

## Highlights 'Ambulances in-zicht 2011'

**Ambulancezorg Nederland brengt ieder jaar een sectorrapport uit waarmee breed inzicht geboden wordt in de sector ambulancezorg. Het sectorrapport, 'Ambulances in-zicht', doet verslag van de stand van zaken binnen de ambulancezorg in het voorgaande kalenderjaar.**

### Ambulancezorg vanuit praktisch perspectief

In Nederland zijn 24 uur per dag, 7 dagen per week ambulances beschikbaar om ambulancezorg te verlenen. Het landelijke budget voor ambulancezorg (€437,6 miljoen in 2011) wordt verdeeld op basis van een beschikbaarheidsmodel. Een en ander is erop gericht dat onder normale omstandigheden in geval van spoed (A1-urgentie) gemiddeld 95% van de bevolking in Nederland binnen 15 minuten na de start van de melding bij de meldkamer ambulancezorg bereikt kan worden.

Het aantal ambulances verschilt per regio en hangt samen met diverse regionale factoren, zoals het aantal inwoners en de mate van stedelijkheid. Naast ambulances beschikt iedere regio ook over een aantal standplaatsen, dit zijn de plekken waar vandaan de ambulances vertrekken. De ambulances en de standplaatsen zijn zo verspreid binnen de regio's, dat de spreiding van de beschikbare ambulances over de regio's optimaal is.

- ★ op 31 december 2011 waren er 711 ambulances beschikbaar
- ★ op 31 december 2011 waren er 206 standplaatsen
  
- ★ 711 beschikbare ambulances betekent echter niet dat er ook 24 uur per dag 711 ambulances op de weg zijn, een deel hiervan is reservecapaciteit
- ★ daarnaast wordt de beschikbare capaciteit verdeeld over de dag verschillend ingezet (overdag zijn bijvoorbeeld meer ambulances noodzakelijk dan 's nachts)
  
- ★ op 31 december 2011 waren alle RAV-en, ambulanceorganisaties en meldkamers ambulancezorg HKZ-gecertificeerd



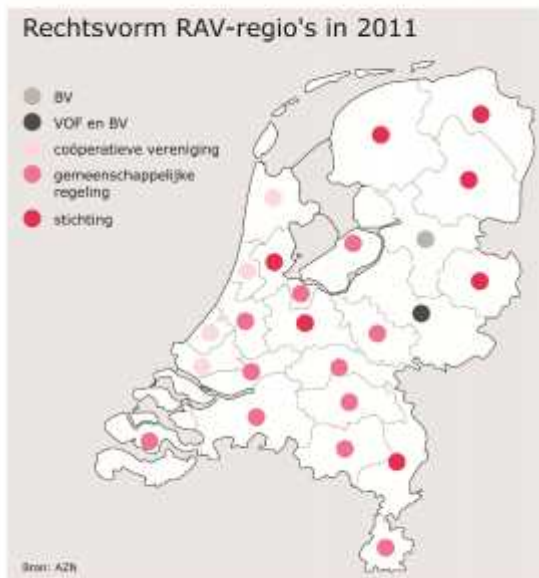
[kaart 1](#): aantal ambulancestandplaatsen in 2011

## Het wettelijk kader van de ambulancezorg

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

De Tweede Kamer heeft de Twaz op 27 maart 2012 aangenomen en de Eerste Kamer op 24 april 2012. Naar verwachting treedt de Twaz op 1 januari 2013 in werking.

Vooruitlopend op de nieuwe wetgeving zijn in het afgelopen decennium in steeds meer regio's partijen zich gaan organiseren in Regionale Ambulancevoorzieningen (RAV-en). De RAV is de rechtspersoon aan wie in het kader van de Twaz de aanwijzing voor het uitvoeren van ambulancezorg zal worden gegeven. Daarnaast heeft de sector zich in de afgelopen periode sterk (verder) ontwikkeld en geprofessionaliseerd. Kort gezegd is de sector van een vervoerssector een zorgsector geworden. Voor de ambulancezorg is de Twaz het sluitstuk van alle veranderingen.



[kaart 2:](#) RAV-vorming in 2011

## CAO Ambulancezorg

Na jaren van verschillende arbeidsvoorwaardenregimes in een kleine sector als de ambulancezorg, zijn werkgevers- en werknemerspartijen in januari 2010 één CAO Ambulancezorg overeengekomen. De CAO heeft een looptijd van 1 januari 2011 tot 1 januari 2013. De ambulancesector heeft met dit resultaat een moderne CAO die past binnen de zorgsector in het algemeen.

## De Meldkamer van de Toekomst

Op 20 februari 2012 heeft de minister van Veiligheid en Justitie de Tweede Kamer geïnformeerd over zijn voornemen om één landelijke meldkamerorganisatie te realiseren met maximaal tien locaties. Voor de ambulancesector is van primair belang dat de intake binnen de meldkamer ambulancezorg wordt uitgevoerd door een verpleegkundig centralist, waarbij de RAV verantwoordelijk is voor de werkwijze en de bekwaamheid van deze centralisten.

## Mobiele zorg

Ambulancezorg is mobiele zorg: zorg die naar de patiënt toe wordt gebracht en zorg die tijdens het vervoer van patiënten naar een instelling voor gezondheidszorg aan patiënten wordt geboden. Mobiele zorg kent verschillende verschijningsvormen. Binnen de ambulancezorg vindt geleidelijk steeds meer differentiatie van het aanbod plaats.

## Het proces ambulancezorg

Het proces ambulancezorg loopt van melding tot en met overdracht. Het proces start op de meldkamer ambulancezorg n(MKA), waar de centralist van de MKA de telefoon aanneemt. De centralist bepaalt de hulpvraag en indiceert of en welke ambulancezorg noodzakelijk is. Vervolgens zorgt de centralist dat de juiste zorg naar de patiënt wordt gestuurd. In afwachting van de aankomst van de zorg bij de patiënt, geeft de centralist van de MKA aanwijzingen en instructies om deze wachttijd te overbruggen. Het ambulanceteam is onderweg naar de patiënt. Ter plaatse wordt de patiënt onderzocht en eventueel behandeld en/of gestabiliseerd. Zo nodig volgt vervoer naar een andere zorginstelling, waar de patiënt door het ambulanceteam wordt overgedragen. Het hoofddoel van ambulancezorg is het behalen van gezondheidswinst voor de individuele patiënt, op basis van diens zorgbehoefte.

Voor het meten van de prestaties van de ambulancezorg wordt met name gekeken naar de responstijd. Deze is opgebouwd uit de aanname- en uitgiftetijd, de uitruktijd en de aanrijtijd:

### responstijd

De responstijd begint op het moment dat de centralist van de MKA de telefoon aanneemt en eindigt wanneer de ambulance zo dicht mogelijk bij de patiënt is gearriveerd.

- ★ de landelijk gemiddelde responstijd van A1-inzetten bedroeg in 2011 9:32 minuten
- ★ voor de A2-inzetten 15:25 minuten

### aanname- en uitgiftetijd

De aanname- en uitgiftetijd begint op het moment dat de centralist van de MKA de telefoon aanneemt en eindigt wanneer de centralist het ambulanceteam een ritopdracht heeft gegeven.

- ★ de landelijk gemiddelde aanname- en uitgiftetijd van A1-inzetten bedroeg in 2011 1:52 minuten
- ★ voor de A2-inzetten 3:14 minuten

### uitruktijd

De uitruktijd begint op het moment dat de centralist van de MKA het ambulanceteam een ritopdracht heeft gegeven en eindigt op het moment dat het complete ambulanceteam vertrekt naar het opgegeven adres.

- ★ de landelijk gemiddelde uitruktijd van A1-inzetten bedroeg in 2011 1:02 minuten
- ★ voor de A2-inzetten 1:19 minuten

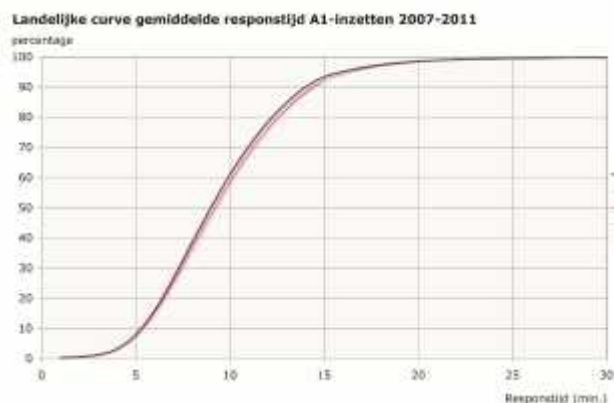
### aanrijtijd

De aanrijtijd begint op het moment dat de ambulance vertrekt naar het opgegeven adres en eindigt wanneer de ambulance zo dicht mogelijk bij de patiënt is gearriveerd.

- ★ de landelijk gemiddelde aanrijtijd van A1-inzetten bedroeg in 2011 6:36 minuten
- ★ voor de A2-inzetten 10:37 minuten

gemiddelde	A1-inzetten			A2-inzetten		
	2011	2010	2009	2011	2010	2009
responstijd	<b>9:32 min</b>	9:40 min	9:44 min	<b>15:25 min</b>	15:51 min	16:15 min
aanname- en uitgiftetijd	<b>1:52 min</b>	1:51 min	1:52 min	<b>3:14 min</b>	3:25 min	3:22 min
uitruktijd	<b>1:02 min</b>	1:02 min	1:09 min	<b>1:19 min</b>	1:20 min	1:39 min
aanrijtijd	<b>6:36 min</b>	6:45 min	6:42 min	<b>10:37 min</b>	10:51 min	10:51 min

In de praktijk wordt door zowel de sector ambulancezorg als door de politiek een norm van 15 minuten gehanteerd: een A1-inzet moet zo spoedig mogelijk en -onder normale omstandigheden- binnen 15 minuten bij de patiënt aanwezig zijn. In 2011 waren 450.448 A1-inzetten, dat is 93,3%, binnen 15 minuten bij de patiënt aanwezig. Overschrijdingen van de 15 minuten betreffen over het algemeen slechts enkele minuten.

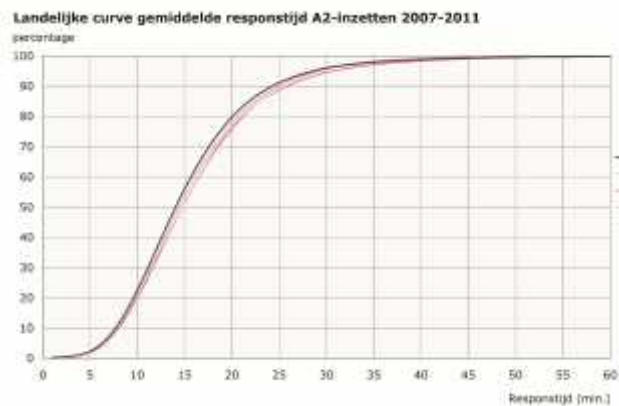


[kaart 3](#): A1-inzetten binnen 15 minuten ter plaatse in 2011

[grafiek 1](#): landelijke prestatiecurve A1-inzetten in de periode 2007- 2011

Een vergelijkbare norm bestaat niet voor A2-inzetten. Desondanks streeft men er in de praktijk naar dat A2-ritten eveneens zo spoedig mogelijk en -onder normale omstandigheden- binnen 30 minuten bij de patiënt aanwezig zijn. In 2011 waren 254.080 A2-inzetten, dat is 96,0%, binnen 30 minuten bij de patiënt aanwezig.

gemiddelde	A1-inzetten			A2-inzetten		
	2011	2010	2009	2011	2010	2009
% inzetten binnen 15/30 minuten aanwezig	<b>93,3%</b>	92,3%	92,0%	<b>96,0%</b>	95,5%	94,5%



[kaart 4:](#) A2-inzetten binnen 30 minuten ter plaatse in 2011

[grafiek 2:](#) landelijke prestatiecurve A2-inzetten in de periode 2007 - 2011

## productie ambulancezorg

In de dagelijkse praktijk van de ambulancezorg wordt een onderscheid gemaakt tussen spoedeisende en planbare ambulancezorg. Dit onderscheid heeft betrekking op de mate van urgentie waarmee een ambulance naar een patiënt gestuurd wordt.

Wanneer er sprake is van spoedeisende ambulancezorg, moet de ambulancezorg zo spoedig mogelijk bij de patiënt ter plaatse kunnen zijn. De ambulance gaat met A1- of A2-urgentie, afhankelijk van de indicatie die de centralist van de MKA stelt, naar de patiënt toe. Daar beoordeelt het ambulanceteam welke behandeling noodzakelijk en of vervoer gewenst is. Ter plaatse kan blijken dat vervoer niet noodzakelijk is. Spoedeisende ambulancezorg kan op ieder willekeurig moment van de dag noodzakelijk zijn en is niet planbaar.

- ★ Een inzet met A1-urgentie is een spoedeisende rit. Er is sprake van een acute bedreiging van de vitale functies van de patiënt. Het ambulanceteam dient zo spoedig mogelijk ter plaatse te zijn. In 2011 zijn 478.331 A1-inzetten uitgevoerd.
- ★ Een inzet met A2-urgentie is eveneens een spoedeisende rit. Er is geen sprake van direct levensgevaar, maar mogelijk wel van (ernstige) gezondheidsschade. De ambulance dient zo spoedig mogelijk ter plaatse te zijn. In 2011 zijn 263.257 A2-inzetten uitgevoerd.

Planbare ambulancezorg betreft zorg en vervoer van patiënten tussen het woon- of verblijfadres en/of zorginstellingen. Bij planbare ambulancezorg wordt altijd een patiënt vervoerd. De patiënt dient liggend vervoerd te worden en heeft zorg nodig, laag- dan wel hoogcomplex.

- ★ Een inzet met B-urgentie is een planbare rit zonder A1- of A2-urgentie. Er worden afspraken gemaakt over het halen of brengen. In 2011 zijn 342.838 B-inzetten uitgevoerd.

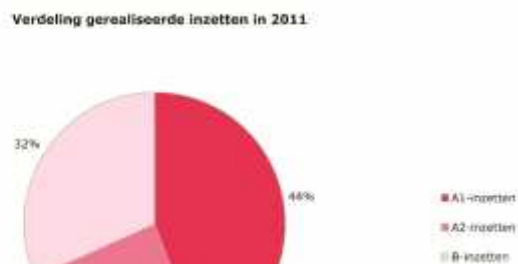
De mate van urgentie -A1, A2 of B- zegt niets over de complexiteit van de zorg. Bij zowel spoedeisende als planbare ambulancezorg kan er sprake zijn van zowel hoogcomplex als laagcomplex zorg.

Er is in de afgelopen vijf jaren sprake van een gemiddelde groei in het aantal inzetten -A1 + A2 + B- van 2,7% per jaar. In 2011 zijn 1.084.426 inzetten uitgevoerd. De groei in de periode 2007-2011 bedroeg 10,9%.

- ★ de spoedeisende ambulancezorg bedroeg in 2011 gemiddeld 68,4% van het totaal, en derhalve de planbare ambulancezorg 31,6%
- ★ gemiddeld vonden in 2011 per dag 2.971 inzetten plaats: 1.310 A1-inzetten, 721 A2-inzetten en 939 B-inzetten
- ★ ambulance-inzetten vinden met name in stedelijk gebied plaats (52,8% in 2010), dat geldt vooral voor B-inzetten (59,3% van de B-inzetten in 2010 was in stedelijk gebied)
- ★ de drukste dag voor de sector ambulancezorg was op maandag 19 december 2011, de rustigste dag was zaterdag 30 juli 2011
- ★ bij 209.782 inzetten heeft het ambulanceteam in 2011 wel zorg verleend, maar was het niet noodzakelijk de patiënt vervoeren (dit worden Eerste Hulp Geen Vervoer-inzetten genoemd)



kaart 5: aantal A1-, A2- en B-inzetten in 2011



grafiek 3: verdeling gerealiseerde ritten in 2011

### ambulancezorg vanuit medisch perspectief

De patiënten van de ambulancezorg waren in 2011 redelijk evenredig verdeeld: 50% mannen en 50% vrouwen. 5,2% van de patiënten was kind (tot 16 jaar), 35% was ouder dan 75 jaar.

De ambulancezorg behandelt en vervoert patiënten met diverse ziektebeelden. Het meest voorkomend in 2010 waren patiënten met een cardiologisch ziektebeeld (20,9%), ziektebeelden passend bij interne geneeskunde (19,2%) of passend bij traumatologie/heelkunde (12,5%).

In 2011 heeft het ambulanceteam in 20 regio's 6.347 keer een reanimatie uitgevoerd.

### de medewerkers van de ambulancezorg

De sector ambulancezorg is een compacte sector, waarin vooral gespecialiseerd personeel werkzaam is. Er is veel inzet van direct aan het primaire proces gerelateerd personeel (86,4%), er zijn relatief weinig staf- en overige medewerkers (13,6%). Het primaire proces kent drie kernfuncties: ambulanceverpleegkundige, ambulancechauffeur en -verpleegkundig- centralist van de MKA.

- ★ op 31 december 2011 waren 5.325 medewerkers werkzaam binnen de sector ambulancezorg, dit komt overeen met 4.772 fte
- ★ van de 5.325 medewerkers, waren er 4.600 werkzaam in een van de drie kernfuncties, dit komt overeen met 4.173 fte

(in absolute getallen)

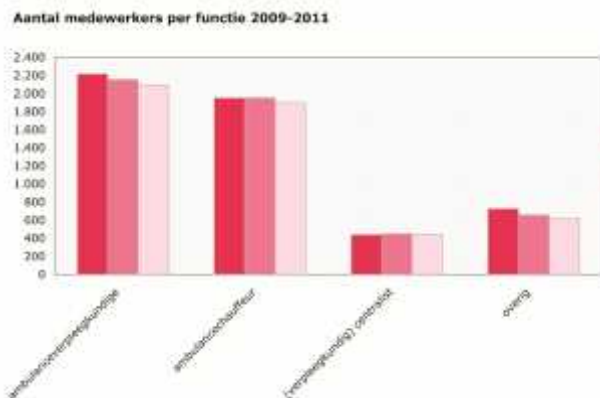
<i>aantal</i>	2011			2010			2009		
	↑	↓	<i>totaal</i>	↑	↓	<i>totaal</i>	↑	↓	<i>totaal</i>
ambulancevpk	1.439	775	2.214	1.432	721	2.153	1.429	664	2.093
ambulancech	1.720	229	1.949	1.729	223	1.952	1.685	213	1.898
vpk centralist	133	253	386	142	245	378	146	243	389
niet-vpk centralist	40	11	51	40	21	61	35	16	51
overig	429	296	725	390	266	656	365	247	612
<b>totaal</b>	<b>3.761</b>	<b>1.564</b>	<b>5.325</b>	3.733	1.476	5.209	3.360	1.383	5.043

Vertaald naar full time equivalenten geeft dit het volgende beeld:

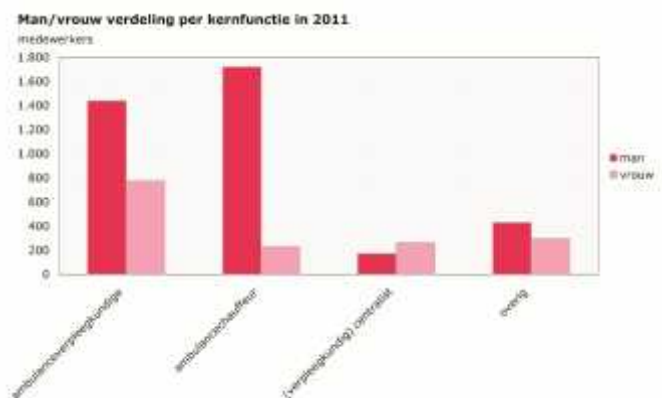
(in absolute fte)

<i>aantal</i>	2010			2009			2008		
	↑	↓	<i>totaal</i>	↑	↓	<i>totaal</i>	↑	↓	<i>totaal</i>
ambulancevpk	1.341	633	1.974	1.329	596	1.925	1.349	550	1.899
ambulancech	1.639	195	1.834	1.628	244	1.872	1.591	181	1.772
vpk centralist	119	201	319	131	199	330	135	193	327
niet-vpk centralist	38	8	46	41	15	56	31	14	45
overig	386	213	599	363	215	578	347	182	528
<b>totaal</b>	<b>3.523</b>	<b>1.250</b>	<b>4.772</b>	3.492	1.269	4.761	3.453	1.118	4.572

- ★ de formatie neemt ieder jaar toe, dat lijkt vooral te maken te hebben met de extra middelen die de overheid beschikbaar heeft gesteld voor de verbetering van de spreiding en beschikbaarheid van de ambulancezorg (om de directe beschikbaarheid van ambulancezorg op diverse plekken te verbeteren, wordt meer ambulancezorg aangeboden)
- ★ het instroompercentage was met 7,9% in 2011 nagenoeg gelijk aan dat in 2010, het uitstroompercentage was met 5,3% eveneens nagenoeg gelijk
- ★ binnen de sector zijn van oudsher gemiddeld driemaal zoveel mannen als vrouwen werkzaam, het aantal vrouwen neemt geleidelijk toe en de verhouding verschuift van 75/25 naar 70/30

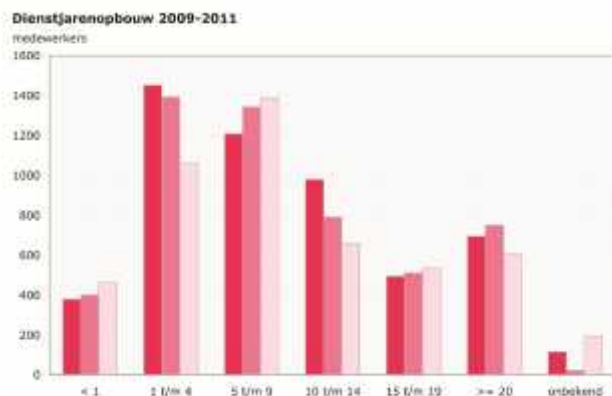


grafiek 4: aantal medewerkers per functie in 2011

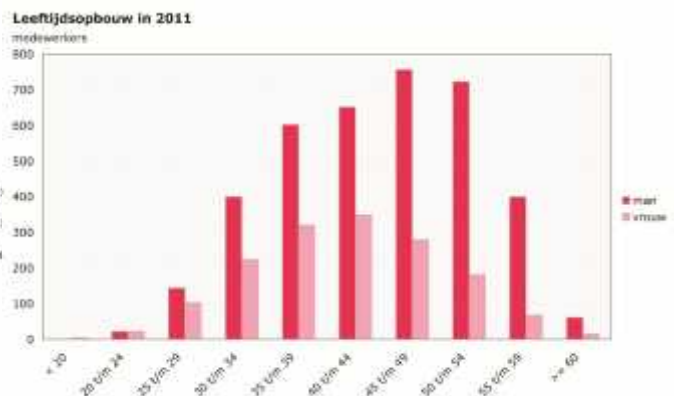


grafiek 5: man-/vrouwverdeling in 2011

- ★ de mogelijkheden tot loopbaanmobiliteit binnen de ambulancezorg zijn beperkt, er wordt hard gewerkt aan het creëren van meer mogelijkheden in overleg met ketenpartners (met name ziekenhuizen)
- ★ medewerkers zijn gemiddeld lang werkzaam in de sector ambulancezorg, 40% is 10 jaar of langer aan het werk in de sector
- ★ vaak hebben medewerkers al een carrière elders achter de rug, voordat zij in de ambulancezorg instromen
- ★ dit brengt ook met zich mee dat de gemiddelde leeftijd van medewerkers relatief hoog is

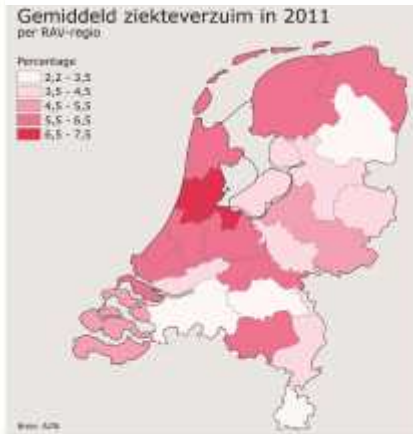
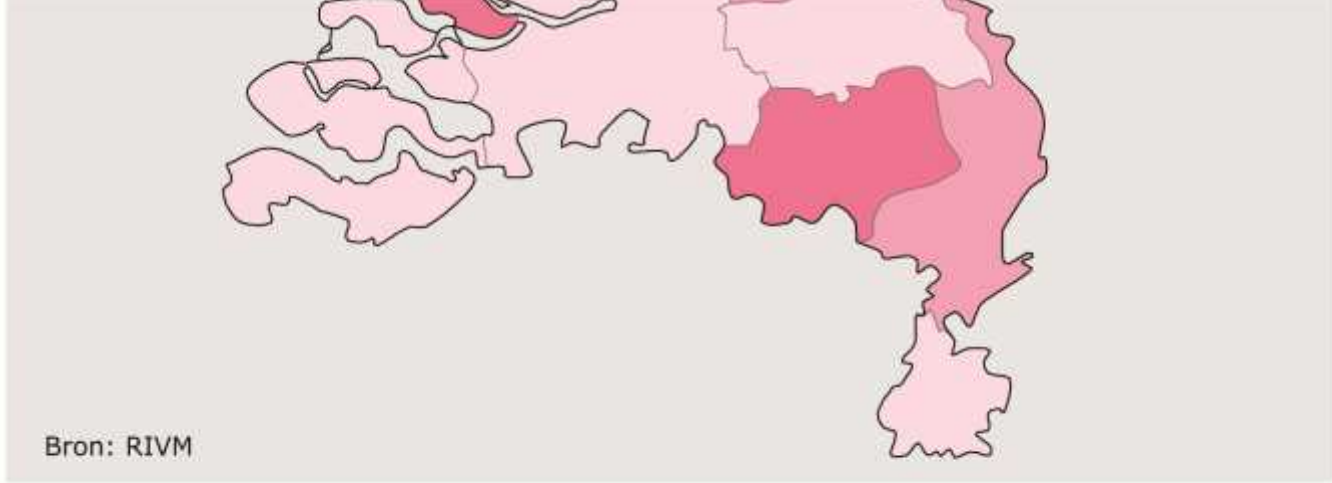


grafiek 6: dienstjarenopbouw van 2009 t/m 2011



grafiek 7: leeftijdsopbouw in 2011





kaart 6: gemiddeld ziekteverzuim in 2011

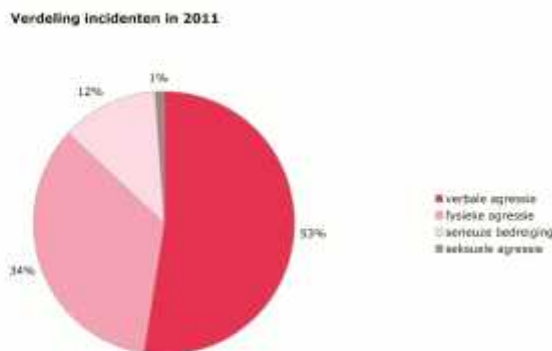


grafiek 8: gemiddeld ziekteverzuim per regio in 2011

## agressie & geweld jegens ambulancemedewerkers

Helaas worden ambulancemedewerkers nog wel eens geconfronteerd met agressie tijdens de uitoefening van hun functie. Dit geldt voor zowel het ambulanceteam op straat, als voor de centralist van de meldkamer ambulancezorg.

- ★ in 2011 zijn door 24 regio's 289 incidenten geregistreerd
- ★ het meest voorkomend was verbale agressie of geweld (in 151 van de geregistreerde gevallen, dit is 52%)
- ★ daarnaast was er sprake van fysieke agressie of geweld (34%) en serieuze bedreigingen (12%)



grafiek 9: verdeling incidenten in 2011

### de meeste incidenten in 2011 ...

- ★ ... vonden plaats op zaterdag (22%)
- ★ ... vonden 's nachts en in de vroege ochtend plaats tussen 0.00 uur en 7.00 's ochtends (40%)
- ★ ... vonden op straat (34%) of binnen bij de patiënt (33%) plaats
- ★ ... werden veroorzaakt door familieleden en omstanders, maar incidenten worden ook geregeld door de patiënt zelf veroorzaakt
- ★ zijn veroorzaakt als gevolg van emoties, alcohol en drugs