 40 jaar en ruim 12% van de medewerkers is ouder dan 55 jaar.

grafiek 21.4: leeftijdsopbouw medewerkers ambulancezorg in 2013 (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, de grootste groep bij de vrouwen is die van 40 tot 45 jaar.

tabel 21.6: leeftijdsopbouw medewerkers ambulancezorg 2011 - 2013 (landelijk)

geslacht	2013				2012		2011	
	man	vrouw	totaal	% totaal	totaal	% totaal	totaal	% totaal
< 20 jaar	2	6	8	0,1%	5	0,1%	4	0,1%
20 t/m 24 jaar	23	25	48	0,9%	42	0,8%	44	0,8%
25 t/m 29 jaar	136	115	251	4,6%	229	4,3%	247	4,6%
30 t/m 34 jaar	372	210	582	10,6%	570	10,7%	624	11,7%
35 t/m 39 jaar	616	327	943	17,1%	899	16,9%	922	17,3%
40 t/m 44 jaar	637	374	1.011	18,4%	1004	18,8%	1.000	18,8%
45 t/m 49 jaar	735	297	1.032	18,7%	1045	19,6%	1.036	19,5%
50 t/m 54 jaar	725	225	950	17,2%	949	17,8%	904	17,0%
55 t/m 59 jaar	456	98	554	10,1%	504	9,5%	468	8,8%
≥ 60 jaar	106	24	130	2,4%	81	1,5%	76	1,4%
totaal	3.808	1.701	5.509	100,0%	5.328	100%	5.325	100%

tabel 21.7: leeftijdsopbouw medewerkers ambulancezorg 2011 - 2013 (regionaal)

	< 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	0	14	33	50	52	54	28	31	7	269
Friesland	0	0	11	37	51	60	39	39	29	11	277
Drenthe	0	0	10	14	43	46	56	39	17	7	232
IJsselland	1	0	2	17	33	50	46	45	23	4	221
Twente	0	0	6	15	23	41	63	51	16	7	222
Noordoost Gelderland	0	0	8	19	39	40	40	38	24	1	209
Gelderland Midden	0	9	20	22	27	33	26	21	9	1	168
Gelderland Zuid	1	2	5	15	23	45	45	36	21	10	203
Utrecht	0	0	15	42	53	67	78	80	45	3	383
Noord-Holland Noord	0	3	11	20	41	46	39	32	28	3	223
Amsterdam/Waterland	0	5	26	32	82	66	73	103	54	21	462
Kennemerland	0	1	4	15	26	35	36	36	20	2	175
Gooi- en Vechtstreek	0	0	3	9	14	16	8	16	5	0	71
Haaglanden	0	2	10	31	44	62	38	59	26	14	286
Hollands Midden	6	5	9	26	31	39	41	36	37	8	238
Rotterdam-Rijnmond	0	1	20	46	64	49	63	77	41	10	371
Zuid-Holland Zuid	0	2	6	15	21	19	22	27	31	6	149
Zeeland	0	3	20	50	59	29	22	4	3	0	190
Midden- en West Brabant	0	2	11	35	58	52	57	34	25	1	275
Brabant-Noord	0	0	2	23	33	39	37	28	11	3	176
Zuidoost Brabant	0	0	10	23	37	39	44	30	5	0	188
Limburg Noord	0	12	16	17	32	30	40	28	22	4	201
Zuid Limburg	0	1	9	13	40	31	40	33	22	5	194
Flevoland	0	0	3	13	19	25	25	30	9	2	126
totaal 2013	8	48	251	582	943	1.011	1.032	950	554	130	5.509
<i>totaal 2012</i>	<i>5</i>	<i>42</i>	<i>229</i>	<i>570</i>	<i>899</i>	<i>1.004</i>	<i>1.045</i>	<i>949</i>	<i>504</i>	<i>81</i>	<i>5.328</i>
<i>totaal 2011</i>	<i>4</i>	<i>44</i>	<i>247</i>	<i>624</i>	<i>922</i>	<i>1.000</i>	<i>1.036</i>	<i>904</i>	<i>468</i>	<i>76</i>	<i>5.325</i>

21.4 Formatie naar arbeidsduur

Medewerkers in de ambulancezorg zijn gemiddeld lang werkzaam in de sector.

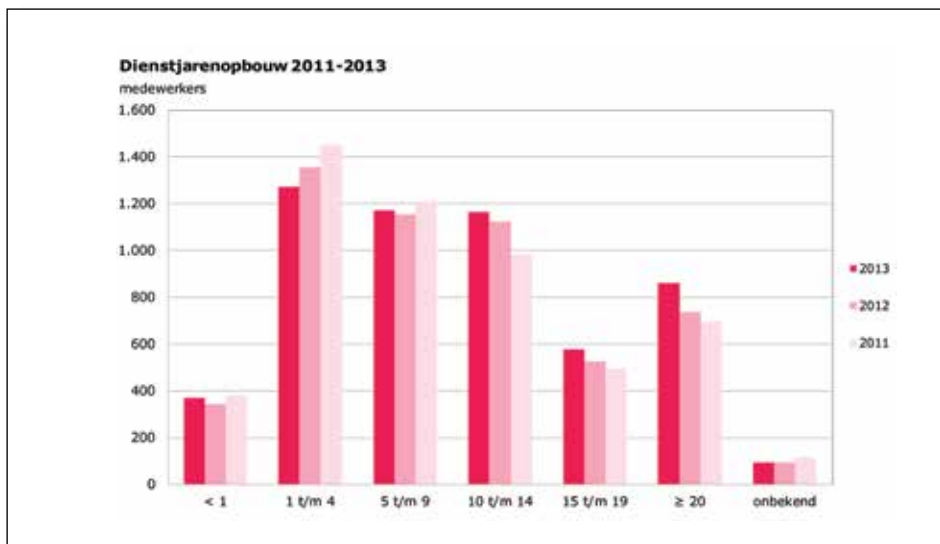
tabel 21.8: dienstjarenverdeling medewerkers ambulancezorg 2011 - 2013

aantal dienstjaren	2013		2012		2011	
	medewerkers	%	medewerkers	%	medewerkers	%
< 1 jaar	371	6,7%	342	6,4%	380	7,1%
1 t/m 4 jaar	1.271	23,1%	1.355	25,4%	1.452	27,3%
5 t/m 9 jaar	1.173	21,3%	1.154	21,7%	1.208	22,7%
10 t/m 14 jaar	1.165	21,1%	1.123	21,1%	980	18,4%
15 t/m 19 jaar	577	10,5%	526	9,9%	495	9,3%
> 20 jaar	859	15,6%	735	13,8%	695	13,1%
aantal dienstjaren onbekend	93	1,7%	93	1,7%	115	2,2%
totaal	5.509	100,0%	5.328	100%	5.325	100%

Er is een verschuiving zichtbaar in de dienstjarenverdeling. Tot 2009 was de grootste groep de groep met 5 tot 10 dienstjaren, sinds 2010 is dit de groep met 1 tot 5 dienstjaren. Echter ook de groepen met medewerkers die langer in dienst zijn (15 jaar en langer) nemen in omvang toe.

Overigens zijn medewerkers in de ambulancezorg vaak al langer werkzaam in de zorg, meestal zijn zij afkomstig uit het ziekenhuis. De instroomcijfers bevestigen dit beeld. Naar verwachting zal dit in de toekomst geleidelijk veranderen, met de mogelijke instroom van de Medisch Hulpverleners die nu aan diverse hogescholen worden opgeleid. Ook verwacht de sector dat het aantal medewerkers dat al 20 jaar of langer in dienst is in de toekomst zal gaan afnemen.

grafiek 21.5: aantal jaren dat medewerkers in dienst zijn (landelijk) 2011 - 2013



22 Beschikbare uren voor ambulancezorg

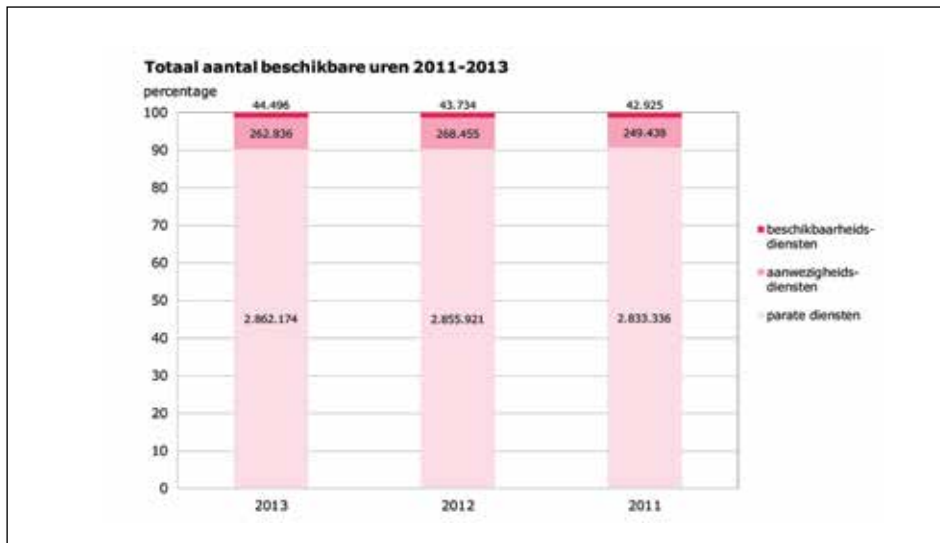
Om zeven dagen per week 24 uur per dag ambulancezorg te kunnen bieden, is voldoende personeel noodzakelijk. Onderstaand is het aanwezige personeel uitgedrukt in beschikbare (ingeroosterde) uren. De ambulancesector kent drie soorten diensten: parate diensten, aanwezigheidsdiensten en beschikbaarheidsdiensten. De dienstenstructuur verschilt van regio tot regio en hangt onder meer samen met de mate van verstedelijking van de regio. De parate dienst komt het meest voor.

In 2013 waren gedurende 3.169.506 uren ambulance-eenheden beschikbaar voor het verlenen van ambulancezorg. Dit betrof 91% parate diensten, 8% aanwezigheidsdiensten en voor 1% beschikbaarheidsdiensten.

tabel 22.1: beschikbare uren ten behoeve van ambulancezorg 2011-2013

	2013		2012		2011	
	aantal	%	aantal	%	aantal	%
parate diensten	2.862.174	91%	2.855.921	93%	2.833.336	91%
aanwezigheidsdiensten	262.836	8%	196.510	6%	249.438	8%
beschikbaarheidsdiensten	44.496	1%	37.257	1%	42.925	1%
totaal	3.169.506		3.089.688		3.125.699	

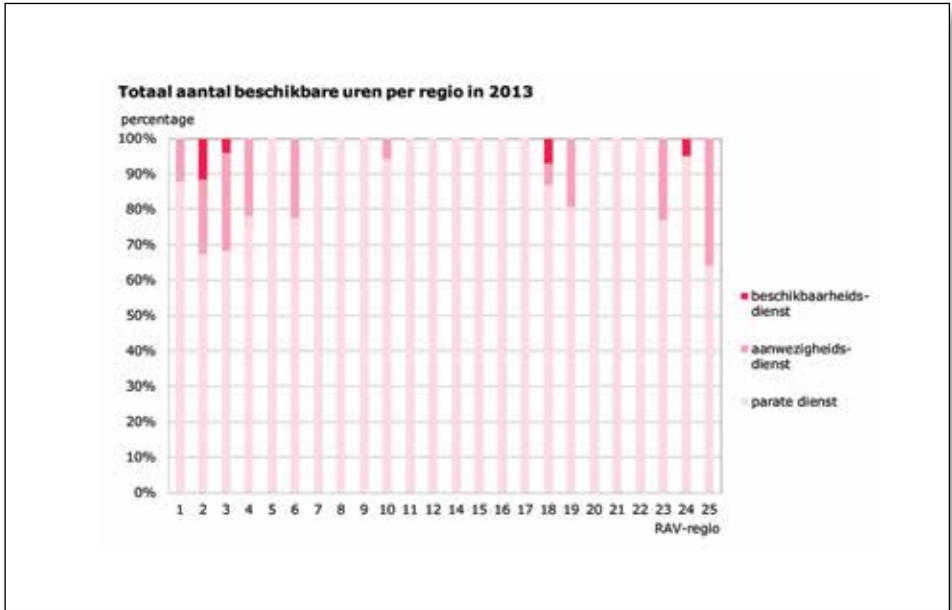
grafiek 22.1: totaal beschikbare uren ten behoeve van ambulancezorg 2011 - 2013 (landelijk)



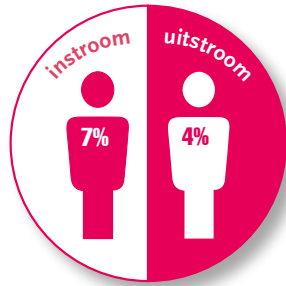
tabel 22.2: beschikbare uren per dienstsoort per regio in 2013

uren	aantal parate heids	aantal aanwezig- bare uren	aantal beschik- uren	totaal 2013	<i>totaal</i> 2012	<i>totaal</i> 2011
Groningen	139.872	19.710	0	159.582	159.582	159.662
Friesland	153.373	48.276	26.280	227.929	228.349	211.925
Drenthe	105.987	42.705	6.474	155.166	104.121	153.231
IJsselland	110.351	31.113	0	141.464	141.464	141.464
Twente	116.188	0	0	116.188	116.242	116.242
Noordoost Gelderland	114.223	32.778	0	147.001	144.033	144.033
Gelderland Midden	98.098	0	0	98.098	95.176	95.363
Gelderland Zuid	104.395	0	0	104.395	103.712	99.232
Utrecht	215.393	0	0	215.393	218.128	216.940
Noord-Holland Noord	109.542	6.899	0	116.441	116.703	107.563
Amsterdam/Waterland	216.040	0	0	216.040	208.416	213.824
Kennemerland	90.168	0	0	90.168	90.168	90.168
Gooi- en Vechtstreek	35.880	0	0	35.880	35.880	37.440
Haaglanden	140.808	0	0	140.808	132.577	132.306
Hollands Midden	115.462	0	0	115.462	115.462	115.462
Rotterdam-Rijnmond	210.584	0	0	210.584	207.896	203.664
Zuid-Holland Zuid	79.822	5.840	6.420	92.082	92.082	92.082
Zeeland	96.928	23.400	0	120.328	120.924	117.904
Midden- en West Brabant	175.027	0	0	175.027	171.592	169.416
Brabant-Noord	103.512	0	0	103.512	102.908	102.284
Zuidoost Brabant	102.550	0	0	102.550	105.025	103.137
Limburg Noord	76.795	22.995	0	99.790	127.577	95.125
Zuid Limburg	98.880	0	5.322	104.202	103.095	129.856
Flevoland	52.296	29.120	0	81.416	48.576	77.376
totaal 2013	2.862.174	262.836	44.496	3.169.506	3.089.688	
<i>totaal 2012</i>	<i>2.855.921</i>	<i>196.510</i>	<i>37.257</i>		<i>3.089.688</i>	
<i>totaal 2011</i>	<i>2.833.336</i>	<i>249.438</i>	<i>42.925</i>			<i>3.125.699</i>

grafiek 22.2: totaal beschikbare uren per regio in 2013



23 Loopbaanmobiliteit



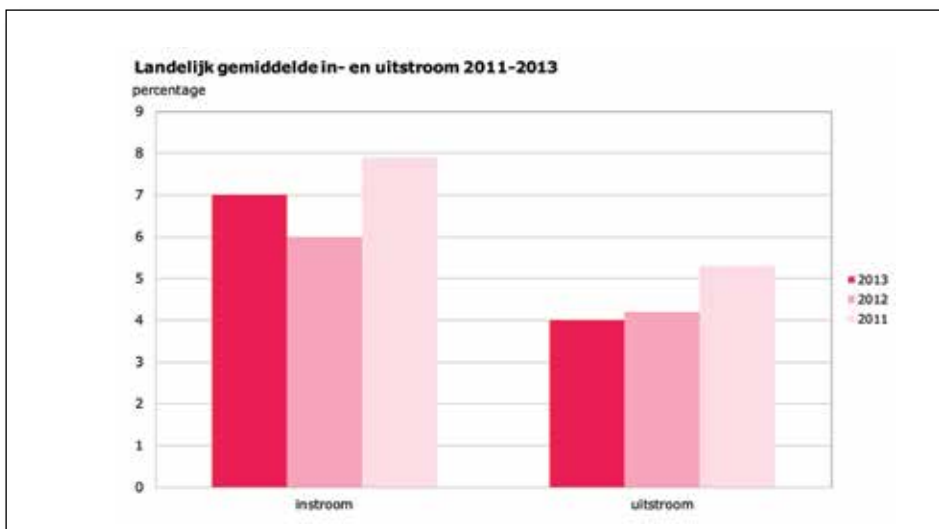
De differentiatie in het zorgaanbod biedt steeds meer variatie in mogelijkheden van loopbaanpaden in de sector. Ook vindt er steeds meer samenwerking met ketenpartners plaats, bijvoorbeeld met ziekenhuizen. Een en ander leidt tot kansen en mogelijkheden, die de sector steeds beter weet in te vullen.

23.1 In- en uitstroom

De landelijk gemiddelde in- en uitstroombegrotingen geven inzicht in de bewegingen binnen het personeelsbestand. Het instroompercentage is gestegen ten opzichte van vorig jaar. De gemiddelde instroom bedroeg in 2013 7,0% ten opzichte van 6,0% in 2012. Het landelijk gemiddelde instroompercentage heeft sinds 2009 gefluctueerd tussen 6,0% en 11,7%.

Het uitstroompercentage is licht gedaald ten opzichte van de voorgaande jaren. De gemiddelde uitstroom bedroeg 4,0% in 2013, ten opzichte van 4,2% in 2012. Het landelijk gemiddelde uitstroompercentage heeft sinds 2009 gefluctueerd tussen 4,0% en 7,1%.

grafiek 23.1: landelijk gemiddelde in- en uitstroom 2011 - 2013



In tabel 23.1 staan de regionale in- en uitstroompercentages van de afgelopen vijf 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 23.1: regionale in- en uitstroompercentages

	2013		2012		2011		2010		2009	
	in	uit	in	uit	in	uit	in	uit	in	uit
Groningen	8,4	3,8	5,0	5,0	8,2	6,2	6,6	6,6	11,5	6,2
Friesland	5,8	5,1	13,5	2,4	7,3	4,2	6,8	2,9	5,6	3,1
Drenthe	3,8	4,2	7,0	5,0	5,0	8,8	14,0	6,0	8,0	1,4
IJsselland	2,0	2,2	2,9	6,6	7,3	2,5	7,4	3,2	8,1	3,1
Twente	1,8	3,3	2,1	1,1	8,9	3,9	4,9	2,3	8,6	1,5
Noordoost Gelderland	5,0	4,7	3,7	2,2	7,9	0,9	6,1	9,7	9,9	11,4
Gelderland Midden	5,5	4,0	6,4	4,9	13,0	4,3	7,1	3,8	17,3	6,3
Gelderland Zuid	10,8	2,5	4,1	2,5	10,6	5,8	8,9	3,9	6,4	5,3
Utrecht	2,8	5,6	5,6	4,2	12,2	5,4	11,8	7,7	17,6	7,3
Noord-Holland Noord	11,2	3,6	5,7	2,2	7,0	4,5	8,1	4,3	9,1	1,7
Amsterdam/Waterland	9,7	5,4	7,8	4,3	7,0	7,0	9,3	6,3	8,4	6,6
Kennemerland	6,6	1,1	2,2	2,4	5,1	4,0	5,0	4,5	10,2	3,2
Gooi- en Vechtstreek	11,2	1,6	6,4	3,4	4,8	6,4	9,4	10,9	8,0	11,1
Haaglanden	4,9	5,7	4,4	8,0	8,8	11,7	6,3	4,4	8,7	6,1
Hollands Midden	13,8	3,8	3,3	4,7	6,0	8,3	3,7	3,1	3,7	2,8
Rotterdam-Rijnmond	6,1	3,9	3,5	3,1	4,6	2,7	5,7	5,0	9,6	8,4
Zuid-Holland Zuid	9,0	3,4	4,2	2,9	7,8	2,4	5,5	2,8	13,3	8,8
Zeeland	7,5	0,0	7,8	4,5	9,0	1,2	12,5	7,8	14,7	10,1
Midden- en West Brabant	7,8	3,9	7,3	4,9	9,0	5,7	8,9	3,9	12,0	5,0
Brabant-Noord	2,2	1,6	3,9	5,1	13,8	4,3	12,5	7,0	11,2	7,5
Zuidoost Brabant	6,8	6,8	9,0	3,2	7,8	5,7	7,7	4,8	10,5	5,5
Limburg Noord	12,5	3,1	11,6	5,0	5,4	12,3	8,2	3,1	6,8	3,0
Zuid Limburg	10,3	5,8	10,9	6,3	5,2	2,7	6,6	3,6	13,0	1,9
Flevoland	6,7	2,5	4,1	6,2	7,1	5,5	10,5	8,9	17,9	5,7
gewogen landelijk gemiddelde	7,0	4,0	6,0	4,2	7,9	5,3	8,0	5,2	11,7	7,1

23.2 Achtergronden bij instroom

In 2013 zijn 404 medewerkers in dienst van de ambulancesector getreden (355 in 2012). 292 van hen zijn ingestroomd in een van de drie kernfuncties (274 in 2012).

Uit de aangeleverde cijfers met betrekking tot de instroom kunnen de volgende conclusies worden afgeleid:

- de grootste instroom betreft ambulanceverpleegkundigen (34%), gevolgd door ambulancechauffeurs (24%)
- het verschil in instroom tussen ambulanceverpleegkundigen en –chauffeurs hangt samen met de toenemende zorgdifferentiatie;
- het verschil in instroom tussen verpleegkundig en niet-verpleegkundig centralisten (14% respectievelijk 0,5%) hangt samen met de beschikbare werkzaamheden (verantwoordelijk voor het zorginhoudelijke proces en inzetbaar op logistieke werkzaamheden);
- medewerkers kiezen voor werken in de ambulancetzorg op grond van de inhoud en de kenmerken van de functie;
- nieuwe ambulanceverpleegkundigen en verpleegkundig centralisten zijn afkomstig van SEH- en IC-afdelingen van ziekenhuizen en in mindere mate van andere RAV's;
- nieuwe chauffeurs hebben over het algemeen al langer ervaring als chauffeur en zijn vaak werkzaam geweest in de zorg, al dan niet bij een andere RAV.

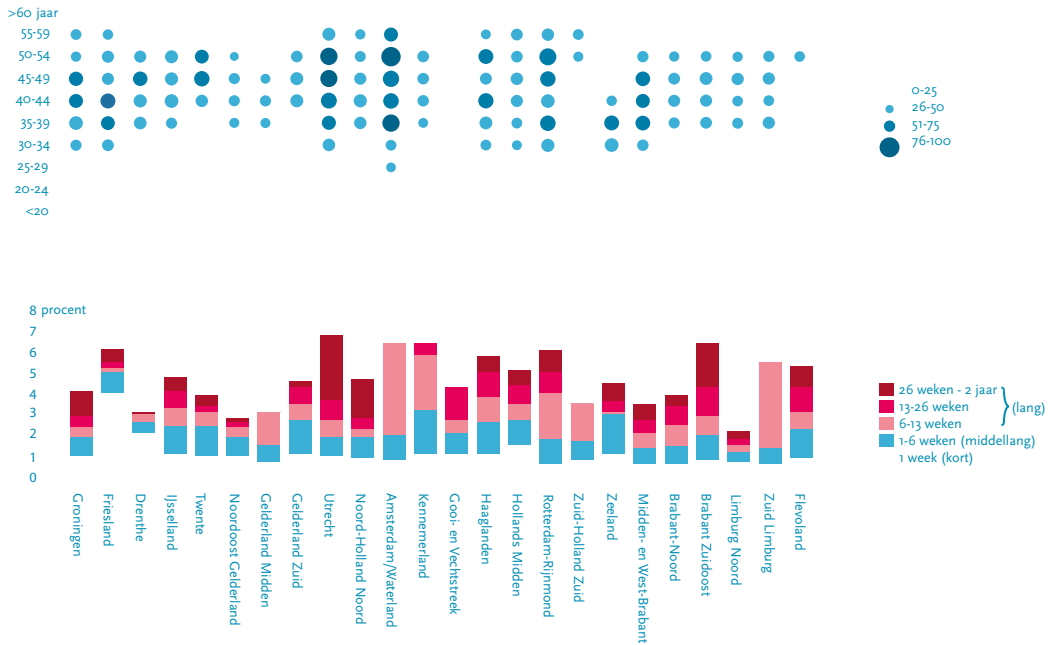
23.3 Achtergronden bij uitstroom

In 2013 hebben 232 medewerkers hun dienstverband beëindigd (247 in 2012), 181 van hen waren werkzaam in één van de drie kernfuncties (197 in 2011) en in ieder geval 71 van hen hebben ook de ambulancetzorg verlaten (81 in 2012).

Uit de aangeleverde cijfers met betrekking tot de uitstroom kunnen de volgende conclusies afgeleid worden:

- redenen van uitstroom zijn vooral het aanvaarden van een andere functie, al dan niet binnen de ambulancetzorg, en beëindiging van de arbeidsovereenkomst voor bepaalde tijd;
- een groot deel van de uitgestroomde ambulancemedewerkers heeft de VUT-/pensioengerechtigde leeftijd bereikt;
- uitstromende ambulancemedewerkers gaan vaak bij een collega-RAV werken of bij andere zorginstellingen zoals het ziekenhuis. De zorgsector wordt niet vaak verlaten.

24 Ziekteverzuim



Het ziekteverzuim binnen de ambulancezorg wordt niet alleen in een algemeen gemiddeld ziekteverzuimpercentage weergegeven, maar is ook opgesplitst in vijf verschillende tijdvakken. 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).

24.1 Landelijk gemiddeld ziekteverzuim

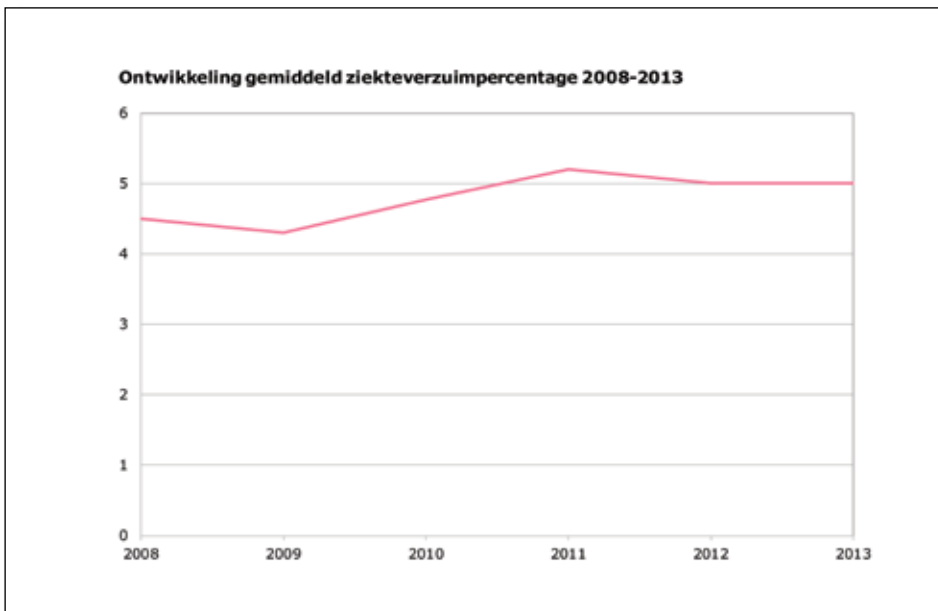
Het landelijk gemiddelde ziekteverzuimpercentage was in 2013 5,0%.

Tot 2010 was een trend zichtbaar van dalend ziekteverzuim tot 4,8%. In 2011 is het ziekteverzuim gestegen tot 5,2%, in 2012 was er weer sprake van een daling naar 5,0%. De sector verklaart een en ander uit de percentages van het langdurig ziekteverzuim en de fluctuaties daarin. Het langdurig ziekteverzuim drukt, gezien de beperkte omvang van de ambulancesector vrij zwaar op het totale ziekteverzuimpercentage. Het langdurend ziekteverzuim binnen de ambulancezorg is echter beperkt in vergelijking met de zorgsector in het algemeen.

tabel 24.1: ontwikkeling gemiddeld ziekteverzuim 2009 - 2013 (landelijk)

	2013	2012	2011	2010	2009
gemiddeld ziekteverzuim	5,0%	5,0%	5,2 %	4,8%	4,3%
gemiddeld kortdurend ziekteverzuim	1,2%	1,0%	1,0 %	1,0%	1,2%
gemiddeld middellangdurend ziekteverzuim	1,2%	1,1%	1,3 %	1,5%	1,2%
gemiddeld langdurend ziekteverzuim 1	1,3%	1,3%	1,3 %	1,2%	1,1%
gemiddeld langdurend ziekteverzuim 2	0,6%	0,9%	0,7 %	0,5%	0,4%
gemiddeld langdurend ziekteverzuim 3	0,8%	0,9%	0,9 %	0,6%	0,4%

grafiek 24.1: ontwikkeling gemiddeld ziekteverzuimpercentage 2008 - 2013



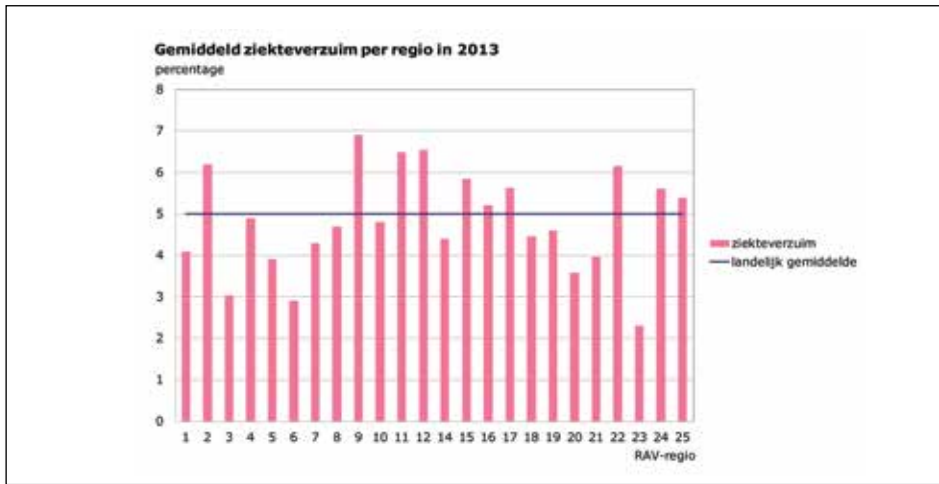
24.2 ziekteverzuim per regio

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

tabel 24.2: gemiddeld ziekteverzuim per regio 2011 - 2013

	alg. ziekte- verzuim %	kort- durend	middellang- durend	lang- durend I	lang- durend II	lang- durend III
Groningen	4,1	1,1	0,9	0,5	0,5	1,2
Friesland	6,2	4,1	1,0	0,2	0,3	0,6
Drenthe	3,0	2,2	0,5	0,4	0,0	0,1
IJsselland	4,9	1,2	1,3	0,9	0,8	0,7
Twente	3,9	1,1	1,4	0,7	0,3	0,5
Noordoost Gelderland	2,9	1,1	0,9	0,5	0,2	0,2
Gelderland Midden	4,3	0,8	0,8	1,6	0,0	0,0
Gelderland Zuid	4,7	1,2	1,6	0,8	0,8	0,3
Utrecht	6,9	1,1	0,9	0,8	1,0	3,1
Noord-Holland Noord	4,8	1,0	1,0	0,4	0,5	1,9
Amsterdam/Waterland	6,5	0,9	1,2	4,4		
Kennemerland	6,5	1,2	2,1	2,6	0,6	0,0
Gooi- en Vechtstreek	4,4	1,2	1,0	0,6	1,6	0,0
Haaglanden	5,9	1,2	1,5	1,2	1,2	0,8
Hollands Midden	5,2	1,6	1,2	0,8	0,9	0,7
Rotterdam-Rijnmond	5,6	0,7	1,2	2,2	1,0	1,1
Zuid-Holland Zuid	4,5	0,9	0,9	1,8	0,0	0,0
Zeeland	4,6	1,2	1,9	0,1	0,5	0,9
Midden- en West Brabant	3,6	0,7	0,8	0,7	0,6	0,8
Brabant-Noord	4,0	0,7	0,9	1,0	0,9	0,5
Zuidoost Brabant	6,2	0,9	1,2	0,9	1,4	2,1
Limburg Noord	2,3	0,8	0,5	0,3	0,3	0,4
Zuid Limburg	5,6	0,7	0,8	4,1		
Flevoland	5,4	1,0	1,4	0,8	1,2	1,0
gewogen landelijk gemiddeld 2013	5,0	1,2	1,2	1,3	0,6	0,8
<i>gewogen landelijk gemiddelde 2012</i>	<i>5,0</i>	<i>1,0</i>	<i>1,1</i>	<i>1,3</i>	<i>0,9</i>	<i>0,9</i>
<i>gewogen landelijk gemiddelde 2011</i>	<i>5,2</i>	<i>1,0</i>	<i>1,3</i>	<i>1,3</i>	<i>0,7</i>	<i>0,9</i>

grafiek 24.2: gemiddeld ziekteverzuimpercentage per regio in 2013



kaart 24.1: gemiddeld ziekteverzuimpercentage per regio in 2013



24.3 WIA-instroom

De WIA-instroom was ook in 2013 weer beperkt. In 2012 zijn acht personen in de WIA ingestroomd, dit is 0,15% (7 personen in 2012, dit was 0,15%). In de voorgaande jaren was de WIA-instroom steeds uiterst beperkt. Hieruit kan afgeleid worden, dat het verzuimbeleid en de mogelijkheden om tijdig te anticiperen op langdurige uitval als gevolg van ziekte goed zijn ontwikkeld binnen de ambulancesector.

25 Agressie & geweld

25.1 Inleiding

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).

De registratie van agressie- en geweldsincidenten door de ambulancesector gebeurt mede in het kader van het actieprogramma 'geweld tegen werknemers met een publieke taak'. In 2006 heeft AZN dit actieprogramma mede ondertekend.

25.2 Aantal en aard van de incidenten

In 2013 hebben 23 regio's agressie-incidenten geregistreerd. Deze regio's hebben in 2013 421 incidenten geregistreerd. Dit betekent een daling van het aantal geregistreerde incidenten met 69 ten opzichte van 2012 (500 incidenten in 2012). Het ziet er naar uit dat het Plan van Aanpak Agressie & Geweld, dat de sector vanaf 2011 heeft uitgevoerd, nog steeds zijn vruchten afwerpt.

Afgezet tegen de 1.144.780 ambulance-inzetten die in 2013 zijn uitgevoerd, is er sprake van 0,37 incidenten per 1.000 inzetten en 37 incidenten per 100.000 inzetten (0,45 incidenten per 1.000 inzetten in 2012 en 45 incidenten per 100.000 inzetten).

De ambulancesector maakt onderscheid in 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 5.

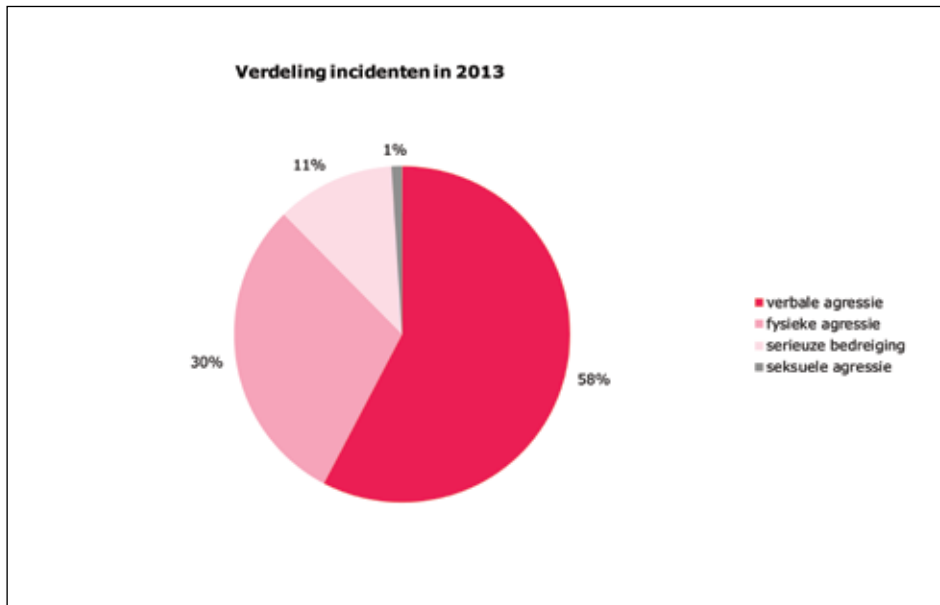
- het meest voorkomend is verbale agressie of verbaal geweld (57,7% in 2013);
- gevolgd door fysieke agressie of fysiek geweld (29,9% in 2013).

Onderstaande tabel en grafiek geven weer welke incidenten gemeld zijn:

tabel 25.1: aantal en verdeling incidenten 2009 - 2013

	2013		2012		2011		2010		2009	
	aantal	%	aantal	%	aantal	%	aantal	%	aantal	%
verbale agressie en geweld	243	57,7%	284	56,8%	151	52%	94	55%	68	47%
serieuze bedreiging	48	11,4%	69	13,8%	36	12%	20	12%	29	20%
fysieke agressie en geweld	126	29,9%	142	28,4%	99	34%	50	29%	46	32%
seksuele intimidatie, agressie en geweld	4	1,0%	5	1,0%	3	1%	7	4%	2	1%
totaal	421	100%	500	100%	295	100%	171	100%	145	100%

grafiek 25.1: verdeling incidenten in 2013



25.3 Dag en tijdstip

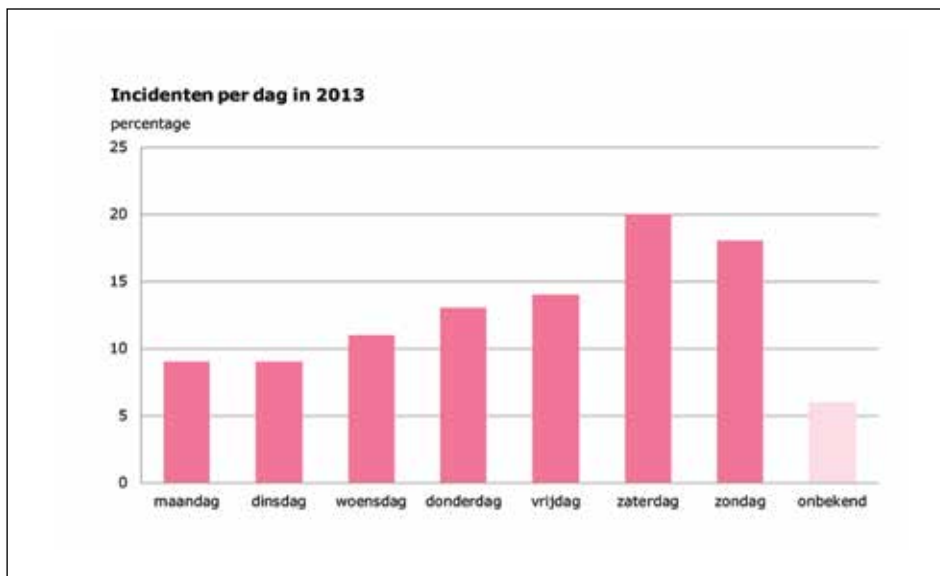
Van de 421 incidenten die in 2013 zijn geregistreerd, is van 397 bekend op welke dag het incident heeft plaatsgevonden:

- de meeste incidenten vonden plaats in het weekend (86 incidenten op zaterdag en 76 op zondag);
- in 2013 vonden de minste incidenten op dinsdag plaats (38 incidenten).

tabel 25.2: percentage incidenten per dag van de week 2009 - 2013

	2013	2012	2011	2010	2009
maandag	9%	11%	11%	19%	9%
dinsdag	9%	11%	11%	9%	8%
woensdag	11%	8%	10%	8%	7%
donderdag	13%	10%	11%	12%	13%
vrijdag	14%	11%	14%	5%	13%
zaterdag	20%	16%	22%	16%	23%
zondag	18%	19%	18%	33%	11%
onbekend	6%	14%	1%	9%	17%

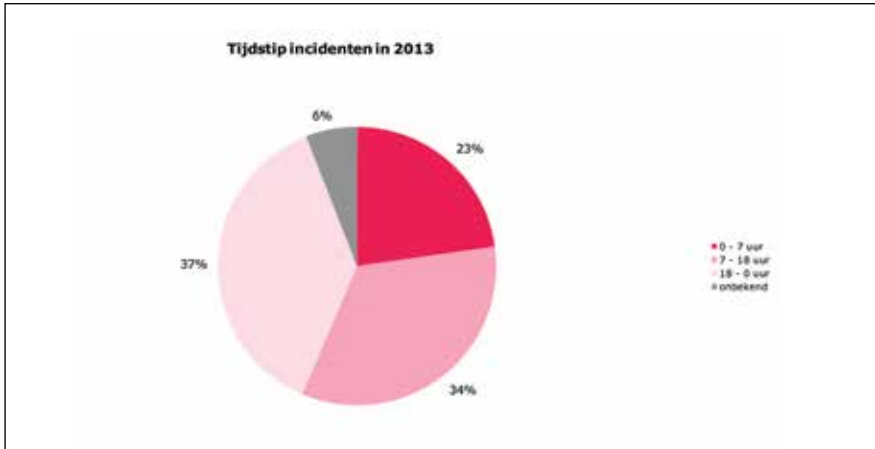
grafiek 25.2: percentage incidenten per dag van de week in 2013



Er is niet alleen bijgehouden op welke dag de incidenten plaatsvonden, maar ook het tijdstip:

- 23% van de incidenten vond plaats tussen 0.00 en 7.00 uur, (36% in 2012),
- 34% van de incidenten vond plaats tussen 7.00 en 18.00 uur (25% in 2012),
- 38% van de incidenten vond plaats tussen 18.00 en 0.00 uur (25% in 2012),
- van 6% van de incidenten is in 2013 het tijdstip niet geregistreerd (14% in 2012).

grafiek 25.3: percentage incidenten naar tijdstip in 2013

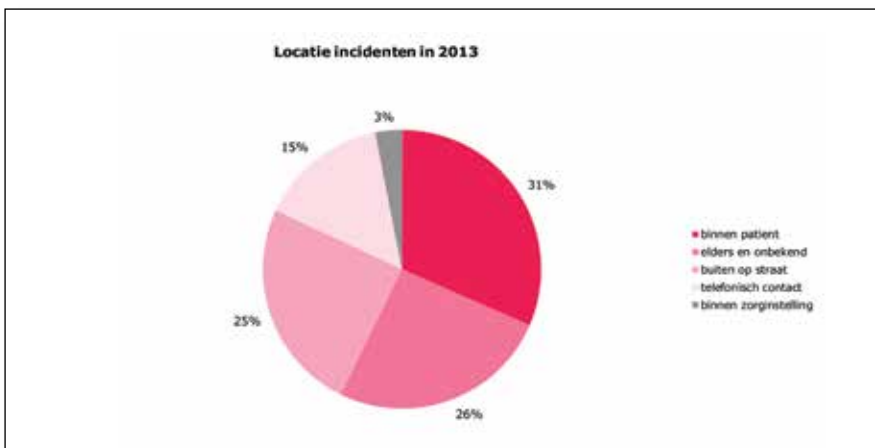


25.4 Locatie

Van de 421 geregistreerde incidenten in 2013 is van 313 incidenten bekend waar het incident heeft plaatsgevonden (417 van de 500 in 2012), in ongeveer een kwart van de gevallen is de locatie niet geregistreerd. Niet alleen de ambulance-eenheid, die 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 (vooral verbale) agressie te maken. De meeste incidenten vonden binnen bij de patiënt plaats, gevolgd door incidenten buiten op straat. In 2010 vonden juist de meeste incidenten tijdens het telefonisch contact plaats.

- 32% van de incidenten speelde zich binnen bij de patiënt af (45% in 2012),
- 25% van de incidenten vond op straat plaats (38% in 2012),
- 15% van de incidenten vond plaats tijdens het telefonisch contact (16% in 2012).

grafiek 25.4: percentage incidenten naar locatie in 2013



25.5 Veroorzakers

Bij 308 van de 421 geregistreerde incidenten is vastgelegd wie het incident veroorzaakte:

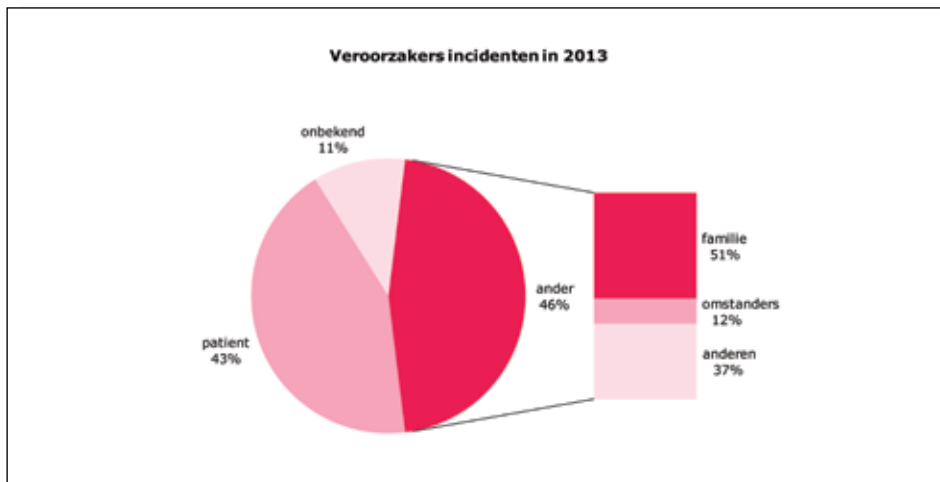
- in 43% van de gevallen was dit de patiënt zelf (181 patiënten in 2013, 66% in 2012),
- in 46% van de gevallen was het iemand anders dan de patiënt (194 andere veroorzakers in 2013, 34% in 2012).

Wie in deze 194 gevallen precies de veroorzaker (anders dan de patiënt) was, loopt uiteen:

- in 52% van de incidenten gaat het om familie of direct betrokkenen (26% in 2012),
- bij 35% is de veroorzaker (en diens relatie tot de patiënt) onbekend (55% in 2012),
- 12% van de veroorzakers zijn omstanders (12% in 2012).

Dit beeld fluctueert sterk per jaar.

grafiek 25.5: percentage incidenten naar veroorzaker in 2013

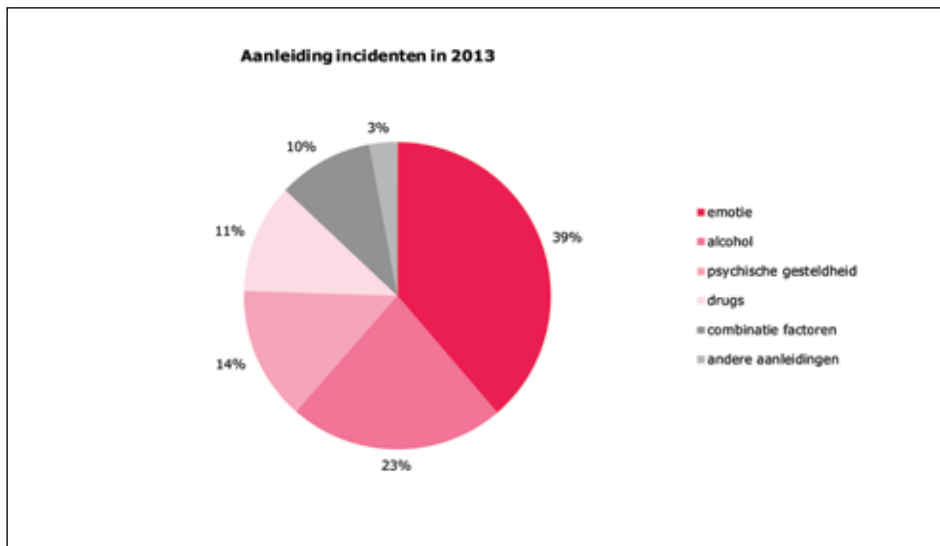


25.6 Aanleiding

De aanleiding van het incident is in 2013 bij 280 van de 421 incidenten geregistreerd. Vaak gaat het om een combinatie van factoren, waarbij hetzij emotie, hetzij alcohol een belangrijke rol spelen.

- bij 28% speelt emotie een hoofdrol (19% in 2013),
- bij 16% is alcohol benoemd als omstandigheid die tot agressie leidde (27% in 2013),
- bij 10% is ook de psychische gesteldheid van de patiënt aangewezen (22% in 2013).

grafiek 25.6: percentage incidenten naar aanleiding in 2013



25.7 Juridische consequenties

Er wordt nog lang niet altijd aangifte gedaan van agressie/incidenten. Het beeld over 2013 is als volgt:

- 27 incidenten zijn wel gemeld bij de politie, maar er is geen aangifte over deze incidenten gedaan,
- er is aangifte gedaan over 45 incidenten, bij tien incidenten is anoniem aangifte gedaan,
- geen aangifte van 220 incidenten,
- van de overige 156 incidenten is niet bekend of hier aangifte van gedaan is.

Aangifte doen betekent niet altijd automatisch dat er proces verbaal opgemaakt wordt door de politie:

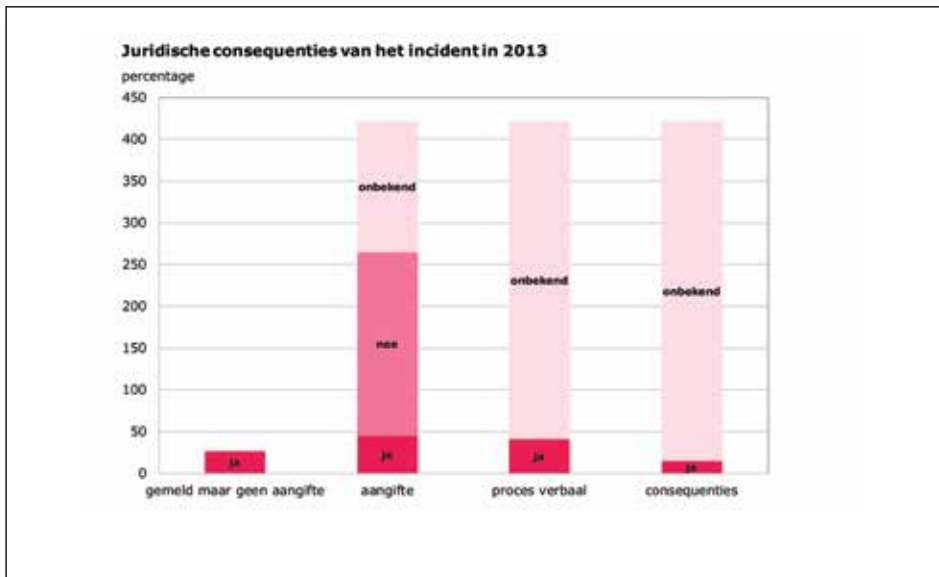
- van 41 incidenten is proces verbaal opgemaakt,
- van de overige incidenten is niet bekend of een proces verbaal is opgemaakt.

De volgende stap bestaat uit de eventuele strafrechtelijke consequenties van het incident:

- van 15 incidenten is bekend dat er strafrechtelijke consequenties waren (waaronder drie boetes, eenmaal een strafrechtelijke vervolging, vier keer een taakstraf en vijf keer een andere (onbekende) consequentie),

- van de overige 26 incidenten waarvan proces verbaal is opgemaakt is hetzij bekend dat zij geen (strafrechtelijke) consequenties hebben, dan wel is dit nog niet bekend op het moment van publicatie van dit sectorrapport.

grafiek 25.7: juridische consequenties van incidenten in 2013



25.8 Opvang door de RAV

RAV's zijn verplicht beleid te ontwikkelen voor ondersteuning aan en (eerste) opvang van de medewerkers die te maken hebben gehad met een agressie-incident. Hiervoor zijn diverse hulpmiddelen beschikbaar, zoals een werkpakket agressie en geweld als onderdeel van de arbocatagus. Ook ondersteunt de RAV in voorkomende gevallen bij het doen van aangifte en het verhalen van schade 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.

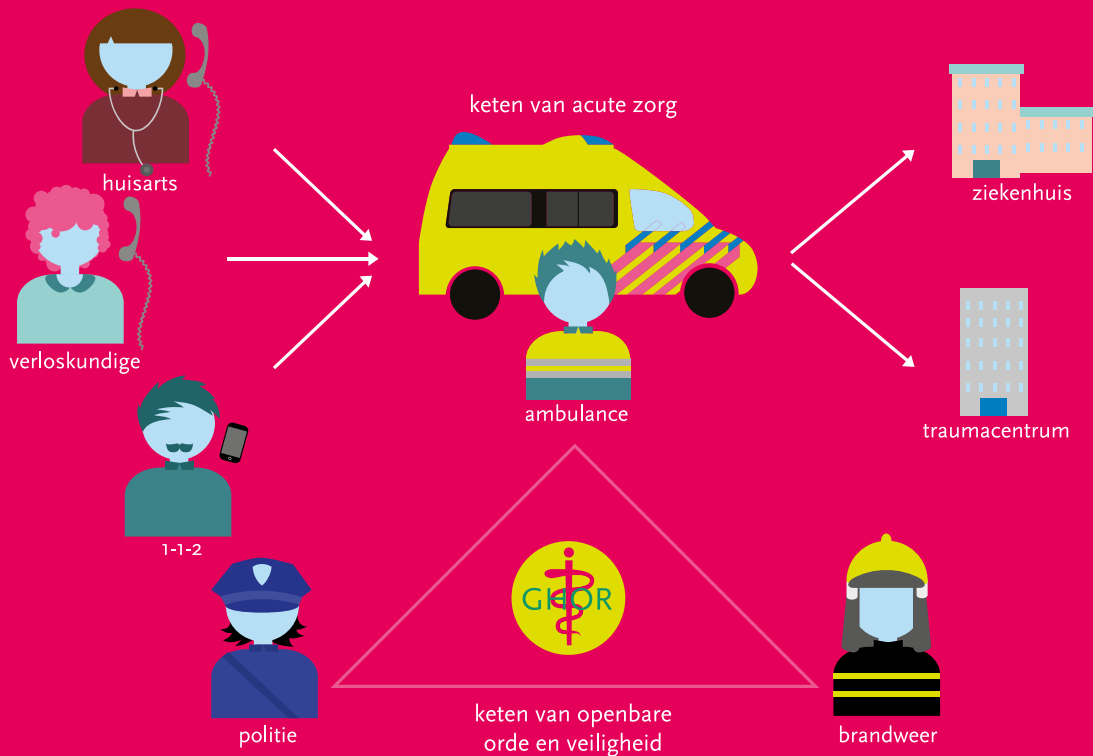
Bij 40 incidenten in 2013 heeft de RAV eerste opvang geboden en bij 39 incidenten is door de RAV in ondersteuning geboden bij de aangifte van het incident. In twee gevallen is externe opvang voor de betreffende medewerkers georganiseerd. Het BO-team is 115 keer in actie gekomen.

Deel E: ambulancezorg is ketenpartner

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

Binnen de keten van acute zorg werken RAV's samen met onder andere huisartsen, verloskundigen en SEH-afdelingen van ziekenhuizen. Het ministerie van VWS is verantwoordelijk voor de wet- en regelgeving op het terrein van acute zorg. Verschillende aanvullende voorzieningen op de ambulancezorg komen in dit hoofdstuk aan de orde.

Samenwerkingspartners voor RAV's in de keten van openbare orde en veiligheid zijn politie, brandweer en GHOR (Geneeskundige Hulpverleningsorganisatie in de Regio). De ministeries van BZK en Venj zijn verantwoordelijk voor wet- en regelgeving met betrekking tot de keten van openbare orde en veiligheid.



26 De keten van acute zorg

RAV's werken nauw samen met de partners in de acute zorgketen, zoals ziekenhuizen, traumacentra, huisartsen, huisartsenposten, GGZ-instellingen en verloskundigen.

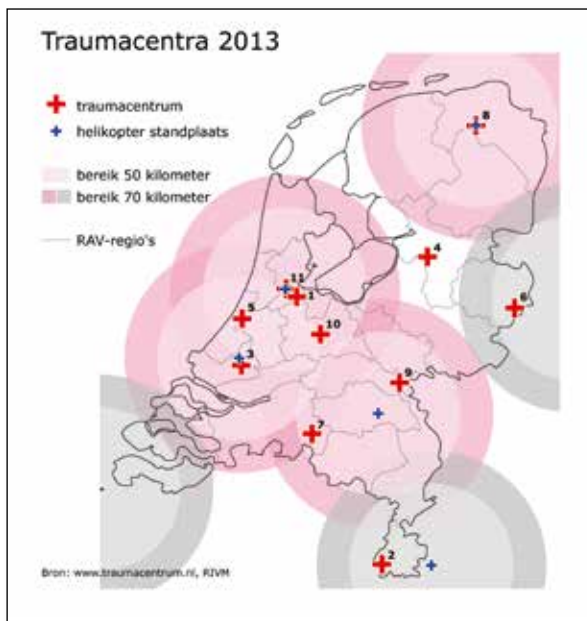
Het ministerie van VWS streeft ernaar om op het terrein van de acute zorg dusdanige condities te scheppen, dat patiënten met een acute zorgbehoefte snel op de juiste plek de juiste zorg kunnen ontvangen. In de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZI) en de bijbehorende beleidsregels is expliciet geregeld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

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 huisartsen, huisartsenposten, instellingen voor geestelijke gezondheidszorg met een crisisfunctie en verloskundigen.

kaart 26.1: traumacentra in Nederland



26.1 Aanvullend op ambulancezorg: MMT

Voor aanvullende medische hulp in bijzondere situaties, zoals zeer ernstig gewonde patiënten of groot-schalige ongevallen, kunnen zowel de meldkamer ambulancezorg (MKA) als de ambulance-eenheid een beroep doen op het Mobiel Medisch Team. Het MMT levert ter plekke specialistische acute medische zorg aan patiënten. Het MMT is gekoppeld aan een van de elf traumacentra in Nederland.

Uit de registratie over 2013 blijkt dat het MMT in 2013 door 23 regio's 6.437 keer is ingezet in aanvulling op de reguliere ambulancezorg, zowel grondgebonden als met de helikopter (5.489 MMT-inzetten door 20 regio's in 2012).

tabel 26.1: MMT-inzetten in 2013

	aantal inzetten MMT	door aantal regio's
2013	6.437	23
2012	5.489	20
2011	6.647	22
2010	7.218	22
2009	5.906	21

Het MMT verplaatst zich, afhankelijk van de omstandigheden, per auto of per helikopter. Afhankelijk van de vervoerswijze bestaat het MMT uit een speciaal opgeleide (trauma-)arts uit het ziekenhuis, een gespecialiseerde verpleegkundige en een chauffeur of piloot. Indien gebruik wordt gemaakt van de traumahelikopter wordt ook een Heli Landing Officer, die verantwoordelijk is voor het veilig opstijgen en landen van de helikopter aan het MMT toegevoegd.

Vier van de traumacentra beschikken over een traumahelikopter (Groningen, Nijmegen, Amsterdam en Rotterdam-Rijnmond), deze kunnen ook 's nachts ingezet worden. 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. Ook heeft de SAR-verpleegkundige andere bevoegdheden dan de ambulanceverpleegkundige.

26.2 Aanvullend op ambulancezorg: 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-eenheid. De first responder kan levensreddende handelingen verrichten en kan de behandeling opstarten, maar is niet bevoegd om de patiënt zelfstandig te behandelen. De first responder is niet, zoals de rapid responder, functioneel verbonden aan de RAV. De inzet van de first responder vindt wel plaats via de MKA, nadat de MKA een ambulance-eenheid heeft ingezet.

In 2013 is door negen regio's een first responder ingezet, waarbij deze inzet ook als zodanig is geregistreerd. Zij hebben 2.604 keer een first responder ingezet (2.449 geregistreeerde first responderinzetten in negen regio's in 2012).

tabel 26.2: inzetten first responder in 2013

	aantal inzetten first responder	door aantal regio's
2013	2.604	9
2012	2.449	9
2011	2.353	9
2010	2.782	12
2009	1.898	11

Er zijn 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.

27 De keten van openbare orde en veiligheid

RAV's 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 (Geneeskundige Hulpverleningsorganisatie in de Regio). De GHOR is op dat moment belast met de coördinatie en 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 Veiligheid en Justitie (VenJ). Het betreft hier met name de Wet Veiligheidsregio's (WVR) die op 1 oktober 2010 in werking is getreden.

27.1 Incidenten jaarwisseling

Al enkele jaren houdt het ministerie van VenJ bij hoe de jaarwisseling is verlopen. 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 drukker nacht dan gemiddeld, met veel inzetten die relatief 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 de ambulance-eenheid begeleid door een politie-eenheid.

27.2 Landelijke grootschalige incidenten en evenementen

openbare orde en veiligheid: incidenten

Eén aspect van de GHOR-werkzaamheden door ambulanceorganisaties is de inzet van ambulances tijdens rampen en grootschalige incidenten.

openbare orde en veiligheid: evenementen

Een ander aspect is de (geplande) 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.

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 5 t/m 7)
- Bijlage 3:** Toelichting op de gebruikte medische terminologie (hoofdstuk 14)
- Bijlage 4:** Toelichting op Actieprogramma Veilige Publieke Taak (hoofdstuk 25)
- Bijlage 5:** Kernset 2013
- 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 3 t/m 12) 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.

Andere berekening sinds 2009

Sinds 2009 wijken de cijfers, zoals gepubliceerd in hoofdstuk 2, af van de cijfers over 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 meer compleet 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 de ambulance-eenheid 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 ritten, formatie en aantallen standplaatsen.

De effecten van de gebiedswijziging zijn sinds vorig jaar niet meer zichtbaar in dit sectorrapport.

Bijlage 2: Toelichting op aanrijtnormen binnen de ambulancezorg (hoofdstuk 5 t/m 7)

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 vijftien minuten na de opdracht aan de CPA ter plaatse moet 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 vijftien 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 vijftienminutennorm eenduidig gedefinieerd: een ambulance dient -in geval van een inzet met A1-urgentie- binnen vijftien 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 14)

In deze bijlage worden de medisch-inhoudelijke begrippen, die in hoofdstuk 14 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 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

cricothyrotomie: 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 template

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 25)

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 mobilofoon, 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. 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 is in 2011 uitgevoerd. Aan medewerkers zijn vaardigheidstrainingen aangeboden en ook leidinggevenden en P&O-medewerkers zijn opgeleid, onder meer om de resultaten van de vaardigheidstrainingen te borgen.

Bijlage 5: Kernset 2013

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	emailadres contactpersoon
ALG	1.8	type RAV
ALG	1.9	juridische structuur 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 ambulances
ALG	2.2	standplaatsen: aantal en welke

3 ingeroosterde uren

totaal aantal uren in het dienstrooster van ambulance-eenheid (*ambulance-eenheid = 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 gegevenst

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

PP PRIMAIR PROCES AMBULANCEZORG, LOGISTIEK

A1 A1-ritten

PP-A1	1.1	aantal A1-ritten
PP-A1	1.2	aantal A1-ritten ten behoeve van een andere regio
PP-A1	2.1	aanname- en uitgiftetijd A1-ritten

PP-A1	2.2	uitruktijd A1-ritten
PP-A1	2.3	aanrijtijd A1-ritten
PP-A1	2.4	responstijd A1-ritten
PP-A1	3.1	aantal A1- ritten binnen 15 minuten na de start van de melding ter plaatse
PP-A1	3.2	percentage A1-ritten binnen 15 minuten na de start van de melding ter plaatse

A2 A2-ritten

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

R inzetten rapid responder (was: MI-AV 1.3)

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

B B-ritten

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

E EHGv-ritten

PP-E	1.1	aantal EHGv-ritten
------	-----	--------------------

L loze ritten

PP-L	1.1	aantal loze ritten
------	-----	--------------------

V voorwaardenscheppende ritten

PP-V	1.1	aantal voorwaardenscheppende ritten
------	-----	-------------------------------------

MICU MICU-ritten

PP-MICU	1.1	aantal MICU-ritten
PP-MICU	1.2	aantal MICU-ritten 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 2013: totaal aantal declarabele ritten A1+A2+B
PR	1.1.2	afspraken 2013: totaal aantal EHGv-ritten
PR	1.2.1	afspraken 2013: totaal aantal kilometers

2 gerealiseerde productie

PR	2.1.1	realisatie 2013: totaal aantal declarabele ritten A1+A2+B
PR	2.1.2	realisatie 2013: totaal aantal EHGv-ritten
PR	2.2.1	realisatie 2013: 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 werkd Diagnose/toestandsbeeld

1 werkd Diagnose ambulance- eenheid

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		<i>overige cardiologische handelingen</i>
M-HCa	2.1	aantal cardioversie
M-HCa	2.2	aantal transcutane pacebehandelingen
O		<i>overige handelingen</i>
P		partus
M-HOP	1.1	aantal parti

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 ingestroomde:

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 uitgestroomde:

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

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
----	-----	-----------------------------------

ziekteverzuimpercentage:

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:

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 proces verbaal
AG-JC 2.2 geen proces verbaal
AG-JC 2.3 proces verbaal 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**

aantal incidenten:

- AG-Sp 1.1 zonder ondersteuning door de RAV
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
AG-Sp 1.6 andere vormen van ondersteuning

Bijlage 6: (relevante) Definities

Bij hoofdstuk 1:

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.

ambulance-eenheid: de ambulance-eenheid bestaat uit een ambulanceverpleegkundige en een ambulance-chauffeur.

Bij hoofdstuk 2:

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

standplaats: een locatie waar vandaan de ambulance vertrekt, waar voorzieningen zijn voor het ambulancpersoneel en waar materieel voorradig is.

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.

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-eenheid 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 (ritten met A- of B-urgentie).

Bij hoofdstuk 5:

tijdsduur aannname en uitgifte: de tijdsduur vanaf het begin van de aannname (= het opnemen van de telefoon) door de centralist van de meldkamer ambulancezorg tot het moment waarop de centralist de ritopdracht heeft verstrekt aan de uitvoerende ambulance-eenheid.

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

aanrijtijd: de tijdsduur vanaf het moment waarop de ambulance na de alarmering vertrekt met de volledige ambulance-eenheid 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

respons tijd: 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 6:

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 de ambulance-eenheid ter plaatse kan worden uitgesloten. De rit wordt zo snel mogelijk uitgegeven en de ambulance-eenheid dient zo snel mogelijk ter plaatse te zijn.

Bij hoofdstuk 7:

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.

Bij hoofdstuk 8:

B-inzet: een rit 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.

Bij hoofdstuk 9:

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

Bij hoofdstuk 10:

MICU-rit: 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.

Bij hoofdstuk 11:

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 rit: een rit 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

Bij hoofdstuk 19:

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 22:

paraatheid: tijdens parate diensten verricht of dient de ambulance-eenheid te allen tijde arbeid te verrichten

aanwezigheid: tijdens aanwezigheidsdiensten is de ambulance-eenheid aanwezig om op afroep arbeid die is voorzien te verrichten

beschikbaarheid: tijdens beschikbaarheidsdiensten is de ambulance-eenheid op afroep beschikbaar om voorziene arbeid te verrichten, de ambulance-eenheid is echter niet aanwezig

Bij hoofdstuk 24:

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)

Bij hoofdstuk 25:

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: onder verbale agressie of verbaal geweld 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 26:

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

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 zijn 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 door 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:

- ritten zonder vervoerscode ('geen code')
- stand-by ritten,
- voorwaardenscheppende ritten
- andere vervoerder (een vervoerder anders dan van de eigen RAV, hieronder vallen ook buitenlandse vervoerders)
- coördinator gewonden vervoer
- dienstrit of ritten zonder opdracht,
- dubbele rit
- officier van dienst GGD
- testrit, oefenrit, dummyritten, sociaal vervoer en ritten ten behoeve van onderhoud ambulance
- inzet huisarts of HAP of schouwarts,

- inzet heli of MMT
- overige niet declarabele ritten en ritten zonder factuur
- vanuit CPA verkeerd gekoppelde ritten, 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 ritten die in de RAV-regio zijn verreden. Dat wil zeggen dat wij de productiecijfers corrigeren voor interregionale assistentie (grensoverschrijdende 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 ritten 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 centroid van de uitvoerende RAV gehanteerd.

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

Criteria meetplannen

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

1. ritten naar gemeenten die niet tot het verzorgingsgebied van de RAV behoren
2. ritten met een meldkamerurgentie B en A2 (bij A1-selectie) of A1 (bij A2-selectie)
3. urgentiewijzigingen
4. meerinzetten, neonatologieritten, IC-lance, overplaatsing of interklinisch vervoer
5. GHOR-inzetten, MMT-vervoer
6. standby-ritten
7. voorwaardenschepende ritten
8. loze ritten
9. geannuleerde ritten
10. achteraf aangemaakte ritten
11. ritten 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 ritten en achteraf aangemaakte ritten 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 ritten geselecteerd met een code soort vervoer 'EH/geen vervoer'; 'Opname', 'Poliklinisch' en 'SEH-presentatie'. Andere soorten vervoer worden niet meegenomen (zoals loze ritten, ontslagritten, interklinische ritten, overplaatsingen, vws, standby en ritten 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 rit
3. Opname
4. Ontslag
5. Poliklinisch
6. Overplaatsing
7. Interklinisch (ziekenhuis)
8. Interklinisch (zorgverzekeraar)
9. Voorwaardescheppend
10. SEH (presentatie)

Uitwerking tijdenanalyse

De AZN-meetplannen 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 ritten gemaakt. In voorgaande jaren werd één selectie van ritten 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 ritten gebaseerd kan zijn dan de gemiddelde uitruktijd.
- Regio's konden per tijdsinterval ritten met 'plotfouten' en 'meerinzetten' aangeven.

In de volgende stap wordt geschoond op 'dubbele ritten'. De definitie van een 'dubbele rit' is gelijk aan die van vorig jaar en luidt: *Een rit Y is een dubbele rit als Y met een rit 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 wagnummer.*

Vervolgens worden 'meerinzetten' uitgefilterd. De regio's hadden de mogelijkheid om zelf meerinzetten aan te geven. Er zijn acht 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 rit Y is een meerinzet als Y met een rit 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 rit 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 rit 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-rit) of groter dan 20 minuten (A2-rit).
- plotfout uitruktijd:
Een rit heeft een plotfout op de uitruktijd als de uitruktijd nul is of als deze groter is dan 10 minuten (A1-rit) of groter dan 20 minuten (A2-rit).
- Plotfout aanrijtijd:
Een rit heeft een plotfout op de aanrijtijd als de aanrijtijd nul is of als deze groter is dan 30 minuten (A1-rit) of groter dan 60 minuten (A2-rit).
- Plotfout responstijd:
Een rit heeft een plotfout op de responstijd als de responstijd nul is of als deze groter is dan 40 minuten (A1-rit) of groter dan 70 minuten (A2-rit).

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 vijftien- en dertig- minuten vastgesteld.

Generieke 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 ritten met plotfouten, maar niet alle. Daarnaast selecteert het filter ook ritten 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 ritten 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 ritten 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 is.

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 Beroepsonderwijs
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
Twaz	=	Tijdelijke wet ambulancezorg
VenJ	=	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 2012, 'de highlights', Ambulancezorg Nederland, 2013

Ambulances in-zicht 2012/2011/2010/2009/2008/2007/2006, Ambulancezorg Nederland, 2013/2012/2011/2010/2009/2008/2007

Beleidsdocument Dynamisch Ambulancemanagement, Ambulancezorg Nederland, 2009

Nota verantwoorde ambulancezorg, versie 4.0, Ambulancezorg Nederland, 2013

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

Uniform begrippenkader ambulancezorg, versie 3.0, Ambulancezorg Nederland, 2013

Tijdelijke wet ambulancezorg, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2011

Bijlage 10: Leden Ambulancezorg Nederland

RAV-regio	leden
1 Groningen	RAV Groningen
2 Friesland	Coöperatie Regionale Ambulancevoorziening Fryslân
3 Drenthe	Stichting RAV UMCG
4 IJsseland	RAV IJsseland
5 Twente	Ambulance Oost
6 Noord- en Oost- Gelderland	Connexion Ambulance Services (NOG)
7 Gelderland-Midden	RAV Gelderland Midden
8 Gelderland-Zuid	RAV Gelderland Zuid
9 Utrecht	RAV Utrecht
10 Noord-Holland Noord	Vereniging Ambulancezorg regio Noord Holland Noord
11 Zaanstreek-Waterland	Ambulance Amsterdam (Zaanstreek-Waterland)
12 Kennemerland	Coöperatie Regionale Ambulancevoorziening Kennemerland
13 Amsterdam	Ambulance Amsterdam (Amsterdam-Waterland)
14 Gooi en Vechtstreek	RAV Gooi en Vechtstreek
15 Haaglanden	Coöperatie Regionale Ambulancevoorziening Haaglanden
16 Hollands Midden	RAV Hollands Midden
17 Rotterdam-Rijnmond	Coöperatie Ambulancezorg Rotterdam-Rijnmond
18 Zuid-Holland Zuid	Veiligheidsregio Zuid- Holland Zuid
19 Zeeland	Connexion Ambulance Services (Zeeland)
20 Midden- en West- Brabant	RAV Midden-West Brabant

RAV-regio		leden
21	Brabant Noord	RAV Brabant Noord
22	Brabant Zuidoost	RAV Brabant Zuidoost
23	Noord Limburg	RAV Limburg Noord
24	Zuid Limburg	RAV Zuid Limburg
25	Flevoland	RAV Flevoland

Bijlage 11: Standplaatsen in Nederland

(In onderstaand overzicht zijn alleen de standplaatsen opgenomen conform de definitie in het UBK; uitrukposten, steunpunten, etc. zijn niet opgenomen.)

1	Groningen	Appingedam Groningen Noord Groningen Zuid Leens Niebert Sappemeer Stadskanaal Ter Apel Veendam Uithuizermeeden Winschoten
2	Friesland	Ameland Bergum Bolsward Buitenpost Dokkum Drachten Harlingen Koudum Leeuwarden Leeuwarden Lemmer Oosterwolde Schiermonnikoog Sneek Stiens Vlieland Terschelling Wolvega
3	Drenthe	Annen Assen Assen-Noord Beilen Borger Coevorden Dieverbrug Eelde Emmen Emmen-Noord Hoogeveen

		Hoogeveen-Oost Klazienaveen Meppel Roden Westerbork
4	IJsselland	Balkbrug Deventer Hardenberg Ommen Raalte Rouveen ('Lichtmis') Schalkhaar Steenwijk Vollenhove 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 Oosterhout (gemeente Nijmegen) 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
10	Noord-Holland Noord	Alkmaar Noord Alkmaar Zuid De Mossel Den Burg Den Helder Hoogkarspel Schagen Wieringerwerf Wognum
11/13	Amsterdam & Zaanstreek-Waterland	Aalsmeer Amsterdam Amsterdam Amstelveen Krommenie Monnickendam Purmerend Zaandam
12	Kennemerland	Haarlem Heemskerk Hoofddorp Velsen

14	Gooi en Vechtstreek	Noord Weesp Zuid
15	Haaglanden	Delft Den Haag Den Haag Centrum Het Witte Kruis Ambulancezorg Leidschendam, Voorburg Wassenaar Westland Zoetermeer
16	Hollands Midden	Alphen a/d Rijn Gouda Hillegom Leiden Leiderdorp Moordrecht Nederlek Nieuwveen Noordwijk
17	Rotterdam-Rijnmond	Barendrecht Brielle Capelle aan den IJssel Dirksland Goedereede Haringvlietdam Noord (Hellevoetsluis) Maasvlakte Oude Tonge Rotterdam Centrum Rotterdam Noord Schiedam Spijkenisse
18	Zuid-Holland Zuid	Dordrecht Gorinchem Klaaswaal Meerkerk Papendrecht Zwijndrecht

19	Zeeland	Burg Haamstede Goes Grijskerke Hulst Kruiningen Middelburg Oostburg Poortvliet Terneuzen Wissenkerke Zierikzee
20/21	Brabant Midden-West-Noord	Bergen op Zoom Breda-Noord Breda-Zuid (Ulvenhout) Boxtel Den Bosch Giessen Haps Oosterhout Oss Roosendaal-Zuid Tilburg-Noord Tilburg-Zuid Uden Veghel Waalwijk Zevenbergen
22	Brabant-Zuidoost	Best Deurne Eersel Eindhoven Helmond Maarheeze Valkenswaard
22	Limburg Noord	Blerick Echt Horst Panningen Roermond Roggel Venlo Venray Weert Well

24 Zuid-Limburg

Geleen
Gulpen
Heerlen
Maastricht

25 Flevoland

Almere
Dronten
Emmeloord
Lelystad
Urk
Zeewolde

