



Ambulances in-zicht 2011



Colofon

Ambulancezorg Nederland

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

Tekst

Ambulancezorg Nederland

Cijfers, tabellen, grafieken en kaarten

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

Redactiecommissie

Peter Duijf, Gerard Leerkes, Johan van Rhijn, Hein van der Werff

Met dank aan

Pieter van Exter, Pierre van Grunsven, Geert Jan Kommer, Martin Kosterman, Erik Jan van Lieshout,
Paulien van der Meulen, Maarten Mulder, Ronald de Vos

(Eind)redactie

Isolde Boers

Vormgeving

Vormix, Maarssen

Fotografie

A3chem, Hilversum (omslag)

Druk

Stimio Communicatie & Presentatie, Tiel

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

Vastgesteld door het Algemeen Bestuur van de Vereniging Ambulancezorg Nederland op 18 april 2012.

Voorwoord

Voor het zesde jaar in successie bied ik u ons ambulancesectorrapport aan.

Het bevat het geheel van cijfers en feiten over onze ambulancediensten. Inzichtelijk en overzichtelijk.

Het vormt ook een verantwoording over een belangrijke uitgavenpost op de zorgbegroting.

In alle bescheidenheid: de Algemene Rekenkamer zou dit als model kunnen beschouwen hoe een doeltreffende verantwoording van zorguitgaven kan plaats vinden.

En de resultaten spreken voor zich: nóg vaker binnen de afgesproken tijd ter plekke én met gelijkblijvende middelen meer inzetten.

2011 was voor onze brancheorganisatie, Ambulancezorg Nederland, een jaar van herbezinning. Herbezinning op onze rol, de nieuwe prioriteiten en de toekomst van acute zorg. Aanleiding voldoende immers: Een bijna afgeronde parlementaire discussie over een tijdelijke wet op deze zorg. De ambitie van de minister en AZN om zo snel mogelijk te starten met een nieuw wetgevings- en financieringstraject. Een hoofdlijnenakkoord van betrokkenen om de ziekenhuissector te vernieuwen en waarin verbetering van de acute zorg wordt bepleit. Discussie in eigen huis over voortgaande kwaliteitsverbetering en differentiatie.

Kortom, reden genoeg om als AZN over onze toekomst na te denken, onze keuze opnieuw te definiëren. Voor de komende jaren kiest AZN ervoor zich te concentreren op de kwesties die er echt toe doen. Allereerst ons eigen kwaliteitsbeleid: hoe kunnen we de dienstverlening van vandaag verder verbeteren en uitbouwen, zeker in de wetenschap dat ketenzorg steeds belangrijker wordt? Hoe kan de ambulancedienst nog nadrukkelijker spin in het web van die keten zijn? Samen met huisartsenposten, spoedeisende afdelingen van ziekenhuizen, thuiszorg en acute psychiatrie de acute zorg op een hoger plan brengen?

Een tweede prioriteit is onze HRM positie. Steeds relevanter is de vraag of we voldoende medewerkers vinden, en vervolgens hoe hen adequaat op te leiden en bij te scholen. In 2012 zal over de organisatie van onze opleidingsinspanningen verdere besluitvorming plaats vinden. Als het gaat om onze medewerkers en hun arbeidsvoorwaarden ligt er de nieuwe opgave onze rol als werkgeversorganisatie verder professioneel in te richten.

Mede geïnspireerd door de nationale politie en een nieuwe regio-indeling is in 2011 een debat op gang gekomen over de meest gewenste inrichting van de meldkamer. Voor ons als AZN van groot belang om daarbinnen te borgen dat medische hulp ter zake kundig wordt geïndiceerd en een adequaat vervolg krijgt. Onder het motto 'graag met politie en brandweer dát doen wat samen kan en tegelijk waarborgen dat de witte kolom verantwoordelijk blijft voor goede patiëntenzorg'. In 2012 zal de meldkamer veel van onze aandacht vragen.

En vanzelf tot slot hebben we voortdurend aandacht voor verbetering van onze informatie en communicatie bij en tussen de ketenpartners.

Ik schetste in het kort onze belangrijkste prioriteiten. We hopen van harte dat deze nieuwe impulsen geven aan verbetering van de acute zorg. En dat kan alleen als je je ook blijft verantwoorden over de besteding van aan jou toevertrouwde publieke middelen. Ook dat blijven we de komende jaren graag doen. We hopen dat u dit rapport als die solide verantwoording wilt beschouwen.

Hans Simons,
voorzitter Vereniging Ambulancezorg Nederland

Inhoudsopgave

Voorwoord	3
Verantwoording	7
Inleiding	9

1 Ambulancezorg in 2011 11

1.1 facts & figures ambulancezorg 2011	12
1.2 ambulancezorg	13
1.3 het proces ambulancezorg	14
1.4 het product ambulancezorg	15
1.5 de ketenpartners van ambulancezorg	17
1.6 de medewerkers van ambulancezorg	17
1.7 de kwaliteit van ambulancezorg	21

2 Ambulancezorg in Nederland 23

2.1 wat is ambulancezorg?	24
2.2 wetgeving	25
2.3 financieel kader ambulancezorg	26
2.4 beleidsontwikkelingen	26
2.4.1 acute zorg	26
2.4.2 ontwikkelingen met betrekking tot de meldkamer	27
2.4.3 patiëntveiligheid	27
2.4.4 mobiele zorg	28
2.5 ambulances en standplaatsen	28
2.5.1 aantal ambulances	28
2.5.2 aantal standplaatsen	30

3 Het proces ambulancezorg in 2011 33

3.1 verwachtingen met betrekking tot ambulancezorg	34
3.2 spoedeisende ambulancezorg: A1-inzetten	35
3.2.1 overall beeld A1-inzetten in 2011	35
3.2.2 responstijd A1-inzetten	36
3.2.3 A1-inzetten binnen 15 minuten bij de patiënt	40
3.2.4 tijdsduur aanname en uitgifte A1-inzetten	44
3.2.5 uitruktijd A1-inzetten	45
3.2.6 aanrijtijd A1-inzetten	46

3.3 spoedeisende ambulancezorg: A2-inzetten	48
3.3.1 overall beeld A2-inzetten in 2011	48
3.3.2 responstijd A2-inzetten	49
3.3.3 A2-inzetten binnen 30 minuten bij de patiënt	52
3.3.4 tijdsduur aanname en uitgifte A2-inzetten	56
3.3.5 uitruktijd A2-inzetten	57
3.3.6 aanrijtijd A2-inzetten	58

4 Het product ambulancezorg in 2011 61

4.1 spoedeisende en planbare ambulancezorg	62
4.1.1 overall beeld aantal inzetten landelijk	62
4.1.2 overall beeld aantal inzetten op regioniveau	64
4.1.3 spoedeisende ten opzichte van planbare ambulancezorg	66
4.1.4 spoedeisende ambulancezorg: A1 ten opzichte van A2	71
4.1.5 ambulancezorg en het aantal inwoners	73
4.1.6 spoedeisende ambulancezorg: A1-inzetten	75
4.1.7 spoedeisende ambulancezorg: A2-inzetten	77
4.1.8 spoedeisende ambulancezorg: rapid responders	79
4.1.9 planbare ambulancezorg: B-inzetten	79
4.1.10 inzetten voor een andere regio	81
4.1.11 MICU-ritten	83
4.2 declarabele en overige inzetten	84
4.2.1 overall beeld aantal inzetten	84
4.2.2 declarabele inzetten	87
4.2.3 EHGV-inzetten	88
4.2.4 loze inzetten	89
4.2.5 productieafspraken	90
4.3 ambulancezorg vanuit medisch perspectief	93
4.3.1 de patiënten	93
4.3.2 de door het ambulanceteam gestelde werkdiagnoses	93
4.3.3 de uitgevoerde (voorbehouden) handelingen	94

5 De ketenpartners van ambulancezorg 97

5.1 ambulancezorg, partner in de keten van acute zorg	98
5.1.1 aanvullend op ambulancezorg	99
5.2 ambulancezorg, partner in de keten van openbare orde en veiligheid	100
5.2.1 registratie incidenten jaarwisseling	100
5.2.2 landelijke grootschalige evenementen	101

6 De medewerkers van ambulancezorg in 2011 103

6.1	CAO Ambulancezorg	104
6.2	formatie	104
6.3	loopbaanmobiliteit	109
6.4	arbeidsduur	112
6.5	leeftijd van medewerkers	114
6.6	beschikbare uren voor ambulancezorg	117
6.7	ziekteverzuim	120
6.8	agressie & geweld	123

7 De kwaliteit van ambulancezorg in 2011 129

7.1	kwaliteitscertificering	130
7.2	deskundigheid en scholing	130
7.3	klachten	131

Bijlagen 133

Bijlage 1:	vergelijkbaarheid cijfers van de verschillende jaren en andere aspecten met betrekking tot de betrouwbaarheid	134
Bijlage 2:	toelichting op aanrijtijdnormen binnen de ambulancezorg (hoofdstuk 3)	136
Bijlage 3:	toelichting op de gebruikte medische terminologie (hoofdstuk 4)	137
Bijlage 4:	kernset 2011	139
Bijlage 5:	(relevante) definities	150
Bijlage 6:	verantwoording RIVM	154
Bijlage 7:	gebruikte afkortingen	158
Bijlage 8:	relevante documenten	159
Bijlage 9:	leden Ambulancezorg Nederland	160
Bijlage 10:	standplaatsen in Nederland	164

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

Ambulances in-zicht is het jaarlijkse sectorrapport van de ambulancesector en geeft inzicht in de Nederlandse ambulancezorg. Dit is de zesde editie over het jaar 2011.

opbouw Ambulances in-zicht 2011

'Ambulances in-zicht 2011' is als volgt opgebouwd:

- het eerste hoofdstuk, 'Ambulancezorg in 2011' is feitelijk een samenvatting van het sectorrapport op landelijk niveau;
- 'Ambulancezorg in Nederland' is het tweede hoofdstuk en gaat onder andere in op algemene ontwikkelingen met betrekking tot de ambulancezorg. Ook beschrijft het hoofdstuk een aantal randvoorwaarden voor het verrichten van ambulancezorg;
- hoofdstuk 3, 'Het proces ambulancezorg' beschrijft wat ambulancezorg inhoudt en welke resultaten in 2011 behaald zijn;
- het vierde hoofdstuk is 'Het product ambulancezorg' en behandelt zowel de productie (de aantallen inzetten) als de inhoudelijke aspecten van ambulancezorg;
- 'De ketenpartners van ambulancezorg' is hoofdstuk 5 en beschrijft de rol van de ambulancesector in zowel de keten van acute zorg als de keten van openbare orde en veiligheid;
- hoofdstuk 6, 'De medewerkers van ambulancezorg', gaat in op diverse thema's met betrekking tot de medewerkers die werkzaam zijn binnen de ambulancezorg. Hoofdstuk 6 doet tevens verslag van de registratie van agressie-incidenten;
- het laatste hoofdstuk is hoofdstuk 7, 'De kwaliteit van ambulancezorg', en gaat in op enkele kwaliteitsaspecten met betrekking tot ambulancezorg.

Ambulancezorg in 2011

Het eerste hoofdstuk van 'Ambulances in-zicht 2011' vormt een samenvatting van het volledige sectorrapport. Het hoofdstuk geeft inzicht in de facts & figures en overige opvallende zaken met betrekking tot de ambulancezorg in 2011.

Hoofdstuk 1 beperkt zich tot het landelijk niveau. De volgende hoofdstukken geven een meer gedetailleerd inzicht in de verschillende onderwerpen en hebben daarbij ook aandacht voor de regionale situatie.

1.1 facts & figures ambulancezorg 2011

basisgegevens ambulancezorg

aantal RAV-regio's op 31 december 2011	25 regio's
aantal RAV's op 31 december 2011	25 RAV's

aantal aanhangsels (ambulances) op 31 december 2011	711
aantal standplaatsen op 31 december 2011	206

macro-budget voor de ambulancezorg in 2011	€ 437,6 miljoen
--	-----------------

minister VWS introduceert Tijdelijke wet ambulancezorg	maart 2011
ministerraad stemt in met Tijdelijke wet ambulancezorg	1 april 2012
Tweede Kamer neemt Tijdelijke wet ambulancezorg aan	27 maart 2012
Eerste Kamer neemt Tijdelijke wet ambulancezorg aan	24 april 2012
verwachte inwerkingtreding Tijdelijke wet ambulancezorg	1 januari 2013

proces & product ambulancezorg

aantal A1-inzetten in 2011	478.331
gemiddelde responstijd A1-ritten	9:32 minuten
% A1-inzetten binnen 15 minuten ter plaatse in 2011	93,3%

aantal A2-inzetten in 2011	263.257
gemiddelde responstijd A2-inzetten in 2011	15:25 minuten
% A2-inzetten binnen 30 minuten ter plaatse in 2011	96,0%

aantal B-inzetten in 2011	342.838
---------------------------	---------

totaal aantal inzetten in 2011	1.084.426
---------------------------------------	------------------

aantal declarabele inzetten in 2011	826.193
aantal EHGV-inzetten in 2011	209.782
aantal loze inzetten in 2011	48.451
totaal aantal inzetten in 2011	1.084.426

aantal MICU-regio's in 2011	7 regio's
aantal MICU-inzetten in 2011	1.382

aantal regio's dat MMT-inzetten heeft geregistreerd in 2011	22 regio's
aantal MMT-inzetten in 2011	6.647

aantal regio's dat reanimaties heeft geregistreerd in 2011	20 regio's
aantal reanimaties in 2011	6.347

medewerkers ambulancezorg

aantal fte's op 31 december 2011	4.772 fte
aantal fte's in de drie kernfuncties op 31 december 2011	4.173 fte
aantal medewerkers op 31 december 2011	5.325
aantal medewerkers in de drie kernfuncties op 31 december 2011	4.600

gemiddeld instroompercentage in 2011	7,9%
gemiddeld uitstroompercentage in 2011	5,3%

gemiddeld ziekteverzuim in 2011	5,2%
---------------------------------	------

aantal regio's dat agressie-incidenten heeft geregistreerd in 2011	25 regio's
aantal geregistreerde incidenten in 2011	289

1.2 ambulancezorg

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

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

ambulances en standplaatsen

Op 31 december 2011 hadden de ambulanceorganisaties in Nederland 711 ambulances beschikbaar. Dit betekent echter niet dat er ook dagelijks 711 ambulances onderweg zijn. Een deel van de capaciteit is beschikbaar om in geval van grootschalige rampen en calamiteiten ingezet te worden. Of bijvoorbeeld tijdens onderhoud of schade aan andere voertuigen.

Iedere ambulanceorganisatie beschikt over een aantal standplaatsen om zo tot een optimale spreiding van de beschikbare ambulances over de regio te komen. Op 31 december 2011 waren er 206 standplaatsen.

financiering van de ambulancezorg

In 2011 viel de ambulancesector onder het regime van de Wet Ambulancevervoer. Sturing en financiering van de sector bevinden zich niet in één hand: de provincie is verantwoordelijk voor de sturing (planning en spreiding van de capaciteit), de zorgverzekeraar is verantwoordelijk voor de financiering.

Voor de ambulancesector was in 2011, conform de Rijksbegroting, een macro-budget beschikbaar van €437,6 miljoen. Omgerekend naar het aantal inwoners in Nederland (16.655.799 op 18 oktober 2011) betekent dit dat er jaarlijks zo'n €26,25 per inwoner beschikbaar is voor ambulancezorg.

1.3 het proces ambulancezorg

De ambulancezorg in Nederland is zo ingericht, dat men in acute, levensbedreigende situaties zo spoedig mogelijk zorg ter plaatse kan verlenen.

De responstijd van een gemiddelde A1-inzet was in 2011 als volgt opgebouwd:

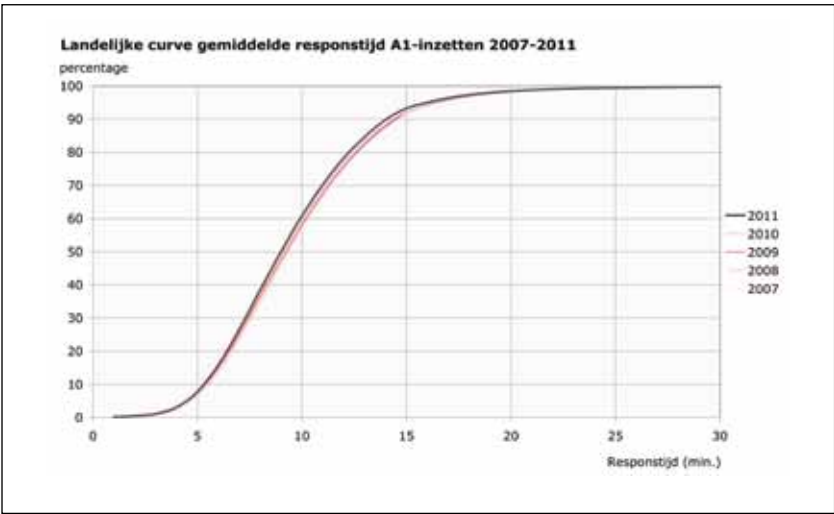
- 1:52 minuten tijdsduur aanname en uitgifte
- 1:02 minuten uitruktijd
- 6:36 minuten aanrijtijd
- 9:32 minuten responstijd
- in 2011 is de ambulance in gemiddeld 93,3% van de A1-inzetten binnen 15 minuten na het begin van de melding bij de patiënt gearriveerd
- 95% van de inzetten was in 2011 binnen 16 minuten aanwezig

tabel 1.3.1: landelijke gemiddelde opbouw responstijden A1-inzetten

	2011	2010	2009
tijdsduur aanname en uitgifte	1:52 min	1:51 min	1:52 min
uitruktijd	1:02 min	1:02 min	1:09 min
aanrijtijd	6:36 min	6:45 min	6:42 min
responstijd	9:32 min	9:40 min	9:44 min
inzetten binnen 15 minuten bij de patiënt	93,3 %	92,3 %	92,0 %

Over de jaren 2007 tot en met 2011 is een daling zichtbaar in de responstijd van A1-inzetten. De gemiddelde responstijd over de afgelopen vijf jaren was 9:44 minuten. De langste gemiddelde responstijd van 9:56 minuten was in 2007, de kortste gemiddelde responstijd van 9:32 minuten is in 2011 gerealiseerd.

grafiek 1.3.1: ontwikkeling responstijd A1-inzetten 2007-2011



De aard van het gebied is een factor die van invloed is op de responstijden. 95,9% van de inzetten in stedelijk gebied was in 2011 binnen 15 minuten bij de patiënt, in perifere gebieden is dit 88,7%.

De responstijd van een gemiddelde A2-inzet was in 2011 als volgt opgebouwd:

- 3:14 minuten tijdsduur aanname en uitgifte
- 1:19 minuten uitruktijd
- 10:37 minuten aanrijtijd
- 15:25 minuten responstijd
- in 2011 is de ambulance in gemiddeld 96,0% van de A2-inzetten binnen 30 minuten na het begin van de melding bij de patiënt gearriveerd
- 95% van de inzetten was in 2011 binnen 29 minuten aanwezig

1.4 het product ambulancezorg

spoedeisende en planbare ambulancezorg

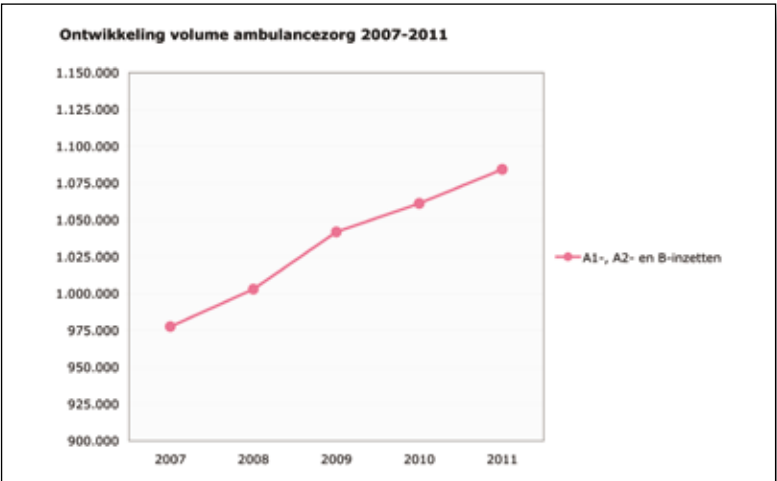
Het aantal ambulance-inzetten is in 2011 toegenomen tot 1.084.426.

tabel 1.4.1: volume spoedeisende en planbare ambulancezorg

	2011	2010	2009
A1-inzetten	478.331	463.913	454.309
A2-inzetten	263.257	247.008	239.572
B-inzetten	342.838	350.347	348.085
alle inzetten	1.084.426	1.061.268	1.041.966

De toename van het aantal inzetten sinds 2007 bedraagt 10,9% en is zichtbaar in onderstaande grafiek:

grafiek 1.4.1: groei volume ambulancezorg 2007-2011



Op een gemiddelde dag vinden in Nederland in totaal 2.971 inzetten plaats. Verdeeld over de verschillende urgenties zijn dit 1.310 A1-inzetten, 721 A2-inzetten en 939 B-inzetten. De drukste dag voor de spoedeisende ambulancezorg was zaterdag 1 januari 2011, de meeste B-inzetten waren op vrijdag 7 januari 2011. Op zondag 24 juli 2011 was de minste vraag naar spoedeisende ambulancezorg, de minste vraag naar planbare ambulancezorg was op zondag 4 december 2011.

declarabele en overige inzetten

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

tabel 1.4.2: volume declarabele en overige inzetten

	2011	2010	2009
declarabele inzetten	826.193	823.333	810.015
EHGV-inzetten	209.782	193.178	183.571
loze inzetten	48.451	44.757	48.380
alle inzetten	1.084.426	1.061.268	1.041.966

Er is sprake van een absolute groei van 106.766 inzetten van 2007 tot en met 2011, dit is een groei van 10,9%. De groei bedroeg in de afgelopen vijf jaar gemiddeld 2,7% per jaar.

productieafspraken

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

de medische kant van de ambulancezorg

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

- In 2011 was
- 1,5% van de in 2011 behandelde en geregistreerde patiënten pasgeborene of zuigeling
 - bijna 4% kind
 - ongeveer 60% volwassene
 - en bijna 35% ouder dan 75 jaar

Op basis van de door het ambulanceteam gestelde werkdiagnose kan geconstateerd worden dat cardiologische ziektebeelden, ziektebeelden passend bij interne geneeskunde en traumatologie/heelkunde het meest zijn voorgekomen in 2011.

In 2011 zijn door 20 regio's 6.347 reanimaties uitgevoerd.

1.5 de ketenpartners van ambulancezorg

Ambulanceorganisaties zijn onderdeel van zowel de keten van acute zorg als de keten van openbare orde en veiligheid.

acute zorg: aanvullend op ambulancezorg

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

Het MMT is in 2011 door 22 regio's 6.647 keer ingezet als aanvulling op de reguliere ambulancezorg. Het gaat hierbij om zowel grondgebonden inzetten als inzetten met de traumaheli.

openbare orde en veiligheid

Ambulanceorganisaties werken nauw samen met partners in de keten van openbare orde en veiligheid, zoals politie, brandweer en de Geneeskundige Hulpverleningsorganisatie in de Regio (GHOR). De samenwerking vindt zowel onder normale omstandigheden plaats, als in geval van grootschalige ongevallen en rampen. In 2011 hebben zich drie van deze grootschalige incidenten voorgedaan, zoals de brand in Moerdijk in januari 2011.

1.6 de medewerkers van ambulancezorg

formatie

De ambulancezorg is een compacte sector met gespecialiseerd personeel. Er is veel inzet van direct aan het primair proces gelieerde medewerkers en er zijn relatief weinig staf- en overige medewerkers. In 2011 waren er 5.325 medewerkers (4.772 fte) werkzaam binnen de ambulancezorg. Van hen was 86,4% (4.600 medewerkers, 4.173 fte) werkzaam binnen het primaire proces.

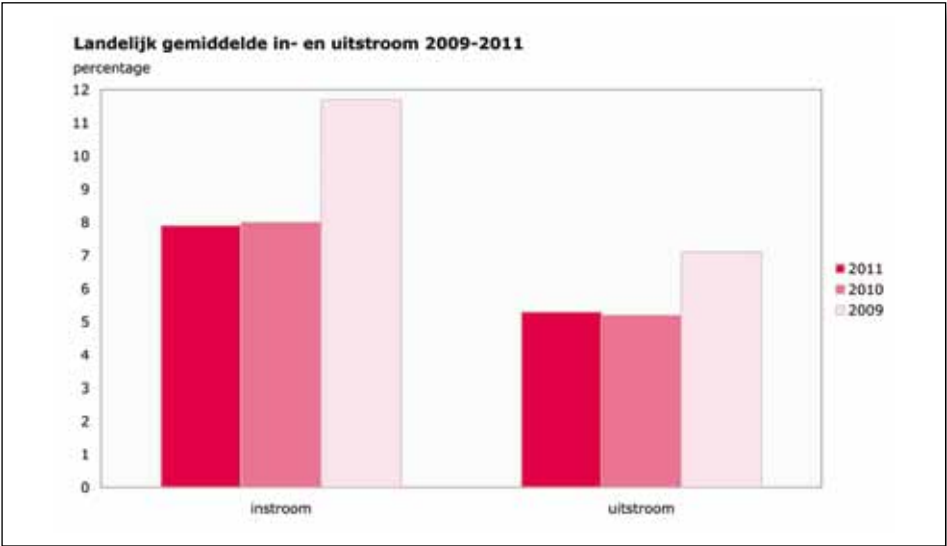
tabel 1.6.1: landelijke formatie aantallen medewerkers

	2011			2010			2009		
	man	vrouw	totaal	man	vrouw	totaal	man	vrouw	totaal
ambulanceverpleegkundige	1.439	775	2.214	1.432	721	2.153	1.429	664	2.093
ambulancechauffeur	1.720	229	1.949	1.729	223	1.952	1.685	213	1.898
MKA verpleegkundig centralist	133	253	386	142	245	387	146	243	389
MKA niet-verpleegkundig centralist	40	11	51	40	21	61	35	16	51
overig	429	296	725	390	266	656	365	247	612
totaal	3.761	1.564	5.325	3.733	1.476	5.209	3.660	1.383	5.043

loopbaanmobilititeit

Het landelijk gemiddelde instroompercentage is in 2011 licht gedaald ten opzichte van 2010 naar 7,9%. Hetzelfde geldt voor het landelijk gemiddelde uitstroompercentage, dat in 2011 5,3% bedroeg.

grafiek 1.6.1: landelijk gemiddelde in- en uitstroom



arbeidsduur

Medewerkers in de ambulancezorg zijn gemiddeld al lang werkzaam in de sector. Meestal stromen zij in vanuit een andere zorgorganisatie, en hebben dus al langer ervaring in de zorg.

tabel 1.6.2: dienstjarenverdeling medewerkers ambulancezorg

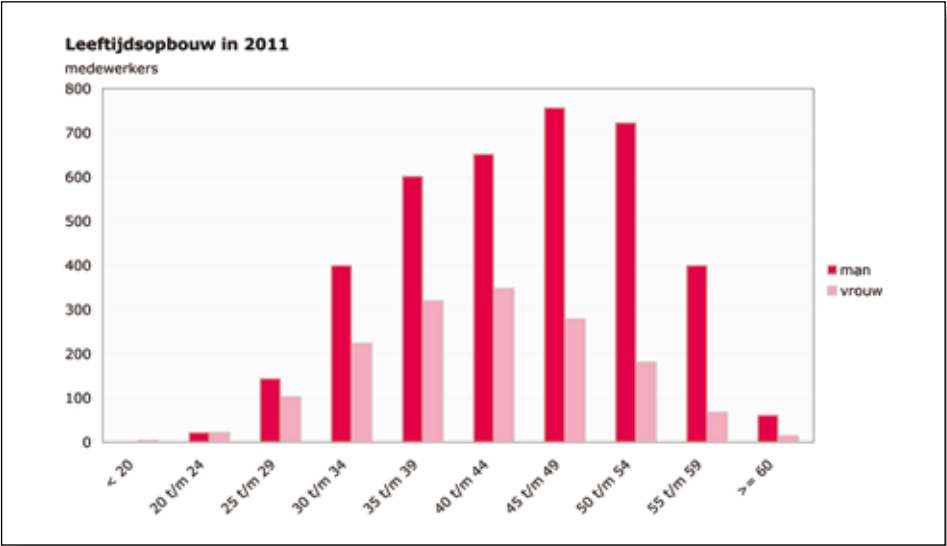
aantal dienstjaren	2011		2010		2009	
	medewerkers	%	medewerkers	%	medewerkers	%
< 1 jaar	380	7,1%	401	7,7%	479	9,5 %
1 t/m 4 jaar	1.452	27,3%	1.393	26,7%	1.093	21,7%
5 t/m 9 jaar	1.208	22,7%	1.343	25,8%	1.429	28,3%
10 t/m 14 jaar	980	18,4%	790	15,2%	673	13,3%
15 t/m 19 jaar	495	9,3%	511	9,8%	549	10,9%
≥ 20 jaar	695	13,1%	750	14,4%	625	12,4%
aantal dienstjaren onbekend	115	2,2%	21	0,4%	195	3,9%
totaal	5.325	100%	5.209	100%	5.043	100%

Er is wel een verschuiving zichtbaar in de dienstjarenverdeling. In 2009 was de grootste groep nog de groep die 5 tot 10 jaren in dienst van de sector is, sinds 2010 is dit de groep met 1 tot 5 dienstjaren. Deze groep is in 2011 verder gegroeid. Toch is ook nog steeds 13% van de medewerkers 20 jaar of langer werkzaam in de ambulancezorg.

leeftijdsofbouw

De gemiddelde leeftijd van medewerkers in de ambulancezorg is relatief hoog. Dit heeft met name te maken met het feit dat zij over het algemeen al een carrière elders achter de rug hebben voordat zij instromen in de ambulancezorg. Er is een grote groep medewerkers in de leeftijd van 40 tot 50 jaar, deze groep bevat bijna 40% van de medewerkers in de ambulancezorg.

grafiek 1.6.2: leeftijdsopfbouw medewerkers ambulancezorg in 2011 (landelijk)



Er is wel een verschil zichtbaar tussen mannen en vrouwen: de gemiddelde leeftijd van de vrouwen ligt wat lager.

uren waarin ambulancezorg verleend wordt

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

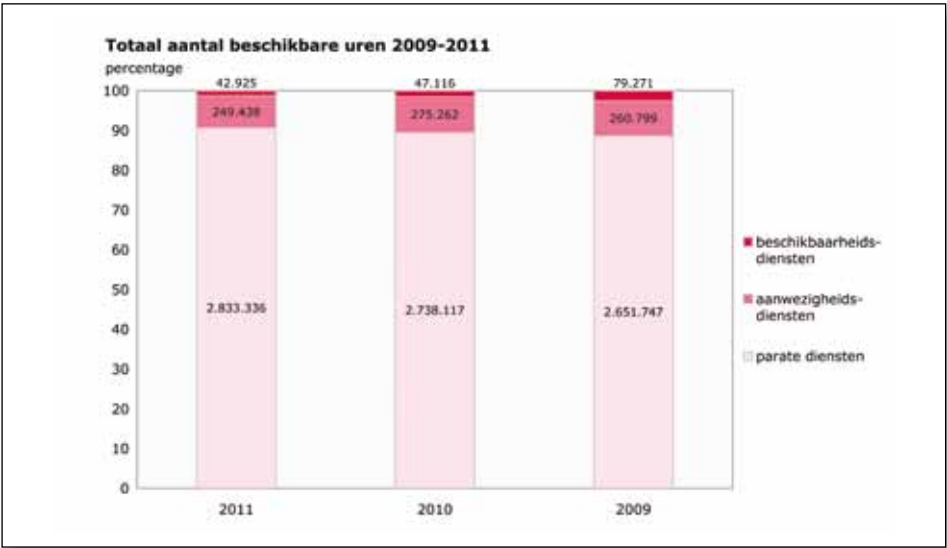
De ambulancesector onderscheidt parate, aanwezigheids- en beschikbaarheidsdiensten. De parate dienst komt het meest voor. Toepassing van aanwezigheids- en beschikbaarheidsdiensten is veelal regiobepaald en hangt onder meer samen met de stedelijkheid van de regio.

In 2011 waren gedurende 3.125.699 uren ambulanceteams beschikbaar voor het verlenen van ambulancezorg. Dit betrof voor 91% parate diensten, 8% aanwezigheidsdiensten en voor 1% beschikbaarheidsdiensten.

tabel 1.6.3: beschikbare uren ten behoeve van ambulancezorg

	2011		2010		2009	
parate diensten	2.833.336	91%	2.738.117	89%	2.651.747	89%
aanwezigheidsdiensten	249.438	8%	275.262	9%	260.799	8%
beschikbaarheidsdiensten	42.925	1%	47.116	2%	79.271	3%
totaal	3.125.699		3.060.495		2.991.817	

grafiek 1.6.3: totaal beschikbare uren (landelijk)



ziekteverzuim

Het gemiddelde ziekteverzuim is in 2011 licht toegenomen tot 5,2%.

agressie en geweld

In 2011 hebben 25 regio's 289 incidenten van agressie jegens ambulancemedewerkers geregistreerd. Het meest voorkomend was verbale agressie (52%), gevolgd door fysieke agressie (34%).

tabel 1.6.3: aantal en verdeling incidenten in 2011

	2011		2010		2009	
	aantal	%	aantal	%	aantal	%
verbale agressie en geweld	151	52%	94	55%	68	47%
serieuze bedreiging	36	12%	20	12%	29	20%
fysieke agressie en geweld	99	34%	50	29%	46	32%
seksuele intimidatie, agressie en geweld	3	1%	7	4%	2	1%
totaal	289	100%	171	100%	121	100%

1.7 de kwaliteit van ambulancezorg

De kwaliteit van de ambulancezorg wordt door veel verschillende aspecten bepaald. Deskundige, bekwame en betrokken medewerkers hebben een grote invloed op de kwaliteit van de ambulancezorg. Andere aspecten zijn tevreden cliënten, samenwerking met ketenpartners, zorginnovatie en een goede bedrijfsvoering. Een en ander weerspiegelt zich in een ambulancesector die op 31 december 2011 100% HKZ-gecertificeerd was en in 2011 0,48 klachten per 1.000 inzetten ontving, ofwel 1 klacht per 2.083 inzetten.

Ambulancezorg in Nederland

Hoofdstuk 2 geeft een globale toelichting op de ambulancezorg in Nederland.

Het hoofdstuk bevat een uitleg van hoe de ambulancezorg in Nederland zich heeft ontwikkeld en hoe de sector in 2011 georganiseerd was. Daarnaast gaat het hoofdstuk in op welke wetgeving van toepassing is en hoe de sector gefinancierd wordt.

Het hoofdstuk sluit af met inzicht in aantallen ambulances en standplaatsen.

2.1 wat is ambulancezorg?

definitie

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. De ambulancezorg wordt ter plaatse bij de patiënt verleend en vindt uitsluitend in opdracht van de meldkamer ambulancezorg plaats. Het hoofddoel van ambulancezorg is het behalen van individuele gezondheidswinst op basis van de zorg-behoefte van de patiënt.

spoedeisende en planbare ambulancezorg

Ambulancezorg is mobiele zorg en gaat naar de patiënt toe.

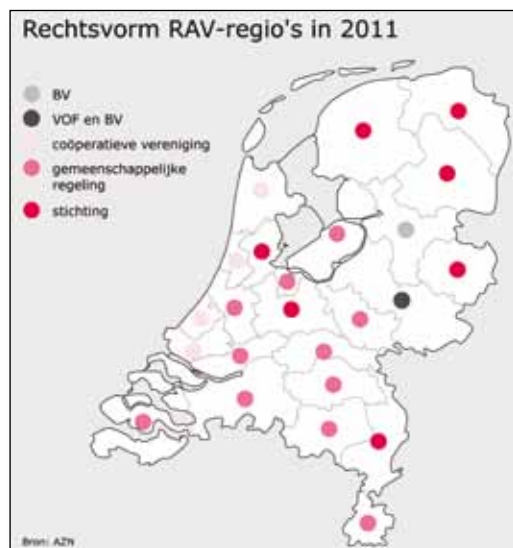
De aard en inhoud van de ambulancezorg verschilt per patiënt in de mate van noodzakelijke spoed dan wel planbaarheid en in de mate van complexiteit. In Nederland zijn spoedeisende en planbare ambulance-zorg onlosmakelijk met elkaar verbonden (zie ook hoofdstuk 4).

Regionale Ambulancevoorziening

Vooruitlopend op nieuwe wetgeving zijn sinds het begin van deze eeuw steeds meer organisaties zich gaan organiseren in Regionale Ambulancevoorzieningen (RAV's). Dit is immers de rechtspersoon die in de toekomst aangewezen zal worden als de partij die verantwoordelijk is voor de regionale ambulance-zorg.

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

kaart 2.1.1: RAV-regio's, RAV's en rechtsvorm



meldkamer ambulancezorg

De meldkamer ambulancezorg is, conform het wetsvoorstel Tijdelijke wet ambulancezorg (Twaz), integraal onderdeel van de RAV. Op één na is in alle regio's sprake van een gecolokeerde meldkamer. Dit houdt in dat de meldkamers van ambulancezorg, brandweer en politie gezamenlijk gebruik maken van dezelfde locatie.

De meldkamer ambulancezorg heeft een centrale rol in het proces van ambulancezorg. De meldkamer ambulancezorg stelt vast of de inzet van een ambulance noodzakelijk of gewenst is en met welke urgentie. De meldkamer ambulancezorg is hiermee de regisseur van de ambulancezorg en heeft een poortwachters-functie bij de toegang tot de acute zorg.

proces

Het proces ambulancezorg loopt van melding tot en met overdracht.

Ambulancezorg start bij de melding: de centralist van de meldkamer ambulancezorg reageert op de binnenkomende melding, bepaalt de hulpvraag en indiceert vervolgens of en, zo ja, welke ambulancezorg nodig is.

Daarna vindt zorgtoewijzing plaats: de centralist zet de juiste zorg in op het juiste moment en op de juiste plaats. De centralist coördineert de zorgverlening en voorziet het ambulanceteam van de benodigde informatie. De centralist geeft ook adviezen, aanwijzingen en instructies aan degene die de zorg heeft aangevraagd.

Ter plaatse onderzoekt de ambulanceverpleegkundige de patiënt, stelt een werkdiagnose en behandelt de patiënt. Zo nodig volgt vervoer van de patiënt naar bijvoorbeeld een ziekenhuis of een andere zorginstelling. Hier vindt overdracht van de patiënt plaats.

Indien wenselijk vindt ook nazorg plaats, dit betreft over het algemeen het verstrekken van informatie.

2.2 wetgeving

actueel wettelijk kader

Ondanks de jarenlange voorbereidingen op nieuwe wetgeving voor de ambulancesector, valt de ambulancezorg nog steeds onder het regime van de Wet Ambulancevervoer (WAV) uit 1971. In de WAV is geregeld dat een vergunninghouder ambulances mag laten rijden op basis van afgegeven aanhangsels bij de vergunning (één ambulance per aanhangsel). De provincie verleent de vergunning, bepaalt de spreiding van ambulances via standplaatsen en stelt vast met hoeveel ambulances tenminste moet en maximaal mag worden deelgenomen aan het ambulancevervoer.

Vooruitlopend op de toekomstige situatie onder de nieuwe wetgeving neemt de minister van VWS al enige jaren de verantwoordelijkheid voor de spreiding en beschikbaarheid van ambulances. Dit gebeurt in de vorm van het Landelijk Referentiekader Spreiding & Beschikbaarheid. Hierin ligt vast wat (theoretisch) de meest geschikte locaties van de standplaatsen zijn.

Tijdelijke wet ambulancezorg

In 2004 is het wetsvoorstel ambulancezorg ingediend bij de Tweede Kamer. De Tweede Kamer behandelde het wetsvoorstel in 2006 en de Eerste Kamer nam het wetsvoorstel in 2008 aan.

Begin 2011 sprak de minister van VWS het voornemen uit de Wet Ambulancezorg (WAZ) niet in werking te laten treden. Het feit dat aanbieders van ambulancezorg in het kader van de WAZ een vergunning voor onbepaalde tijd zouden krijgen was niet wenselijk. Daarnaast is de procedure juridisch gezien niet 'EU-proof' bevonden, wat onnodige financiële risico's met zich mee brengt.

In de zomer van 2011, op 8 augustus, is een nieuw wetsvoorstel, de Tijdelijke wet ambulancezorg (Twaz), bij de Tweede Kamer ingediend. De belangrijkste wijziging is dat aanbieders niet meer een vergunning krijgen, maar een aanwijzing (deze kan beschouwd worden als een 'uitvoeringsplicht'). De tijdelijke wet zal een looptijd van vijf jaar kennen. Gedurende deze vijf jaar wordt gewerkt aan een meer structurele oplossing die recht doet aan de uitgangspunten die met het parlement zijn besproken én die past binnen de Europese wet- en regelgeving.

1 december 2011 was de formele datum waarop de RAV-vorming verondersteld werd afgerond te zijn. Dit was immers de datum waarop conform het wetsvoorstel Twaz in iedere regio één rechtspersoon diende te zijn die in aanmerking kon komen voor de aanwijzing. Hiermee geldt 1 december 2011 als ijkdatum voor het toekomstige nieuwe wetgevingskader, dat zal worden bekrachtigd als de Twaz in werking treedt. De Twaz is in maart 2012 plenair behandeld door de Tweede Kamer, die de Twaz heeft aangenomen op 27 maart 2012. Op 24 april 2012 heeft de Eerste Kamer de Twaz aangenomen. De momenteel geldende WAV en de niet in werking getreden WAZ komen te vervallen wanneer de Twaz in werking treedt (conform Twaz artikel 18), dit is naar verwachting op 1 januari 2013.

2.3 financieel kader ambulancezorg

De financiering van de ambulancezorg is in handen van de zorgverzekeraars. Er is een landelijk macro-budget beschikbaar. Zorgverzekeraars verdelen dit budget op grond van beleidsregels, die de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) vaststelt.

Voor de ambulancesector was in 2011, conform de Rijksbegroting, een macrobudget beschikbaar van €437,6 miljoen. Omgerekend naar het aantal inwoners van Nederland (16.655.799 op 18 oktober 2011) betekent dit dat er jaarlijks zo'n €26,25 per inwoner beschikbaar is voor ambulancezorg.

In maart 2010 hebben Ambulancezorg Nederland (AZN) en de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) een convenant gesloten. Dit convenant kwam tot stand tijdens de voorbereiding op de inwerkingtreding van de Wet Ambulancezorg en is gesloten ten tijde van de aangekondigde taakstellingen. In het convenant is een bevroering van de budgetten voor 3 jaar opgenomen, evenals een cumulatieve efficiencykorting, die oploopt tot 1,5% in 2013. Een en ander heeft tot gevolg dat het ambulancebudget de komende jaren niet zal toenemen.

2.4 beleidsontwikkelingen

2.4.1 acute zorg

Het beleid van minister Schippers van VWS op het terrein van acute zorg is er op gericht de bereikbaarheid van de acute zorg, inclusief acute verloskunde, zo goed mogelijk te houden en de kwaliteit waar nodig te verbeteren.

De Gezondheidsraad heeft in haar advies 'De basis moet goed' geconstateerd dat de keten van acute zorg in de regio goed georganiseerd moet zijn. Goede triage is hierbij noodzakelijk. Daarnaast dienen de verschillende soorten Spoedeisende Hulpverlening (SEH) (basis-SEH's, profiel-SEH's en SEH's van universitaire centra) tot een optimale taakverdeling gekomen te zijn.

De minister van VWS hecht aan een maximale bereikbaarheid van een basis-SEH, inclusief acute ver-

loskundige zorg, binnen 45 minuten. Deze SEH's dienen ook te beschikken over voldoende achtervang binnen het ziekenhuis.

Voor met name kleine ziekenhuizen in dunbevolkte gebieden ontstaat een spanningsveld tussen het voldoen aan verschillende (nieuwe) normen (bevallingsnormen, SEH-normen en bereikbaarheidsnormen) en ook voor ziekenhuizen in dichterbevolkte gebieden wordt over concentratie nagedacht. De minister geeft aan dat deze concentratiebeweging nauwelijks te keren is. Ook geeft zij aan de nieuwe normen niet onverkort in te zullen voeren.

De bereikbaarheidsnorm van 45 minuten is van belang voor de ambulancesector, daar in veel gevallen de ambulance het vervoermiddel is waarmee de acute zorgpatiënt de SEH dient te bereiken. De ambulancesector heeft reeds aangegeven in gesprek te willen over de opbouw van de 45 minuten in relatie tot de aard van de zorgverlening die door het ambulanceteam geboden wordt.

2.4.2 ontwikkelingen met betrekking tot de meldkamer

In het regeerakkoord van het kabinet Rutte is opgenomen dat de minister van Veiligheid & Justitie (VenJ) wil komen tot één landelijke meldkamerorganisatie met drie locaties. Aangezien de meldkamer ambulancezorg in nagenoeg alle locaties geïntegreerd is in een gemeenschappelijke meldkamer met de meldkamers van brandweer en politie, heeft een en ander ook gevolgen voor de meldkamer ambulancezorg.

In 2011 heeft het ministerie van VenJ een voorstel voorbereid. Aandachtspunten, en onderwerp van uitvoerig onderzoek in 2011, waren de functionele inrichting van het intakeproces binnen de meldkamer, de governance, het personeel en de financiën. Een en ander heeft geresulteerd in een brief van minister Opstelten van VenJ op 20 februari 2012. Hierin is vastgelegd in welke richting de meldkamer van de toekomst zich zal ontwikkelen. Er zullen in principe tien bovenregionale meldkamers gerealiseerd worden, die vallen onder één landelijke beheersorganisatie. Er zijn inmiddels, vooruitlopend op deze ontwikkeling, twee bovenregionale meldkamers tot stand gekomen: de Meldkamer Oost-Nederland en de Meldkamer Noord-Nederland. Deze laatste is sinds het najaar van 2011 functioneel en kan rekenen op de warme belangstelling van het ministerie van VenJ.

Voor de sector ambulancezorg zijn twee zaken van primair belang: intake door een verpleegkundig centralist binnen de meldkamer ambulancezorg en zeggenschap over de bekwaamheid en de werkwijze van het personeel van de meldkamer ambulancezorg. Alleen op deze wijze kan de RAV de verantwoordelijkheid voor de kwaliteit en doelmatigheid van de ambulancezorg waarmaken. Het ziet ernaar uit dat een en ander binnen de meldkamer van de toekomst op de juiste wijze vorm en inhoud zal krijgen.

Het voornemen tot schaalvergroting beperkt zich overigens niet tot het meldkamerdomein. In de nieuwe Politiewet is vastgelegd dat er in de toekomst tien politieregio's zullen zijn. Dit kan op termijn ook consequenties hebben voor de indeling van RAV-regio's (aangezien deze is gekoppeld aan de veiligheidsregio's, die weer gekoppeld zijn aan de politieregio's).

2.4.3 patiëntveiligheid

In 2010 heeft de ambulancesector het programma Patiëntveiligheid Ambulancezorg ingericht. Het doel van dit programma is het voorkomen van onveilige situaties en onnodige gezondheidsrisico's tijdens de ambulancezorgverlening. De betrokken koepelorganisaties en RAV's hebben bestuurlijke afspraken gemaakt rond hun verantwoordelijkheden ten aanzien van het leveren en borgen van veilige ambulancezorg. De eigen verantwoordelijkheid van de RAV, én de professional als het gaat om patiëntveiligheid, komt nadrukkelijk tot uitdrukking in deze afspraken.

Het patiëntveiligheidsprogramma voor de ambulancezorg rust op twee pijlers. In het kader van de eerste instrumentele pijler zijn middels regionale pilots tools ontwikkeld voor de zes basiselementen van het veiligheidsmanagementsysteem: beleid en strategie, veilig incidenten melden, prospectieve risico-analyse, patiëntenparticipatie, cultuur en continu verbeteren. In de tweede inhoudelijke pijler zijn, met nauwe betrokkenheid van professionals, zes patiëntencategorieën nader uitgewerkt: patiënt met hartfalen, kinderen, psychiatrische patiënt, kwetsbare oudere, multitrauma patiënt, GHOR.

Een en ander heeft geleid tot de ontwikkeling van een toolkit met instrumenten die eind 2011 is uitgereikt aan de RAV's. Patiëntveiligheid is per 31 december 2013 een onderdeel van HKZ.

2.4.4 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 diverse verschijningsvormen. Binnen de ambulancezorg vindt geleidelijk steeds meer differentiatie van het aanbod plaats zoals rapid responders, zorgambulances en de MICU. Er zijn ook steeds meer vormen van digitale mobiele zorg, zoals eHealth en eCare.

2.5 ambulances en standplaatsen

2.5.1 aantal ambulances

In Nederland zijn 7 dagen per week 24 uur dag ambulances en ambulanceteams beschikbaar om ambulancezorg te kunnen verlenen. Uitgangspunt is dat, onder normale omstandigheden, in geval van spoed (A1-urgentie) gemiddeld 95% van de Nederlandse bevolking binnen 15 minuten na het begin van de melding bij de meldkamer ambulancezorg bereikt dient te worden.

Op 31 december 2011 hadden de ambulanceregio's in Nederland 711 ambulances beschikbaar. Op 31 december 2010 waren dit er 697.

In de praktijk zijn er uiteraard niet constant 711 ambulances op de weg. De beschikbare capaciteit wordt deels gereserveerd voor grootschalige rampen en calamiteiten of wordt ingezet tijdens onderhoud of schade aan andere voertuigen en tijdens overlappende diensten.

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. Onderstaande tabel geeft weer over hoeveel ambulances iedere RAV-regio beschikt:

tabel 2.5.1: aantal ambulances per regio

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

2.5.2 aantal standplaatsen

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

Er is veelal sprake van dynamische paraatheid. Dit houdt in dat een ambulance na afloop van een opdracht niet terugkeert naar de standplaats, maar op de weg blijft. Hierdoor is er bij een nieuwe inzet van deze ambulance geen uitruktijd nodig.

Op 31 december 2011 waren er 206 standplaatsen in Nederland. Op 31 december 2010 waren dit er 205. Onderstaande tabel geeft het aantal standplaatsen per regio weer:

tabel 2.5.2: aantal standplaatsen per regio

	2011	standplaatsen conform ref. kader 2008	2010	2009
Groningen	11	13	11	11
Friesland	18	20	18	17
Drenthe	13	11	12	12
IJsselland	10	10	10	10
Twente	9	9	9	9
Noordoost Gelderland	9	10	9	9
Gelderland Midden	7	7	7	7
Gelderland Zuid	8	8	8	8
Utrecht	11	11	11	11
Noord-Holland Noord	9	8	9	9
Amsterdam/Waterland	9	9	9	9
Kennemerland	4	4	4	4
Gooi- en Vechtstreek	3	2	3	3
Haaglanden	8	6	8	9
Hollands Midden	10	7	9	9
Rotterdam-Rijnmond	9	9	9	9
Zuid-Holland Zuid	6	6	6	6
Zeeland	11	11	11	10
Midden West Brabant	9	9	9	9
Brabant Noord	7	7	7	7
Zuidoost Brabant	7	7	7	7
Limburg Noord	9	7	7	7
Zuid Limburg	3	3	3	3
Flevoland	6	6	6	6
totaal	206	200	202	201

2.5.1: standplaatsen in Nederland in 2011



Het proces ambulancezorg in 2011

Dit hoofdstuk gaat in op de verschillende onderdelen van het proces ambulancezorg en zoomt in op hoe lang ieder onderdeel heeft geduurd in 2011.

vooraf

Voor het gehele hoofdstuk 3 geldt dat de RAV-regio het uitgangspunt is voor de regionale cijfers en nadrukkelijk niet de RAV of individuele ambulanceorganisatie(s). Inzetten die een RAV of ambulanceorganisatie heeft uitgevoerd in een andere dan de eigen regio, worden aan deze andere regio toegerekend.

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

3.1 verwachtingen met betrekking tot ambulancezorg

Een altijd actueel thema binnen de ambulancezorg wordt gevormd door de responstijden. Vanuit de politiek, het publiek, de zorgverzekeraars, de overheid en de pers is altijd veel interesse voor responstijden. De responstijd van een ambulance-inzet heeft echter slechts betrekking op het eerste deel van een inzet en betreft de tijd tussen het aannemen van de telefoon in de meldkamer ambulancezorg tot en met de aankomst van de ambulance bij de patiënt. In voorkomende gevallen wordt deze tijd benut om eerste hulp ter plaatse te verlenen middels de inzet van first of rapid responders of het geven van adviezen aan de melders door de meldkamer ambulancezorg.

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

normen binnen de ambulancezorg

responstijd

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

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

Een en ander betekent dat de sector ambulancezorg ernaar streeft om onder normale omstandigheden in geval van een spoedeisende situatie in maximaal 15 minuten na het begin van de melding op de meldkamer ambulancezorg (dit is het opnemen van de telefoon) bij de patiënt aanwezig te zijn.

vervoers- en zorgnormen

De ambulancezorg heeft zich in de loop der jaren ontwikkeld tot een volwaardige zorgsector. De gehanteerde normen zijn echter nog vooral logistieke normen. De sector streeft 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.

Er is strikt genomen geen wetenschappelijke basis voor de responstijd van 15 minuten. In het algemeen wordt aangenomen dat een korte responstijd bijdraagt aan grotere overlevingskansen van patiënten dan wel het beperken van gezondheidsschade.

De responstijd is opgebouwd uit drie verschillende tijdsintervallen: de tijdsduur aanname en uitgifte, de uitruktijd en de aanrijtijd. Voor bijvoorbeeld de tijdsduur aanname en uitgifte geldt niet in alle gevallen dat

een kortere tijdsduur ook altijd beter is: meer tijd voor triage kan leiden tot een betere beantwoording van de zorgvraag en kan oneigenlijk gebruik van de (schaarse) capaciteit voorkomen.

15 minuten = rekenkundige en planningsnorm

De zogeheten 15-minutennorm is in eerste instantie vooral een rekenkundige norm om te bepalen hoeveel ambulances op welke plaats noodzakelijk zijn om aan de wensen van de politiek te kunnen voldoen. De politiek houdt vast aan het uitgangspunt dat bij het verlenen van spoedeisende ambulancezorg gemiddeld 95% van de Nederlandse bevolking, ongeacht woon- of verblijfplaats, binnen 15 minuten na het begin van de aanname bereikt dient te worden. Naar verwachting wordt dit ook wettelijk verankerd in de nieuwe wetgeving (wetgeving met betrekking tot ambulancezorg is beschreven in hoofdstuk 2). Een absolute maximum responstijd van 15 minuten kan echter in geen geval gegarandeerd worden. Een ambulance is in Nederland een schaars goed en als gevolg van gelijktijdigheid kan het zijn dat er bijvoorbeeld tijdelijk geen ambulance beschikbaar is, of dat de responstijd langer duurt dan 15 minuten omdat de ambulance een grote(re) afstand moet overbruggen.

De 15-minutennorm is daarnaast ook een planningsnorm die wordt gebruikt voor het opstellen en actualiseren van het Landelijk Referentiekader Spreiding & Beschikbaarheid. Het referentiekader beschrijft het aantal benodigde ambulances, het aantal standplaatsen en de meest geschikte locaties van de standplaatsen. In 2011 zijn het ministerie van VWS en het RIVM de voorbereidingen voor een nieuw landelijk referentiekader gestart.

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

3.2 spoedeisende ambulancezorg: A1-inzetten

Binnen de ambulancesector staat centraal dat men in acute, levensbedreigende situaties zo spoedig mogelijk zorg ter plaatse kan verlenen en binnen maximaal 15 minuten na het begin van de melding bij de patiënt arriveert.

3.2.1 overall beeld A1-inzetten in 2011

Samengevat was de responstijd van een gemiddelde A1-inzet in 2011 als volgt opgebouwd (de omschrijving van A1-inzet volgt in hoofdstuk 4):

- tijdsduur aanname en uitgifte: 1:52 minuten
- uitruktijd: 1:02 minuten
- aanrijtijd: 6:36 minuten
- responstijd: 9:32 minuten

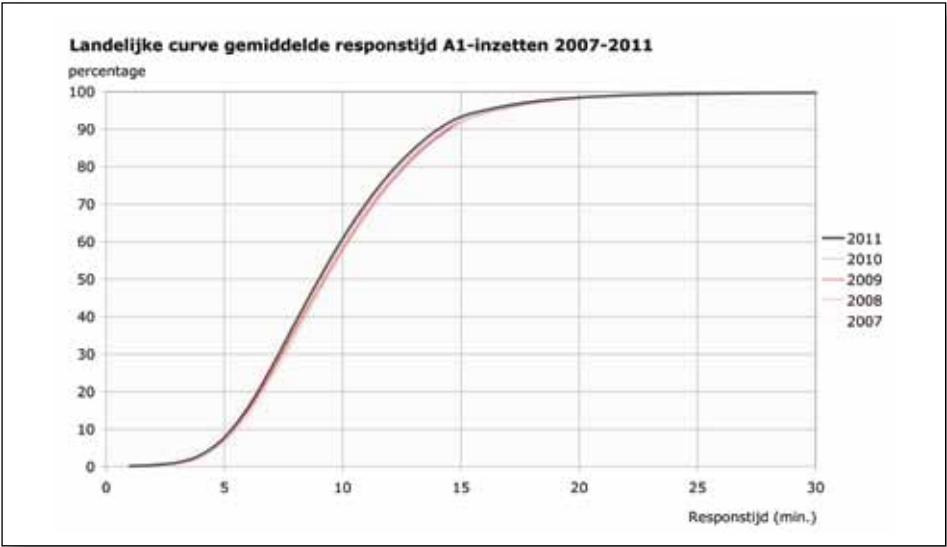
In gemiddeld 93,3% van de A1-inzetten is in 2011 de ambulance binnen 15 minuten na het begin van de melding bij de patiënt gearriveerd.

tabel 3.2.1: landelijke gemiddelde tijdsduren A1-inzetten in 2011

A1-inzetten	2011	2010	2009
tijdsduur aanname en uitgifte	1:52 min.	1:51 min.	1:52 min.
uitruktijd	1:02 min.	1:02 min.	1:09 min.
aanrijtijd	6:36 min.	6:45 min.	6:42 min.
responstijd	9:32 min.	9:40 min.	9:44 min.
inzetten binnen 15 minuten bij de patiënt	93,3%	92,3%	92,0%

Naast inzicht in hoeveel inzetten binnen 15 minuten bij de patiënt waren, is het ook interessant om te weten hoeveel inzetten langer of juist korter dan 15 minuten hebben geduurd. Onderstaande grafiek laat het beeld van de afgelopen jaren zien:

grafiek 3.2.1: landelijke curve gemiddelde responstijd A1-inzetten 2007-2011



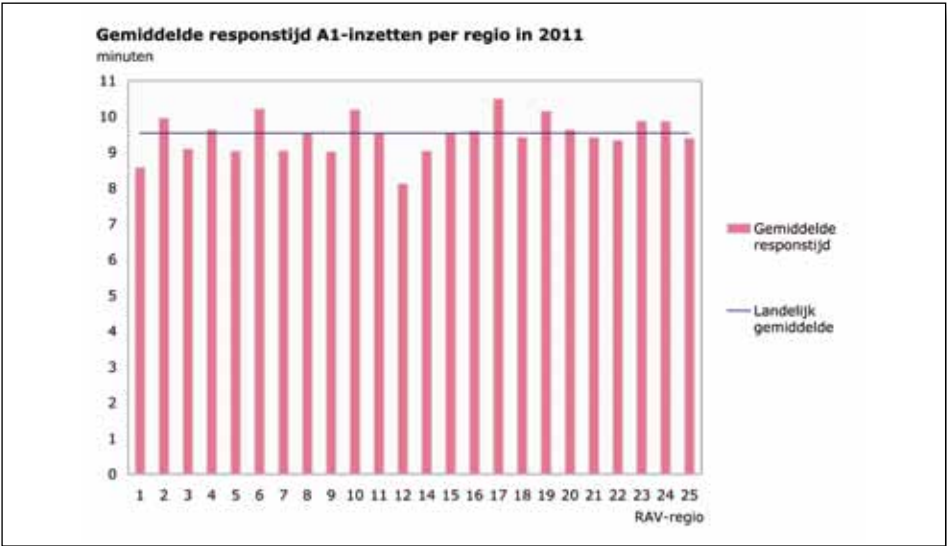
3.2.2 responstijd A1-inzetten

De responstijd begint op het moment dat de centralist van de meldkamer ambulancezorg de telefoon aanneemt en eindigt wanneer de ambulance arriveert bij de plaats waar de patiënt zich bevindt en waar de ambulance nog kan komen.
In 2011 was de landelijk gemiddelde responstijd van A1-inzetten 9:32 minuten en daarmee 8 seconden korter dan de 9:40 minuten in 2010.

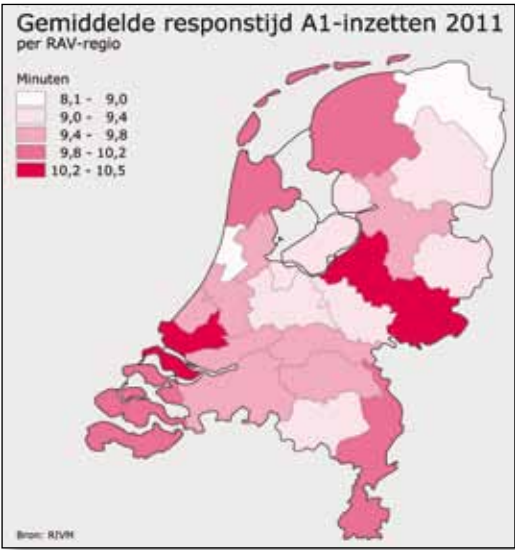
tabel 3.2.2: gemiddelde responstijd A1-inzetten per regio (in min:sec)

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

grafiek 3.2.2: gemiddelde responstijd A1-inzetten per regio in 2011



kaart 3.2.1: gemiddelde responstijd A1-inzetten per regio in 2011

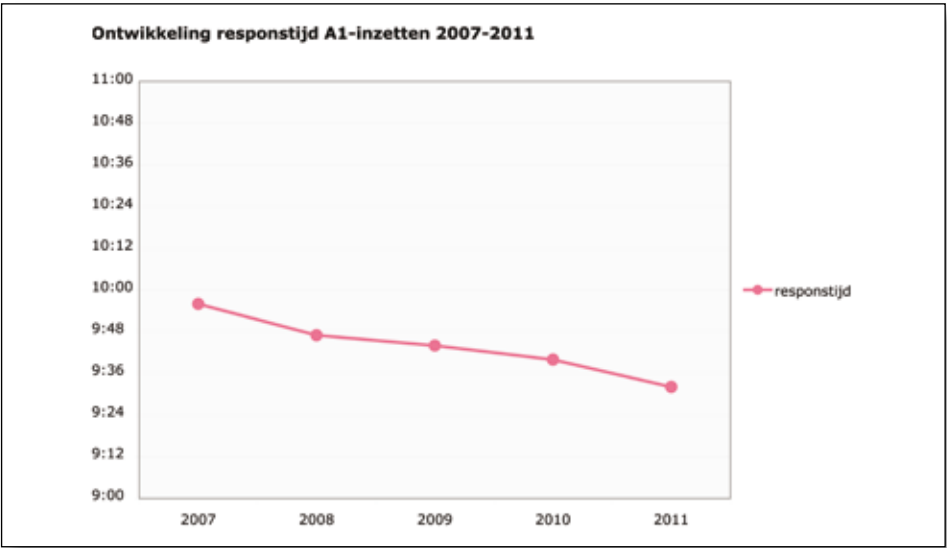


ontwikkeling responstijden

Over de jaren 2007-2011 is de volgende variatie zichtbaar in de landelijk gemiddelde responstijd van A1-inzetten:

- de langste gemiddelde responstijd van 9:56 minuten is geregistreerd in 2007
- de kortste gemiddelde responstijd van 9:32 minuten is in 2011 gerealiseerd
- de gemiddelde responstijd over de afgelopen vijf jaren was gemiddeld 9:44 minuten
- een responstijd van 9:00 minuten kwam in 2011 het meest voor

grafiek 3.2.3: ontwikkeling responstijd A1-inzetten 2007-2011



3.2.3 A1-inzetten binnen 15 minuten bij de patiënt

In 2011 was de ambulance bij gemiddeld 93,3% van de A1-inzetten binnen 15 minuten na het begin van de melding bij de patiënt aanwezig. Dit is een verbetering van 1% ten opzichte van 2010, toen het percentage 92,3% was.

tabel 3.2.3: A1-inzetten binnen 15 minuten bij de patiënt per regio

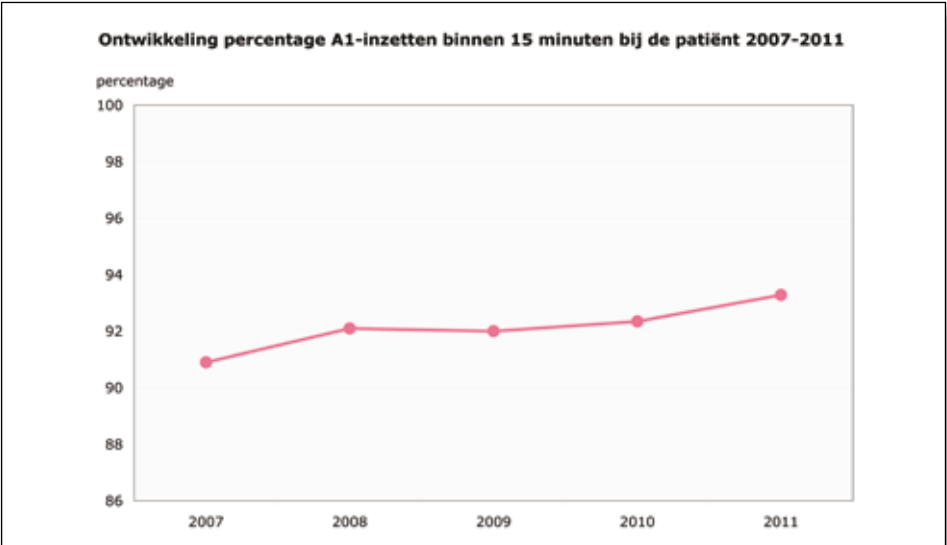
	2011		2010		2009	
	aantal	%	aantal	%	aantal	%
Groningen	19.748	95,6%	16.875	94,7%	16.627	94,1%
Friesland	15.069	88,5%	13.575	89,5%	13.117	88,7%
Drenthe	9.823	93,7%	11.250	91,8%	11.203	93,4%
IJsselland	11.265	92,5%	8.587	93,3%	8.132	93,6%
Twente	9.722	94,3%	9.379	93,2%	8.997	93,7%
Noordoost Gelderland	15.766	89,8%	13.422	89,3%	12.659	87,5%
Gelderland Midden	13.785	95,0%	11.716	94,7%	11.704	91,1%
Gelderland Zuid	12.380	93,4%	10.322	92,2%	10.121	89,8%
Utrecht	27.720	95,9%	18.005	95,0%	22.193	95,8%
Noord-Holland Noord	17.850	90,0%	14.305	89,6%	15.753	90,3%
Amsterdam/Waterland	54.898	94,3%	42.878	93,2%	39.383	91,7%
Kennemerland	21.107	95,8%	17.136	95,0%	16.883	94,7%
Gooi- en Vechtstreek	7.641	96,1%	6.227	94,9%	6.501	94,7%
Haaglanden	36.618	97,0%	31.195	97,0%	31.997	97,0%
Hollands Midden	24.716	95,5%	22.427	95,8%	21.634	95,7%
Rotterdam-Rijnmond	41.477	90,3%	35.375	88,9%	33.330	89,7%
Zuid-Holland Zuid	12.953	93,8%	10.507	92,3%	9.874	92,5%
Zeeland	10.458	88,2%	7.786	84,6%	7.433	81,5%
Midden West Brabant	21.263	92,3%	17.061	89,3%	15.664	90,5%
Brabant Noord	11.712	94,0%	9.100	92,5%	8.292	91,9%
Zuidoost Brabant	16.516	92,4%	13.297	92,5%	12.878	92,1%
Limburg Noord	10.870	89,8%	8.875	87,7%	8.483	85,9%
Zuid Limburg	16.151	91,8%	12.790	90,6%	12.344	90,9%
Flevoland	10.940	92,6%	9.534	92,4%	8.993	91,5%
gewogen landelijk gemiddelde	450.448	93,3%	371.624	92,3%	364.195	92,0%

kaart 3.2.2: A1-inzetten binnen 15 minuten bij de patiënt per regio in 2011



Over de afgelopen vijf jaar is er een verbetering van het percentage A1-inzetten binnen 15 minuten zichtbaar:

grafiek 3.2.4: ontwikkeling percentage A1-inzetten binnen 15 minuten bij de patiënt 2007-2011



differentiatie in responstijden

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

93,3% van de A1-inzetten was binnen 15 minuten aanwezig,
95% van de A1-inzetten was in 2011 binnen 16 minuten aanwezig.

tabel 3.2.4: percentage A1-inzetten binnen 14, 15 en 16 minuten bij de patiënt per regio in 2011

	% A1-inzetten bij de patiënt binnen:			2011
	14 min	15 min	16 min	95% van de inzetten aanwezig binnen:
Groningen	93	96	97%	15 minuten
Friesland	84	89	92%	18 minuten
Drenthe	91	94	96%	16 minuten
IJsselland	89	93	95%	16 minuten
Twente	91	94	96%	16 minuten
Noordoost Gelderland	85	90	93%	17 minuten
Gelderland Midden	93	95	97%	15 minuten
Gelderland Zuid	90	93	95%	16 minuten
Utrecht	93	96	97%	15 minuten
Noord-Holland Noord	86	90	93%	18 minuten
Amsterdam/Waterland	91	94	96%	16 minuten
Kennemerland	94	96	97%	15 minuten
Gooi- en Vechtstreek	91	96	97%	15 minuten
Haaglanden	93	97	98%	15 minuten
Hollands Midden	91	96	96%	15 minuten
Rotterdam-Rijnmond	86	90	92%	18 minuten
Zuid-Holland Zuid	90	94	96%	16 minuten
Zeeland	84	88	91%	19 minuten
Midden West Brabant	89	92	94%	17 minuten
Brabant Noord	90	94	96%	16 minuten
Zuidoost Brabant	89	92	95%	17 minuten
Limburg Noord	86	90	93%	18 minuten
Zuid Limburg	89	92	94%	17 minuten
Flevoland	90	93	94%	17 minuten
gewogen landelijk gemiddelde 2011	90	93	95%	16 minuten
<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>

responstijden en de aard van het gebied

In 2011 is 52,0% van de A1-inzetten in stedelijk gebied uitgevoerd, 16,5% vond plaats in matig stedelijk gebied en 31,5% in het perifeer gebied. De aard van het gebied is van invloed op de responstijden, de verschillen worden zichtbaar in onderstaande tabel:

tabel 3.2.5: responstijden A1-inzetten in stedelijk en niet-stedelijk gebied

	stedelijk gebied	matig stedelijk gebied	plattelands-gebied	totaal
10 minuten	70,0%	61,2%	45,8%	60,9%
12 minuten	84,9%	78,7%	67,3%	78,3%
14 minuten	93,5%	90,6%	83,4%	89,8%
15 minuten	95,9%	94,0%	88,7%	93,3%
16 minuten	96,8%	95,5%	91,8%	95,0%
18 minuten	98,2%	97,6%	95,8%	97,7%
20 minuten	98,9%	98,6%	97,3%	97,7%
2011: 15 minuten	95,9%	94,0%	88,7%	93,3%

Niet alleen de aard van het gebied is van invloed op de gemiddelde responstijd, ook weersomstandigheden, zoals sneeuw, gladheid en storm kunnen een aanzienlijke invloed uitoefenen op de responstijden. Tenslotte kunnen ook factoren als onvoldoende beschikbaarheid door gelijktijdigheid van meldingen of verkeersproblemen leiden tot een langere responstijd.

In de nota verantwoorde ambulancezorg is vastgelegd dat in geval van spoed de ambulance de patiënt zo spoedig mogelijk na het begin van de melding bereikt. Hierbij is tevens vastgelegd dat de norm van 15 minuten in geval van A1-inzetten alleen onder normale omstandigheden geldt. Uit de praktijk blijkt dit een reële toevoeging te zijn, onder bijvoorbeeld extreme weersomstandigheden is het niet altijd mogelijk de patiënt binnen 15 minuten te bereiken.

3.2.4 tijdsduur aanname en uitgifte A1-inzetten

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

In 2011 was de landelijk gemiddelde tijdsduur aanname en uitgifte van A1-inzetten 1:52 minuten en daarmee een seconde langer dan de 1:51 minuten in 2010.

tabel 3.2.6: gemiddelde tijdsduur aanname en uitgifte A1-inzetten per regio (in min:sec)

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

ontwikkeling tijdsduur aanname en uitgifte

Over de jaren 2007 tot en met 2011 is de volgende variatie zichtbaar in de landelijk gemiddelde tijdsduur aanname en uitgifte van A1-inzetten:

- de langste tijdsduur aanname en uitgifte van 1:55 minuten is geregistreerd in 2007
- de kortste tijdsduur aanname en uitgifte van 1:51 minuten is in 2010 gerealiseerd
- de tijdsduur aanname en uitgifte over de afgelopen vijf jaren was gemiddeld 1:53 minuten

Een en ander is visueel weergegeven in grafiek 3.2.5 op pagina 47.

3.2.5 uitruktijd A1-inzetten

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

In 2011 was de landelijk gemiddelde uitruktijd van A1-inzetten 1:02 minuten en daarmee gelijk aan de 1:02 minuten in 2010.

tabel 3.2.7: gemiddelde uitruktijd A1-inzetten per regio (in min:sec)

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

ontwikkeling uitruktijden

Over de jaren 2007 tot en met 2011 is de volgende variatie zichtbaar in de landelijk gemiddelde uitruktijd van A1-inzetten:

- de langste uitruktijd van 1:30 minuten is geregistreerd in 2007
- de kortste uitruktijd van 1:02 minuten is in 2010 en in 2011 gerealiseerd
- de uitruktijd over de afgelopen vijf jaren was gemiddeld 1:12 minuten

Een en ander is visueel weergegeven in grafiek 3.2.5 op pagina 47.

3.2.6 aanrijtijd A1-inzetten

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

In 2011 was de landelijk gemiddelde aanrijtijd van A1-inzetten 6:36 minuten en negen seconden korter dan de 6:45 minuten in 2010.

tabel 3.2.8: gemiddelde aanrijtijd A1-inzetten per regio (in min:sec)

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

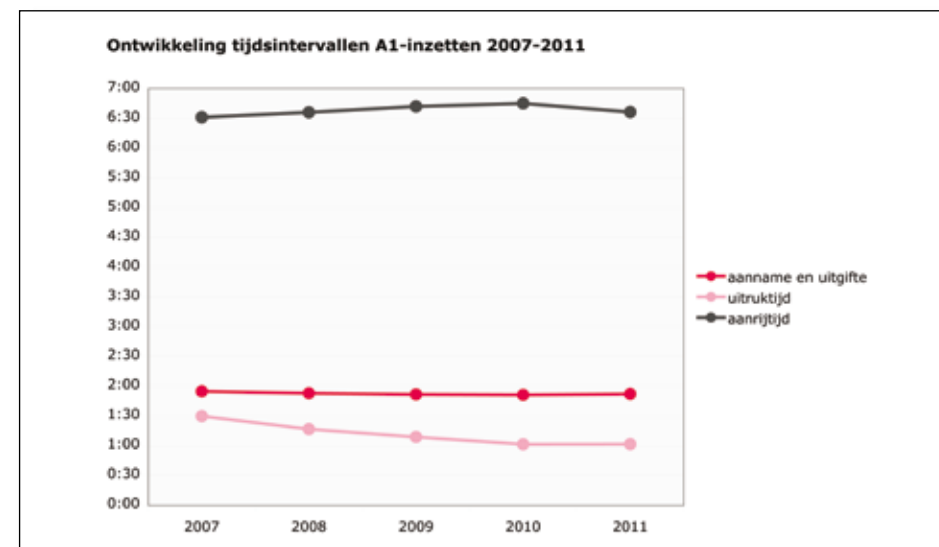
ontwikkeling aanrijtijden

Over de jaren 2007 tot en met 2011 is de volgende variatie zichtbaar in de landelijk gemiddelde aanrijtijd van A1-inzetten:

- de langste aanrijtijd van 6:45 minuten is geregistreerd in 2010
- de kortste aanrijtijd van 6:31 minuten is in 2007 gerealiseerd
- de aanrijtijd over de afgelopen vijf jaren was gemiddeld 6:38 minuten

Onderstaand is de ontwikkeling van de tijdsduur aanname en uitgifte, de uitruktijd en de aanrijtijd van A1-inzetten over de jaren 2007 tot en met 2011 visueel weergegeven.

grafiek 3.2.5: ontwikkeling tijdsintervallen A1-inzetten 2007-2011



3.3 spoedeisende ambulancezorg: A2-inzetten

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

3.3.1 overall beeld A2-inzetten in 2011

Samengevat was de responstijd van een gemiddelde A2-inzet in 2011 als volgt opgebouwd:

- tijdsduur aanname en uitgifte: 3:14 minuten
- uitruktijd: 1:19 minuten
- aanrijtijd: 10:37 minuten
- responstijd: 15:25 minuten

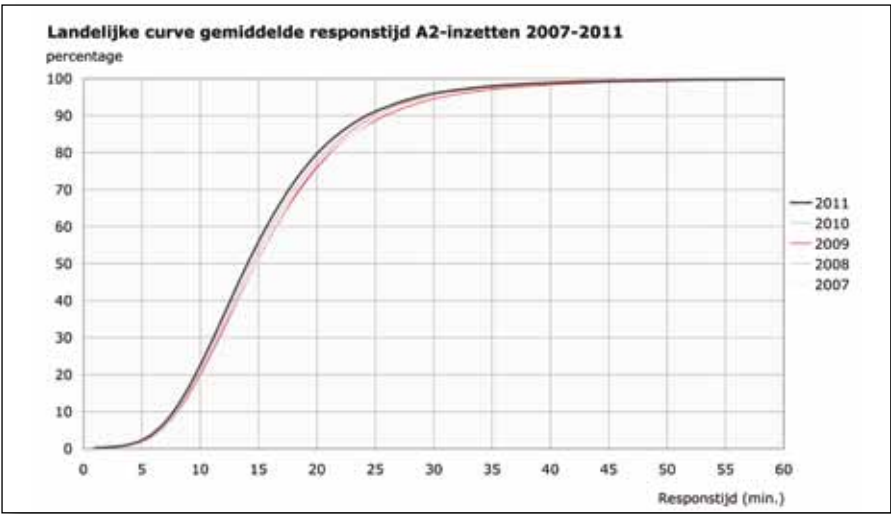
In gemiddeld 96% van de A2-inzetten is in 2011 de ambulance binnen 30 minuten na het begin van de melding bij de patiënt gearriveerd.

tabel 3.3.1: landelijke gemiddelde tijdsduren A2-inzetten in 2011

A2-inzetten	2011	2010	2009
tijdsduur aanname en uitgifte	3:14 min	3:25 min	3:22 min
uitruktijd	1:19 min	1:20 min	1:39 min
aanrijtijd	10:37 min	10:51 min	10:51 min
responstijd	15:25 min	15:51 min	16:15 min
inzetten binnen 15 minuten bij de patiënt	96,0%	95,5 %	94,5 %

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

grafiek 3.3.1: landelijke curve gemiddelde responstijd A2-inzetten 2007-2011



3.3.2 responstijd A2-inzetten

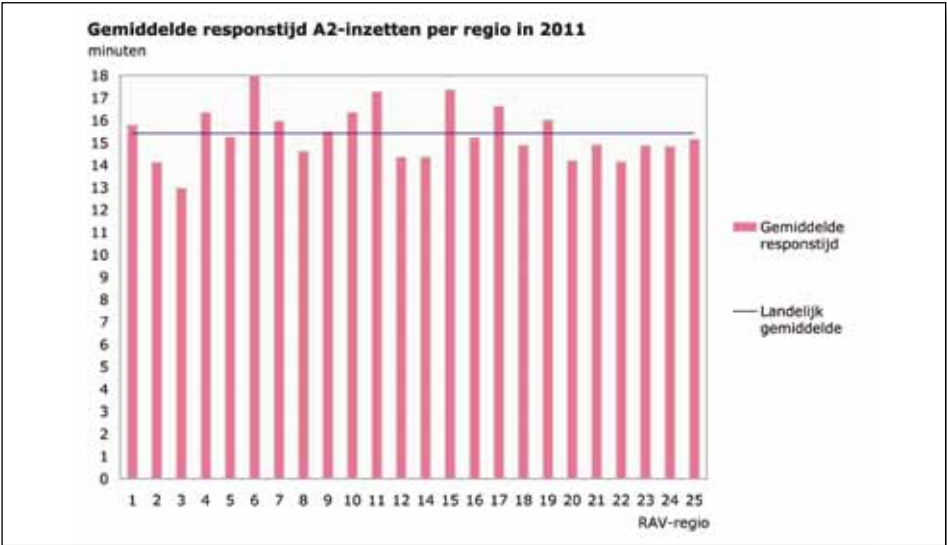
De responstijd begint op het moment dat de centralist van de meldkamer ambulancezorg de telefoon aanneemt en eindigt wanneer de ambulance arriveert bij de plaats waar de patiënt zich bevindt en waar de ambulance nog kan komen.

In 2011 was de landelijk gemiddelde responstijd van A2-inzetten 15:25 minuten en daarmee bijna een halve minuut korter dan de 15:51 minuten in 2010.

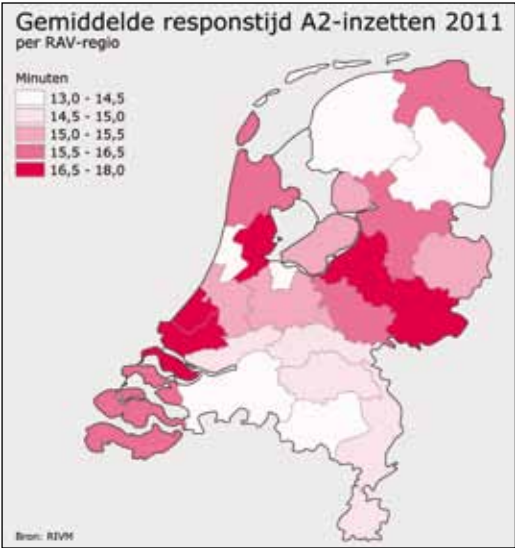
tabel 3.3.2: gemiddelde responstijd A2-inzetten per regio (in min:sec)

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

grafiek 3.3.2: gemiddelde responstijd A2-inzetten per regio



kaart 3.3.1: gemiddelde responstijd A2-inzetten per regio

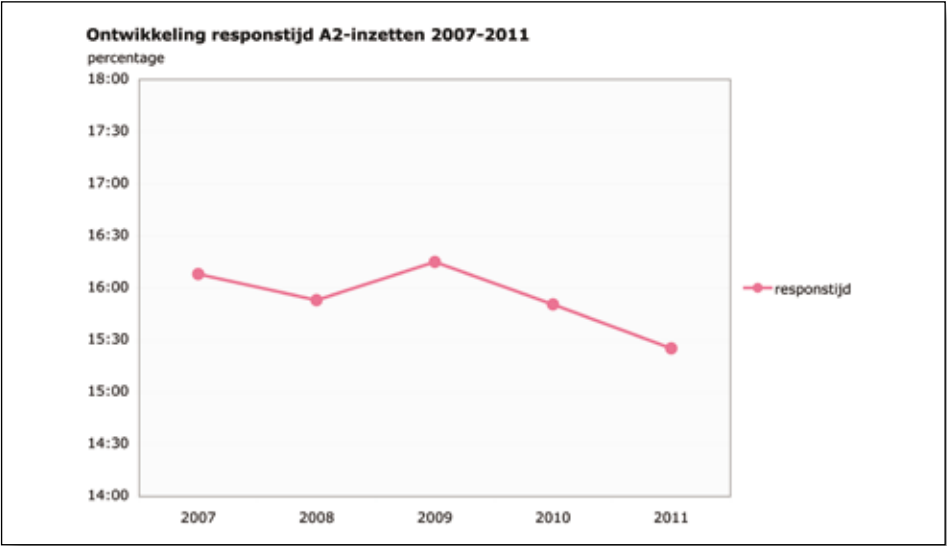


ontwikkeling responstijden

Over de jaren 2007 tot en met 2011 is de volgende variatie zichtbaar in de landelijk gemiddelde responstijd van A2-inzetten:

- de langste responstijd van 16:15 minuten is geregistreerd in 2009
- de kortste responstijd van 15:25 minuten is in 2011 gerealiseerd
- de responstijd over de afgelopen vijf jaren was gemiddeld 15:54 minuten
- een responstijd van 14:04 minuten kwam in 2011 het meest voor

grafiek 3.3.3: ontwikkeling responstijd A2-inzetten 2007-2011



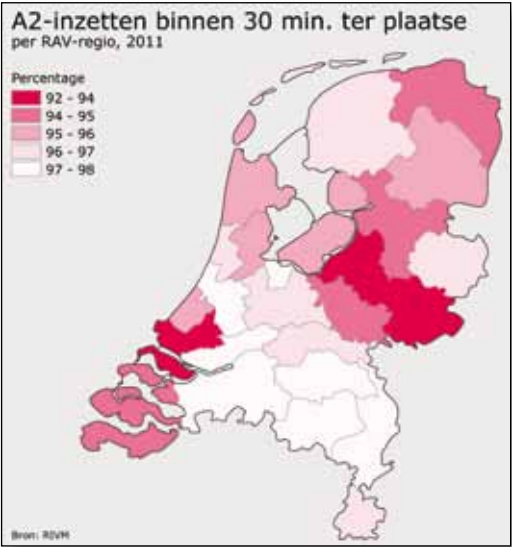
3.3.3 A2-inzetten binnen 30 minuten bij de patiënt

In 2011 was de ambulance bij gemiddeld 96,0% van de A2-inzetten binnen 30 minuten na het begin van de melding bij de patiënt aanwezig. Dit betekent een verbetering van 0,5% ten opzichte van 2010, toen het percentage 95,5% was.

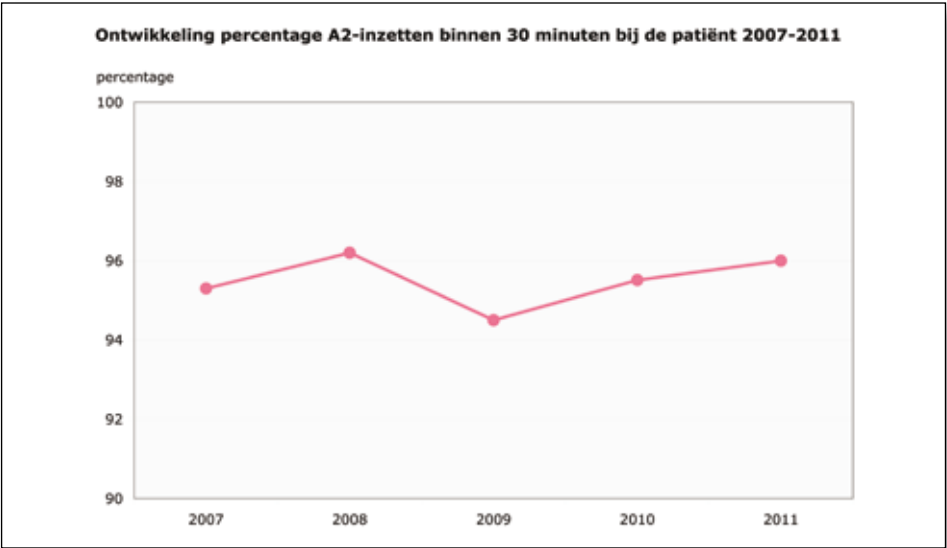
tabel 3.3.3: A2-inzetten binnen 30 minuten bij de patiënt per regio

	2011		2010		2009	
	aantal	%	aantal	%	aantal	%
Groningen	9.230	94,6%	7.295	93,8%	7.278	92,1%
Friesland	9.984	96,7%	7.465	96,9%	6.965	96,7%
Drenthe	14.906	95,8%	9.935	94,7%	9.629	95,7%
IJsselland	9.385	95,0%	8.631	96,6%	9.032	95,6%
Twente	12.701	96,3%	11.440	95,0%	11.031	94,8%
Noordoost Gelderland	13.248	91,9%	11.448	92,1%	10.320	88,5%
Gelderland Midden	9.207	94,4%	7.724	93,9%	7.110	94,3%
Gelderland Zuid	7.612	96,6%	6.847	96,5%	6.447	95,3%
Utrecht	20.654	96,7%	15.418	95,4%	14.954	94,6%
Noord-Holland Noord	7.292	95,2%	6.001	95,1%	5.837	94,9%
Amsterdam/Waterland	11.041	95,4%	8.574	94,6%	7.704	87,8%
Kennemerland	6.032	96,8%	4.799	96,2%	4.737	95,7%
Gooi- en Vechtstreek	2.125	97,6%	1.928	97,0%	1.886	96,4%
Haaglanden	13.469	95,8%	13.265	95,7%	13.100	93,0%
Hollands Midden	7.773	97,0%	5.722	97,4%	5.433	97,7%
Rotterdam-Rijnmond	17.146	94,0%	13.912	93,5%	11.827	92,2%
Zuid-Holland Zuid	6.441	97,7%	5.898	97,0%	5.620	97,1%
Zeeland	6.137	94,7%	4.957	94,3%	4.669	92,7%
Midden West Brabant	22.787	98,2%	18.659	97,7%	18.057	97,8%
Brabant Noord	12.230	97,1%	9.865	96,8%	9.592	96,0%
Zuidoost Brabant	9.746	97,7%	8.076	98,0%	7.253	97,6%
Limburg Noord	9.013	97,2%	7.242	96,2%	6.438	95,9%
Zuid Limburg	10.688	96,9%	8.614	95,8%	8.086	96,4%
Flevoland	5.233	95,2%	4.697	93,7%	4.686	94,3%
gewogen landelijk gemiddelde	254.080	96,0%	208.412	95,5%	197.691	94,5%

kaart 3.3.2: A2-inzetten binnen 30 minuten bij de patiënt per regio in 2011



grafiek 3.3.4: ontwikkeling percentage A2-inzetten binnen 30 minuten bij de patiënt 2007-2011



differentiatie in responstijden

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

96,0% van de A2-inzetten was in 2011 binnen 30 minuten aanwezig,
95% van de A2-inzetten was in 2011 binnen 29 minuten aanwezig.

tabel 3.3.4: percentage A2-inzetten binnen 25, 30 en 35 minuten bij de patiënt per regio in 2011

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

responstijden en de aard van het gebied

In 2011 is 45,8% van de A2-inzetten in stedelijk gebied uitgevoerd, 19,1% vond plaats in matig stedelijk gebied en 35,2% in het perifeer gebied.
De aard van het gebied is van invloed op de responstijden, de verschillen worden zichtbaar in onderstaande tabel.

tabel 3.3.5: responstijden A2-inzetten in stedelijk en niet-stedelijk gebied

	stedelijk gebied	matig stedelijk gebied	plattelands- gebied	totaal
20 minuten	83,0%	80,5%	75,2%	79,7%
25 minuten	92,4%	91,6%	89,3%	91,1%
29 minuten	96,0%	95,6%	94,4%	95,3%
30 minuten	96,6%	96,2%	95,2%	96,0%
31 minuten	97,0%	96,7%	95,8%	96,5%
35 minuten	98,2%	98,1%	97,5%	97,9%
40 minuten	99,0%	98,9%	98,6%	98,9%
2011: 30 minuten	96,6%	96,2%	95,2%	96,0%

3.3.4 tijdsduur aanname en uitgifte A2-inzetten

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

In 2011 was de landelijk gemiddelde tijdsduur aanname en uitgifte van A2-inzetten 3:14 minuten en daarmee elf seconden korter dan de 3:25 minuten in 2010.

tabel 3.3.6: gemiddelde tijdsduur aanname en uitgifte A2-inzetten per regio (in min:sec)

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

ontwikkeling tijdsduur aanname en uitgifte

Over de jaren 2007 tot en met 2011 is de volgende variatie zichtbaar in de landelijk gemiddelde tijdsduur aanname en uitgifte van A2-inzetten:

- de langste tijdsduur aanname en uitgifte van 3:25 minuten is geregistreerd in 2010
- de kortste tijdsduur aanname en uitgifte van 3:14 minuten is in 2011 gerealiseerd
- de tijdsduur aanname en uitgifte over de afgelopen vijf jaren was gemiddeld 3:19 minuten

Een en ander is visueel weergegeven in grafiek 3.3.5 op pagina 59.

3.3.5 uitruktijd A2-inzetten

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

In 2011 was de landelijk gemiddelde uitruktijd van A2-inzetten 1:19 minuten en daarmee nagenoeg gelijk aan de 1:20 minuten in 2010.

tabel 3.3.7: gemiddelde uitruktijd A2-inzetten per regio (in min:sec)

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

ontwikkeling uitruktijden

Over de jaren 2007 tot en met 2011 is een daling zichtbaar van de landelijk gemiddelde uitruktijd van A2-inzetten: deze is met ruim een minuut gedaald van 2:14 minuten in 2007 tot 1:19 minuten in 2011. De uitruktijd van A2-inzetten bedroeg in de afgelopen vijf jaren gemiddeld 1:42 minuten.

Een en ander is visueel weergegeven in grafiek 3.3.5 op pagina 59.

3.3.6 aanrijtijd A2-inzetten

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

In 2011 was de landelijk gemiddelde aanrijtijd van A2-inzetten 10:37 minuten en daarmee 14 seconden lager dan de gemiddelde aanrijtijd van 10:51 minuten in 2010.

tabel 3.3.8: gemiddelde aanrijtijd A2-inzetten per regio (in min:sec)

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

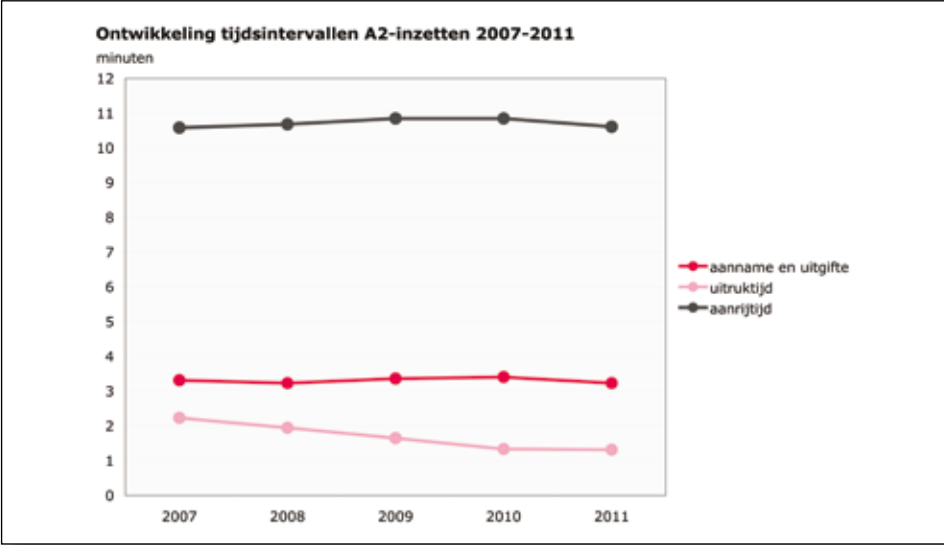
ontwikkeling aanrijtijden

Over de jaren 2007 tot en met 2011 is de volgende variatie zichtbaar in de landelijk gemiddelde aanrijtijd van A2-inzetten:

- de langste aanrijtijd van 10:51 minuten is geregistreerd in 2009 en 2010
- de kortste aanrijtijd van 10:35 minuten is in 2007 gerealiseerd
- de aanrijtijd over de afgelopen vijf jaren was gemiddeld 10:43 minuten

Onderstaand is de ontwikkeling van de tijdsduur aanname en uitgifte, de uitruktijd en de aanrijtijd van A2-ritten over de jaren 2007 tot en met 2011 visueel weergegeven.

grafiek 3.3.5: ontwikkeling tijdsintervallen A2-inzetten 2007-2011



Het product ambulancezorg in 2011

Ambulancezorg in Nederland doet zich in verschillende verschijningsvormen voor. Dit hoofdstuk beschrijft de verleende ambulancezorg in 2011, in soorten en aantallen inzetten.

4.1 spoedeisende en planbare ambulancezorg

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

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

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

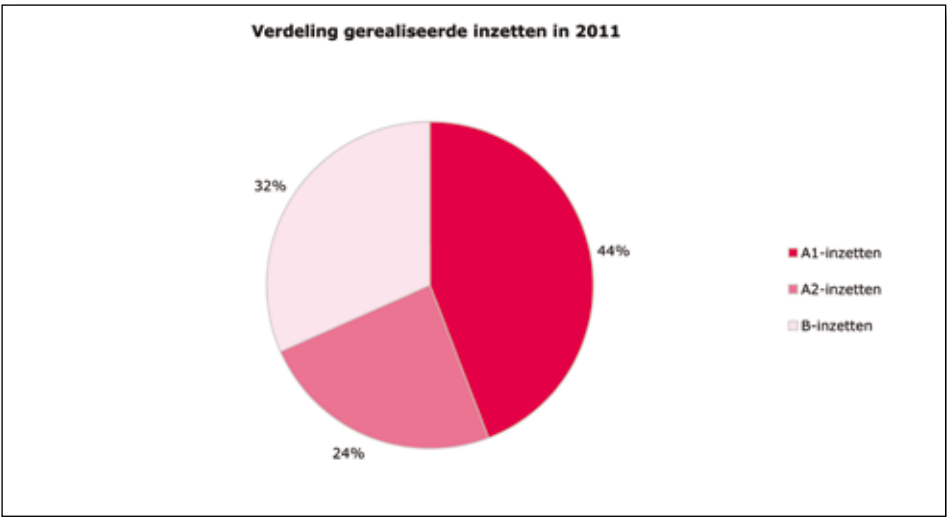
Bij planbare ambulancezorg wordt altijd een patiënt vervoerd, bij spoedeisende ambulancezorg is dit niet altijd noodzakelijkerwijs het geval. In beide gevallen wordt de patiënt liggend vervoerd en heeft deze onderweg zorg nodig.

De mate van urgentie (is het een spoedeisende of een planbare inzet?) zegt niets over de complexiteit van de zorg. Deze varieert van hoog- tot laagcomplex bij zowel planbare als spoedeisende ambulancezorg. MICU-ritten en IC-transport zijn voorbeelden van hoogcomplex planbare zorg.

4.1.1 overall beeld aantal inzetten landelijk

In 2011 zijn ambulances in Nederland 1.084.426 keer ingezet door ambulanceorganisaties om spoedeisende of planbare ambulancezorg te verlenen.

grafiek 4.1.1: verdeling gerealiseerde inzetten in 2011

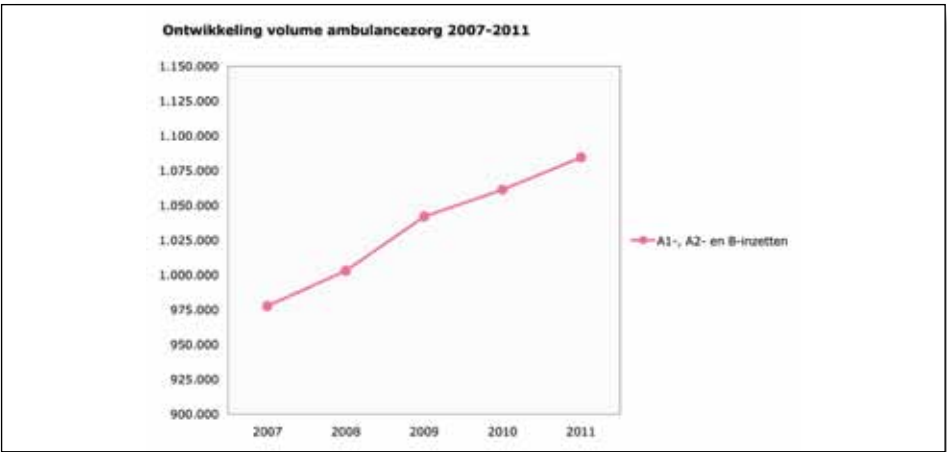


tabel 4.1.1: volume spoedeisende en planbare ambulancezorg door de jaren heen

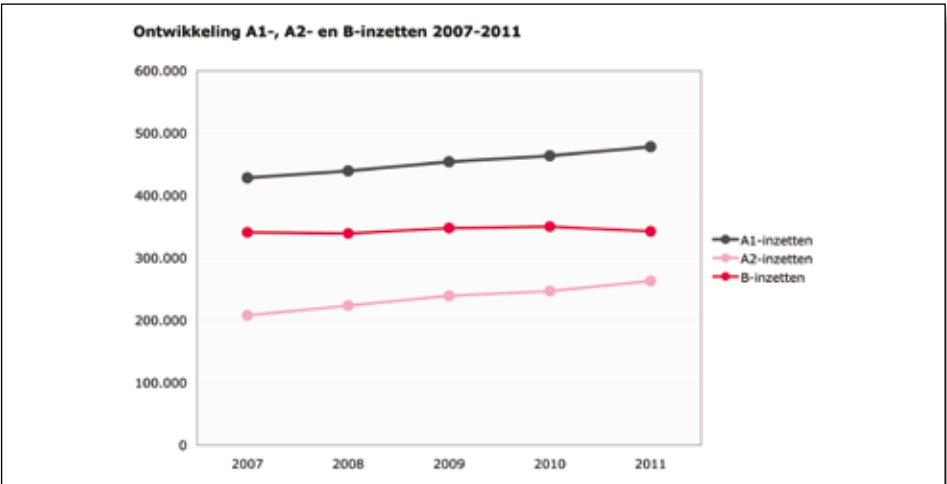
	2011	2010	2009
A1-inzetten	478.331	463.913	454.309
A2-inzetten	263.257	247.008	239.572
B-inzetten	342.838	350.347	348.085
alle inzetten	1.084.426	1.061.268	1.041.966

Het volume ambulancezorg neemt ieder jaar toe. Er is sprake van een absolute groei van 106.766 inzetten (van 977.660 in 2007 tot 1.084.426 in 2011), dit is een groei van 10,9%. De groei bedroeg in deze periode gemiddeld 2,7% per jaar.

grafiek 4.1.2: ontwikkeling volume ambulancezorg 2007-2011



grafiek 4.1.3: ontwikkeling A1-, A2- en B-inzetten 2007-2011



4.1.2 overall beeld aantal inzetten op regioniveau

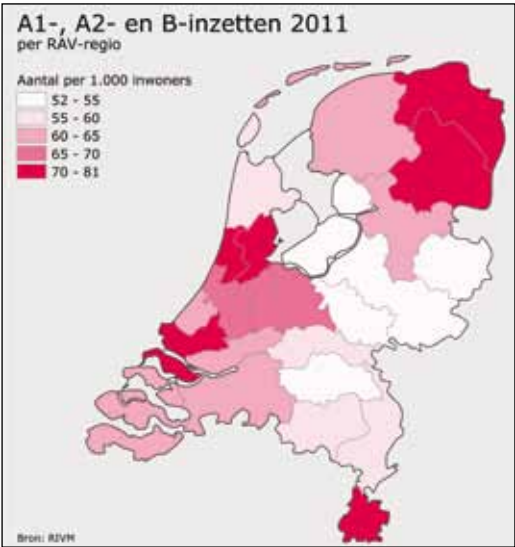
Het aantal inzetten verschilt sterk per regio. Dit heeft te maken met een veelheid aan lokale factoren zoals de omvang en oppervlakte van een regio, het aantal inwoners, de bevolkingsdichtheid, de mate van stedelijkheid, de aanwezigheid van gezondheidsinstellingen en het karakter hiervan en de mate waarin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

Op een gemiddelde dag vinden in Nederland in totaal 2.971 inzetten plaats:

- 1.310 A1-inzetten
- 721 A2-inzetten
- 939 B-inzetten.

Onderstaande kaart geeft per regio weer hoeveel inzetten in 2011 per 1.000 inwoners zijn uitgevoerd:

kaart 4.1.1: aantal A1-, A2- en B-inzetten per regio per 1.000 inwoners in 2011



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

- in kolom 4 staat het totaal van de regio.
- in kolom 5 is het regionale aandeel in het landelijke totaal weergegeven.
- in kolom 6 en 7 staan de landelijke totalen over 2010 en 2009.

tabel 4.1.2: aantallen inzetten per regio

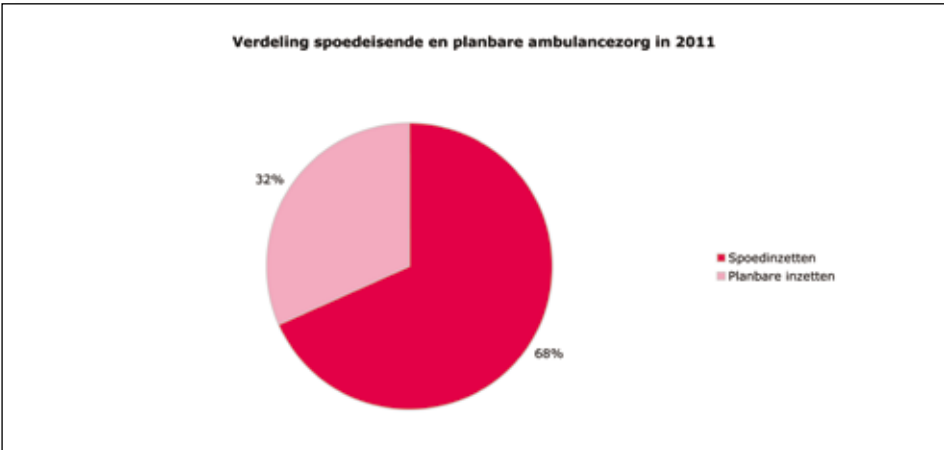
	2011				2010	2009
	aantal A1- inzetten	aantal A2- inzetten	aantal B- inzetten	totaal landelijk t.o.v regionaal	totaal	totaal
Groningen	20.565	9.686	16.291	46.542 4,29%	46.015	44.157
Friesland	16.733	10.292	13.384	40.409 3,73%	39.680	38.439
Drenthe	10.404	15.486	8.872	34.762 3,21%	33.451	32.385
IJsselland	11.893	9.761	10.700	32.354 2,98%	32.572	31.636
Twente	10.301	13.155	10.262	33.718 3,11%	31.948	31.583
Noordoost Gelderland	17.417	14.284	11.193	42.894 3,96%	41.785	39.923
Gelderland Midden	14.433	9.687	10.311	34.431 3,18%	34.225	32.516
Gelderland Zuid	13.114	7.860	10.994	31.968 2,95%	32.309	31.809
Utrecht	28.693	21.172	33.867	83.732 7,72%	85.152	87.333
Noord-Holland Noord	19.509	7.601	9.860	36.970 3,41%	33.461	85.273
Amsterdam/Waterland	57.546	11.478	34.949	103.973 9,59%	101.472	100.831
Kennemerland	21.875	6.197	10.959	39.031 3,60%	37.924	38.094
Gooi- en Vechtstreek	7.903	2.171	6.001	16.075 1,48%	15.580	15.832
Haaglanden	37.657	14.023	14.480	66.160 6,10%	64.338	64.828
Hollands Midden	25.760	7.996	16.030	49.786 4,59%	47.529	47.467
Rotterdam-Rijnmond	45.299	18.059	34.743	98.101 9,05%	97.681	93.579
Zuid-Holland Zuid	13.680	6.580	9.653	29.913 2,76%	30.059	28.638
Zeeland	11.608	6.424	5.715	23.747 2,19%	23.042	22.887
Midden West Brabant	22.816	23.150	19.478	65.444 6,03%	64.226	60.879
Brabant Noord	12.372	12.559	10.077	35.008 3,23%	33.514	32.320
Zuidoost Brabant	17.652	9.944	14.350	41.946 3,87%	41.001	38.967
Limburg Noord	11.932	9.233	7.814	28.979 2,67%	29.110	27.486
Zuid Limburg	17.416	10.989	18.557	46.962 4,33%	44.310	44.539
Flevoland	11.753	5.470	4.298	21.521 1,98%	20.884	20.565
totaal 2011	478.331	263.257	342.838	1.084.426 100%		
<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>

4.1.3 spoedeisende ten opzichte van planbare ambulancezorg

verhouding spoedeisende en planbare ambulancezorg

De spoedeisende ambulancezorg bedraagt over het algemeen ongeveer tweederde deel van de totale ambulancezorg: in 2011 was 68,4% spoedeisende ambulancezorg en 31,6% planbare ambulancezorg.

grafiek 4.1.4: verdeling spoedeisende en planbare ambulancezorg in 2011

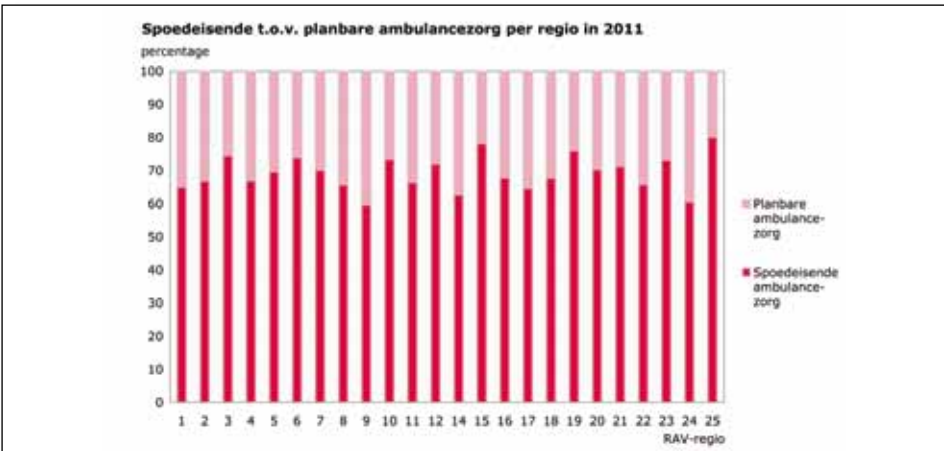


Bovenstaande grafiek geeft het landelijke gemiddelde weer.

Regionaal varieerde het aandeel B-inzetten (de planbare ambulancezorg) in 2011 van 20,0% tot 40,4%. Dit regionale verschil heeft onder andere te maken met het aantal grote gespecialiseerde ziekenhuizen in een regio.

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

grafiek 4.1.5: spoedeisende ten opzichte van planbare ambulancezorg per regio in 2011



tabel 4.1.3: spoedeisende ten opzichte van planbare ambulancezorg per regio in 2011

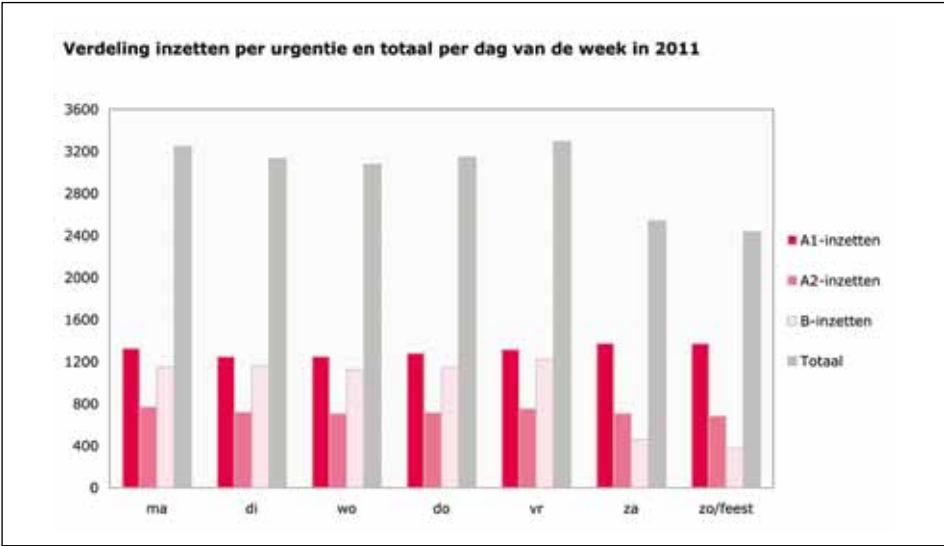
	% spoedeisende ambulancezorg tov het totaal	% planbare ambulancezorg tov het totaal
Groningen	65,0%	35,0%
Friesland	66,9%	33,1%
Drenthe	74,5%	25,5%
IJsselland	66,9%	33,1%
Twente	69,6%	30,4%
Noordoost Gelderland	73,9%	26,1%
Gelderland Midden	70,1%	29,9%
Gelderland Zuid	65,6%	34,4%
Utrecht	59,6%	40,4%
Noord-Holland Noord	73,3%	26,7%
Amsterdam/Waterland	66,4%	33,6%
Kennemerland	71,9%	28,1%
Gooi- en Vechtstreek	62,7%	37,3%
Haaglanden	78,1%	21,9%
Hollands Midden	67,8%	32,2%
Rotterdam-Rijnmond	64,6%	35,4%
Zuid-Holland Zuid	67,7%	32,3%
Zeeland	75,9%	24,1%
Midden West Brabant	70,2%	29,8%
Brabant Noord	71,2%	28,8%
Zuidoost Brabant	65,8%	34,2%
Limburg Noord	73,0%	27,0%
Zuid Limburg	60,5%	39,5%
Flevoland	80,0%	20,0%
totaal 2011	68,4%	31,6%
<i>totaal 2010</i>	<i>67,0%</i>	<i>33,0%</i>
<i>totaal 2009</i>	<i>66,6%</i>	<i>33,4%</i>

ambulancezorg en dagen van de week

In 2011 hebben de meeste inzetten (spoedeisend en planbaar) plaatsgevonden op maandag 19 december en de minste op zaterdag 30 juli.

Er is een duidelijk verschil tussen spoedeisende en planbare ambulancezorg, zoals blijkt uit onderstaande grafiek. Hierin is het aantal inzetten per dag van de week in 2011 weergegeven. Duidelijk wordt dat de planbare ambulancezorg vooral op werkdagen plaatsvindt. Desalniettemin is er een trend zichtbaar richting meer planbare ambulancezorg op zaterdag. De spoedeisende ambulancezorg is min of meer evenwichtig verdeeld over de verschillende dagen van de week.

grafiek 4.1.6: verdeling inzetten per urgentie en totaal per dag van de week in 2011



tabel 4.1.4: top 3 drukke en rustige dagen spoedeisende ambulancezorg in 2011 (A1- & A2-urgentie)

top 3 drukke dagen		top 3 rustige dagen	
1	zaterdag 1 januari	zondag 24 juli	
2	zaterdag 30 april	dinsdag 9 augustus	
3	maandag 19 december	dinsdag 26 juli	

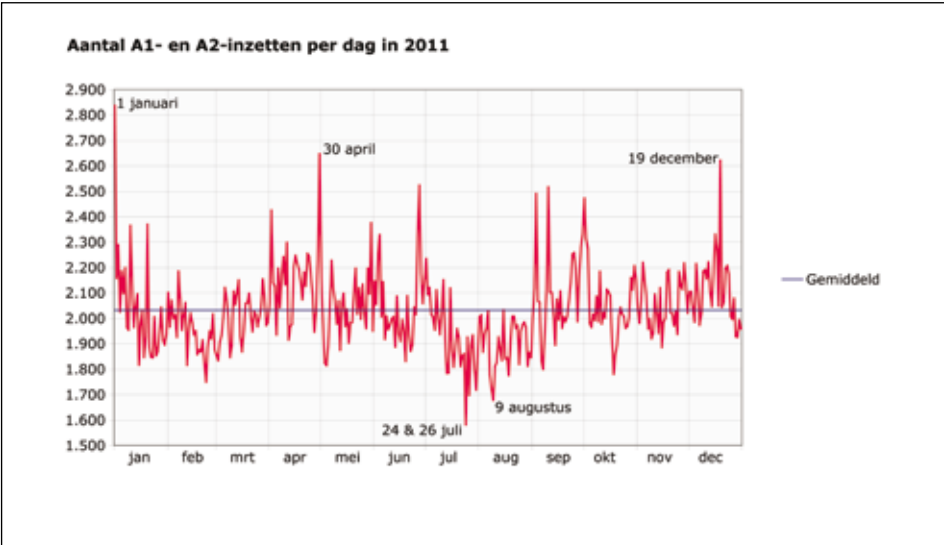
De drukste dag voor de spoedeisende ambulancezorg in 2011 was zaterdag 1 januari. Opvallend is ook een drukke dag op zaterdag 30 april en maandag 19 december.

De rustigste dag voor de spoedeisende ambulancezorg in 2011 was zondag 24 juli. Deze dag viel, evenals de andere rustigste dagen, midden in de zomer en vakantieperiode.

Het beeld voor rustig en druk wijkt voor de planbare ambulancezorg wat af. De meeste B-inzetten hebben niet op 1 januari, een feestdag, plaatsgevonden, maar op een gewone werkdag: vrijdag 7 januari.

Ook voor de B-inzetten viel de rustigste dag midden in de zomerperiode: zondag 7 augustus. De twee andere rustigste dagen waren eveneens in de zomer: zondag 28 augustus en donderdag 4 augustus.

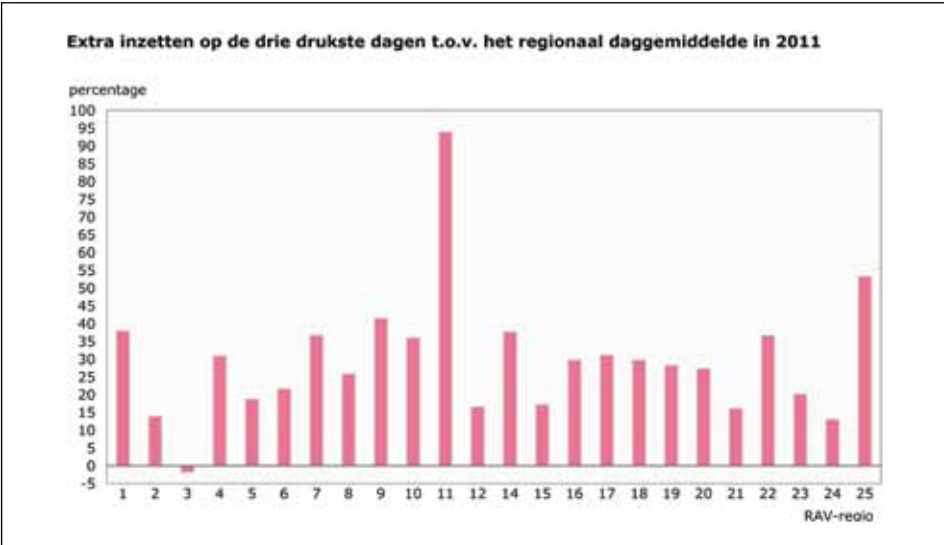
grafiek 4.1.7: aantal A1- en A2-inzetten per dag in 2011



Deze drukke en rustige dagen weerspiegelen het gemiddelde in Nederland, dit is bepaald aan de hand van een meerjarengemiddelde en drukt het aantal inzetten per inwoner uit.

Regionaal wordt afgeweken van het Nederlands gemiddelde, zoals uit onderstaande grafiek blijkt:

grafiek 4.1.8: drukke dagen per regio ten opzichte van het Nederlands gemiddelde in 2011



ambulancezorg en aard van het gebied

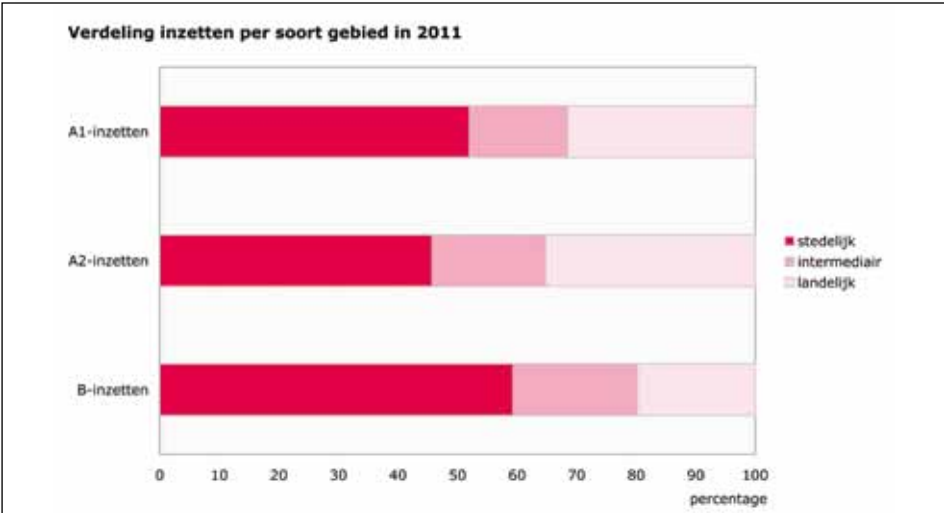
De meeste ambulance-inzetten vinden plaats binnen stedelijk gebied of richting stedelijk gebied (53%), dat geldt vooral voor de B-inzetten (59%). B-inzetten vinden immers vaak plaats tussen en vanuit gezondheidszorginstellingen.

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

tabel 4.1.5: verdeling inzetten per soort gebied in 2011

	stedelijk gebied	matig stedelijk gebied	perifeer gebied
A1-inzetten	52,0%	16,5%	31,5%
A2-inzetten	45,8%	19,1%	35,2%
B-inzetten	59,3%	20,9%	19,8%
totaal 2011	52,8%	18,5%	28,7%
totaal 2010	53,2%	18,3%	28,5%
totaal 2009	53,4%	18,1%	28,5%

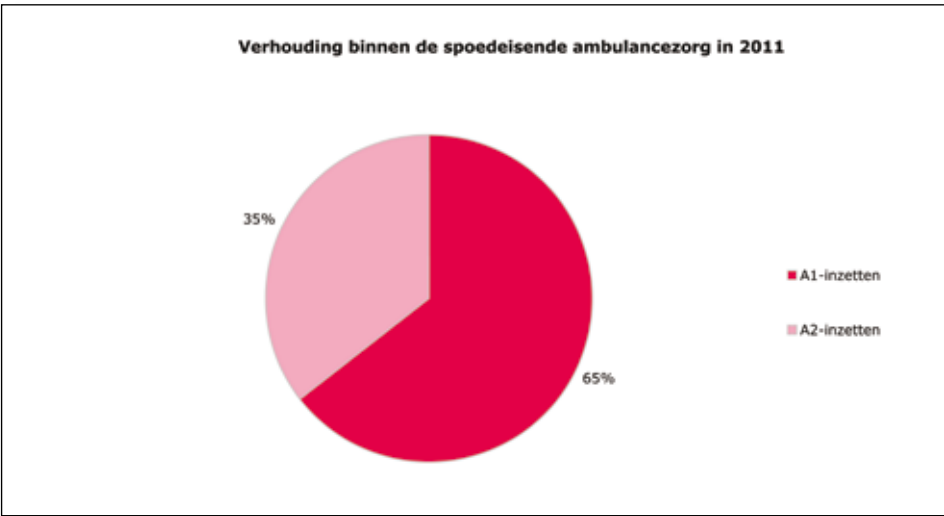
grafiek 4.1.9: verdeling inzetten per soort gebied in 2011



4.1.4 spoedeisende ambulancezorg: A1 ten opzichte van A2

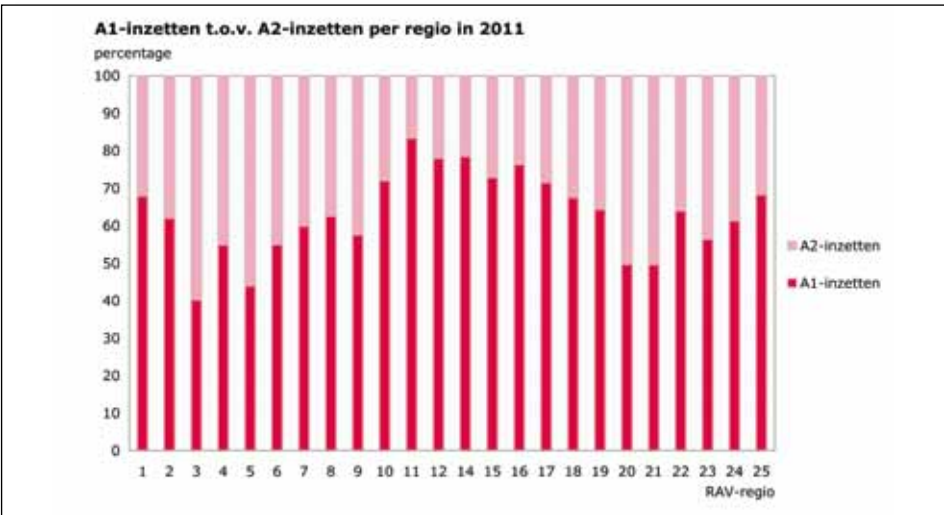
Al jaren is zichtbaar dat er over het algemeen ongeveer tweemaal zoveel A1-inzetten plaatsvinden als A2-inzetten. Ook in 2011 was dat weer het geval: binnen de spoedeisende ambulancezorg betrof 64,5% A1-inzetten en 35,5% A2-inzetten.

grafiek 4.1.10: verhouding binnen spoedeisende ambulancezorg in 2011



Deze verhouding is een landelijk gemiddelde. Regionaal varieert het percentage A1-inzetten van 40,2% tot 78,4%, zoals blijkt uit de navolgende tabel en grafiek.

grafiek 4.1.11: A1-inzetten ten opzichte van A2-inzetten per regio in 2011



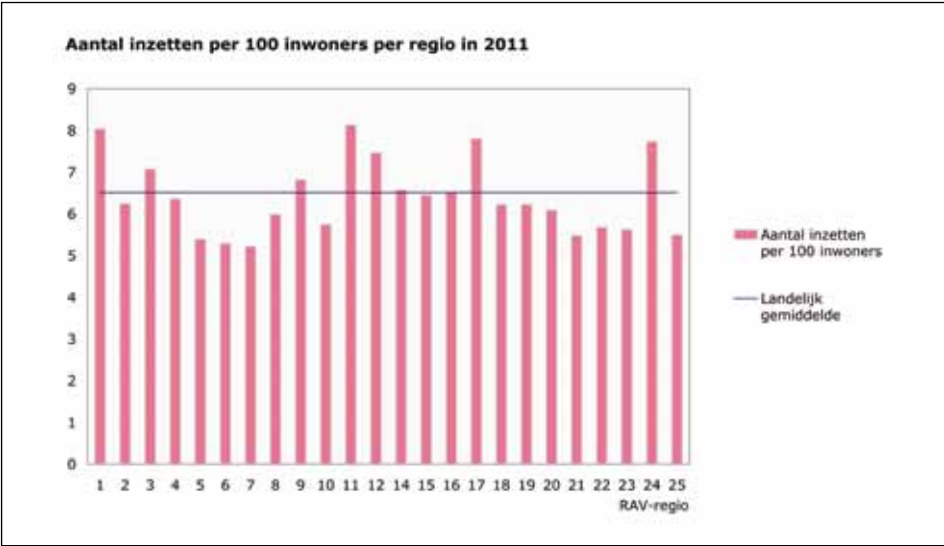
tabel 4.1.6: A1-inzetten ten opzichte van A2-inzetten per regio in 2011

	% A1-inzetten tov spoedeisende ambulancezorg totaal	% A2-inzetten tov spoedeisende ambulancezorg totaal
Groningen	68,0%	32,0%
Friesland	61,9%	38,1%
Drenthe	40,2%	59,8%
IJsselland	54,9%	45,1%
Twente	43,9%	56,1%
Noordoost Gelderland	54,9%	45,1%
Gelderland Midden	59,8%	40,2%
Gelderland Zuid	62,5%	37,5%
Utrecht	57,5%	42,5%
Noord-Holland Noord	72,0%	28,0%
Amsterdam/Waterland	83,4%	16,6%
Kennemerland	77,9%	22,1%
Gooi- en Vechtstreek	78,4%	21,6%
Haaglanden	72,9%	27,1%
Hollands Midden	76,3%	23,7%
Rotterdam-Rijnmond	71,5%	28,5%
Zuid-Holland Zuid	67,5%	32,5%
Zeeland	64,4%	35,6%
Midden West Brabant	49,6%	50,4%
Brabant Noord	49,6%	50,4%
Zuidoost Brabant	64,0%	36,0%
Limburg Noord	56,4%	43,6%
Zuid Limburg	61,3%	38,7%
Flevoland	68,2%	31,8%
totaal 2011	64,5%	35,5%
<i>totaal 2010</i>	<i>65,3%</i>	<i>34,7%</i>
<i>totaal 2009</i>	<i>65,5%</i>	<i>34,5%</i>

4.1.5 ambulancezorg en het aantal inwoners

Gemiddeld hebben in 2011 65 inzetten per 1.000 inwoners plaatsgevonden, 44 hiervan hadden een A1-of A2-urgentie.

grafiek 4.1.12: aantal inzetten per 1.000 inwoners per regio in 2011



Het RIVM heeft vastgesteld, in het Nationaal Kompas Volksgezondheid¹, dat het zorggebruik ambulancezorg in Nederland per 1.000 inwoners in de periode van 2001 tot en met 2010 met bijna 27% is toegenomen (50,5 inzetten per 1.000 inwoners in 2001 en 64 inzetten per 1.000 inwoners in 2010). Dit komt overeen met een gemiddelde toename van 2,7% per jaar.

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

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):

tabel 4.1.7: aantal inwoners ten opzichte van het aantal inzetten per regio in 2011

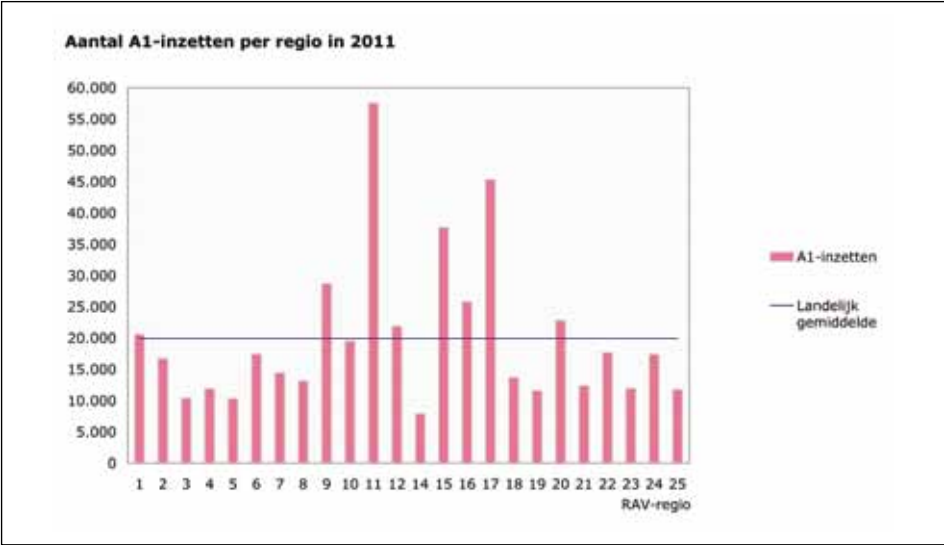
	aantal inwoners	aantal spoed- inzetten	% spoed- inzetten	aantal B- inzetten	% B- inzetten	totaal inzetten	% alle inzetten
Groningen	579.034	30.251	5,2%	16.291	2,8%	46.542	8,0%
Friesland	647.587	27.025	4,2%	13.384	2,1%	40.409	6,2%
Drenthe	491.411	25.890	5,3%	8.872	1,8%	34.762	7,1%
IJsselland	530.000	21.654	4,1%	10.700	2,0%	32.354	6,1%
Twente	636.302	23.456	3,7%	10.262	1,6%	33.718	5,3%
Noordoost Gelderland	811.739	31.701	3,9%	11.193	1,4%	42.894	5,3%
Gelderland Midden	659.449	24.120	3,7%	10.311	1,6%	34.431	5,2%
Gelderland Zuid	534.234	20.974	3,9%	10.994	2,1%	31.968	6,0%
Utrecht	1.228.794	49.865	4,1%	33.867	2,8%	83.732	6,8%
Noord-Holland Noord	643.839	27.110	4,2%	9.860	1,5%	36.970	5,7%
Amsterdam/Waterland	1.279.012	69.024	5,4%	34.949	2,7%	103.973	8,1%
Kennemerland	523.145	28.072	5,4%	10.959	2,1%	39.031	7,5%
Gooi- en Vechtstreek	244.916	10.074	4,1%	6.001	2,5%	16.075	6,6%
Haaglanden	1.026.469	51.680	5,0%	14.480	1,4%	66.160	6,4%
Hollands Midden	763.712	33.756	4,4%	16.030	2,1%	49.786	6,5%
Rotterdam-Rijnmond	1.273.854	63.358	5,0%	34.743	2,7%	98.101	7,7%
Zuid-Holland Zuid	479.632	20.260	4,2%	9.653	2,0%	29.913	6,2%
Zeeland	383.000	18.032	4,7%	5.715	1,5%	23.747	6,2%
Midden West Brabant	1.079.992	45.966	4,3%	19.478	1,8%	65.444	6,1%
Brabant Noord	641.339	24.931	3,9%	10.077	1,6%	35.008	5,5%
Zuidoost Brabant	742.191	27.596	3,7%	14.350	1,9%	41.946	5,7%
Limburg Noord	515.314	21.165	4,1%	7.814	1,5%	28.979	5,6%
Zuid Limburg	607.313	28.405	4,7%	18.557	3,1%	46.962	7,7%
Flevoland	395.500	17.223	4,4%	4.298	1,1%	21.521	5,4%
totaal 2011	16.717.778	741.588	4,4%	342.838	2,1%	1.084.426	6,5%
<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>

4.1.6 spoedeisende ambulancezorg: A1-inzetten

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

In 2011 hebben in Nederland 478.331 inzetten met A1-urgentie plaatsgevonden. Dit is een stijging met 14.418 inzetten ten opzichte van 2010. Het totaal aantal A1-inzetten is sinds 2007 met 11,7 % gestegen, dit is gemiddeld 2,9% per jaar (een en ander is visueel weergegeven in grafiek 4.1.3. op pagina 63).

grafiek 4.1.13: aantal A1-inzetten per regio in 2011

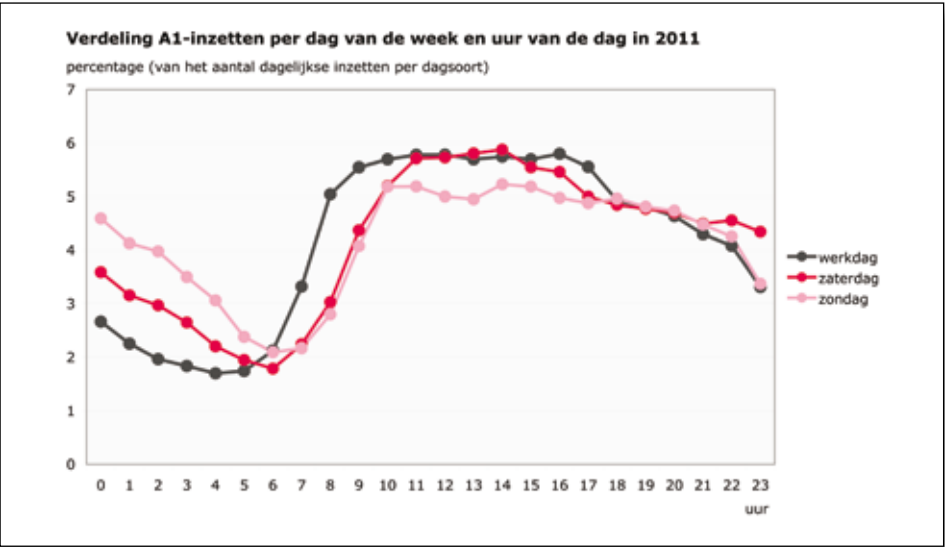


kaart 4.1.2: aantal A1-inzetten per regio per 1.000 inwoners in 2011



Op pagina 68 (in §4.1.3) is reeds ingegaan op de verdeling van de A1-inzetten per dag van de week. Een nadere analyse van de ritgegevens maakt duidelijk dat er in tegenstelling tot de voorgaande jaren geen duidelijke piek is in het aantal A1-inzetten. Wel is zichtbaar dat het van 9 tot 17 uur structureel druk is.

grafiek 4.1.14: verdeling A1-inzetten per dag van de week en uur van de dag in 2011



In 2011 hebben de meeste A1-inzetten (43,1%) overdag plaatsgevonden, 37,5% vond 's avonds plaats en 19,4% 's nachts.

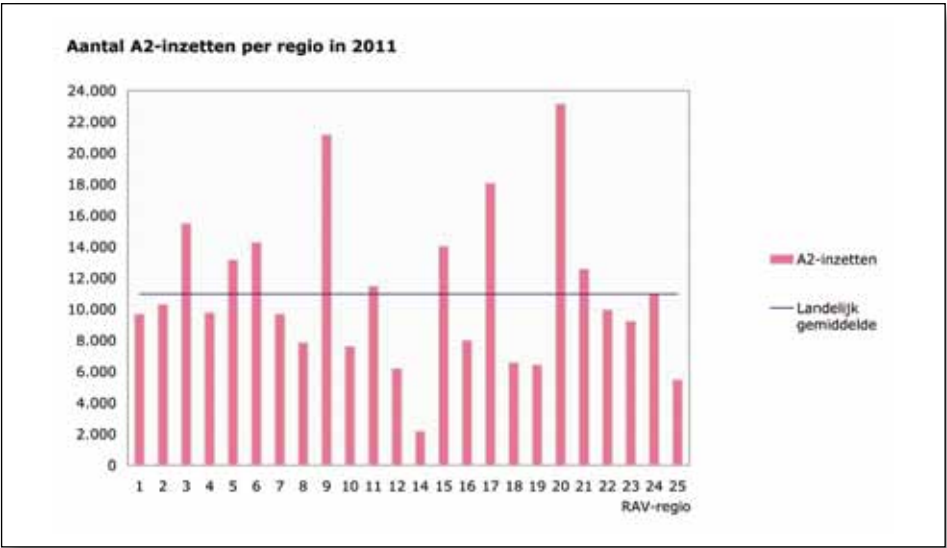
4.1.7 spoedeisende ambulancezorg: A2-inzetten

Een inzet met A2-urgentie is een (spoedeisende) rit in opdracht van de centralist van de meldkamer ambulancezorg. Naar aanleiding van de zorgvraag blijkt dat er geen sprake is van direct levensgevaar. Er kan echter wel sprake zijn van (ernstige) gezondheidsschade. Evenals bij een inzet met A1-urgentie dient de ambulance ook bij een inzet met A2-urgentie zo spoedig mogelijk ter plaatse te zijn. Indien wenselijk kan gebruik gemaakt worden van optische en geluidssignalen. Dit in 2011 tenminste 24.765 maal gedaan.

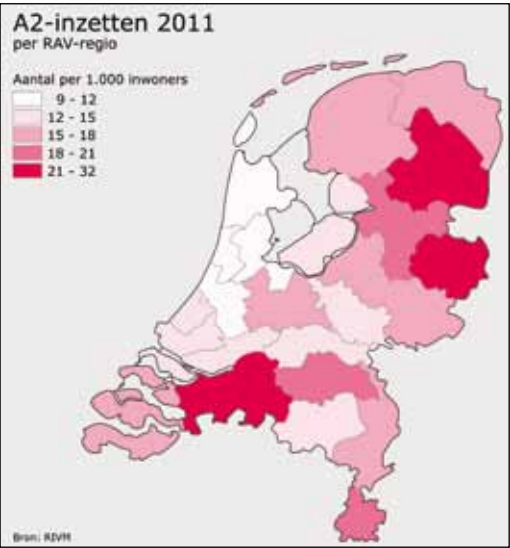
Voorbeelden van inzetten met A2-urgentie betreffen patiënten die veel pijn hebben als gevolg van een blindedarmontsteking en bij veel sportongevallen. Ook spoedoverplaatsingen tussen verschillende zorginstellingen vinden plaats met A2-urgentie. Directe inzet van de ambulancezorg is dan noodzakelijk, maar aangezien er wel adequate hulp bij de patiënt aanwezig is hoeft niet voor een A1-urgentie gekozen te worden. Een voorbeeld is een kind dat door de ouders naar het ziekenhuis is gebracht met acute hoofdpijn en overgeplaatst moet worden naar een ander ziekenhuis.

In 2011 hebben in Nederland 263.257 inzetten met A2-urgentie plaatsgevonden. Dit is een stijging van 16.249 inzetten ten opzichte van 2010. Het aantal A2-inzetten is sinds 2007 met 26,5% gestegen, dit is gemiddeld 6,6% per jaar (een en ander is visueel weergegeven in grafiek 4.1.3. op pagina 63).

grafiek 4.1.15: aantal A2-inzetten per regio in 2011

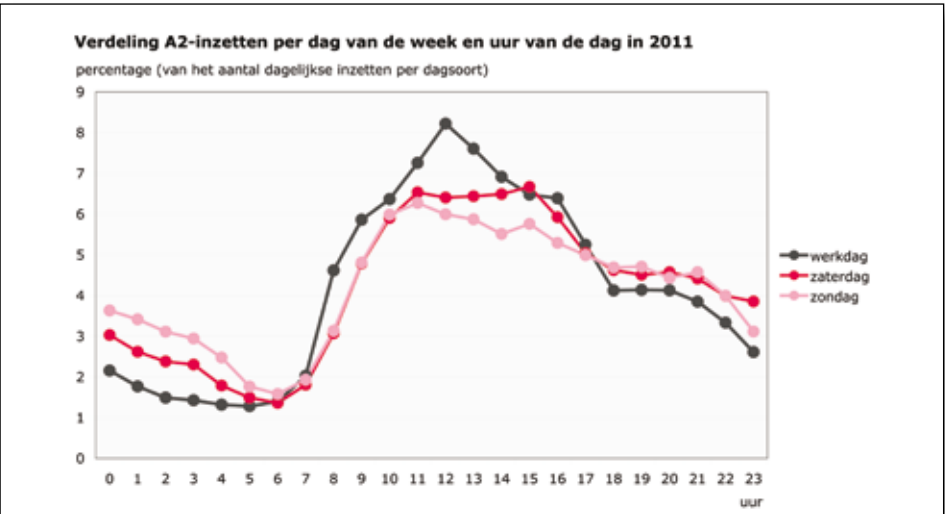


kaart 4.1.3: aantal A2-inzetten per regio per 1.000 inwoners in 2011



Op pagina 68 (§4.1.3) is reeds ingegaan op de verdeling van de A2-inzetten per dag van de week. Een nadere analyse van de ritgegevens maakt duidelijk dat er een piek is in het aantal A2-inzetten op werkdagen tussen 11 en 14 uur.

grafiek 4.1.16: verdeling A2-inzetten per dag van de week en uur van de dag in 2011



In 2011 hebben de meeste A2-inzetten (50,5%) overdag plaatsgevonden. 39,4% vond 's avonds plaats en 14,6% 's nachts.

4.1.8 spoedeisende ambulancezorg: rapid responders

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 brandweerfunctionaris of lekenhulpverlener (meer over de first responder in hoofdstuk 5).

Uit de registratie over 2011 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 op het vervoermiddel waar de rapid responder gebruik van maakt. Zo gebruikt men solo-ambulances, motorambulances en fietsambulances.

In 2011 hebben de 22 RAV-regio's 53.397 keer een rapid responder ingezet.

tabel 4.1.8: aantal inzetten rapid responder

	aantal inzetten	door aantal regio's
2011	53.397	22
2010	41.022	21
2009	37.195	20

4.1.9 planbare ambulancezorg: B-inzetten

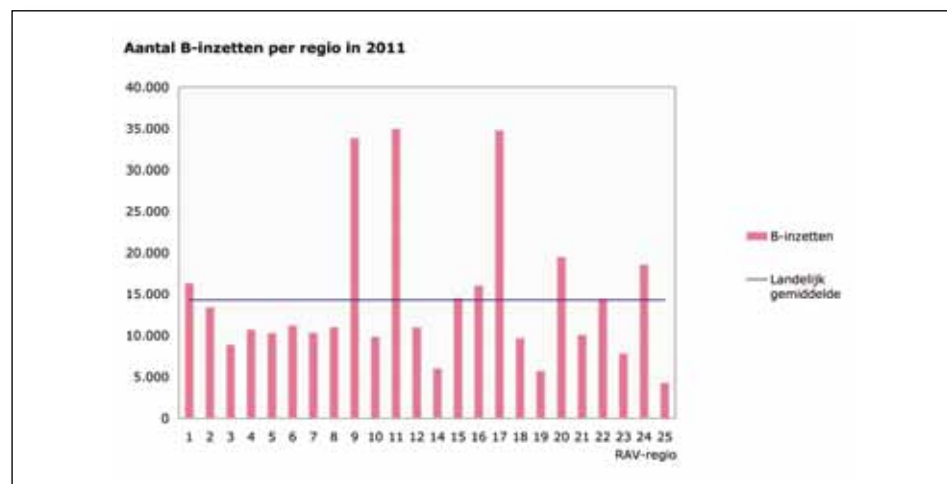
Over het algemeen wordt alle ambulancezorg, die geen spoedeisende ambulancezorg is, beschouwd als planbare ambulancezorg. Deze vorm van 'besteld vervoer' (B-inzetten) betreft veelal vervoer van patiënten tussen ziekenhuizen voor onderzoek; vervoer van patiënten die thuis opgehaald worden voor opname,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

Kenmerkend voor de planbare ambulancezorg is dat patiënten liggend vervoerd moeten worden en onderweg zorg nodig hebben. Er wordt geen gebruik gemaakt van optische en geluidssignalen. B-inzetten worden dan wel beschouwd als planbaar, maar in de praktijk zijn de inzetten lang niet allemaal even makkelijk planbaar. Het is vooraf niet altijd duidelijk wanneer een patiënt klaar is voor vervoer. Ook kan het vanuit het oogpunt van zorg niet wenselijk zijn dat een patiënt lang op vervoer naar huis moet wachten.

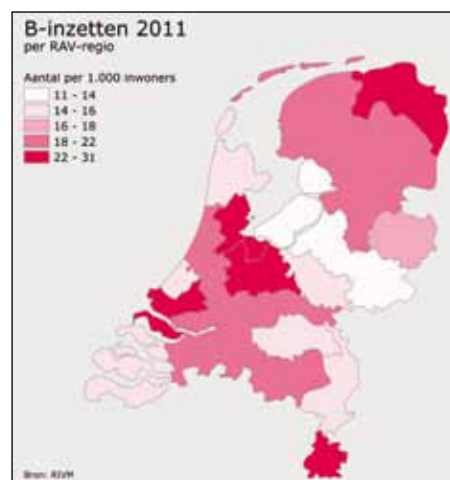
Daarnaast zijn de B-inzetten voor een deel ook tijdgebonden omdat sommige patiënten op een bepaald moment in een ziekenhuis moeten zijn, bijvoorbeeld voor een bestraling of MRI-onderzoek.

In 2011 hebben in Nederland 342.838 inzetten met B-urgentie plaatsgevonden. Dit is een daling van 7.509 inzetten ten opzichte van 2010. Het aantal B-inzetten is sinds 2007 met 0,46% gestegen, dit is gemiddeld 0,11% per jaar (een en ander is visueel weergegeven in grafiek 4.1.3. op pagina 63).

grafiek 4.1.17: aantal B-inzetten per regio in 2011

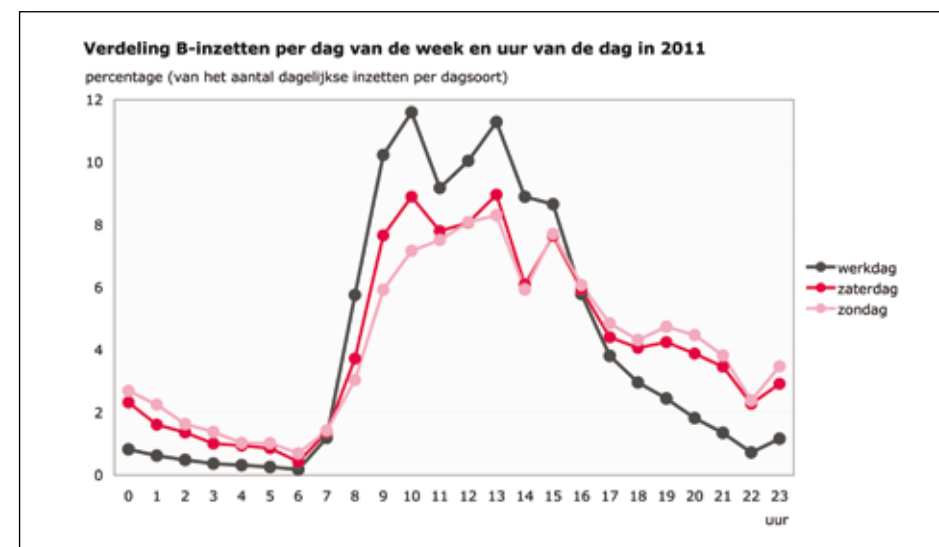


kaart 4.1.4: aantal B-inzetten per regio per 1.000 inwoners in 2011



Op pagina 68 (§4.1.3) is reeds ingegaan op de verdeling van de B-inzetten per dag van de week. Opvallend is dat de B-inzetten minder gelijkmatig verdeeld over de dagen van de week plaatsvinden dan de spoedeisende ambulancezorg. B-inzetten vinden in wat mindere mate in de weekenden plaats. Een nadere analyse van de ritgegevens maakt duidelijk dat er een piek is in het aantal B-inzetten op werkdagen van 9 uur tot 11 uur. Er is een tweede piek zichtbaar tussen 12 en 13 uur.

grafiek 4.1.18: verdeling B-inzetten per dag van de week en uur van de dag in 2011



In 2011 hebben de meeste B-inzetten overdag plaatsgevonden, 73,1%. Een klein deel heeft 's avonds plaatsgevonden, 21,7%. Het aantal B-inzetten gedurende de nacht is minimaal en betrof in 2011 5,1%, naar alle waarschijnlijkheid betreft dit inzetten tijdens de vroege ochtenduren.

4.1.10 inzetten voor een andere regio

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 sector ambulancezorg 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 2011 spoedeisende 10.455 inzetten voor elkaar uitgevoerd, dit is bijna 1% van het totaal aantal ritten. Circa 70% hiervan betrof inzetten met een A1-urgentie en 30% inzetten met A2-urgentie. Het gaat vooral om inzetten voor en door aangrenzende regio's.

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 buurregio's in het buitenland.

tabel 4.1.9: aantal spoedeisende inzetten voor en door andere regio's dan de eigen regio in 2011

	assistentie verleend aan andere regio's		assistentie ontvangen van andere regio's	
	A1	A2	A1	A2
Groningen	354	86	210	165
Friesland	245	112	50	36
Drenthe	212	240	459	132
IJsselland	1.029	687	270	229
Twente	34	25	85	27
Noordoost Gelderland	229	76	1.245	832
Gelderland Midden	498	233	207	66
Gelderland Zuid	312	143	300	88
Utrecht	202	44	345	58
Noord-Holland Noord	105	17	675	92
Amsterdam/Waterland	344	64	164	42
Kennemerland	636	75	246	46
Gooi- en Vechtstreek	215	18	56	46
Haaglanden	800	195	114	44
Hollands Midden	231	39	234	42
Rotterdam-Rijnmond	267	126	1.005	265
Zuid-Holland Zuid	332	115	165	46
Zeeland	108	28	82	23
Midden West Brabant	457	251	154	81
Brabant Noord	494	292	469	281
Zuidoost Brabant	46	15	114	80
Limburg Noord	171	112	501	330
Zuid Limburg	27	9	32	20
Flevoland	2	103	168	34
totaal 2011	7.350	3.105	7.350	3.105
<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>

4.1.11 MICU-ritten

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

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

In 2011 hadden de volgende RAV's/regio's een MICU-vergunning (verbonden aan het universitair centrum): Groningen en IJsselland (*Groningen*), Gelderland Zuid (*Nijmegen*), Utrecht (*Utrecht*), Amsterdam (*Amsterdam*), Rotterdam-Rijnmond (*Rotterdam*) en Zuid Limburg (*Maastricht*).

Sinds 2009 zijn alle zeven MICU-regio's actief, in 2008 waren dit nog slechts drie. In 2011 zijn 1.382 MICU-ritten uitgevoerd.

tabel 4.1.10: aantal MICU-ritten door MICU-regio's

	2011	2010	2009
Groningen	141	126	134
IJsselland	125	109	100
Gelderland Zuid	266	271	227
Utrecht	140	143	86
Amsterdam/Waterland	405	366	449
Rotterdam-Rijnmond	151	537	623
Zuid-Limburg	154	155	91
totaal	1.382	1.707	1.710

Het aantal MICU-ritten in 2011 is afgenomen ten opzichte van 2010 (1.707). Regio's geven aan dat er minder vaak behoefte lijkt te bestaan bij IC-afdelingen om patiënten over te plaatsen. Daarnaast komt het nog steeds voor dat intensive care afdelingen IC-patiënten laten vervoeren en overplaatsen met reguliere ambulances.

4.2 declarabele en overige inzetten

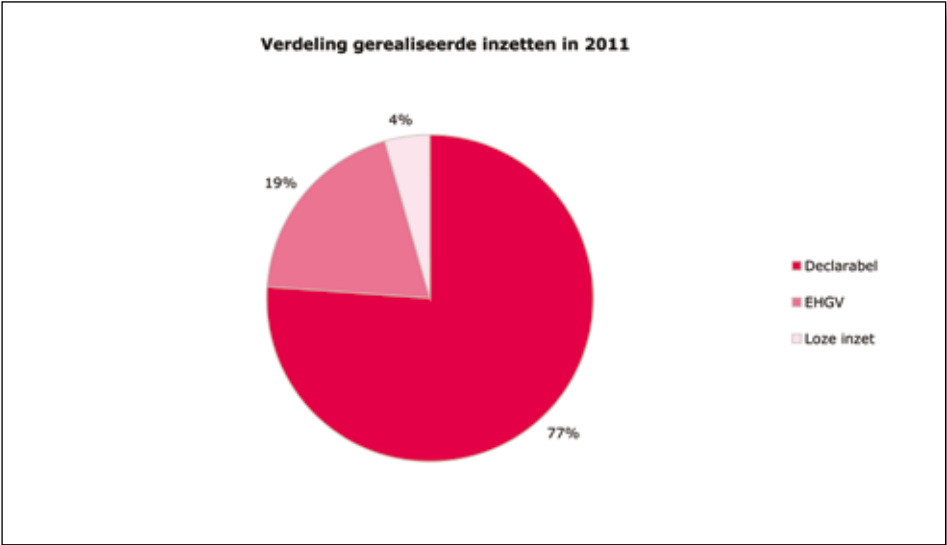
De ambulance-inzetten kunnen onderverdeeld worden naar urgentie zoals in §4.1 is gedaan, maar ook beschreven worden naar aard van de inzet. Dit betekent een onderscheid in declarabele inzetten, inzetten waarbij ter plaatse eerste hulp is verleend maar de patiënt niet is vervoerd (EHGV) en loze ritten.

Het totaal aantal {declarabele + EHGV + loze} ritten komt overeen met het totaal aantal {A1 + A2 + B-} inzetten.

4.2.1 overall beeld aantal inzetten

In 2011 zijn ambulances in Nederland 1.084.426 keer ingezet

grafiek 4.2.1: verdeling gerealiseerde inzetten in 2011



- Uit onderstaande tabel blijken de verschillen in aard van inzet per regio.
- in kolom 4 staat het totaal van de regio
 - in kolom 5 is het regionale aandeel in het landelijke totaal weergegeven
 - in kolom 6 en 7 staan de landelijke totalen over 2010 en 2009

tabel 4.2.2: aantallen inzetten per regio

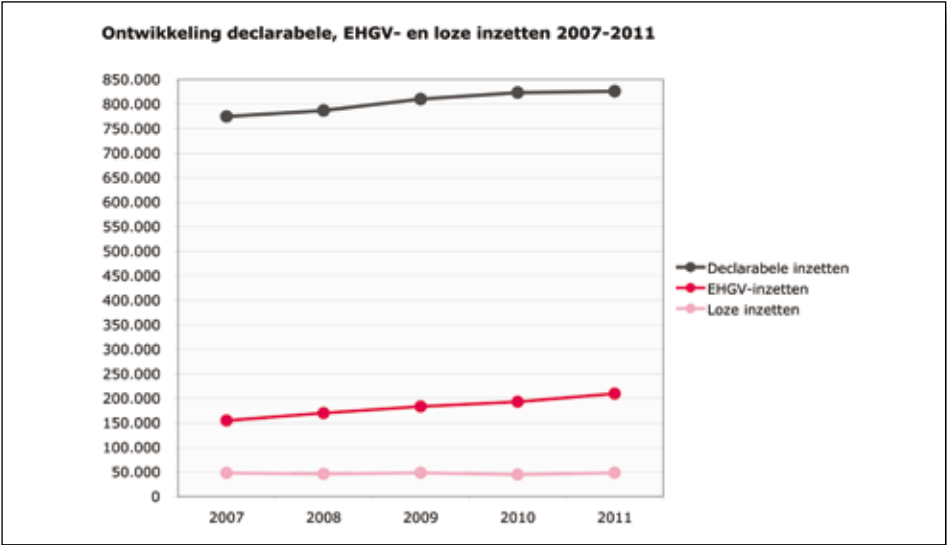
				2011		2010	2009
	aantal declarabele- inzetten	aantal EHGV- inzetten	aantal loze inzetten	totaal	regionaal %	totaal	totaal
Groningen	37.723	6.615	2.204	46.542	4,29%	46.015	44.157
Friesland	31.864	6.533	2.012	40.409	3,73%	39.680	38.439
Drenthe	27.104	6.251	1.407	34.762	3,21%	33.451	32.385
IJsselland	25.728	5.272	1.354	32.354	2,98%	32.572	31.636
Twente	27.153	5.717	848	33.718	3,11%	31.948	31.583
Noordoost Gelderland	33.560	7.193	2.141	42.894	3,96%	41.785	39.923
Gelderland Midden	26.831	7.581	19	34.431	3,18%	34.225	32.516
Gelderland Zuid	23.756	6.307	1.905	31.968	2,95%	32.309	31.809
Utrecht	58.859	20.040	4.833	83.732	7,72%	85.152	87.333
Noord-Holland Noord	27.418	6.888	2.664	36.970	3,41%	33.461	35.273
Amsterdam/Waterland	79.499	22.335	2.139	103.973	9,59%	101.472	100.831
Kennemerland	28.568	8.137	2.326	39.031	3,60%	37.924	38.094
Gooi- en Vechtstreek	12.317	3.075	683	16.075	1,48%	15.580	15.832
Haaglanden	49.835	15.161	1.164	66.160	6,10%	64.338	64.828
Hollands Midden	37.734	9.467	2.585	49.786	4,59%	47.529	47.467
Rotterdam-Rijnmond	75.199	18.032	4.870	98.101	9,05%	97.681	93.579
Zuid-Holland Zuid	23.303	5.005	1.605	29.913	2,76%	30.059	28.638
Zeeland	18.175	4.373	1.199	23.747	2,19%	23.042	22.887
Midden West Brabant	50.065	12.158	3.221	65.444	6,03%	64.226	60.879
Brabant Noord	26.163	6.946	1.899	35.008	3,23%	33.514	32.320
Zuidoost Brabant	30.669	8.667	2.610	41.946	3,87%	41.001	38.967
Limburg Noord	22.649	4.806	1.524	28.979	2,67%	29.110	27.486
Zuid Limburg	36.721	8.066	2.175	46.962	4,33%	44.310	44.539
Flevoland	15.300	5.157	1.064	21.521	1,98%	20.884	20.565
totaal 2011	826.193	209.782	48.451	1.084.426	100%		
<i>totaal 2010</i>	<i>823.333</i>	<i>193.178</i>	<i>44.757</i>	<i>1.061.268</i>		<i>1.061.268</i>	
<i>totaal 2009</i>	<i>810.015</i>	<i>183.571</i>	<i>48.368</i>				<i>1.041.966</i>

Het volume ambulancezorg neemt ieder jaar toe.
Er is sprake van een absolute groei van 106.766 inzetten (van 977.660 in 2007 tot 1.084.246 in 2011), dit is een groei van 10,9%. De groei bedroeg deze periode gemiddeld 2,7% per jaar.

tabel 4.2.2: volume spoedeisende en planbare ambulancezorg

	2011	2010	2009
declarabele inzetten	826.193	823.333	810.015
EHGV-inzetten	209.782	193.178	183.571
loze inzetten	48.451	44.757	48.380
alle inzetten	1.084.426	1.061.268	1.041.966

grafiek 4.2.2: ontwikkeling declarabele, EHGV- en loze inzetten 2007-2011

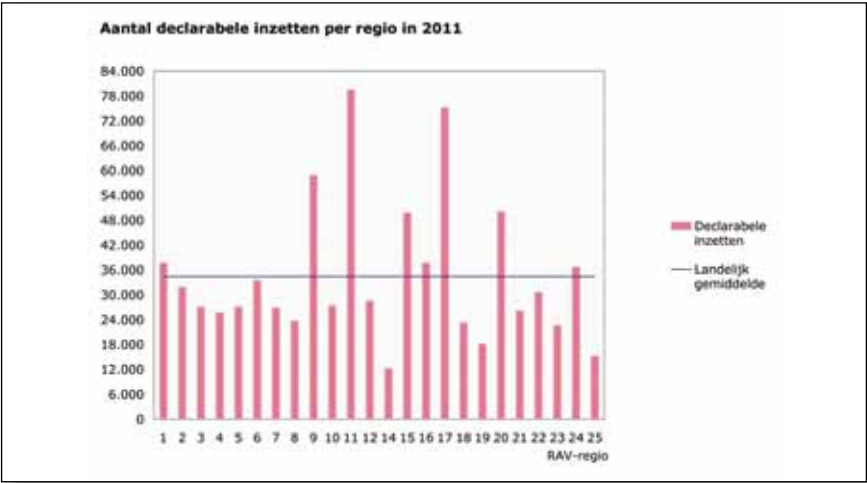


4.2.2 declarabele inzetten

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

In 2011 zijn in Nederland 826.193 declarabele inzetten uitgevoerd.
Dit is een stijging met 2.860 declarabele inzetten ten opzichte van 2010. Het aantal declarabele inzetten is sinds 2007 met 6,65% gestegen, dit is gemiddeld 1,66% per jaar (een en ander is visueel weergegeven in grafiek 4.2.2. op pagina 86).

grafiek 4.2.3: aantal declarabele inzetten per regio in 2011



kaart 4.2.1: aantal declarabele inzetten per regio per 1.000 inwoners in 2011



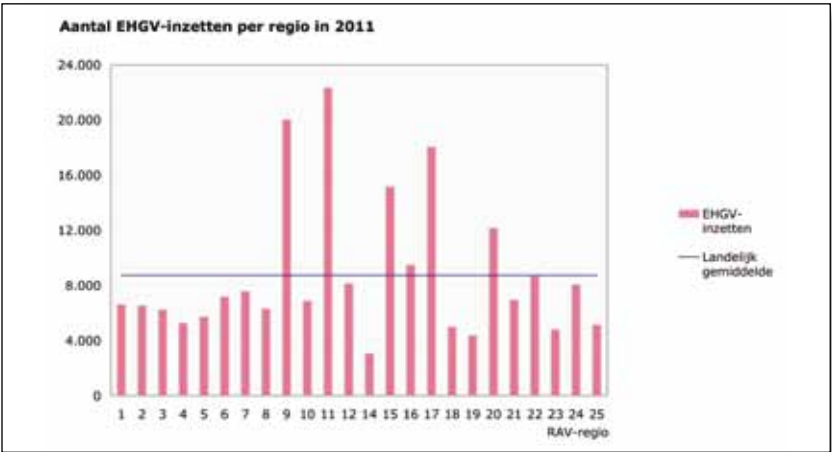
4.2.3 EHGV-inzetten

Een EHGV-inzet is de inzet van een ambulance met de intentie tot hulpverlening en/of vervoer van een patiënt. Ter plaatse, na onderzoek en/of behandeling van de patiënt, blijkt echter dat vervoer van de patiënt niet noodzakelijk is.

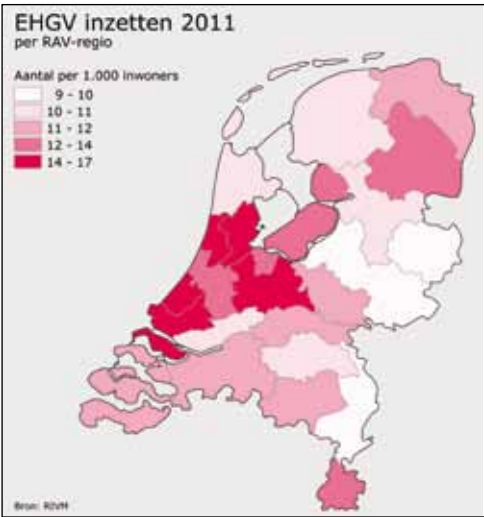
Er is bij een EHGV-inzet altijd sprake van zorgverlening aan een patiënt: eerste hulp, geen vervoer. Ook wanneer de patiënt behandeling weigert of als de patiënt reeds overleden zou worden aangetroffen, is er sprake van een EHGV-inzet.

In 2011 zijn in Nederland 209.782 EHGV inzetten uitgevoerd. Dit is een stijging met 16.604 EHGV-inzetten ten opzichte van 2010. Het aantal EHGV-inzetten is sinds 2007 met 35,4% gestegen, dit is gemiddeld 8,9% per jaar (een en ander is visueel weergegeven in grafiek 4.2.2. op pagina 86).

grafiek 4.2.4: aantal EHGV-inzetten per regio in 2011



kaart 4.2.2: aantal EHGV-inzetten per regio per 1.000 inwoners in 2011



4.2.4 loze inzetten

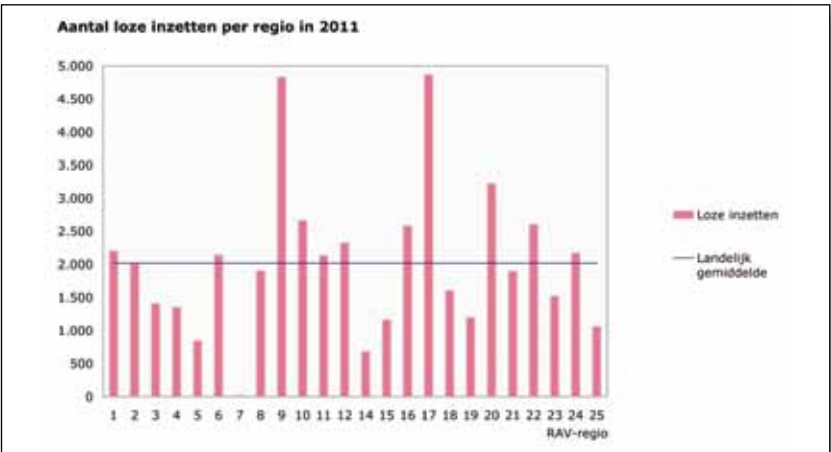
Het kan voorkomen dat er geen patiënt wordt aangetroffen, of dat de patiënt nog niet gereed is voor vervoer. In deze gevallen is er sprake van een loze rit. Een loze rit blijkt pas tevergeefs te zijn op het moment dat de ambulance is gearriveerd op de locatie waar de patiënt zou moeten zijn.

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

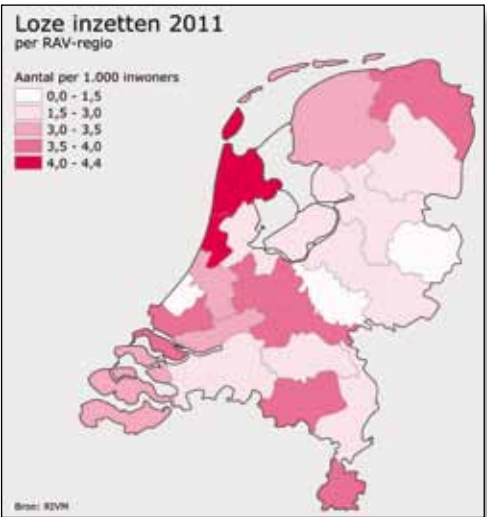
Sinds 2010 worden ook inzetten die worden afgebroken, geregistreerd als loze rit.

In 2011 zijn in Nederland 48.451 loze ritten uitgevoerd. Dit is een stijging met 3.694 loze ritten ten opzichte van 2010. Het aantal loze ritten is sinds 2007 met 0,81% gestegen, dit is gemiddeld 0,2% per jaar (een en ander is visueel weergegeven in grafiek 4.2.2. op pagina 86).

grafiek 4.2.5: aantal loze ritten per regio in 2011



kaart 4.2.3: aantal loze ritten per regio per 1.000 inwoners in 2011



4.2.5 productieafspraken

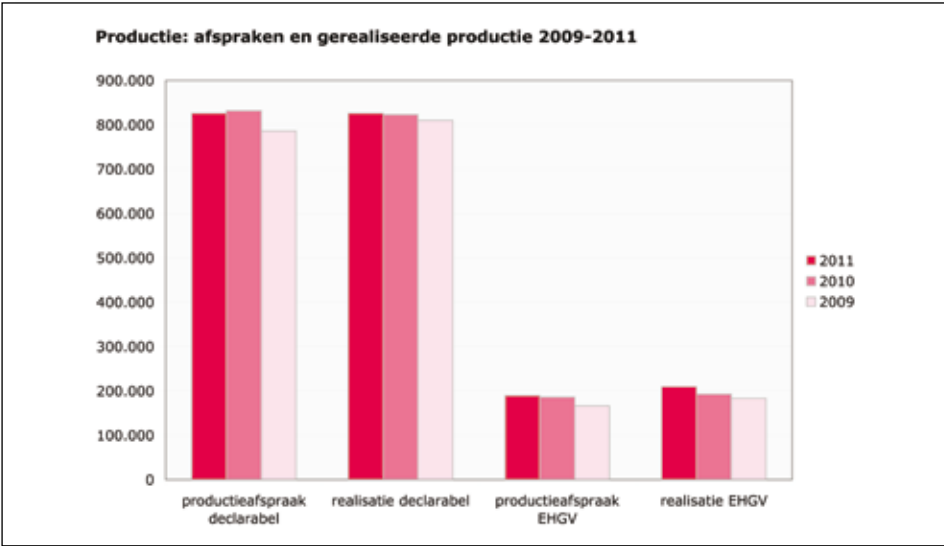
Ambulanceorganisaties maken afspraken met de zorgverzekeraar over onder andere het aantal declarabele inzetten, het aantal EHGv-inzetten en het aantal kilometers dat zij verwachten in het komende jaar te zullen rijden. Het budget van de organisatie is gebaseerd op deze productieafspraken.

Tabel 4.2.3 geeft de ontwikkeling van de productieafspraken in de afgelopen jaren weer, aangevuld met de daadwerkelijke realisatie zoals deze blijkt uit de door het RIVM berekende gegevens.

tabel 4.2.3: productieafspraken en realisatie

	2011		2010		2009	
	afpraak	realisatie	afpraak	realisatie	afpraak	realisatie
declarabele inzetten	826.466	826.193	831.943	823.333	786.183	810.015
EHGV-inzetten	189.638	209.782	186.359	193.178	166.653	183.571

grafiek 4.2.6: productie: afspraken en gerealiseerde productie



tabel 4.2.4a: regionale productieafspraken en realisatie: declarabele en EHGv-inzetten

	afgesproken declarabele inzetten			afgesproken EHGv-inzetten		
	2011	2010	2009	2011	2010	2009
Groningen	37.549	37.054	35.317	5.930	6.260	6.331
Friesland	32.611	32.402	30.489	6.314	5.691	4.963
Drenthe	26.098	26.323	25.761	6.338	6.101	5.477
IJsselland	26.362	27.334	26.000	5.272	5.100	4.000
Twente	26.375	26.708	25.241	5.541	5.492	5.080
Noordoost Gelderland	33.750	34.455	33.900	6.459	6.081	4.684
Gelderland Midden	27.558	27.084	25.236	6.662	6.776	5.612
Gelderland Zuid	23.766	23.578	23.992	6.316	5.997	5.386
Utrecht	58.913	62.094	57.302	19.073	18.648	17.490
Noord-Holland Noord	26.707	28.344	25.636	6.031	6.900	6.272
Amsterdam/Waterland	82.820	77.541	74.470	20.272	17.789	17.084
Kennemerland	28.676	30.400	27.801	8.542	8.436	7.913
Gooi- en Vechtstreek	11.883	12.170	11.042	2.990	3.386	2.745
Haaglanden	49.486	50.495	48.682	11.761	12.524	10.818
Hollands Midden	36.775	39.072	36.000	8.853	9.391	8.455
Rotterdam-Rijnmond	77.004	75.762	70.613	16.847	17.175	14.151
Zuid-Holland Zuid	23.396	23.750	21.356	4.678	4.447	4.271
Zeeland	18.113	18.906	17.938	3.881	3.517	2.836
Midden West Brabant	49.011	49.011	45.962	8.857	8.857	7.300
Brabant Noord	25.767	25.767	24.018	4.875	4.875	4.028
Zuidoost Brabant	30.182	30.707	28.573	7.803	7.170	6.672
Limburg Noord	22.731	22.255	21.317	4.809	4.250	4.099
Zuid Limburg	36.021	36.380	35.247	6.909	6.800	6.776
Flevoland	14.912	14.980	14.290	4.625	4.520	4.210
totaal	826.466	831.943	786.183	189.638	186.359	166.653
gerealiseerd	826.193	823.333	810.015	209.782	193.178	183.571

tabel 4.2.4b: regionale productieafspraken en realisatie: kilometers

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

4.3 ambulancezorg vanuit medisch perspectief

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

De informatie is nog niet compleet. Nog niet alle registratiesystemen van alle regio's zijn volledig afgestemd op de vastgestelde gegevensset. Over 2011 hebben 21 regio's informatie -in totaliteit of gedeeltelijk- aangeboden.

4.3.1 de patiënten

Al deze 21 regio's hebben in 2011 het geslacht van de behandelde patiënten geregistreerd:

- 50% was man (55% in 2010)
- 50% was vrouw (45% in 2010)

In 2011 hebben de 21 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.

In 2011 was

- 1,5% pasgeboren (tot en met 30 dagen) of zuigeling (1 maand tot 1 jaar) (<1% in 2010)
- 3,7% kind (1 jaar tot 16 jaar) (6% in 2010)
- 59,8% volwassene (16 jaar tot en met 74 jaar) (57% in 2010)
- 35% oudere (75 jaar en ouder) (36% in 2010)

4.3.2 de door het ambulanceteam gestelde werkdiagnoses

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

Van 20 regio's is informatie ontvangen over de door het ambulanceteam geconstateerde werkdiagnose.

Meest voorkomend zijn:

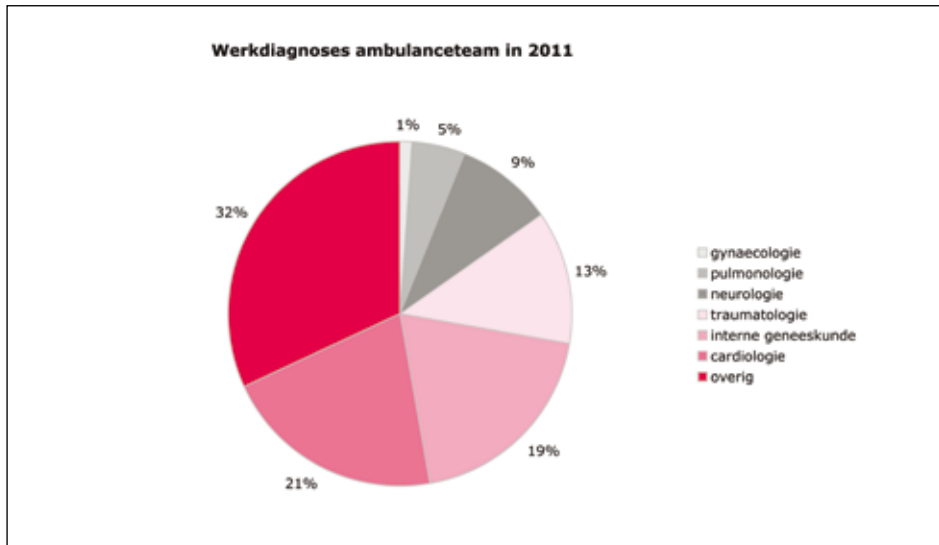
- 20,9% de cardiologische ziektebeelden (21% in 2010)
- 19,2% ziektebeelden passend bij interne geneeskunde (17% in 2010)
- 12,5% traumatologie/heelkunde (16% in 2010)

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

- 9,3% neurologie (9% in 2010)
- 4,9% pulmonologie (5% in 2010)
- 1,2% gynaecologie (1% in 2010)

(voor een nadere toelichting: zie *bijlage 3*).

grafiek 4.3.1: werkdiagnoses ambulanceteam, ondergebracht binnen specialismen in 2011



Uit bovenstaande grafiek blijkt dat in 32% van de gevallen (30% in 2010) is aangegeven dat er sprake is van een ander medisch specialisme. Hierbij kan gedacht worden aan kinderen, maar ook aan psychiatrische patiënten, patiënten die met spoed naar een ander ziekenhuis worden overgeplaatst en patiënten waarbij het niet (goed) mogelijk is ter plaatse een werkdiagnose te stellen en dus een specialisme bepalen evenmin (goed) mogelijk is.

4.3.3 de uitgevoerde (voorbehouden) handelingen

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

De 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 sector ambulancezorg 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 ambulanceorganisatie bepaalt in overleg met de ambulanceverpleegkundige onder welke voorwaarden hij/zij bevoegd is tot het uitvoeren van de voorbehouden handelingen.

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

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

De in 2011 geregistreeerde (voorbehouden) handelingen die in dit sectorrapport worden benoemd, hebben betrekking op de vrije luchtweg, de ademhaling en de circulatie van patiënten.

(voorbehouden) handelingen met betrekking tot vrije luchtweg en ademhaling

Met betrekking tot de vrije luchtweg en ademhaling zijn zowel voorbehouden als niet voorbehouden handelingen geregistreerd. De voorbehouden handelingen die binnen de ambulancezorg worden uitgevoerd op het terrein van airway management, betreffen vooral endotracheale intubaties en in veel mindere mate coniotomieën en thoraxdrainages. Risicovolle handelingen die de ambulanceverpleegkundige uitvoert met betrekking tot vrije luchtweg en ademhaling zijn met name het toedienen van zuurstof, maar ook het aanbrengen van mayotubes en masker-ballon beademingen (zie bijlage 3).

(voorbehouden) handelingen met betrekking tot de circulatie

De sectoraal geregistreeerde voorbehouden handelingen met betrekking tot de circulatie hebben betrekking op het plaatsen van infusen. Er worden met name intraveneuze infusen geplaatst. Intraossale naalden, aangebracht door het ambulanceteam, worden gebruikt als een intraveneuze toegang niet lukt. In verschillende regio's worden intraossale naalden standaard gebruikt bij reanimaties. Het toedienen van intramusculaire injecties komt zelden voor binnen de ambulancezorg (voor een toelichting: zie bijlage 3).

(voorbehouden) handelingen met betrekking tot cardiologie

reanimatie

De Utstein standaard is onderdeel van de landelijk te registreren sectorale medisch-inhoudelijke informatie. De Utstein standaard is een wereldwijd ontwikkeld format, aan de hand waarvan kerngegevens over het proces en de resultaten van reanimaties geregistreerd kunnen worden.

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

Het is wetenschappelijk 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 automatische externe defibrillator (AED) en het initiële hartritme en anderzijds de overlevingskansen van een patiënt.

- 20 regio's hebben informatie met betrekking tot reanimatie en circulatie aangeleverd
- er zijn 6.347 reanimaties door 20 regio's geregistreerd
Reanimatie is volgens de definitie van de Nederlandse Reanimatie Raad het geheel van inspanningen gericht op het herstel van circulatie en ademhaling. Over het algemeen gaat het hier om een combinatie van beademing met hartmassage.

- 8 regio's hebben alle gevraagde gegevens met betrekking tot de Utstein standaard aangeleverd:
 - zij hebben 3.058 patiënten behandeld met een acute hartstilstand, zij zijn allen gereanimeerd;
 - 2.434 van deze patiënten (76,6%) met een acute hartstilstand 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 minder dan de helft van deze patiënten was het eerste ritme defibrilleerbaar, dit houdt in dat de hartritmestoornis op deze manier behandeld kon worden;
 - bij de overige patiënten was dit niet het geval en kon het hartritme niet middels defibrillatie hersteld worden. Dit verslechtert de overlevingskansen aanzienlijk.

overige cardiologische handelingen

Naast reanimatie en de delen van de Utstein template zijn ook andere cardiologische voorbehouden handelingen geregistreerd. Het gaat hier vooral om transcutane pacebehandelingen en in minder mate om cardioversies (voor een toelichting: zie bijlage 3).

(voorbehouden) handelingen met betrekking tot gynaecologie

In 2011 waren in 21 regio's ambulanceteams actief tijdens bijna 700 bevallingen. De inzet van het ambulanceteam varieert hierbij van uitsluitend vervoer van een vrouw die aan het bevallen is naar het ziekenhuis, tot daadwerkelijke assistentie bij een bevalling.

De ketenpartners van ambulancezorg

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 vinden een plaats in dit hoofdstuk.

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.

5.1 ambulancezorg, partner in de keten van acute zorg

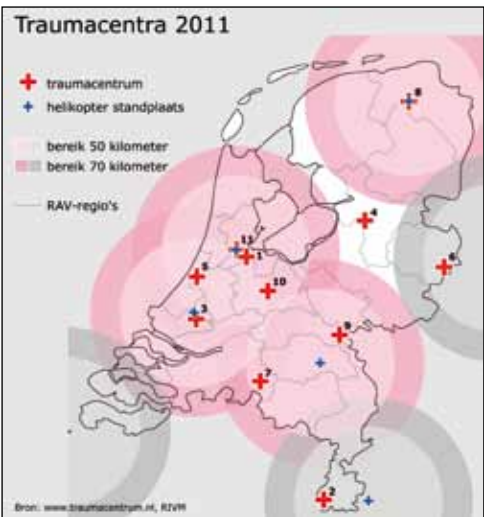
RAV's en ambulanceorganisaties werken nauw samen met de partners in de acute zorgketen, zoals ziekenhuizen, traumacentra, huisartsen, huisartsenposten en verloskundigen.

Het ministerie van VWS streeft ernaar om op het terrein van de acute zorg dusdanige condities te scheppen, dat patiënten met een acute zorgbehoefte snel op de juiste plek de juiste zorg kunnen ontvangen. In de Wet 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 regionale afspraken.

Voor de ambulancesector is met de Tijdelijke wet ambulancezorg (Twaz) specifieke wetgeving tot stand gekomen, die volledig in lijn is met de WTZi. Een 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 5.1.1: traumacentra in Nederland



5.1.1 aanvullend op ambulancezorg

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

inzet Medisch Mobiel Team (MMT)

Voor aanvullende medische hulp in bijzondere situaties, zoals zeer ernstig gewonde patiënten of grootschalige ongevallen, kunnen zowel de meldkamer ambulancezorg (MKA) als het ambulanceteam een beroep doen op het Mobiel Medisch Team. Het MMT levert ter plekke specialistische acute medische zorg aan patiënten. Het MMT is gekoppeld aan een van de elf traumacentra in Nederland. Vier van de traumacentra beschikken over een traumahelikopter (Groningen, Nijmegen, Amsterdam en Rotterdam-Rijnmond), deze mogen allemaal ook 's nachts vliegen. De overige zeven traumacentra hebben een MMT dat vanuit beschikbaarheidsdienst kan worden opgeroepen.

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.

Een deel van Nederland wordt afgedekt door buitenlandse helikopters: Zeeuws Vlaanderen en Walcheren door België (Brugge), Zuid Limburg en Twente door Duitsland (respectievelijk Würselen en Rheine). Patiënten op de Waddeneilanden (met uitzondering van Texel) worden vervoerd naar een ziekenhuis op het vasteland met een helikopter uit Leeuwarden van de Search and Rescue eenheid (SAR) van de Koninklijke Luchtmacht. Dit is geen traumahelikopter, omdat er geen trauma-arts beschikbaar is.

Uit de registratie over 2011 blijkt dat het MMT in 2011 door 22 regio's 6.647 keer is ingezet in aanvulling op de reguliere ambulancezorg, zowel grondgebonden als met de helikopter (7.218 MMT-inzetten door 22 regio's in 2010)

tabel 5.1.1: MMT-inzetten

	aantal inzetten MMT	door aantal regio's
2011	6.647	22
2010	7.218	22
2009	5.906	21

inzet first responder

Een first responder is een hulpverlener die eerder dan het ambulanceteam of de rapid responder ter plaatse kan zijn en in afwachting daarvan de hulpverlening kan starten. De first responder kan levensreddende handelingen verrichten en kan de behandeling opstarten, in afwachting van het ambulanceteam. De first responder is niet bevoegd om de patiënt zelfstandig te behandelen en is niet functioneel verbonden aan de ambulanceorganisatie, zoals de rapid responder dat wel is. De inzet van de first responder vindt wel plaats via de MKA en de first responder handelt onder verantwoordelijkheid van de ambulanceorganisatie. Er zijn ook regio's waar gewerkt wordt met medewerkers van brandweer of politie, AED-hulpverleners of met lekenhulpverleners als first responders. Indien deze laatsten worden ingezet, beperkt de taak van de MKA zich tot alarmering.

De inzet van de lekenhulpverlener valt niet onder de verantwoordelijkheid van de ambulanceorganisatie.

In 2011 is door 9 regio's een first responder ingezet, waarbij deze inzet ook als zodanig is geregistreerd. Zij hebben 2.353 keer een first responder ingezet (2.782 geregistreerde first responderinzetten in 12 regio's in 2010).

tabel 5.1.2: inzetten first responder

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

5.2 ambulancezorg, partner in 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 van de geneeskundige diensten, de regie van de geneeskundige hulpverlening en met de advisering van overheden en andere organisaties op het gebied van geneeskundige hulpverlening. Wet- en regelgeving op het terrein van openbare orde en veiligheid is afkomstig van het ministerie van Veiligheid en Justitie (VenJ). Het betreft hier met name de Wet Veiligheidsregio's (WVR) die op 1 oktober 2010 in werking trad.

5.2.1 registratie 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 drukke nacht dan gemiddeld, met veel inzetten die ook opvallend vaak vuurwerk- of alcoholgerelateerd zijn. Er worden wel agressie-incidenten gemeld tijdens de jaarwisseling, maar het gaat om 'slechts' enkele incidenten, waarbij vooral sprake is van verbale agressie. Opgemerkt wordt dat er in de afgelopen jaren sprake is van een meer intensieve samenwerking met politie. In diverse regio's gaat de ambulance niet meer alleen naar een incident, maar wordt het ambulance-team begeleid door een politie-eenheid.

5.2.2 landelijke grootschalige evenementen

Eén aspect van de GHOR-werkzaamheden door ambulanceorganisaties is de inzet van ambulances tijdens rampen en grootschalige incidenten. Helaas heeft zich in 2011 weer een drietal van deze incidenten voorgedaan: de brand in Moerdijk op 5 januari 2011, het schietincident in Alphen aan de Rijn op 9 april 2011 en de ontruiming van een zorgcentrum in Nieuwegein als gevolg van een brand op 27 juni 2011.

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

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

De medewerkers van ambulancezorg in 2011

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

Hoofdstuk 6 biedt inzicht in het aantal medewerkers in de sector in 2011 en het aantal uren dat zij inzetbaar waren. Daarnaast gaat dit hoofdstuk in op de mobiliteit onder medewerkers en op het ziekteverzuim. Tenslotte bevat hoofdstuk 6 informatie over agressie-incidenten jegens ambulancemedewerkers.

6.1 CAO Ambulancezorg

Op 1 januari 2011 is de Collectieve Arbeidsovereenkomst sector Ambulancezorg 1 januari 2011 – 31 december 2012 (CAO Ambulancezorg) van kracht geworden.

Voorheen waren er vier verschillende CAO's van toepassing op medewerkers in de ambulancezorg. Deze vier CAO's zijn geharmoniseerd tot één sector-CAO. Dit is een belangrijke stap in de kwaliteitsverbetering van het personeelsbeleid en de professionalisering van de sector.

Alle RAV's volgden in 2011 de sector-CAO Ambulancezorg. In een enkele regio zijn de centralisten van de meldkamer ambulancezorg in dienst van de gemeenschappelijke meldkamer. Zij vallen dan onder de CAO Politie.

Een van de onderwerpen die zijn opgenomen in de sector-CAO is de Periodieke Arbeidsgezondheidskundige Monitor (PAM). Dit functiekeuringsinstrument is bedoeld om de gezondheid en belastbaarheid van ambulanceverpleegkundigen en –chauffeurs te monitoren. In 2011 is het draaiboek PAM gereed gekomen, zodat RAV's zelf aan de slag kunnen met de uitvoering van de PAM. De deelname aan de PAM is vooralsnog op vrijwillige basis.

6.2 formatie

In 2011 waren 5.325 medewerkers, verdeeld over 4.772 fte, werkzaam binnen de sector ambulancezorg. Het aantal medewerkers is met 116 gegroeid ten opzichte van 2010.

Het primaire proces van de ambulancezorg kent drie kernfuncties: ambulanceverpleegkundige, ambulancechauffeur en (verpleegkundig) centralist van de meldkamer ambulancezorg. Van de 5.325 medewerkers in 2011 was 86,4% werkzaam in het primaire proces. Dit zijn 4.600 medewerkers verdeeld over 4.173 fte. De ambulancesector kan een compacte sector genoemd worden. Er zijn veel gespecialiseerde medewerkers direct gelieerd aan het primaire proces werkzaam en er zijn relatief weinig staf- en overige medewerkers.

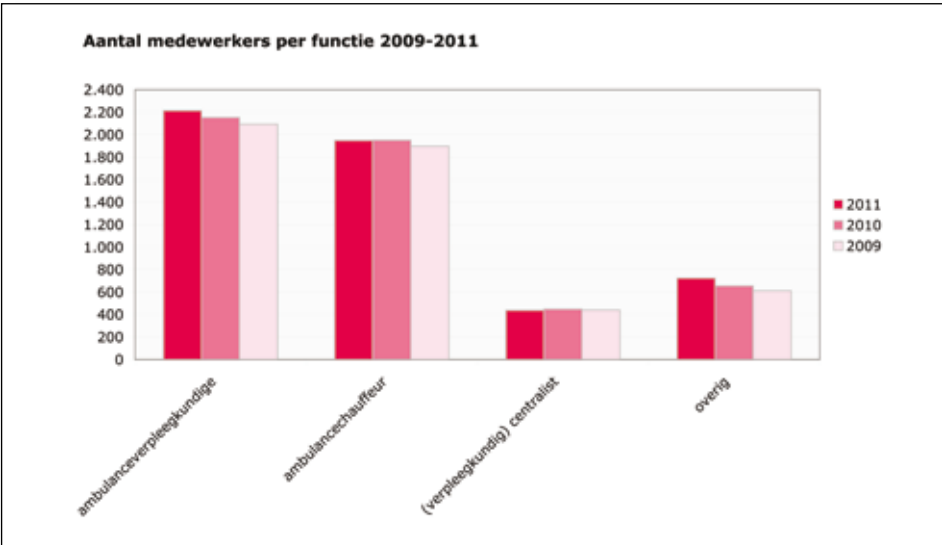
aantallen medewerkers

Het aantal medewerkers is toegenomen van 4.575 in 2007 tot 5.325 in 2011, dit is een stijging van 16,4% (gemiddeld 4,1% per jaar). Deze toename heeft vooral plaatsgevonden binnen het primaire proces (een toename van 14%, van 4.034 naar 4.600 medewerkers).

tabel 6.2.1: landelijke formatie aantallen medewerkers

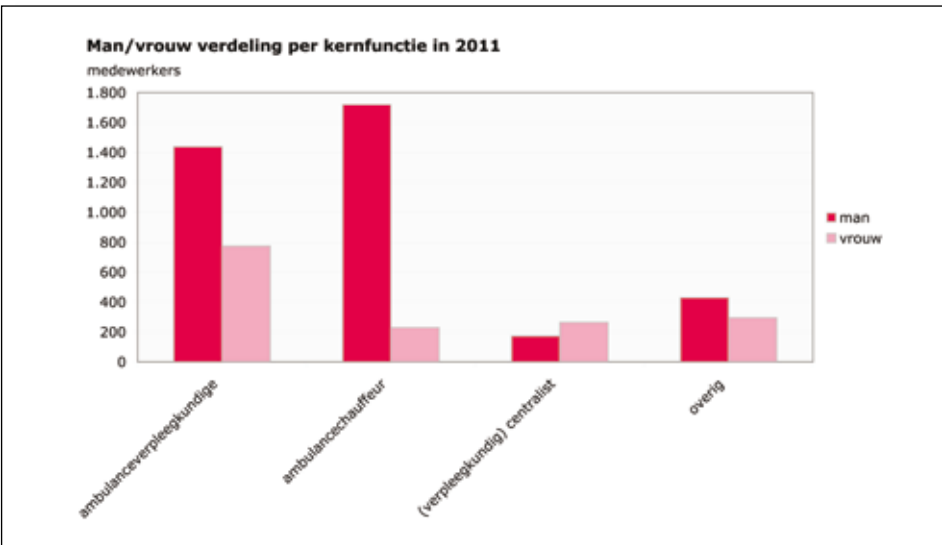
	2011			2010			2009		
	man	vrouw	totaal	man	vrouw	totaal	man	vrouw	totaal
ambulanceverpleegkundige	1.439	775	2.214	1.432	721	2.153	1.429	664	2.093
ambulancechauffeur	1.720	229	1.949	1.729	223	1.952	1.685	213	1.898
MKA verpleegkundig centralist	133	253	386	142	245	387	146	243	389
MKA niet-verpleegkundig centralist	40	11	51	40	21	61	35	16	51
overig	429	296	725	390	266	656	365	247	612
totaal	3.761	1.564	5.325	3.733	1.476	5.209	3.660	1.383	5.043

grafiek 6.2.1: aantal medewerkers per functie in 2011



Van oudsher zijn binnen de ambulancesector gemiddeld driemaal zoveel mannen als vrouwen werkzaam, al is de verhouding heel geleidelijk aan het verschuiven richting 70/30. Een uitzondering wordt overigens gevormd door de functie van centralist, hier zijn juist meer vrouwen werkzaam.

grafiek 6.2.2: man-/vrouwverdeling per functie in 2011



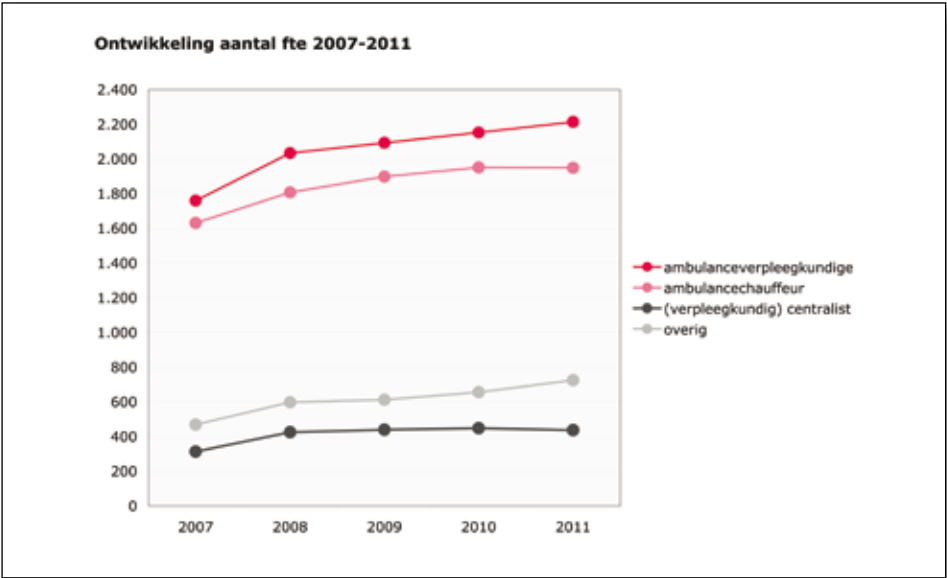
aantal medewerkers in fte

Vertaald naar full time equivalenten zag de formatie in de ambulancezorg er in 2011 als volgt uit:

tabel 6.2.2: landelijke formatie aantallen medewerkers (in fte)

	2011			2010			2009		
	man	vrouw	totaal	man	vrouw	totaal	man	vrouw	totaal
ambulanceverpleegkundige	1.341	633	1.974	1.329	596	1.925	1.349	550	1.899
ambulancechauffeur	1.639	195	1.834	1.628	44	1.872	1.591	181	1.772
MKA verpleegkundig centralist	119	201	319	131	199	330	135	193	328
MKA niet-verpleegkundig centralist	38	8	46	41	15	56	31	14	45
overig	386	213	599	363	215	578	347	182	529
totaal	3.523	1.250	4.772	3.492	1.269	4.761	3.453	1.120	4.573

grafiek 6.2.3: ontwikkeling fte's van 2007 tot en met 2011



tabel 6.2.3: regionale formatie in aantallen medewerkers in 2011

	AVP	ACH	MKA vpc	MKA n-vpc	overig	totaal 2011	totaal 2010	totaal 2009
Groningen	111	105	12	2	29	259	257	259
Friesland	106	105	13	4	28	256	263	258
Drenthe	93	76	8	5	48	230	229	199
IJsselland	93	77	15	3	57	245	235	206
Twente	94	81	18	0	33	226	219	223
Noordoost Gelderland	94	88	15	3	29	229	227	220
Gelderland Midden	78	57	17	0	11	163	161	163
Gelderland Zuid	82	73	12	2	18	187	180	171
Utrecht	157	125	24	0	81	387	361	346
Noord-Holland Noord	88	74	34	0	21	217	210	192
Amsterdam/Waterland	158	152	26	2	93	431	410	378
Kennemerland	71	64	19	1	20	175	172	185
Gooi- en Vechtstreek	28	23	12	0	7	70	71	72
Haaglanden	100	90	20	0	44	254	258	254
Hollands Midden	86	76	10	11	29	212	217	215
Rotterdam-Rijnmond	167	139	14	3	53	376	352	365
Zuid-Holland Zuid	70	53	8	5	13	149	145	145
Zeeland	80	67	13	4	12	176	173	162
Midden West Brabant	117	107	18	2	15	259	258	249
Brabant Noord	77	67	15	0	14	173	158	153
Zuidoost Brabant	84	74	17	0	15	190	181	173
Limburg Noord	64	58	15	2	28	167	184	175
Zuid Limburg	67	71	15	0	14	167	164	157
Flevoland	49	47	16	2	13	127	124	123
totaal 2011	2.214	1.949	386	51	725	5.325		
totaal 2010	2.153	1.952	387	61	656		5.209	
totaal 2009	2.093	1.898	389	51	612			5.043

Het aanbod ambulancezorg kent een steeds grotere variëteit en differentiatie in zorgaanbod (van fiets-, motor, solo- en zorgambulances tot ambulanceboot). Dit heeft onder meer tot gevolg dat het aantal ambulanceverpleegkundigen en het aantal ambulancechauffeurs niet (meer) gelijk op loopt. Een aantal van deze differentiaties kan immers alleen door een verpleegkundige worden aangeboden, waardoor deze groep naar verhouding groeit.

Daarnaast is een trend richting combinatiefuncties zichtbaar: bijvoorbeeld verpleegkundigen die zowel in de meldkamer als op de ambulance inzetbaar zijn. Dit verklaart de toename van het aantal verpleegkundig centralisten.

tabel 6.2.3: regionale formatie in fte in 2011

	AVP	ACH	MKA vpc	MKA n-vpc	overig	totaal 2011	totaal 2010	totaal 2009
Groningen	99	101	11	2	24	237	241	240
Friesland	98	100	10	4	27	238	235	238
Drenthe	85	73	7	4	39	208	216	188
IJsselland	83	72	12	3	39	209	204	186
Twente	80	75	14	0	28	197	185	195
Noordoost Gelderland	83	81	12	3	27	205	201	185
Gelderland Midden	67	53	13	0	11	144	132	128
Gelderland Zuid	70	67	11	2	17	168	163	159
Utrecht	141	119	19	0	75	354	329	317
Noord-Holland Noord	79	69	26	0	16	189	186	177
Amsterdam/Waterland	140	139	23	2	68	373	385	347
Kennemerland	62	58	16	1	16	154	201	163
Gooi- en Vechtstreek	25	23	9	0	6	63	64	65
Haaglanden	92	89	16	0	37	234	234	231
Hollands Midden	81	73	9	9	21	193	197	200
Rotterdam-Rijnmond	136	134	14	3	38	326	332	335
Zuid-Holland Zuid	58	47	7	5	12	128	126	132
Zeeland	72	64	13	4	10	163	160	149
Midden West Brabant	111	102	14	2	12	240	235	228
Brabant Noord	68	62	12	1	14	157	141	136
Zuidoost Brabant	77	69	13	0	11	169	164	162
Limburg Noord	60	57	12	1	25	155	162	153
Zuid Limburg	62	65	13	0	14	153	150	144
Flevoland	44	44	15	2	11	116	119	114
totaal 2011	1.974	1.834	319	46	599	4.772		
<i>totaal 2010</i>	<i>1.925</i>	<i>1.872</i>	<i>330</i>	<i>56</i>	<i>578</i>		<i>4.762</i>	
<i>totaal 2009</i>	<i>1.899</i>	<i>1.772</i>	<i>372</i>	<i>45</i>	<i>528</i>			<i>4.572</i>

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

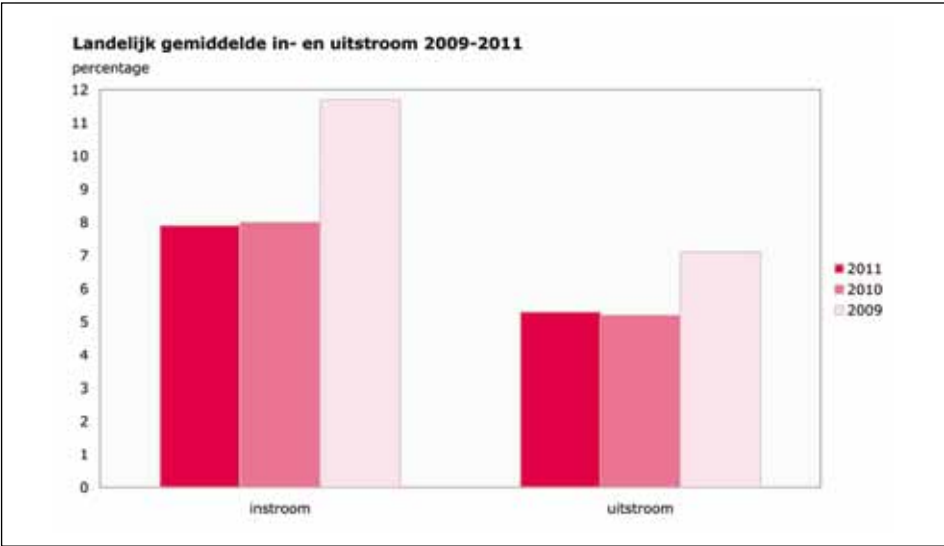
6.3 loopbaanmobiliteit

De differentiatie in het zorgaanbod biedt steeds meer mogelijkheden tot 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.

landelijk gemiddelde in- en uitstroom

De landelijk gemiddelde in- en uitstroompercentages geven inzicht in de bewegingen binnen het personeelsbestand. Het instroompercentage is gedaald ten opzichte van vorig jaar. De gemiddelde instroom bedroeg in 2011 7,9% ten opzichte van 8,4% in 2010. Het landelijk gemiddelde instroompercentage heeft sinds 2007 gefluctueerd tussen 7,9% en 11,7%. Het uitstroompercentage is eveneens licht gestegen ten opzichte van de voorgaande jaren. De gemiddelde uitstroom bedroeg 5,3% in 2011, ten opzichte van 5,2% in 2010. Het landelijk gemiddelde uitstroompercentage heeft sinds 2007 gefluctueerd tussen 5,2% en 7,1%. De gemiddelde in- en uitstroompercentages liggen onder de landelijke gemiddelden in de zorg.

grafiek 6.3.1: landelijk gemiddelde in- en uitstroom 2009 - 2011



In tabel 6.3.1 staan de regionale in- en uitstroompercentages van de afgelopen drie 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 6.3.1: regionale in- en uitstroompercentages

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

instroom in de kernfuncties

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

In 2011 zijn 429 medewerkers in dienst van de ambulancesector getreden (436 in 2010). 350 van hen zijn ingestroomd in een van de kernfuncties (347 in 2010). Onderstaande tabel 6.3.2 geeft de verdeling van de nieuwe medewerkers over de kernfuncties in procenten weer.

tabel 6.3.2: instroom op de kernfuncties

	2011	2010	2009
ambulanceverpleegkundige	46%	37%	53%
ambulancechauffeur	27%	35%	39%
verpleegkundig centralist MKA	9%	7%	7%
niet-verpleegkundig centralist MKA	0%	1%	1%
totale instroom op kernfuncties	350	347	442

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

Anderzijds is een zekere trend zichtbaar dat in meldkamers ambulancezorg de werkzaamheden rond aanname, triage en indicatie worden gescheiden van de logistieke activiteiten. Overigens geldt dit niet voor alle meldkamers. Een en ander hangt enerzijds samen met de schaalvergroting binnen het meldkamerdoel, als gevolg waarvan (ook) de meldkamers ambulancezorg in verschillende regio's een steeds groter gebied bestrijken. Anderzijds kan geconstateerd worden dat in toenemende mate gebruik gemaakt wordt van gestandaardiseerde uitdraagprotocollen.

De keuze voor een functie binnen de ambulancezorg lijkt vooral ingegeven te worden door de inhoud en de kenmerken van de functie.

Nieuwe ambulanceverpleegkundigen en verpleegkundig centralisten zijn vooral afkomstig van SEH- en IC-afdelingen van ziekenhuizen. Daarnaast is een deel van hen afkomstig van andere RAV's. De sector beraadt zich op de instroommogelijkheden voor de toekomstige Medische Hulpverlener, een opleiding die enkele hogescholen onlangs zijn gestart. De vergrijzing en ontgroening én een toenemende zorgvraag leiden voor de ambulancesector tot de uitdaging vorm te geven aan actief arbeidsmarktbeleid. Voor zover er inzicht is in de instroomrichtingen van nieuwe chauffeurs, blijken ze in 2011 over het algemeen al langer over ervaring als chauffeur te beschikken. Ook zijn ze vaak afkomstig uit de zorg, in diverse gevallen van een andere ambulanceorganisatie.

uitstroom uit de kernfuncties

In 2011 hebben 272 medewerkers hun dienstverband beëindigd (265 in 2010), 231 van hen waren werkzaam in één van de drie kernfuncties (226 in 2010) en in ieder geval 95 van hen hebben ook de ambulancezorg verlaten (124 in 2010).

Redenen van uitstroom zijn vooral het aanvaarden van een andere functie, al dan niet binnen de ambulancezorg, en beëindiging van de arbeidsovereenkomst voor bepaalde tijd. Daarnaast heeft een groot deel van de medewerkers de VUT-/pensioengerechtigde leeftijd bereikt. Een aantal van de ambulancemedewerkers die de organisatie verlaat, gaat werken bij een collega-ambulanceorganisatie. Ook vinden veel medewerkers een functie in het ziekenhuis, of juist een functie buiten de zorg.

6.4 arbeidsduur

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

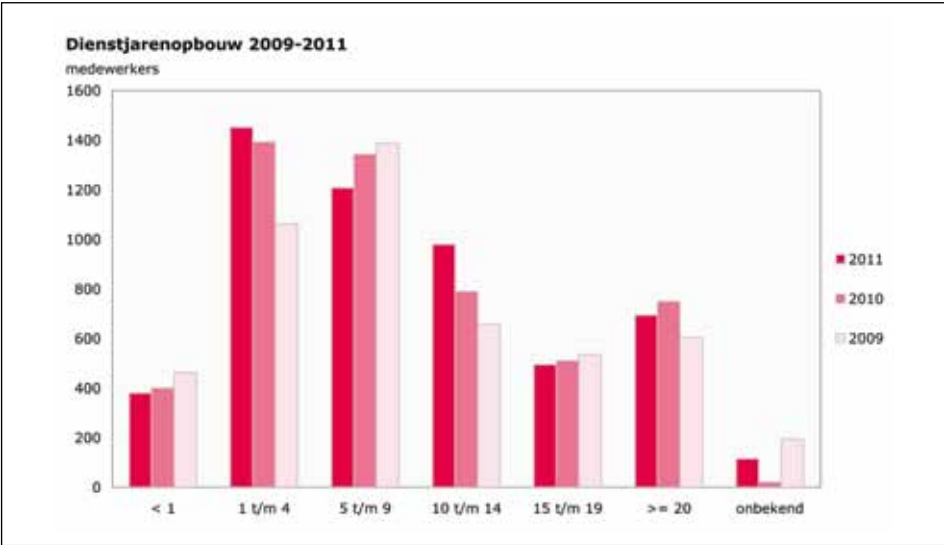
tabel 6.4.1: dienstjarenverdeling medewerkers ambulancezorg

	2011		2010		2009	
aantal dienstjaren	medewerkers	% medewerkers	medewerkers	% medewerkers	medewerkers	% medewerkers
< 1 jaar	380	7,1%	401	7,7%	479	9,5 %
1 t/m 4 jaar	1.452	27,3%	1.393	26,7%	1.093	21,7%
5 t/m 9 jaar	1.208	22,7%	1.343	25,8%	1.429	28,3%
10 t/m 14 jaar	980	18,4%	790	15,2%	673	13,3%
15 t/m 19 jaar	495	9,3%	511	9,8%	549	10,9%
> 20 jaar	695	13,1%	750	14,4%	625	12,4%
aantal dienstjaren onbekend	115	2,2%	21	0,4%	195	3,9%
totaal	5.325	100%	5.209	100%	5.043	100%

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

Overigens zijn medewerkers in de ambulancezorg vaak al langer werkzaam in de zorg, meestal in 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 steeds verder zal afnemen.

grafiek 6.4.1: aantal jaren dat medewerkers in dienst zijn (landelijk)



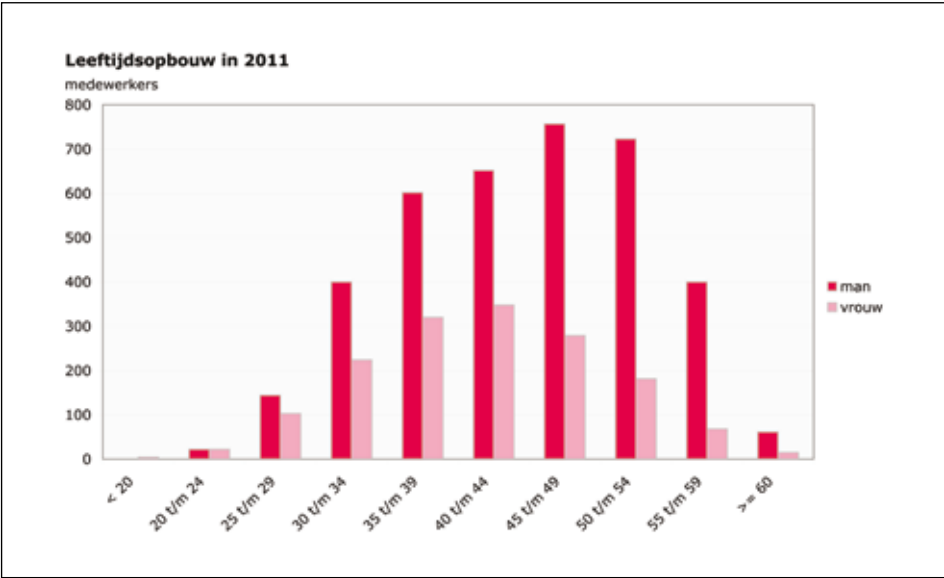
tabel 6.4.2: aantal jaren dat medewerkers in dienst zijn (regionaal)

	< 1 jaar	1 t/m 4 jaar	5 t/m 9 jaar	10 t/m 14 jaar	15 t/m 19 jaar	≥ 20 jaar	aantal jaren onbekend	totaal
Groningen	20	84	72	36	12	35	0	259
Friesland	19	44	79	56	25	33	0	256
Drenthe	13	59	48	53	18	39	0	230
IJsselland	21	56	71	36	36	25	0	245
Twente	11	42	74	34	31	34	0	226
Noordoost Gelderland	16	55	58	41	32	27	0	229
Gelderland Midden	13	40	33	39	13	25	0	163
Gelderland Zuid	21	60	84	3	7	12	0	187
Utrecht	44	136	102	46	44	15	0	387
Noord-Holland Noord	16	56	47	38	14	46	0	217
Amsterdam/Waterland	31	135	69	90	25	81	0	431
Kennemerland	3	25	14	16	6	18	93	175
Gooi- en Vechtstreek	3	22	16	14	5	10	0	70
Haaglanden	15	78	50	59	17	34	1	254
Hollands Midden	6	57	50	35	33	31	0	212
Rotterdam-Rijnmond	25	92	53	78	39	68	21	376
Zuid-Holland Zuid	8	34	25	17	33	32	0	149
Zeeland	12	59	31	22	19	33	0	176
Midden West Brabant	17	85	60	89	5	3	0	259
Brabant Noord	19	55	53	44	0	2	0	173
Zuidoost Brabant	19	72	23	33	25	18	0	190
Limburg Noord	11	32	31	36	28	29	0	167
Zuid Limburg	8	37	39	40	18	25	0	167
Flevoland	9	37	26	25	10	20	0	127
totaal 2011	380	1.452	1.208	980	495	695	115	5.325
<i>totaal 2010</i>	<i>401</i>	<i>1.393</i>	<i>1.343</i>	<i>790</i>	<i>511</i>	<i>750</i>	<i>21</i>	<i>5.209</i>
<i>totaal 2009</i>	<i>479</i>	<i>1.093</i>	<i>1.429</i>	<i>673</i>	<i>549</i>	<i>625</i>	<i>195</i>	<i>5.043</i>

6.5 leeftijd van medewerkers

De gemiddelde leeftijd van medewerkers in de ambulancezorg is relatief hoog. Dit heeft te maken met het feit dat de meeste medewerkers al een carrière elders achter de rug hebben voordat zij instromen in de ambulancezorg. Veelal stroomt men vanaf het 30e levensjaar binnen. Er is een grote groep medewerkers in de leeftijd van 45 tot 50 jaar, bijna de helft van de medewerkers is tussen de 40 en 55 jaar.

grafiek 6.5.1: leeftijdsopbouw medewerkers ambulancezorg in 2011 (landelijk)



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

tabel 6.5.1: leeftijdsverdeling medewerkers ambulancezorg (landelijk)

geslacht	2011				2010		2009	
	man	vrouw	totaal	% totaal	totaal	% totaal	totaal	% totaal
< 20 jaar	0	4	4	0,1	1	-	-	-
20 t/m 24 jaar	22	22	44	0,8	47	0,9	36	0,7
25 t/m 29 jaar	144	103	247	4,6	245	4,7	247	4,9
30 t/m 34 jaar	400	224	624	11,7	671	12,9	690	13,7
35 t/m 39 jaar	602	320	922	17,3	907	17,4	887	17,6
40 t/m 44 jaar	652	348	1.000	18,8	981	18,8	990	19,6
45 t/m 49 jaar	757	279	1.036	19,5	1.014	19,5	1.007	20,0
50 t/m 54 jaar	723	181	904	17,0	856	16,4	791	15,7
55 t/m 59 jaar	400	68	468	8,8	434	8,3	356	7,1
≥ 60 jaar	61	15	76	1,4	53	1,0	39	0,8
totaal	3.761	1.564	5.325	100%	5.209	100%	5.043	100%

tabel 6.5.2: leeftijdsverdeling medewerkers ambulancezorg(regionaal)

	< 20	20	25	30	35	40	45	50	55	60	
	jaar	t/m	t/m	t/m	t/m	t/m	t/m	jaar	t/m	≥	totaal
		24	29	34	39	44	49	54	59	jaar	
		jaar	jaar	jaar	jaar	jaar	jaar	jaar	jaar		
Groningen	0	1	14	37	53	56	39	29	29	1	259
Friesland	0	0	13	37	56	47	40	28	31	4	256
Drenthe	0	1	9	26	51	37	55	29	16	6	230
IJsselland	1	1	5	28	41	50	49	42	24	4	245
Twente	0	0	11	17	25	56	59	38	17	3	226
Noordoost Gelderland	0	1	6	31	36	41	58	40	16	0	229
Gelderland Midden	0	2	13	23	28	35	27	21	13	1	163
Gelderland Zuid	0	1	4	18	25	42	46	24	21	6	187
Utrecht	0	3	26	43	61	76	81	76	19	2	387
Noord-Holland Noord	0	2	11	22	44	36	38	33	30	1	217
Amsterdam/Waterland	2	13	20	45	63	62	77	86	50	13	431
Kennemerland	0	2	6	20	27	29	34	45	10	2	175
Gooi- en Vechtstreek	0	0	3	10	11	15	11	13	5	2	70
Haaglanden	0	1	14	30	55	47	48	34	20	5	254
Hollands Midden	1	1	8	24	28	33	35	39	32	11	212
Rotterdam-Rijnmond	0	2	23	55	56	62	68	72	34	4	376
Zuid-Holland Zuid	0	1	6	20	15	21	25	35	24	2	149
Zeeland	0	5	16	16	27	31	32	39	10	0	176
Midden West Brabant	0	0	14	28	68	43	50	44	12	0	259
Brabant Noord	0	1	6	22	37	36	31	29	9	2	173
Zuidoost Brabant	0	0	6	23	32	45	48	29	7	0	190
Limburg Noord	0	4	6	17	37	37	28	26	11	1	167
Zuid Limburg	0	2	4	20	24	34	30	33	14	6	167
Flevoland	0	0	3	12	22	29	27	20	14	0	127
totaal 2011	4	44	247	624	922	1.000	1.036	904	468	76	5.325
<i>totaal 2010</i>	<i>1</i>	<i>47</i>	<i>246</i>	<i>671</i>	<i>907</i>	<i>981</i>	<i>1.014</i>	<i>856</i>	<i>434</i>	<i>53</i>	<i>5.209</i>
<i>totaal 2009</i>	<i>0</i>	<i>36</i>	<i>247</i>	<i>690</i>	<i>887</i>	<i>990</i>	<i>1.007</i>	<i>791</i>	<i>356</i>	<i>59</i>	<i>5.043</i>

6.6 beschikbare uren voor ambulancezorg

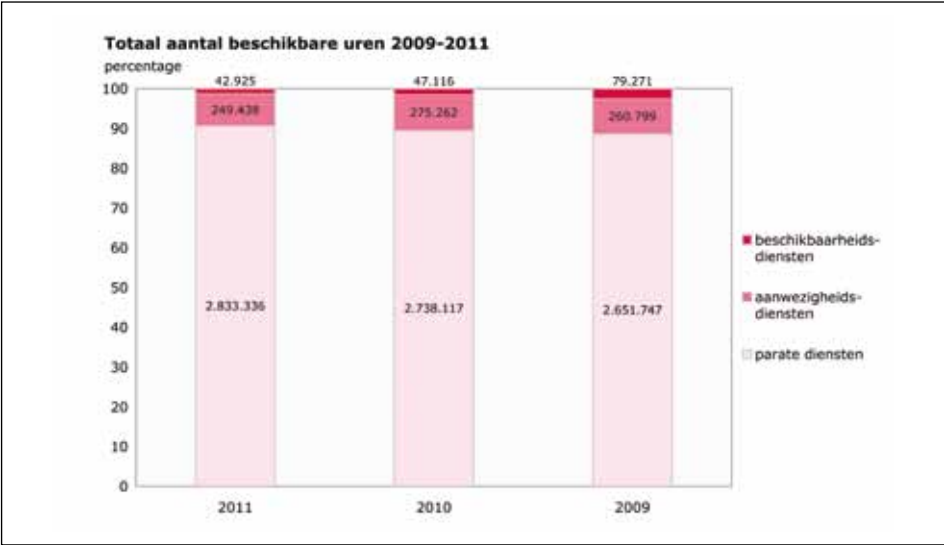
Om 7 dagen per week 24 uur per dag ambulancezorg te kunnen bieden, is voldoende personeel noodzakelijk. In deze paragraaf is dit uitgedrukt in beschikbare (ingeroosterde) uren. Medewerkers in de ambulancezorg worden ingezet in drie soorten diensten: parate diensten, aanwezigheidsdiensten en beschikbaarheidsdiensten. De parate dienst komt het meest voor en er wordt steeds minder gebruik gemaakt van beschikbaarheidsdiensten. Toepassing van de verschillende dienstsoorten is veelal regiobepaald en hangt onder meer samen met de mate van verstedelijking van de regio.

In 2011 waren gedurende 3.125.699 uren ambulanceteams beschikbaar voor het verlenen van ambulancezorg. Dit betrof voor 91% parate diensten, 8% aanwezigheidsdiensten en voor 1% beschikbaarheidsdiensten.

tabel 6.6.1: beschikbare uren ten behoeve van ambulancezorg

	2011		2010		2009	
	aantal	%	aantal	%	aantal	%
parate diensten	2.833.336	91%	2.738.117	89%	2.651.747	89%
aanwezigheidsdiensten	249.438	8%	275.262	9%	260.799	8%
beschikbaarheidsdiensten	42.925	1%	47.116	2%	79.271	3%
totaal	3.125.699		3.060.495		2.991.817	

grafiek 6.6.1: totaal beschikbare uren (landelijk)



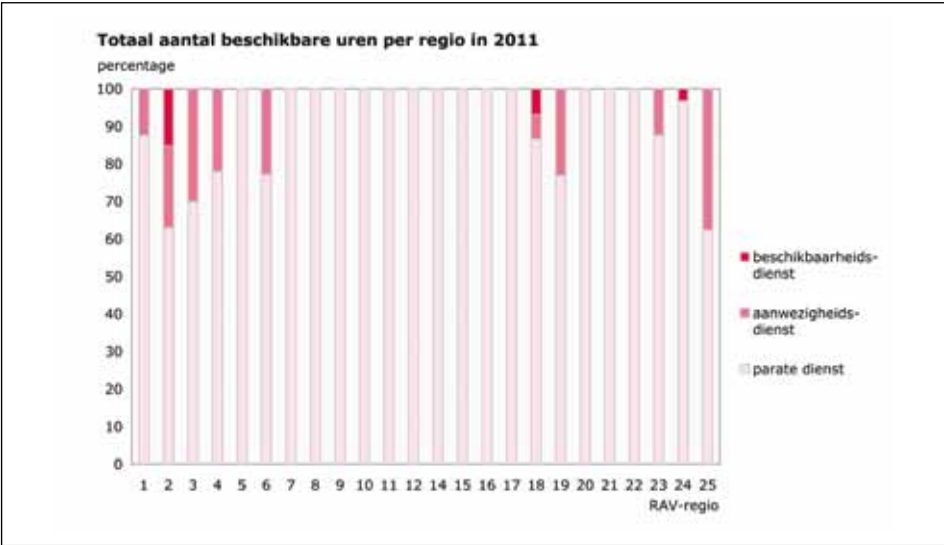
Dertien regio's werken met uitsluitend parate diensten. Onderstaande tabel maakt zichtbaar dat dit vooral regio's met veel stedelijk gebied zijn.

tabel 6.6.2: beschikbare uren per dienstsoort per regio

	aantal parate uren	aantal aanwezig- heids- uren	aantal beschik- bare uren	totaal 2011	totaal 2010	totaal 2009
Groningen	139.952	19.710	0	159.662	162.705	162.705
Friesland	133.610	45.990	32.325	211.925	212.970	285.496
Drenthe	107.241	45.990	0	153.231	143.400	139.269
IJsselland	110.351	31.113	0	141.464	133.760	135.152
Twente	116.242	0	0	116.242	116.242	104.390
Noordoost Gelderland	111.256	32.777	0	144.033	143.498	138.349
Gelderland Midden	95.363	0	0	95.363	92.685	92.310
Gelderland Zuid	99.232	0	0	99.232	95.229	92.300
Utrecht	216.940	0	0	216.940	211.818	203.322
Noord-Holland Noord	107.553	10	0	107.563	115.794	112.833
Amsterdam/Waterland	213.824	0	0	213.824	198.016	182.624
Kennemerland	90.168	0	0	90.168	90.168	100.672
Gooi- en Vechtstreek	37.440	0	0	37.440	37.440	35.880
Haaglanden	132.306	0	0	132.306	132.596	131.476
Hollands Midden	115.462	0	0	115.462	115.822	117.902
Rotterdam-Rijnmond	203.664	0	0	203.664	201.392	176.500
Zuid-Holland Zuid	79.822	5.840	6.420	92.082	89.604	85.855
Zeeland	90.696	27.208	0	117.904	118.071	112.776
Midden West Brabant	169.416	0	0	169.416	162.867	153.768
Brabant Noord	102.284	0	0	102.284	93.783	91.224
Zuidoost Brabant	103.137	0	0	103.137	99.210	92.116
Limburg Noord	83.445	11.680	0	95.125	94.392	78.428
Zuid Limburg	125.676	0	4.180	129.856	121.762	121.762
Flevoland	48.256	29.120	0	77.376	77.271	77.612
totaal 2011	2.833.336	249.438	42.925	3.125.699		
<i>totaal 2010</i>	<i>2.738.117</i>	<i>275.262</i>	<i>47.116</i>		<i>3.060.495</i>	
<i>totaal 2009</i>	<i>2.651.747</i>	<i>260.799</i>	<i>79.271</i>			<i>2.991.817</i>

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

grafiek 6.6.2: totaal beschikbare uren per regio in 2011



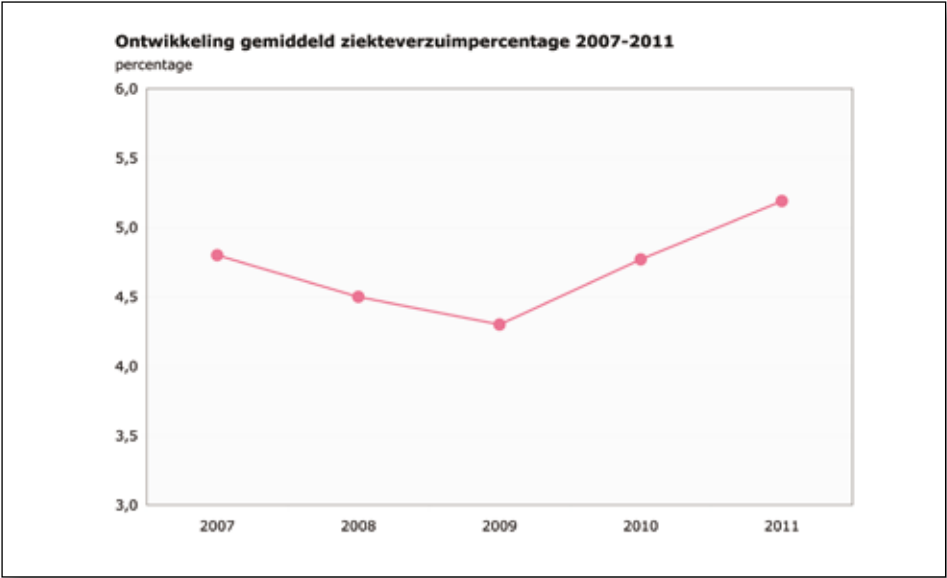
6.7 ziekteverzuim

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).

Tot 2010 was een trend zichtbaar van dalend ziekteverzuim. Helaas is het gemiddelde ziekteverzuim in 2011 verder gestegen tot 5,2%. Dit is in lijn met het gemiddelde in de zorgsector, dat op 5,3% ligt. De oorzaak van deze stijging in de sector is waarschijnlijk de op zich geringe toename van het langdurig ziekteverzuim, die verhoudingsgewijs en gezien de beperkte omvang van de ambulancesector vrij zwaar op het totale ziekteverzuimpercentage drukt. Het langdurend ziekteverzuim binnen de ambulancezorg is echter toch nog altijd beperkt in vergelijking met de zorgsector in het algemeen.

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

grafiek 6.7.1: ontwikkeling ziekteverzuimpercentage 2007 tot en met 2011



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

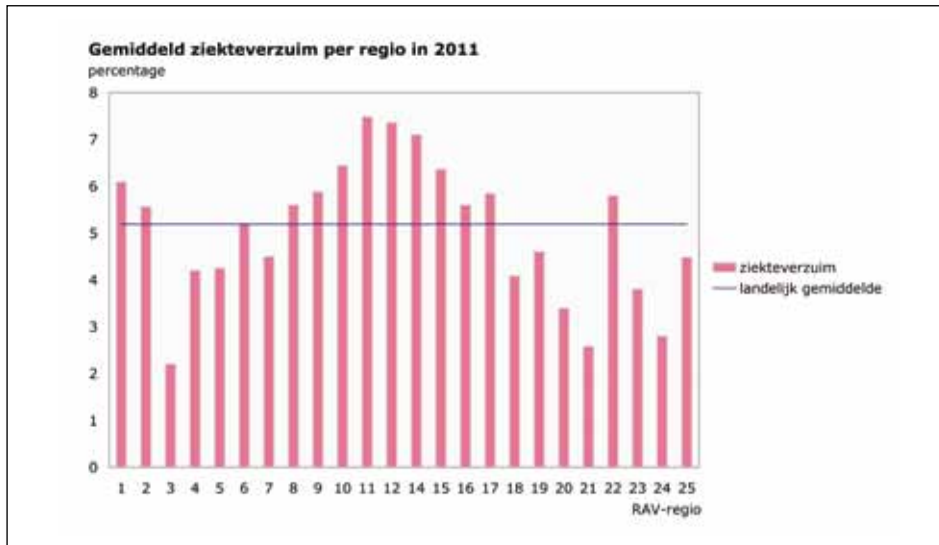
tabel 6.7.2: gemiddeld ziekteverzuim per regio in 2011

AO 2 ziekteverzuim, deelpercentages 2011	alg. ziekte-verzuim %	kort-durend	middellang-durend	lang-durend I	lang-durend II	lang-durend III
Groningen	6,1	1,0	1,1	1,0	2,2	0,9
Friesland	5,6	0,7	0,7	0,9	0,7	2,7
Drenthe	2,2	0,9	0,7	0,2	0,2	0,2
IJsselland	4,2	1,1	1,0	0,6	0,8	0,5
Twente	4,3	1,2	1,4	0,7	0,5	0,4
Noordoost Gelderland	5,2	1,2	1,1	0,9	1,4	0,6
Gelderland Midden	4,5	1,3	1,4	1,0	0,8	0,0
Gelderland Zuid	5,6	1,1	2,1	1,0	0,8	0,6
Utrecht	5,9	1,1	1,3	0,7	1,2	1,6
Noord-Holland Noord	6,4	1,0	1,8		3,7	
Amsterdam/Waterland	7,5	1,7	1,8	3,5	0,0	0,5
Kennemerland	7,4	0,8	1,1	4,6	0,5	3,3
Gooi- en Vechtstreek	7,1	1,5	3,1	0,6	0,4	1,5
Haaglanden	6,4	1,4	1,3	0,9	1,1	1,7
Hollands Midden	5,6	1,5	1,7	0,9	0,6	0,9
Rotterdam-Rijnmond	5,8	0,6	1,6	3,5	0,2	0,0
Zuid-Holland Zuid	4,1	0,3	0,8	1,1	0,9	1,0
Zeeland	4,6	1,0	3,1	0,3	0,2	0,0
Midden West Brabant	3,4	0,5	0,9	0,5	0,5	1,0
Brabant Noord	2,6	0,7	0,8	0,4	0,4	0,4
Zuidoost Brabant	5,8	1,3	1,7	0,6	0,7	1,4
Limburg Noord	3,8	0,9	0,8	0,4	0,1	1,6
Zuid Limburg	2,8	0,7	0,9	1,2	0,0	0,0
Flevoland	4,5	1,0	1,5	1,0	0,6	0,3
gewogen landelijk gemiddelde 2011	5,2	1,0	1,3	1,3	0,7	0,9
<i>gewogen landelijk gemiddelde 2010</i>	<i>4,8</i>	<i>1,0</i>	<i>1,5</i>	<i>1,2</i>	<i>0,5</i>	<i>0,6</i>
<i>gewogen landelijk gemiddelde 2009</i>	<i>4,3</i>	<i>1,2</i>	<i>1,2</i>	<i>1,1</i>	<i>0,4</i>	<i>0,4</i>

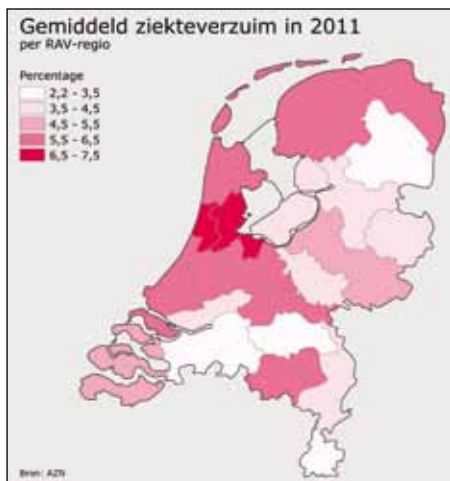
Opmerkingen:

- De gegevens van de AZRR/BIOS-groep zijn over 2009 niet verwerkt in de percentages van de regio Rotterdam-Rijnmond.
- De regio's Noordoost Gelderland en Noord-Holland Noord hebben in 2009 alleen het algemene ziekteverzuimpercentage aangeleverd.
- Er zijn geen opmerkingen over de cijfers met betrekking tot 2010 en 2011.

grafiek 6.7.2: gemiddeld ziekteverzuimpercentage per regio in 2011



kaart 6.7.1: gemiddeld ziekteverzuimpercentage per regio in 2011



De WIA-instroom was in 2011 beperkt. In 2011 zijn 7 personen in de WIA ingestroomd, dit is 0,15% (5 personen in 2010, dit was 0,11%). 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.

6.8 agressie & geweld

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

inleiding

Sinds 2008 registreert de ambulancesector incidenten van agressie en geweld jegens de ambulancedewerkers. Dit vindt mede in het kader van het in 2006 mede door AZN ondertekende actieprogramma 'geweld tegen werknemers met een publieke taak' plaats.

geregistreerde agressie-incidenten in 2011

In 2011 hebben alle regio's agressie-incidenten geregistreerd.

aantal en aard incidenten

In deze 24 regio's zijn in 2011 289 incidenten geregistreerd. Dit betekent een toename van het aantal geregistreerde incidenten met 118 ten opzichte van 2011 (deze toename heeft met name binnen één regio plaatsgevonden).

Dit valt onder andere te verklaren uit het intensiveringstraject van AZN rondom dit onderwerp in 2011. In 2011 heeft de sector een Plan van Aanpak Agressie & Geweld uitgevoerd. Er hebben in totaal 190 opleidingsdagen plaatsgevonden waarin aandacht voor de volgende uitgangspunten is gevraagd:

1. draag uw organisatienorm van acceptabel gedrag uit
2. bevorder dat uw werknemers elk voorval van agressie melden
3. registreer alle incidenten van agressie en geweld jegens uw werknemers
4. train uw werknemers in het voorkomen van en omgaan met agressie en geweld
5. reageer binnen 48 uur richting de dader indien deze agressie en geweld gebruikt tegen uw werknemers
6. bevorder dat uw werknemers aangifte doen en/of geef strafbare feiten (zoals fysiek geweld en bedreiging) zelf aan bij de politie
7. verhaal de schade op de dader
8. verleen nazorg aan werknemers die slachtoffer zijn van agressie en geweld

Een en ander heeft er toe geleid dat er binnen de organisatie meer aandacht wordt besteed aan het melden van incidenten, er wordt meer geregistreerd en dit leidt automatisch tot een hoger aantal geregistreerde incidenten. Dit valt vooral op voor de regio Noord-Holland Noord: 113 van de 289 meldingen zijn afkomstig uit deze regio. Ook de regio Haaglanden heeft een groot aandeel, hier zijn 62 incidenten gemeld. Voor beide regio's geldt dat er met name verbale agressie of verbaal geweld is geregistreerd.

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 (52%)
- gevolgd door fysieke agressie of fysiek geweld (34%)

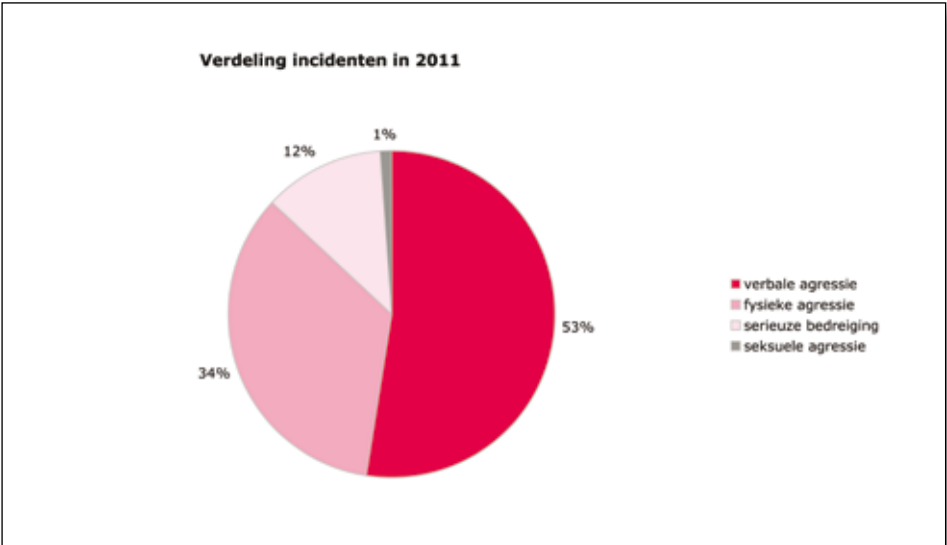
Dit beeld tekent zich al sinds de start van de landelijke registratie van agressie-incidenten af.

Onderstaande tabel geeft weer welke incidenten gemeld zijn:

tabel 6.8.1: aantal en verdeling incidenten in 2011

	2011		2010		2009	
	aantal	%	aantal	%	aantal	%
verbale agressie en geweld	151	52%	94	55%	68	47%
serieuze bedreiging	36	12%	20	12%	29	20%
fysieke agressie en geweld	99	34%	50	29%	46	32%
seksuele intimidatie, agressie en geweld	3	1%	7	4%	2	1%
totaal	289	100%	171	100%	145	100%

grafiek 6.8.1: verdeling incidenten in 2011



tijdstip

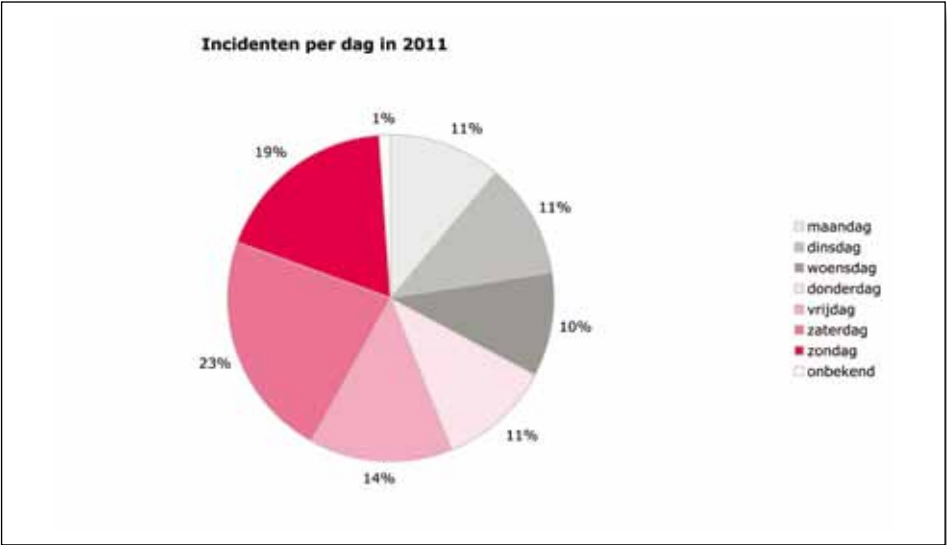
Van de 289 incidenten die in 2011 zijn geregistreerd, zijn er 285 waarvan bekend is op welke dag en/of op welk tijdstip het incident heeft plaatsgevonden:

- de meeste incidenten vonden plaats in het weekend (65 op zaterdag en 51 op zondag), op de voet gevolgd door de vrijdag (41). Dit wijkt in zoverre van de voorgaande jaren af, dat toen juist op vrijdag het laagste aantal incidenten plaatsvond.
- in 2011 was woensdag de dag waarop de minste incidenten plaatsvonden, in 2010 was dit de vrijdag.

tabel 6.8.2: percentage incidenten per dag van de week

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

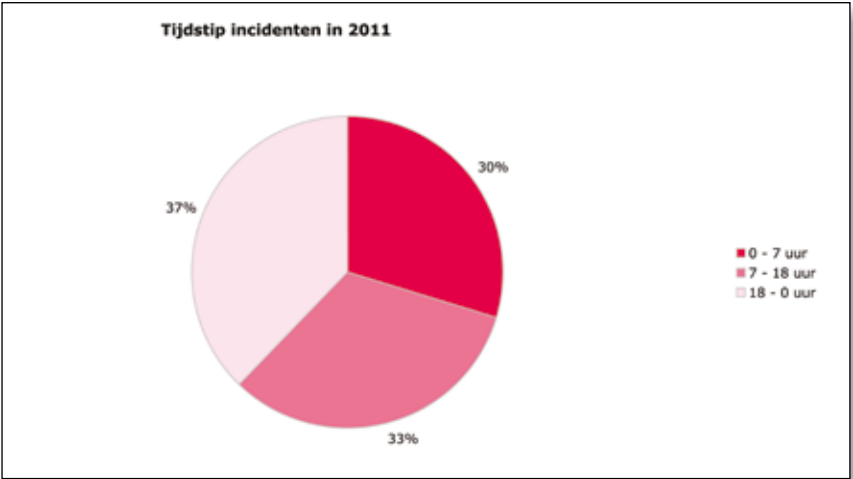
grafiek 6.8.2: incidenten in 2011: welke dag



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

- 29% van de incidenten vond plaats tussen 0.00 en 7.00 uur, (40% in 2010);
- 32% van de incidenten vond plaats tussen 7.00 en 18.00 uur (33% in 2010);
- 37% van de incidenten vond plaats tussen 18.00 en 0.00 uur (27% in 2010);
- van 1% van de incidenten is het tijdstip niet geregistreerd.

grafiek 6.8.3: incidenten in 2011: welk tijdstip

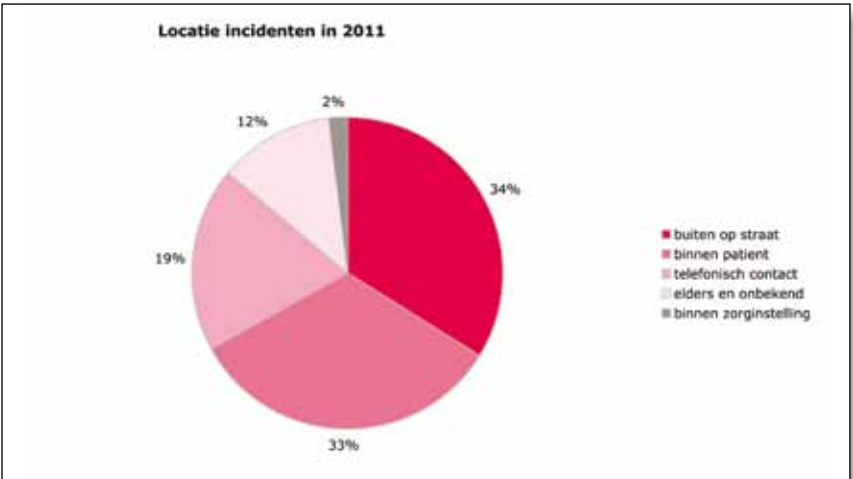


locatie van het incident

Van alle 289 incidenten is in 2011 bekend waar het incident heeft plaatsgevonden (160 in 2010). Niet alleen het ambulanceteam dat naar de patiënt toe gaat en onderweg of ter plaatse gehinderd kan worden, wordt geconfronteerd met agressie. Ook centralisten van de meldkamer ambulancezorg hebben met agressie te maken. De meeste incidenten vonden in 2011 buiten op straat plaats, direct gevolgd door incidenten binnen bij de patiënt. Dit is in schril contrast met 2010, toen de meeste incidenten tijdens het telefonisch contact plaatsvonden.

- 34% van de incidenten vond op straat plaats (25% in 2010);
- 33% van de incidenten speelde zich binnen bij de patiënt af (21% in 2010);
- 19% van de incidenten vond plaats tijdens het telefonisch contact (39% in 2010).

grafiek 6.8.4: incidenten in 2011: locatie



veroorzaker van het incident

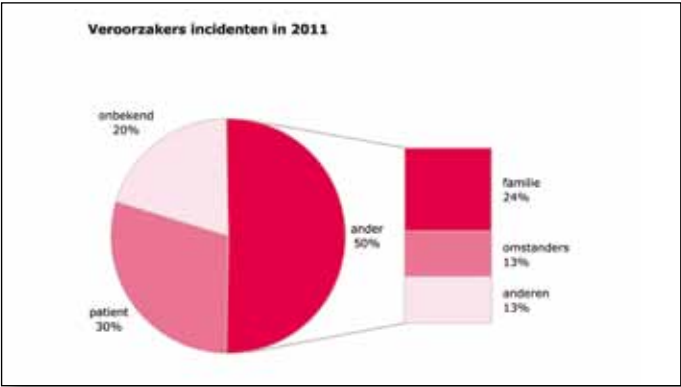
Bij 231 van de 289 geregistreerde incidenten is vastgelegd wie het incident veroorzaakte:

- in 85 gevallen was dit de patiënt zelf (53 in 2010);
- 146 keer was het iemand anders dan de patiënt (94 in 2010).

Wie in deze 146 gevallen precies de veroorzaker was, loopt uiteen:

- in 48% van de incidenten gaat het om familie of direct betrokkenen (17% in 2010);
- bij 20% is de veroorzaker onbekend (70% in 2010).

grafiek 6.8.5: van incidenten in 2011: veroorzaker

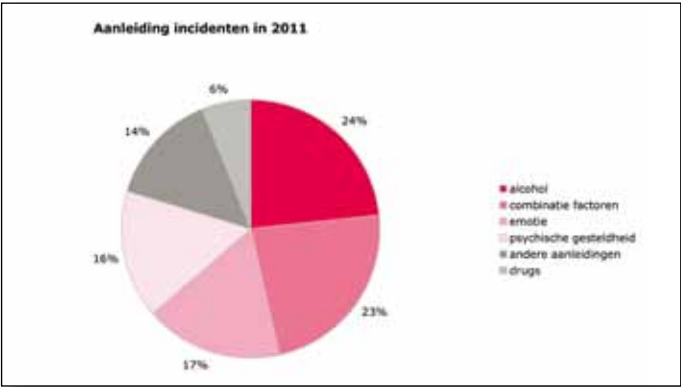


aanleiding van het incident

De aanleiding van het incident is in 2011 bij 228 van de 289 incidenten geregistreerd. Vaak gaat het om een combinatie van factoren, waarbij hetzij emotie, hetzij alcohol een belangrijke rol spelen.

- bij 23% is alcohol benoemd als omstandigheid die tot agressie leidde (14% in 2010);
- bij 17% speelt emotie een hoofdrol (61% in 2010);
- bij 16% is ook de psychische gesteldheid van de patiënt aangewezen (7% in 2010).

grafiek 6.8.6: incidenten in 2011: aanleiding



juridische consequenties

Er wordt nog lang niet altijd aangifte gedaan van agressie-incidenten. Het beeld over 2011 is als volgt:

- aangifte van 64 incidenten;
- geen aangifte van 216 incidenten;
- van 9 incidenten is niet bekend of hier aangifte van gedaan is.

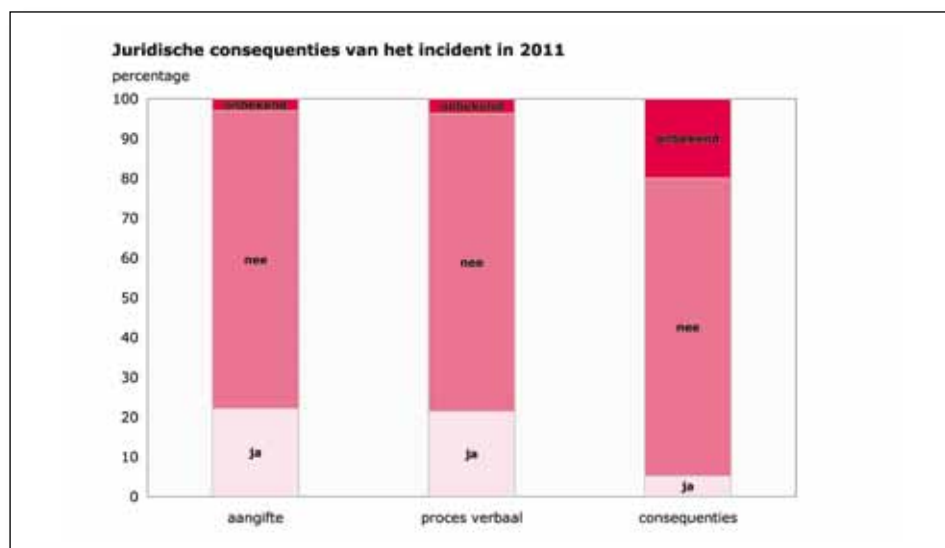
Aangifte doen betekent niet altijd automatisch dat er proces verbaal opgemaakt wordt door de politie:

- van 62 incidenten is proces verbaal opgemaakt;
- van 2 incidenten waarvan aangifte is gedaan is dit niet bekend.

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

- van 15 incidenten is bekend dat er strafrechtelijke consequenties waren (waaronder 6 boetes, 2 maal een strafrechtelijke vervolging, 3 keer een taakstraf);
- van de overige 274 incidenten is hetzij bekend dat zij geen (strafrechtelijke) consequenties hebben, dan wel is dit nog niet bekend.

grafiek 6.8.7: juridische consequenties van incidenten in 2011



opvang door de ambulanceorganisatie

Ambulanceorganisaties 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, zoals een werkpakket agressie en geweld als onderdeel van de arbocatalogus, beschikbaar. Ook wordt er ondersteund 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 31 incidenten heeft de organisatie ondersteuning geboden bij de aangifte van het incident en tien keer is externe opvang voor de betreffende medewerkers georganiseerd. Het BO-team is 44 keer in actie gekomen.

De kwaliteit van ambulancezorg

Veel verschillende aspecten zijn van invloed op de kwaliteit van ambulancezorg.

Het gaat om bijvoorbeeld om deskundige, bekwame en betrokken medewerkers.

Maar ook tevreden cliënten en het aantal ingediende klachten zijn een indicator van de kwaliteit.

Of de wijze waarop invulling wordt gegeven aan samenwerking met ketenpartners en innovatie van zorg. De bedrijfsvoering heeft ook invloed op de kwaliteit van de ambulancezorg.

7.1 kwaliteitscertificering

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

De HKZ-certificaten zijn in 2011 geprolongeed: de ambulancesector was net zoals op 31 december 2010 ook op 31 december 2011 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.

7.2 deskundigheid en scholing

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

De verantwoordelijkheid van een ambulanceverpleegkundige is groter dan die van een ‘gewone’ verpleegkundige 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 het ambulanceteam. 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.

Niet alle zorgvragen die binnenkomen hebben betrekking op ambulancezorg.

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

Medewerkers werkzaam in één van de drie kernfuncties worden permanent bij- en nageschoold, zowel landelijk als regionaal.

7.3 klachten

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

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

In totaal hebben ambulanceorganisaties in 2011 458 ontvangen klachten geregistreerd (494 in 2010). 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 licht toegenomen.

tabel 7.3.1 aantal klachten per 1.000 inzetten per regio

aantal klachten	2011	2010	2009
Groningen	0,41	0,76	0,84
Friesland	0,32	0,35	0,34
Drenthe	0,32	0,18	0,40
IJsselland	0,34	0,25	0,25
Twente	0,53	0,53	0,85
Noordoost Gelderland	0,56	0,60	0,20
Gelderland Midden	0,41	0,64	0,65
Gelderland Zuid	0,50	0,74	0,53
Utrecht	0,32	0,50	1,01
Noord-Holland Noord	0,87	1,23	0,99
Amsterdam/Waterland	0,29	0,34	0,44
Kennemerland	0,56	0,13	0,18
Gooi- en Vechtstreek	0,81	0,39	0,63
Haaglanden	0,23	0,28	0,31
Hollands Midden	0,16	0,25	0,25
Rotterdam-Rijnmond	0,44	0,46	0,58
Zuid-Holland Zuid	0,53	0,30	0,17
Zeeland	0,29	0,52	0,35
Midden West Brabant	0,21	0,42	0,77
Brabant Noord	0,37	0,51	0,22
Zuidoost Brabant	0,64	0,51	0,26
Limburg Noord	0,83	0,82	0,80
Zuid Limburg	0,34	0,27	0,36
Flevoland	1,16	0,81	0,73
gewogen landelijk gemiddelde	0,48	0,46	0,52

Bijlagen

- Bijlage 1: vergelijkbaarheid cijfers van de verschillende jaren en andere aspecten met betrekking tot de betrouwbaarheid
- Bijlage 2: toelichting op aanrijtnormen binnen de ambulancezorg (hoofdstuk 3)
- Bijlage 3: toelichting op de gebruikte medische terminologie (hoofdstuk 4)
- Bijlage 4: kernset 2011
- Bijlage 5: (relevante) definities
- Bijlage 6: verantwoording RIVM
- Bijlage 7: gebruikte afkortingen
- Bijlage 8: relevante documenten
- Bijlage 9: leden Ambulancezorg Nederland
- Bijlage 10: 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 en 4) samen met het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). Het RIVM berekent op eenduidige wijze de ritgegevens uit de rittendatabases die door de regio's worden overgedragen aan het RIVM. De ritgegevens worden voor alle regio's op dezelfde wijze berekend aan de hand van sectoraal vastgestelde meetplannen, wat de betrouwbaarheid en vergelijkbaarheid van de gegevens ten goede komt.

verschil cijfers 2010 en 2009 met de jaren daarvoor

Sinds 2009 wijkt de totstandkoming van de cijfers, zoals gepubliceerd in hoofdstuk 3, af van de werkwijze in de voorgaande jaren (2008 en vroeger).

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

Concreet betekent een en ander het volgende:

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

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

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

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

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

Bijlage 2: toelichting op aanrijtijdnormen binnen de ambulancezorg (hoofdstuk 3)

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

steeds verdere aanscherping

De 15-minutennorm is in de loop der jaren in Nederland steeds verder aangescherpt. In het voormalige Eisenbesluit ambulancevervoer, dat al jaren niet meer van kracht is, was vastgelegd dat een ambulance onder normale omstandigheden binnen 15 minuten na de opdracht aan de CPA ter plaatse 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's is de vergunninghouder integraal verantwoordelijk voor zowel de meldkamer ambulancezorg als voor het aanrijden van de ambulance. De norm is hiermee, sinds de nota 'Met zorg verbonden' uit 1997, verschoven naar binnen 15 minuten na melding bij de MKA ter plaatse kunnen zijn. Het begrip 'na melding bij de MKA' bleek in de praktijk op verschillende manieren geïnterpreteerd te kunnen worden.

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

vergelijking met het buitenland

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

is er een relatie tussen responstijd en gezondheidswinst?

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

Bijlage 3: toelichting op de gebruikte medische terminologie (hoofdstuk 4)

In deze bijlage worden de medisch-inhoudelijke begrippen, die in §4.3 worden gebruikt, nader toegelicht. De terminologie is in de bijlage opgenomen in volgorde waarin de begrippen voorkomen.

hoofdspecialismen

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

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

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

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

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

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

(voorbehouden) handelingen

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

- A = airway of ademweg en heeft betrekking op het openen en openhouden van de luchtweg
- B = breathing of ademhaling en heeft betrekking op het controleren van de ademhaling en eventuele ademhalingsstoornissen
- C = circulation en heeft betrekking op de eventuele problemen met de circulatie (bloedsomloop) van de patiënt
- D = disability en bewustzijn en heeft betrekking op eventuele problemen en stoornissen van het bewustzijn

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

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

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

intramusculaire injectie: een injectie gegeven in de spier

intraveneuze naald: wordt geplaatst in een ader

intraossale naald: wordt in de beenmergholte ingebracht

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

Utstein 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: kernset 2011

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	1.10	indien geen RAV aanwezig: verwachte datum waarop een RAV gerealiseerd zal zijn
ALG	1.11.1	is de Meldkamer Ambulancezorg (MKA) onderdeel van de RAV?
ALG	1.11.2	is er sprake van een gecolokeerde of gemeenschappelijke meldkamer?
ALG	1.11.3	is er sprake van een geïntegreerde meldkamer?

2. capaciteit

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

3. ingeroosterde uren

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

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

4. regionale gegevens

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

PP PRIMAIR PROCES AMBULANCEZORG, LOGISTIEK

A1 A1-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

PP-R	1.1	aantal inzetten rapid responder
------	-----	---------------------------------

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 2011: totaal aantal declarabele ritten A1+A2+B
PR	1.1.2	afspraken 2011: totaal aantal EHGV-ritten
PR	1.2.1	afspraken 2011: totaal aantal kilometers

2 gerealiseerde productie

PR	2.1.1	realisatie 2011: totaal aantal declarabele ritten A1+A2+B
PR	2.1.2	realisatie 2011: totaal aantal EHGV-ritten
PR	2.2.1	realisatie 2011: totaal aantal kilometers

K KWALITEIT

1 certificering

K	1.1	is de RAV HKZ-gecertificeerd? (sinds?)
K	1.2	indien HKZ-certificering ontbreekt: verwachte datum van certificatie

2 klachten

K	2.1	aantal klachten
---	-----	-----------------

M PRIMAIR PROCES AMBULANCEZORG: MEDISCH

AP algemene patiëntgegevens

1 *geslacht patiënt*

M-AP	1.1	aantal mannen
M-AP	1.2	aantal vrouwen

2 *leeftijd patiënt*

aantal patiënten in de leeftijdsgroep:

M-AP	2.1	van 0 tot en met 24 uur
M-AP	2.2	van 24 uur (1 dag) tot en met 72 uur (3 dagen)
M-AP	2.3	van 72 uur (3 dagen) tot en met 30 dagen (1 maand)
M-AP	2.4	van 1 maand (31 dagen) tot en met 1 jaar
M-AP	2.5	van 1 jaar tot en met 16 jaar
M-AP	2.6	van 17 jaar tot en met 74 jaar
M-AP	2.7	van 75 jaar en ouder

WD werkdiagnose/toestandsbeeld

1 *werkdiagnose ambulanceteam*

het ziektebeeld van de patiënt is passend bij het specialisme:

M-WD	2.1	traumatologie/heelkunde
M-WD	2.2	interne geneeskunde
M-WD	2.3	pulmonologie
M-WD	2.4	cardiologie
M-WD	2.5	neurologie
M-WD	2.6	gynaecologie/obstetrie
M-WD	2.7	overige specialismen

H (voorbehouden) handelingen

A *handelingen met betrekking tot ademhaling*

M-HA	1.1	aantal mayo-tubes
M-HA	1.2	aantal masker-ballonbeademingen
M-HA	1.3	aantal endotracheale intubaties
M-HA	1.4	aantal coniotomieën
M-HA	1.5	aantal spoedthoraxdrainages
M-HA	1.6	aantal zuurstoftoedieningen

C *handelingen met betrekking tot circulatie*

M-HC	1.1	aantal intramusculaire infusen
M-HC	1.2	aantal intraveneuze infusen
M-HC	1.3	aantal intraossale infusen

D *handelingen met betrekking tot disability*

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

Ca *cardiologische handelingen*

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

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

2 *overige cardiologische handelingen*

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

O *overige handelingen*

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 uitstroombeleid

1 instroom

PO-M	1.0.1	instroompercentage 2011
------	-------	-------------------------

aantal ingestroomden:

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

redenen van instroom:

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

instroomrichtingen ambulanceverpleegkundigen en (niet) verpleegkundig centralisten MKA :

PO-M	1.3.1	collega-RAV/ambulanceorganisatie
PO-M	1.3.2	MKA
PO-M	1.3.3	ziekenhuis: intensive care
PO-M	1.3.4	ziekenhuis: spoedeisende hulp
PO-M	1.3.5	ziekenhuis: cardiologie

PO-M	1.3.6	ziekenhuis: overige afdelingen
PO-M	1.3.7	school
PO-M	1.3.8	anders of onbekend

instroomrichtingen ambulancechauffeurs :

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

2 uitstroom

PO-M	2.0.1	uitstroompercentage 2011
------	-------	--------------------------

aantal uitgestroomden:

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

redenen van uitstroom:

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

uitstroomrichtingen:

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

D arbeidsduur

1 aantal dienstjaren

aantal medewerkers in dienst gedurende:

PO-D	1.1	korter dan 1 dienstjaar
PO-D	1.2	1 tot en met 4 jaar
PO-D	1.3	5 tot en met 9 jaar
PO-D	1.4	10 tot en met 14 jaar
PO-D	1.5	15 tot en met 19 jaar

PO-D	1.6	20 tot en met 24 jaar
PO-D	1.7	25 tot en met 29 jaar
PO-D	1.8	30 tot en met 34 jaar
PO-D	1.9	35 tot en met 39 jaar
PO-D	1.10	40 jaar of langer

A arbeidsvoorwaarden

1 CAO

welke CAO hanteerde de RAV in 2011

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:

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

2 incidenten waarbij de aanleiding van het incident niet bekend is

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

D dader/veroorzaker van het incident

1 incidenten waarbij de patiënt de dader/veroorzaker is

aantal incidenten veroorzaakt door:

- AG-D 1.1 de patiënt
- AG-D 1.2.1 psychiatrische/IBS-patiënt onder begeleiding
- AG-D 1.2.2 psychiatrische/IBS-patiënt zonder begeleiding

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

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

3 incidenten waarbij de dader/veroorzaker niet bekend is

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

JC juridische consequenties van het incident

1 is er aangifte gedaan bij de politie?

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

2 heeft de politie procesverbaal opgemaakt?

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

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

- AG-JC 3.1 strafrechtelijke consequenties

welke strafrechtelijke consequentie:

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

Sp ondersteuning door de RAV/ambulanceorganisatie

aantal incidenten:

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

Bijlage 5: (relevante) definities

bij hoofdstuk 2:

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.

bij hoofdstuk 3:

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

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

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

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

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

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

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 4:

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

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

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

B-inzet: een 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.

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

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

loze inzet: een 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.

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

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.

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

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

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

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

beschikbaarheid: beschikbaarheid betreft het beschikbare aanbod van ambulances, inclusief ambulanceteam 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:

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

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

bij hoofdstuk 6:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

verbale agressie of verbaal geweld: 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 7:

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.

Bijlage 6: 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 de afgelopen jaren en ook dit jaar 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-positie 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. voorwaardenscheppende 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 2012 op dezelfde manier als in 2011 geïnterpreteerd. Dit betreft de volgende punten:

- Per tijdsinterval (tijd voor 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 wagennummer.*

Vervolgens worden 'meerinzetten' uitgefilterd. De regio's hadden de mogelijkheid om zelf meerinzetten aan te geven. Een aantal regio's heeft dit 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: meldtijd, uitruktijd, rijtijd, 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 meldtijd: *Een rit heeft een plotfout op de meldtijd als de meldtijd 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 rijtijd: *Een rit heeft een plotfout op de rijtijd als de rijtijd 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 wordt de gemiddelde meldtijd, uitruktijd, rijtijd en responstijd bepaald, en wordt het aantal inzetten binnen de 15- en 30-minuten vastgesteld.

generiek plotfoutfilter

Bij de inhoud van het generieke filter, zoals hierboven beschreven, moet worden opgemerkt dat het filter een benadering van plotfouten geeft, maar geen dekkende definitie is. Het identificeert een aantal 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 meld-, uitruk- en aanrijtijd te definiëren is.

Bijlage 7: gebruikte afkortingen

ABCD(-methode)	=	Airway Breathing Circulation Disability
AED	=	Automatische Externe Defibrillator
AZN	=	Ambulancezorg Nederland
(wet) BIG	=	Wet Beroepen Individuele Gezondheidszorg
BO-team	=	Bedrijfsopvangteam
BZK	=	ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties
CAO	=	Collectieve Arbeidsovereenkomst
COPD	=	Chronic Obstructive Pulmonary Disease
CPA	=	Centrale Post Ambulancezorg
DAM	=	Dynamisch Ambulancemanagement
EHGV	=	Eerste Hulp Geen Vervoer
EU	=	Europese Unie
GGD	=	Gemeentelijke Gezondheidsdienst
GHOR	=	Geneeskundige Hulpverleningsorganisatie in de Regio
HAP	=	Huisartsenpost
HBO	=	Hoger Beroepsonderwijs
HKZ	=	Harmonisatie Kwaliteit Zorginstellingen
HLO	=	Heli Landing Officer
IC	=	Intensive Care
MI	=	managementinformatie
MICU	=	Mobiele Intensive Care Unit
MKA	=	Meldkamer Ambulancezorg
MMT	=	Mobiel Medisch Team
MRI	=	Magnetic Resonance Imaging
NZa	=	Nederlandse Zorgautoriteit
OGS	=	Optische en geluidssignalen (zwaailicht en sirene)
PAM	=	Periodieke Arbeidsgezondheidskundige Monitor
P&O	=	Personeel & Organisatie
RAV	=	Regionale Ambulancevoorziening
RIVM	=	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
ROAZ	=	Regionaal Overleg Acute Zorg
ROSC	=	Return Of Spontaneous Circulation
SAR	=	Search And Rescue
S&B	=	Spreiding & Beschikbaarheid
SEH	=	Spoedeisende Hulp
Twaz	=	Tijdelijke wet ambulancezorg
V en J	=	ministerie van Veiligheid & Justitie
VPT	=	Veilige Publieke Taak
VWS	=	ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
VUT	=	Vervroegde uittreding
WAV	=	Wet Ambulancevervoer
WAZ	=	Wet Ambulancezorg
WIA	=	Wet Inkomen naar Arbeid
WBMV	=	Wet Bijzondere Medische Verrichtingen
WTZi	=	Wet Toelating Zorginstellingen
WVR	=	Wet op de Veiligheidsregio's

Bijlage 8: relevante documenten

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

Beleidsdocument Dynamisch Ambulancemanagement, Ambulancezorg Nederland, 2009

Brief 'meldkamer van de toekomst', ministerie van VenJ, 20 februari 2012

Brief 'Besluit meldkamer van de toekomst', ministerie van VWS, 1 maart 2012

Brief 'Reactie rapporten acute zorg en verloskunde', ministerie van VWS, 1 maart 2012

Nota verantwoorde ambulancezorg, versie 3.0, Ambulancezorg Nederland, 2009

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

Uniform begrippenkader ambulancezorg, versie 2.0, Ambulancezorg Nederland, 2009

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

Wet Ambulancezorg, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2008

Bijlage 9: leden Ambulancezorg Nederland

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

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

Bijlage 10: standplaatsen in Nederland

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
Lemmer
Oosterwolde
Schiermonnikoog
Stiens
Sneek
Vlieland
Terschelling
Wolvega

3 Drenthe

Annen
Assen
Beilen
Borger
Coevorden
Dieverbrug
Emmen
Emmercompascuum
Hoogeveen
Klazienaveen
Meppel
Roden
Tynaarlo

4 IJsselland

Balkbrug
Deventer
Hardenberg
Ommen
Raalte
Rouveen 'Lichtmis'
Steenwijk
IJsselmuiden
Zwartsluis
Zwolle

5 Twente

Almelo
Enschede
Haaksbergen
Hengelo
Markelo
Nijverdal
Oldenzaal
Tubbergen
Vroomshoop

6 Noordoost Gelderland

Apeldoorn
Borculo
Doetinchem
Elburg
Ermelo
Heerde
Varsseveld
Winterswijk
Zutphen

7 Gelderland Midden

Arnhem
Arnhem IJsseloord
Barneveld
Dieren
Ede
Elst
Renkum
Terschuur
Zevenaar

8 Gelderland Zuid

Culemborg
Druten
Geldermalsen
Kesteren
Nijmegen
Tiel

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

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

