



Ambulances in-zicht 2009



Colofon

Ambulancezorg Nederland

Veerallee 68
Postbus 489, 8000 AL Zwolle
telefoon: 038 422 57 72
fax: 038 488 2647
secretariaatbt@ambulancezorg.nl
www.ambulancezorg.nl

Tekst

Ambulancezorg Nederland

Cijfers, tabellen, grafieken en kaarten

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

Redactiecommissie

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

Met dank aan

Gerard Berendschot, Thijs Gras, Geert Jan Kommer, Johan Legebeke, Paulien van der Meulen, Klaas Post, Michiel van Tongeren, Ronald de Vos

(Eind)redactie

Isolde Boers

Vormgeving

Vormix, Maarssen

Fotografie

A3chem, Hilversum (omslag)

Druk

Stimio Consultants Drukkerwerk & Design, Tiel

Vastgesteld door het Algemeen Bestuur van de Vereniging Ambulancezorg Nederland op woensdag 19 mei 2010.

Voorwoord

Bij de presentatie van deze vierde editie van 'Ambulances in-zicht' verkeert de sector midden in het proces van vergunningverlening in het kader van de Wet Ambulancezorg. Belangrijkste nieuwsfeit is de beslissing van minister Klink om bij die vergunningverlening zo dicht mogelijk aan te sluiten bij de bestaande vergunninghouders. Marktwerking wordt zo vertaald naar een nieuw te ontwikkelen bekostigingsmethodiek voor en benchmarking van de regio's. Die ontwikkeling geeft aan 'Ambulances in-zicht' een nieuw, beleidsmatig belang. Immers op deze wijze kan de sector op transparante wijze zijn prestaties aan de samenleving verantwoorden. Een voorbeeld daarvan is het hoofdstuk 'Ambulancezorg als ketenpartner'. Daarin aandacht voor de acute zorg en de zorg in opgeschaalde situatie in relatie met de GHOR. Aanleiding vormden de Poldercrash en de gebeurtenissen op Koninginnedag 2009. Meeegenomen zijn ook de geregistreerde incidenten rond de jaarwisseling.

Goede ambulancezorg levert binnen de wettelijke kaders en financiële mogelijkheden maximale gezondheidswinst voor zijn deel in de acute prehospitalische zorg. Wij zijn gewend om de prestaties te meten in aanrij- en responstijden; binnen 15 minuten bij de patiënt. Onderzoek heeft inmiddels duidelijk gemaakt dat die indicaties niet bepalend zijn voor de maximale gezondheidswinst. We zullen onze prestaties dan ook meer moeten beoordelen en meten in termen van kwaliteit. Een objectief gegeven valt nu te melden: de sector ambulancezorg is dit jaar voor het eerst 100% HKZ- gecertificeerd! Daarnaast zetten we in deze editie van 'Ambulances in-zicht' de zorginhoudelijke verslaglegging voort. We doen dat in het besef dat op dit punt de komende jaren vormen gezocht moeten worden die de prestaties en groei in gezondheidswinst tot uiting brengen.

Met betrekking tot de ritinformatie is dan ook getracht om wat meer nuance te brengen in de magische norm van 15 minuten. Zo zijn percentages ritten opgenomen binnen 13 of 14 en binnen 16 of 17 minuten, gemiddelde responstijden in stedelijk en niet-stedelijk gebied en aantallen ritten naar dagdelen. Er moet mij in deze nog iets van het hart. In de afgelopen twee decennia is het aantal dodelijke verkeersslachtoffers met de helft gedaald. Naar mijn indruk hebben de inspanningen van de sector ambulancezorg hier een bijdrage aan geleverd.

Tenslotte werd in 2009 de basis gelegd voor een sectorbrede Collectieve Arbeidsovereenkomst. Deze mijlpaal moet zijn doorwerking krijgen in de kwaliteit en de aantrekkelijkheid van het werk in de ambulancesector, op de wagens en aan de telefoon! Daar ligt ook een uitdaging voor de komende edities van 'Ambulances in-zicht'.

Ed Worm

voorzitter Vereniging Ambulancezorg Nederland

Inhoudsopgave

Voorwoord			
Verantwoording	7		
Inleiding	8		
1 Ambulancezorg in 2009	11		
1.1 facts & figures ambulancezorg 2009	12		
1.2 het proces ambulancezorg	13		
1.3 het product ambulancezorg	14		
1.4 ambulancezorg is ketenpartner	16		
1.5 de medewerkers van de ambulancezorg	17		
1.6 de kwaliteit van de ambulancezorg	20		
1.7 randvoorwaarden ambulancezorg en toekomstperspectief	20		
2 Het proces ambulancezorg in 2009	23		
vooraf	24		
2.1 wat is ambulancezorg?	24		
2.2 verwachtingen met betrekking tot ambulancezorg	25		
2.3 spoedeisende ambulancezorg: A1-inzetten	26		
2.3.1 overall beeld A1-inzetten in 2009	26		
2.3.2 tijdsduur aanname en uitgifte A1-inzetten	28		
2.3.3 uitruktijd A1-inzetten	30		
2.3.4 aanrijtijd A1-inzetten	32		
2.3.5 responstijd A1-inzetten	34		
2.3.6 aantal A1-inzetten binnen 15 minuten ter plaatse bij de patiënt	36		
2.4 spoedeisende ambulancezorg: A2-inzetten	40		
2.4.1 overall beeld A2-inzetten in 2009	40		
2.4.2 tijdsduur aanname en uitgifte A2-inzetten	42		
2.4.3 uitruktijd A2-inzetten	44		
2.4.4 aanrijtijd A2-inzetten	46		
2.4.5 responstijd A2-inzetten	48		
2.4.6 aantal A2-inzetten binnen 30 minuten ter plaatse bij de patiënt	50		
3 Het product ambulancezorg in 2009	55		
3.1 spoedeisende en planbare ambulancezorg	56		
3.1.1 overall beeld aantal inzetten	56		
3.1.2 spoedeisende en planbare ambulancezorg	59		
3.1.3 ambulancezorg en het aantal inwoners	65		
3.1.4 spoedeisende ambulancezorg: A1-inzetten	67		
3.1.5 spoedeisende ambulancezorg: A2-inzetten	69		
3.1.6 spoedeisende ambulancezorg: rapid responders	71		
3.1.7 planbare ambulancezorg: B-inzetten	71		
3.1.8 inzetten voor een andere regio	73		
3.1.9 MICU-ritten	75		
3.2 declarabele en overige inzetten	76		
3.2.1 overall beeld aantal inzetten	76		
3.2.2 declarabele inzetten	78		
3.2.3 EHGV-inzetten	79		
3.2.4 loze ritten	80		
3.2.5 productieafspraken	81		
3.3 de medische kant van de ambulancezorg	84		
3.3.1 de patiënten	84		
3.3.2 de door het ambulanceteam gestelde werkdiagnoses	84		
3.3.3 de uitgevoerde (voorbehouden) handelingen	85		
4 Ambulancezorg is ketenpartner	89		
4.1 ambulancezorg, partner in de keten van acute zorg	90		
4.1.1 aanvullend op ambulancezorg	90		
4.2 ambulancezorg, partner in de keten van openbare orde en veiligheid	91		
4.2.1 registratie incidenten jaarwisseling	91		
4.2.2 grootschalige incidenten in 2009	91		
5 Medewerkers in de ambulancezorg in 2009	93		
5.1 formatie	94		
5.2 loopbaanmobiliteit	98		
5.3 arbeidsduur	103		
5.4 leeftijd van medewerkers	105		
5.5 ziekteverzuim	108		
5.6 agressie & geweld jegens ambulancemedewerkers	111		
6 Kwaliteit van de ambulancezorg in 2009	119		
6.1 kwaliteitscertificering	120		
6.2 deskundigheid en scholing	120		
6.3 klachten	120		

7 De randvoorwaarden en de verwachte toekomst voor ambulancezorg 123

7.1	praktische randvoorwaarden: ambulances en standplaatsen	124
7.2	financiën	127
7.3	beschikbare uren voor ambulancezorg	128
7.4	RAV-vorming en Wet Ambulancezorg	130
7.5	variatie in rechtspersonen	133

Bijlagen 135

Bijlage 1	Kernset 2009 en definities	136
Bijlage 2	Toelichting gebruik medische terminologie	148
Bijlage 3	Verantwoording RIVM	150
Bijlage 4	Gebruikte afkortingen	154
Bijlage 5	Relevante documenten	155
Bijlage 6	Leden Ambulancezorg Nederland	156
Bijlage 7	Standplaatsen in Nederland	158

Verantwoording

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

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

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

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

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

Inleiding

Voor u ligt 'Ambulances in-zicht 2009', de vierde editie van het sectorrapport van de ambulancezorg. U leest hierin meer over de resultaten van de ambulancezorg in 2009.

MI-traject in ontwikkeling

Ambulancezorg Nederland (AZN) is in 2005 met het traject managementinformatie (MI) gestart. Doel van het traject is komen tot een landelijk eenduidige registratie van gegevens, zodat data en resultaten van de verschillende regio's naast elkaar gepresenteerd kunnen worden. Aan de hand hiervan kunnen organisaties ervaringen uitwisselen. De jaarlijkse sectorrapportages zijn een resultaat van het MI-traject.

De gegevensset die landelijk geregistreerd wordt is een dynamische set, die ieder jaar uitgebreid kan worden. Dit wordt zichtbaar in het feit dat in de rapporten over 2006 en 2007 nog een zwaar accent op de logistieke prestaties lag, sinds 2008 worden bijvoorbeeld ook medisch-inhoudelijke gegevens geregistreerd en gepresenteerd.

Kwaliteit en betrouwbaarheid van de gegevens

De sector heeft voortdurend aandacht voor de kwaliteit en de betrouwbaarheid van de gegevens. De werkgroep betrouwbaarheid speelt een belangrijke rol in de verbetering van een en ander.

AZN werkt met betrekking tot de logistieke informatie wijze samen met het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). Het RIVM berekent op een eenduidige wijze de ritgegevens aan de hand van de rittendatabases die door alle regio's hiertoe worden overgedragen aan het RIVM. De ritgegevens worden voor alle regio's op dezelfde wijze berekend, wat de betrouwbaarheid en vergelijkbaarheid ten goede komt.

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

respons

De respons ten aanzien van de 2009-gegevens was goed. Op een aantal punten blijken nog niet alle regio's in staat te zijn alle gegevens aan te leveren, overigens gaat het hier om minder regio's dan in 2008.

territoriale congruentie

In het kader van de Wet kwaliteitsbevordering rampenbestrijding ligt er een voorstel om te komen tot een uniforme gebiedsindeling van de politie-, brandweer- en GHOR-regio's. Conform de WAZ komen de (toekomstige) RAV-regio's overeen met de veiligheidsregio's.

In de praktijk komen de regio's nog niet volledig overeen, de aanpassingen worden geleidelijk doorgevoerd. Voor de ambulancezorg heeft per 1 januari 2008 een belangrijke wijziging plaatsgevonden. De gemeente Haarlemmermeer is overgegaan van de regio Amsterdam naar de regio Kennemerland. Dit heeft op alle aspecten gevolgen, zoals de aantallen gerealiseerde ritten, de formatie en de aantallen medewerkers en de aantallen standplaatsen. De effecten van deze gebiedswijziging zijn derhalve (nog steeds) op een aantal plaatsen in dit sectorrapport zichtbaar.

aan de vooravond van de invoering van de WAZ

De sector ambulancezorg bevindt zich in een spannende periode. De Wet Ambulancezorg is in december 2008 door de Eerste Kamer aangenomen en zal naar verwachting in 2011 in werking treden. Het jaar 2009 heeft sterk in het teken van de voorbereiding op de nieuwe wet gestaan. In 2010 moet er definitief duidelijkheid komen over de procedure van vergunningverlening, wat vertaald zal worden in een Besluit Ambulancezorg en een Regeling Ambulancezorg (Programma van Eisen). Vervolgens zal de procedure van vergunningverlening in de loop van 2010 van start kunnen gaan.

opbouw Ambulances in-zicht 2009

'Ambulances in-zicht 2009' is als volgt opgebouwd:

- hoofdstuk 1, 'Ambulancezorg in 2009', is te beschouwen als een samenvatting op landelijk niveau;
- 'Het proces ambulancezorg in 2009' is het tweede hoofdstuk. Dit hoofdstuk beschrijft wat ambulancezorg inhoudt en gaat in op de (logistieke) prestaties in 2009;
- 'Het product ambulancezorg in 2009' is hoofdstuk 3. Dit hoofdstuk behandelt enerzijds de hoeveelheid ambulancezorg, dus de aantallen ritten (de productie), en anderzijds de inhoud van de geboden ambulancezorg;
- 'Ambulancezorg is ketenpartner' is het vierde hoofdstuk en beschrijft de rol van de ambulancezorg in zowel de keten van acute zorg als de keten van openbare orde en veiligheid;
- Het vijfde hoofdstuk is 'Medewerkers in de ambulancezorg in 2009' en gaat in op het aantal medewerkers dat in 2009 in de sector werkzaam was en diverse samenhangende aspecten. Dit hoofdstuk doet tevens verslag van de registratie van agressie-incidenten.
- 'Kwaliteit van de ambulancezorg in 2009' is hoofdstuk 6, dit gaat in op de kwaliteit van de ambulancezorg;
- Het laatste hoofdstuk 7, 'Randvoorwaarden voor ambulancezorg en toekomstperspectief', gaat in op alle aspecten die van belang zijn om ambulancezorg te kunnen verrichten: ambulances, standplaatsen, beschikbare uren. Tenslotte gaat dit hoofdstuk in op de veranderingen die de sector in de nabije toekomst te wachten staan.

Ambulancezorg in 2009

Het eerste hoofdstuk van 'Ambulances in-zicht 2009' is een samenvatting van het volledige sectorrapport en geeft inzicht in de facts & figures en overige opvallende zaken met betrekking tot de ambulancezorg in 2009 op landelijk niveau.

In de volgende hoofdstukken worden de verschillende onderwerpen nader uitgewerkt en toegelicht. Ook bieden de volgende hoofdstukken inzicht in de regionale verschillen, waar hoofdstuk 1 uitsluitend op de landelijke gemiddelden en totalen inzoomt.

1.1 facts & figures ambulancezorg 2009

proces & product ambulancezorg

aantal A1-inzetten in 2009	454.309
gemiddelde responstijd A1-inzetten in 2009	9:44 minuten
% A1-inzetten binnen 15 minuten ter plaatse in 2009	92,0%

aantal A2-inzetten in 2009	239.572
gemiddelde responstijd A2-inzetten in 2009	16:15 minuten
% A2-inzetten binnen 30 minuten ter plaatse in 2009	94,5%

aantal B-inzetten in 2009	348.085
---------------------------	---------

totaal aantal inzetten in 2009	1.041.966
---------------------------------------	------------------

aantal declarabele inzetten in 2009	810.015
aantal EHGv-inzetten in 2009	183.571
aantal loze ritten in 2009	48.380
totaal aantal inzetten in 2009	1.041.966

aantal MICU-regio's in 2009	7 regio's
aantal MICU-regio's dat in 2009 MICU-ritten heeft verzorgd	7 regio's
aantal MICU-ritten door 7 MICU-regio's	1.710

aantal regio's dat MMT-inzetten heeft geregistreerd	21
aantal MMT-inzetten	5.906

aantal regio's dat reanimaties heeft geregistreerd	20
aantal reanimaties	6.652

medewerkers ambulancezorg

aantal fte's op 31 december 2009	4.572 fte
aantal fte's in de drie kernfuncties op 31 december 2009	4.043 fte
aantal medewerkers op 31 december 2009	5.043
aantal medewerkers in de 3 kernfuncties op 31 december 2009	4.431

gemiddeld instroompercentage in 2009	11,7%
gemiddeld uitstroompercentage in 2009	7,1%

gemiddeld ziekteverzuim in 2009	4,3%
---------------------------------	------

aantal regio's dat agressie-incidenten heeft geregistreerd in 2009	22 regio's
aantal geregistreerde agressie-incidenten in 2009	145

basisgegevens ambulancezorg

aantal RAV-regio's in 2009	25 regio's
aantal RAV-en op 31 december 2009	20 RAV-en

aantal aanhangsels (ambulances) op 31 december 2009	695 ambulances
aantal standplaatsen op 31 december 2009	201 standplaatsen

macrobudget voor de ambulancezorg in 2009	€ 431 miljoen
---	---------------

Wet Ambulancezorg door de Eerste Kamer aangenomen op	2 december 2008
verwachte inwerkingtreding Wet Ambulancezorg	in 2011

1.2 het proces ambulancezorg

Ambulancezorg is de zorg die beroepsmatig wordt verleend om een patiënt binnen het kader van zijn aandoening 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. Hoofddoel van de ambulancezorg is het behalen van individuele gezondheidswinst op basis van de zorgbehoefte van de patiënt.

Voor wat betreft de prestaties van ambulancezorg staat de responstijd centraal. Deze begint op het moment dat de centralist van de MKA de telefoon aanneemt en eindigt wanneer de ambulance zo dicht mogelijk bij het door de centralist opgegeven adres, en dus de patiënt, arriveert. De ambulancezorgverlener zelf eindigt pas op het moment dat de patiënt aan een andere zorgverlener is overgedragen.

tijdsduur aanname en uitgifte	uitruktijd	aanrijtijd
responstijd		

spoedvervoer: A1-inzetten

In 2009 was voor de A1-inzetten:

- de gemiddelde tijdsduur aanname en uitgifte: 1:52 minuten (2008: 1:53 minuten),
- de gemiddelde uitruktijd: 1:09 minuten (2008: 1:17 minuten),
- de gemiddelde aanrijtijd: 6:42 minuten (2008: 6:36 minuten),
- de gemiddelde responstijd: 9:44 minuten (2008: 9:47 minuten) en
- in gemiddeld 92,0% was de ambulance binnen 15 minuten na het begin van de melding bij de patiënt gearriveerd (2008: 92,1%)

spoedvervoer: A2-inzetten

In 2009 was voor de A2-inzetten:

- de gemiddelde tijdsduur aanname en uitgifte: 3:22 minuten (2008: 3:14 minuten),
- de gemiddelde uitruktijd: 1:39 minuten (2008: 1:57 minuten),
- de gemiddelde aanrijtijd: 10:51 minuten (2008: 10:41 minuten),
- de gemiddelde responstijd: 16:15 minuten (2008: 15:53 minuten) en
- in gemiddeld 94,5% was de ambulance binnen 30 minuten na het begin van de melding bij de patiënt gearriveerd (2008: 96,2%)

tabel 1.2.1: landelijke gemiddelden logistieke prestaties spoedeisende ambulancezorg

	A1-inzetten			A2-inzetten		
	2009	2008	2007	2009	2008	2007
gemiddelde tijdsduur aanname en uitgifte	1:52 min	1:53 min	1:55 min	3:22 min	3:14 min	3:19 min
gemiddelde uitruktijd	1:09 min	1:17 min	1:30 min	1:39 min	1:57 min	2:14 min
gemiddelde aanrijtijd	6:42 min	6:36 min	6:31 min	10:51 min	10:41 min	10:35 min
gemiddelde responstijd	9:44 min	9:47 min	9:56 min	16:15 min	15:53 min	16:08 min
% inzetten binnen 15/30 minuten aanwezig	92,0%	92,1%	90,9%	94,5%	96,2%	95,3%

Uit de cijfers blijkt dat een A1-inzet die de 15 minuten overschreed over het algemeen hooguit enkele minuten langer duurde. Zo heeft bijna 96% van de inzetten de patiënt binnen 17 minuten bereikt. Ook blijkt dat de aard van het gebied (stedelijk-matig stedelijk-platteland) van invloed is op de gemiddelde responstijd. 96,5% van de inzetten is in stedelijk gebied binnen 15 minuten bij de patiënt, in plattelandsgedebied is dit 89,8%.

1.3 het product ambulancezorg

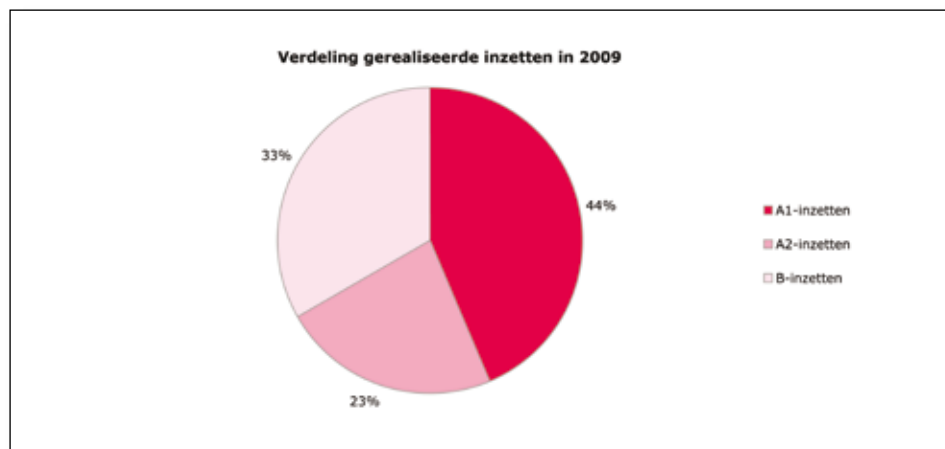
spoedeisende en planbare ambulancezorg

Het aantal inzetten is in 2009 gegroeid van 1.003.050 naar 1.041.966 inzetten.

tabel 1.3.1: productie spoedeisende en planbare zorg door de jaren heen

	2009	2008	2007
A1-inzetten	454.309	439.725	428.257
A2-inzetten	239.572	223.813	208.133
B-inzetten	348.085	339.512	341.270
totaal	1.041.966	1.003.050	977.660

grafiek 1.3.1: verdeling gerealiseerde inzetten in 2009



De productie is in 2009 met bijna 4% gegroeid.

De drukste dag van 2009 was donderdag 1 januari 2009. De minste vraag naar ambulancezorg was op woensdag 12 augustus 2009.

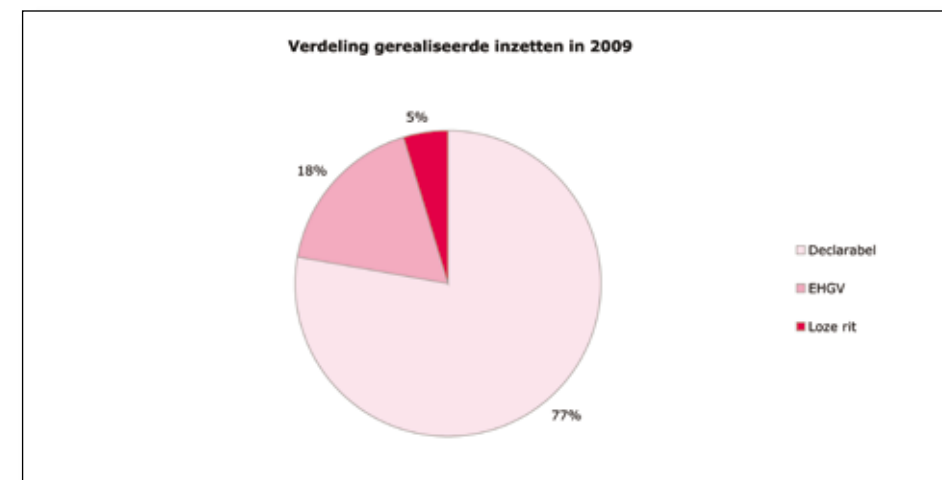
declarabele en overige inzetten

Naast het onderscheid in urgentie van ambulance-inzetten, wordt ook een onderscheid gemaakt naar de aard van de inzet. Er wordt dan gekeken naar declarabele inzetten, naar inzetten waarbij eerste hulp ter plaatse is verleend maar de patiënt niet is vervoerd (EHGV-inzetten = Eerste Hulp Geen Vervoer) en naar loze ritten.

tabel 1.3.2: productie declarabele en overige inzetten door de jaren heen

	2009	2008	2007
declarabele inzetten	810.015	786.667	774.705
EHGV-inzetten	183.571	169.997	154.891
loze ritten	48.380	46.053	48.064
totaal	1.041.966	1.003.050	977.660

grafiek 1.3.2: verdeling gerealiseerde inzetten in 2009



productieafspraken

Ambulanceorganisaties maken met zorgverzekeraars afspraken 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.

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

de medische kant van de ambulancezorg

De sector ambulancezorg is in 2008 gestart met het landelijk registreren van 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 niet mogelijk om veel verder te gaan dan inzicht te geven in aantallen zoals hoeveel patiënten en hoeveel handelingen.

Het blijkt dat in 2009 minder dan 1% van de behandelde en geregistreerde patiënten pasgeboren (eveneens minder dan 1% in 2008), 5% was kind (bijna 6% in 2008), 60% was volwassene (62% in 2008) en 34% was ouder dan 75 jaar (32% in 2008).

Op basis van de door het ambulanceteam gestelde werkdiagnose kan geconstateerd worden dat cardiologische ziektebeelden, ziektebeelden passend bij interne geneeskunde en traumatologie het meest zijn voorgekomen in 2009.

In 2009 zijn door 19 regio's 6.652 reanimaties uitgevoerd.

1.4 ambulancezorg is ketenpartner

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

acute zorg: aanvullend op ambulancezorg

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

Uit de registratie over 2009 blijkt dat het MMT in 2009 door 21 regio's 5.906 keer is ingezet in aanvulling op de reguliere ambulancezorg (bijna 6.000 inzetten door 21 regio's in 2008), zowel grondgebonden als via de heli.

openbare orde en veiligheid: GHOR

RAV-en werken nauw samen met partners in de keten van openbare orde en veiligheid, zoals politie, brandweer en GHOR (= Grootschalige Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen). De samenwerking vindt zowel onder normale omstandigheden plaats, als ten tijde van grootschalige ongevallen en rampen.

In 2009 deden zich twee grootschalige incidenten voor, die landelijk veel (media-) aandacht hebben gekregen: de Poldercrash op 25 februari 2009 bij Schiphol in de regio Kennemerland en het incident op 30 april 2009 tijdens de viering van Koninginnedag in Apeldoorn in de regio Noordoost Gelderland.

1.5 de medewerkers van de ambulancezorg

formatie

De ambulancezorg is een compacte sector, met gespecialiseerd personeel. Er is veel inzet van direct aan het primair proces gelieerd personeel en er zijn relatief weinig staf- en overige medewerkers (12%). In 2009 waren er 5.043 medewerkers (4.572 fte) werkzaam binnen de ambulancezorg. Van hen was 88% (dit zijn 4.431 medewerkers/4.043 fte) werkzaam binnen het primaire proces.

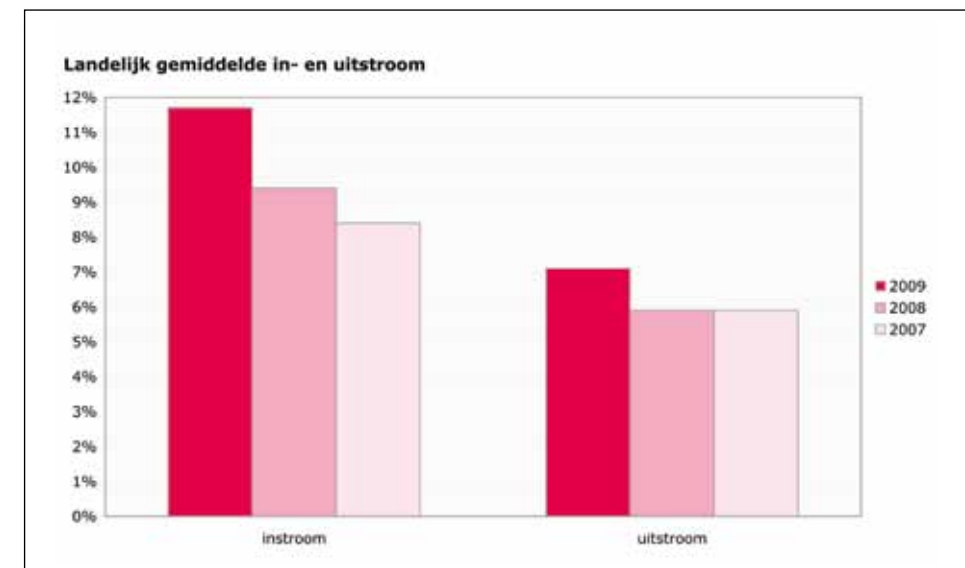
tabel 1.5.1: landelijke formatie in absolute aantallen in 2009

	2009			2008			2007		
	man	vrouw	totaal	man	vrouw	totaal	man	vrouw	totaal
ambulanceverpleegkundige	1.429	664	2.093	1.427	607	2.034	1.398	536	1.934
ambulancechauffeur	1.685	213	1.898	1.635	173	1.808	1.584	147	1.731
MKA verpleegkundig centralist	146	243	389	138	233	371	127	191	318
MKA niet-verpleegkundig centralist	35	16	51	39	15	54	32	19	51
overig	365	247	612	358	240	598	330	211	541
totaal	3.660	1.383	5.043	3.597	1.268	4.865	3.471	1.104	4.575

loopbaanmobiliteit

Het landelijk gemiddelde instroompercentage was met 11,7% in 2009 hoger dan in het voorgaande jaar. Hetzelfde geldt voor het landelijk gemiddelde uitstroompercentage, dit bedroeg in 2009 7,1%.

grafiek 1.5.1: landelijk gemiddelde in- en uitstroom



arbeidsduur

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

tabel 1.5.2: dienstjarenverdeling medewerkers ambulancezorg

aantal dienstjaren	2009		2008		2007	
	medewerkers	%	medewerkers	%	medewerkers	%
< 1 jaar	479	9,5%	441	9,1%	364	8,0%
1 t/m 4 jaar	1.093	21,7%	1.045	21,5%	1.231	26,9%
5 t/m 9 jaar	1.429	28,3%	1.545	31,8%	1.259	27,5%
10 t/m 14 jaar	673	13,3%	593	12,2%	590	12,9%
15 t/m 19 jaar	549	10,9%	463	9,5%	509	11,1%
≥ 20 jaar	625	12,4%	467	9,6%	552	12,1%
aantal dienstjaren onbekend	195	3,9%	311	6,4%	70	1,5%
totaal	5.043	100%	4.865	100%	4.575	100%

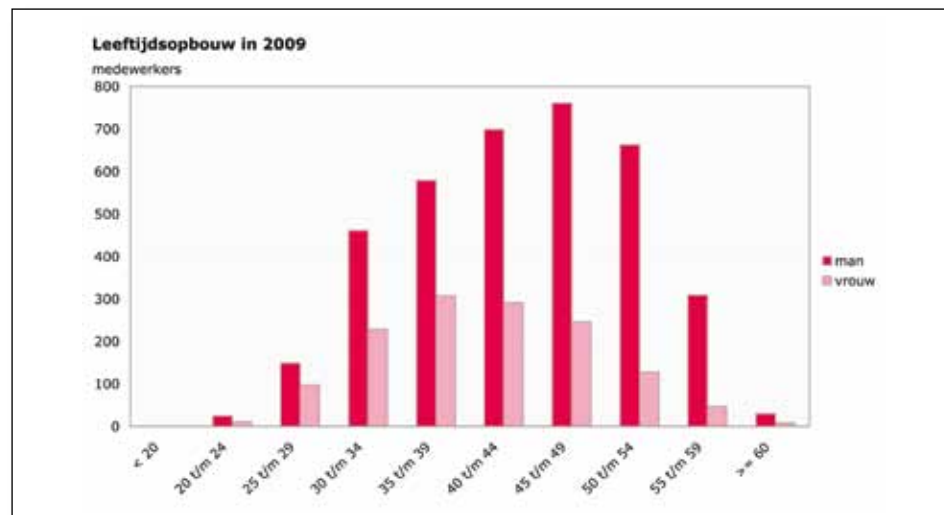
Van de verschillende groepen medewerkers die onderscheiden worden naar het aantal dienstjaren, is de groep medewerkers die 5 tot en met 9 jaar in dienst zijn in de ambulancezorg de grootste groep.

leeftijdopbouw

De gemiddelde leeftijd van medewerkers in de ambulancezorg is relatief hoog. Ook dit heeft te maken met het feit dat medewerkers al een carrière elders achter de rug hebben, voor zij instromen binnen de ambulancezorg.

Van de verschillende groepen medewerkers die onderscheiden worden naar leeftijdscategorieën, is de groep medewerkers van 40- tot en met 49-jarigen, evenals in 2008, de grootste groep.

grafiek 1.5.2: leeftijdsopbouw medewerkers ambulancezorg in 2009 (landelijk)



ziekteverzuim

Het gemiddelde ziekteverzuim is in 2009 ten opzichte van het voorgaande jaar verder gedaald van 4,5% naar 4,3%.

Het blijkt dat het langdurend ziekteverzuim beperkt is binnen de sector ambulancezorg en in de meeste gevallen tot hooguit 3 maanden beperkt blijft.

tabel 1.5.3: gemiddeld ziekteverzuim in 2009

	2009	2008	2007
gemiddeld ziekteverzuim	4,3%	4,5%	4,8%

agressie en geweld

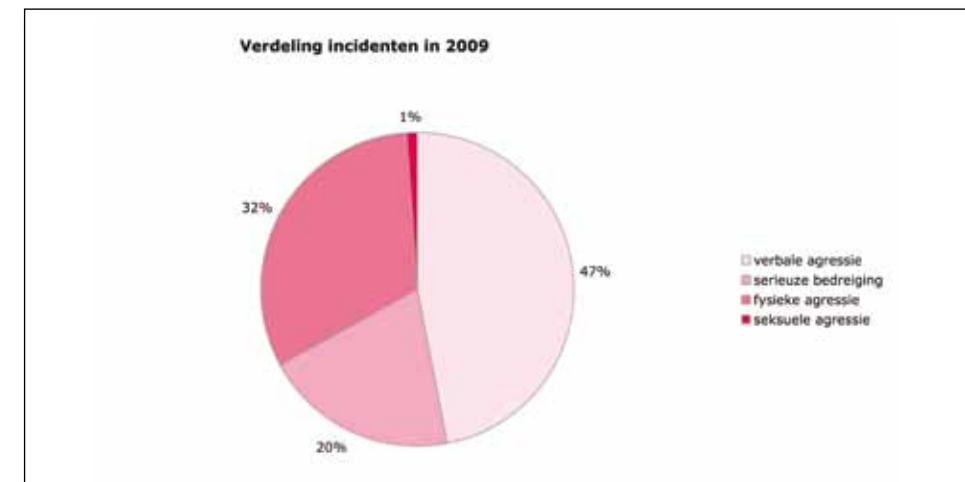
In 2009 hebben 22 regio's 145 incidenten van agressie jegens ambulancemedewerkers geregistreerd.

Verbale en fysieke agressie kwamen in 2009, evenals in 2008, het meeste voor: in respectievelijk 47% en 20% van de gevallen (2008 respectievelijk 41% en 36%).

tabel 1.5.4: aantal incidenten

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

grafiek 1.5.3: verdeling incidenten in 2009



1.6 de kwaliteit van de ambulancezorg

De sector ambulancezorg was op 31 december 2009 voor 100% HKZ-gecertificeerd.

1.7 randvoorwaarden ambulancezorg en toekomstperspectief

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

ambulances en standplaatsen

Op 31 december 2009 hadden de RAV- regio's in Nederland 695 ambulances beschikbaar voor het verlenen van ambulancezorg.

Dit betekent echter niet dat er dagelijks ook 695 ambulances op de weg rijden. Een deel van de capaciteit is beschikbaar om in geval van grootschalige rampen en calamiteiten ingezet te worden of bijvoorbeeld tijdens onderhoud van of schade aan andere voertuigen.

Iedere RAV-regio beschikt over een aantal standplaatsen. Op 31 december 2009 waren er 201 standplaatsen.

financiering van de ambulancezorg

Onder de Wet Ambulancevervoer, die in 2009 van kracht was, liggen sturing en financiering van de sector niet in één hand. De sturing -de planning en spreiding van de capaciteit- is de verantwoordelijkheid van de provincie, de verantwoordelijkheid voor de financiering ligt bij de zorgverzekeraar.

Voor de sector ambulancezorg was in 2009 een macrobudget beschikbaar van € 341 miljoen. Omgerekend naar het aantal inwoners in Nederland (ruim 16,5 miljoen op 31 december 2009) betekent dit dat er jaarlijks ongeveer € 21 per inwoner beschikbaar is voor ambulancezorg.

uren waarin ambulancezorg verleend wordt

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

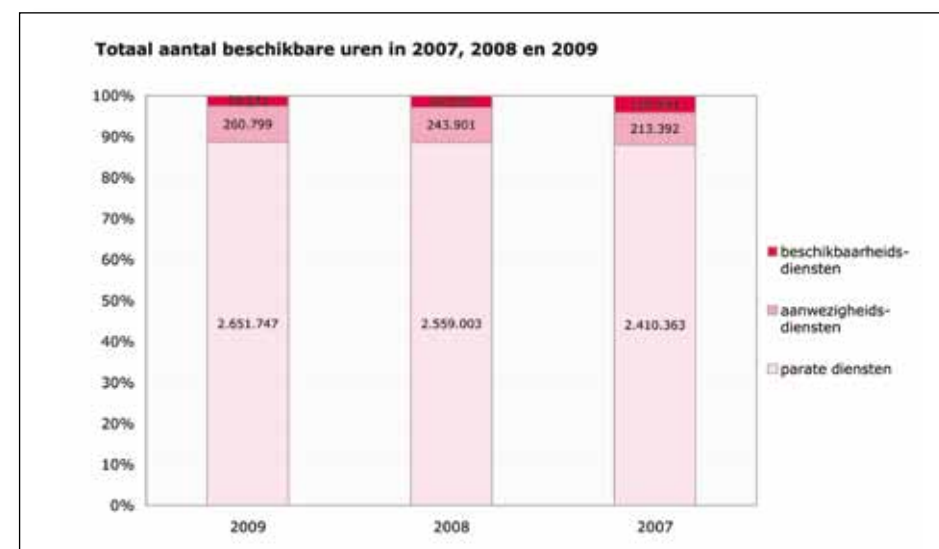
Binnen de sector wordt onderscheid gemaakt in drie soorten diensten: parate diensten, aanwezigheidsdiensten en beschikbaarheidsdiensten. De parate dienst is de meest voorkomende dienstsoort. Toepassing van de overige dienstsoorten is veelal regiobepaald en hangt onder meer samen met de stedelijkheid van de regio.

In 2009 waren gedurende 2.991.817 uren ambulanceteams beschikbaar voor het verlenen van ambulancezorg. Dit betrof voor 89% parate dienst, voor 8% aanwezigheidsdienst en voor 3% beschikbaarheidsdiensten.

tabel 1.7.1: beschikbare uren in 2009

	2009		2008		2007	
parate diensten	2.651.747	89%	2.559.003	89%	2.410.363	88%
aanwezigheidsdiensten	260.799	8%	243.901	8%	213.392	8%
beschikbaarheidsdiensten	79.271	3%	85.025	3%	115.591	4%
totaal	2.991.817		2.887.929		2.739.346	

grafiek 1.7.1: totaal aantal beschikbare uren in 2009 (landelijk)



Het proces ambulancezorg in 2009

Dit hoofdstuk beschrijft wat ambulancezorg inhoudt en welke prestaties de sector in 2009 op logistiek terrein heeft gerealiseerd.

Het proces ambulancezorg loopt van melding tot en met overdracht:



(met centralist wordt bedoeld: de centralist van de meldkamer ambulancezorg)

vooraf

uitgangspunt voor de regionale cijfers

Voor het gehele hoofdstuk geldt dat het uitgangspunt voor de regionale getallen de RAV-regio is en nadrukkelijk níet de RAV of 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/ambulanceorganisatie verantwoordelijk is voor de totale ambulancezorg binnen de RAV-regio, dus ook als de zorg is verleend door een andere organisatie.

cijfers 2009 niet volledig vergelijkbaar met 2008

Voor de cijfers over 2009 geldt een afwijking ten opzichte van de voorgaande jaren:

Voor de cijfers over 2009 is voor iedere tijdsinterval een andere database als uitgangspunt gehanteerd. Dit heeft te maken met fouten die gemaakt (kunnen) worden in de tijdsregistratie. Binnen de sector is afgesproken dat inzetten waarbij zich deze (plot) fouten hebben voorgedaan, niet worden meegerekend in het vaststellen van hoe lang inzetten of onderdelen daarvan gemiddeld geduurd hebben. Tot en met 2008 werd in dit geval de gehele inzet afgekeurd. Om een meer compleet beeld van de situatie te geven en om de beschikbare data zo optimaal mogelijk te kunnen benutten, is voor de data vanaf 2009 besloten de inzet alleen voor het betreffende onderdeel van de inzet af te keuren. Op deze wijze kan een zuiverder beeld van de gemiddelde prestaties gegeven worden. Daarnaast is het een verbetering van de betrouwbaarheid van de data. Concreet kan dit het volgende betekenen: 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 de inzet wordt daarom niet opgenomen in de databases voor de uitruktijd. De plotfout heeft echter geen betrekking op de overige drie onderdelen (tijdsduur aanname en uitgifte, aanrijtijd en responstijd) en de inzet wordt derhalve wel opgenomen in de databases voor de berekeningen van deze onderdelen.

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

(n.b.: in het vervolg van dit hoofdstuk worden de verschillende tijdsintervallen nader toegelicht en uitgewerkt)

2.1 wat is ambulancezorg?

definitie van 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. Hoofddoel van de ambulancezorg is het behalen van individuele gezondheidswinst op basis van de zorgbehoefte van de patiënt.

De ambulancezorg wordt ter plaatse bij de patiënt verleend, in opdracht van de meldkamer ambulancezorg (MKA).

spoedeisende en planbare ambulancezorg

Ambulancezorg is mobiele zorg en wordt naar de patiënt toegebracht. Ambulancezorg varieert in de mate van noodzakelijke spoed en planbaarheid. Spoedeisende en planbare ambulancezorg zijn in de praktijk onlosmakelijk met elkaar verbonden. In hoofdstuk 3 wordt het onderscheid tussen beide nader uitgewerkt.

2.2 verwachtingen met betrekking tot ambulancezorg

Responstijden zijn een belangrijk thema binnen de ambulancezorg, zowel voor de maatschappij in het algemeen, voor de politiek als voor de ambulanceorganisaties in het bijzonder. De responstijd heeft echter slechts betrekking op het eerste gedeelte van een ambulance-inzet en betreft de tijd die nodig is om de patiënt te bereiken. De inzet is pas afgelopen als de patiënt behandeld is en eventueel vervoerd naar en overgedragen aan andere zorgverleners.

De responstijd is opgebouwd uit de tijdsduur aanname en uitgifte, de uitruktijd en de aanrijtijd. Deze tijdsintervallen sluiten op elkaar aan.

normen binnen de ambulancezorg

responstijd

Conform de Kwaliteitswet Zorginstellingen moet een sector zichzelf normen opleggen voor verantwoorde zorg. De ambulancezorg doet dit in de vorm van de Nota Verantwoorde Ambulancezorg. Een van de kwaliteitsnormen die worden gesteld in het kader van verantwoorde ambulancezorg is een korte responstijd: in geval van spoedeisende medische hulpverlening dient de ambulancezorg de patiënt zo spoedig mogelijk bereikt te hebben, onder normale omstandigheden bij voorkeur binnen maximaal 15 minuten na melding op de MKA.

vervoers- versus zorgnormen

De ambulancezorg is van oorsprong een vervoerssector, maar heeft zich in de loop der jaren ontwikkeld tot een zorgsector. Het sluitstuk van dit traject is de Wet Ambulancezorg, die bekrachtigt dat ambulancezorg zorg is.

De normen binnen de ambulancezorg zijn echter nog steeds veelal vervoersnormen, zoals de bovengenoemde 15-minutennorm voor de responstijd van A1-inzetten. De sector verwacht dat de nieuwe wet ook zal leiden tot de ontwikkeling van nieuwe zorginhoudelijke normen.

rekenkundige, politieke en planningsnormen

De 15-minutennorm is vooral een rekenkundige norm, aan de hand waarvan bepaald kan worden hoeveel ambulances noodzakelijk zijn om aan de politieke norm te kunnen voldoen.

De politiek heeft immers bepaald dat gemiddeld 95% van de Nederlandse bevolking, zowel op landelijk niveau als in iedere regio, theoretisch binnen 15 minuten bereikt zou moeten kunnen worden (100% is niet mogelijk, onder andere met het oog op zeer dunbevolkte gebieden). Een maximum responstijd van 15 minuten kan niet gegarandeerd worden, er kan immers sprake zijn van overmacht. Daarnaast is een ambulance een schaars goed en kan er door gelijktijdigheid van hulpvragen tijdelijk even geen ambulance beschikbaar zijn.

De 15-minutennorm is tenslotte ook een planningsnorm. Bij het opstellen en actualiseren van het Landelijk Referentiekader Spreiding & Beschikbaarheid in respectievelijk 2004 en 2008 (vastgesteld door de minister van VWS) is de norm gebruikt om het aantal benodigde ambulances te bepalen, het aantal standplaatsen en de meest geschikte locaties van de standplaatsen.

norm responstijd in relatie tot 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 de 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 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'.

2.3 spoedeisende ambulancezorg: A1-inzetten

Alles binnen de ambulancezorg en de RAV-en/ambulanceorganisaties is er op gericht om in acute, levensbedreigende situaties zo spoedig mogelijk zorg ter plaatse te kunnen verlenen. Onder meer tijdsnormen, zoals de 15-minutennorm, geven hierbij richting aan processen.

De responstijd is opgebouwd uit drie verschillende tijdsintervallen. Deze representeren verschillende onderdelen van het ambulancezorgproces. Over het algemeen wordt een snelle responstijd als 'goed' beschouwd. Voor met name de tijdsduur aanname en uitgifte, maar ook voor de aanrijtijd, geldt echter niet per definitie dat een kortere tijdsduur ook beter is: wat meer tijd besteden aan triage kan leiden tot een betere beantwoording van de zorgvraag. Daarnaast kan hiermee voorkomen worden dat er oneigenlijk gebruik wordt gemaakt van capaciteit.

2.3.1 overall beeld A1-inzetten in 2009

In 2009 was voor de A1-inzetten:

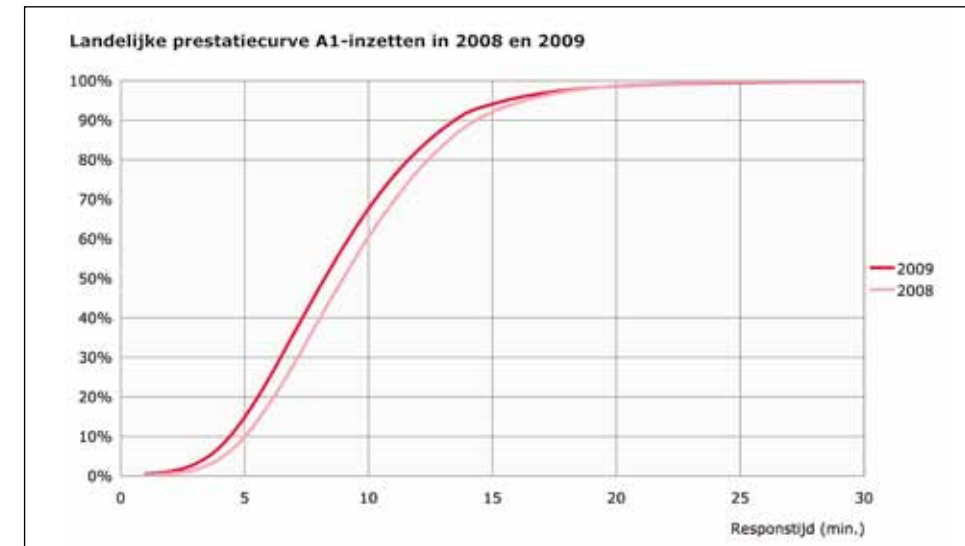
- de gemiddelde tijdsduur aanname en uitgifte: 1:52 minuten (2008: 1:53 minuten),
- de gemiddelde uitruktijd: 1:09 minuten (2008: 1:17 minuten),
- de gemiddelde aanrijtijd: 6:42 minuten (2008: 6:36 minuten),
- de gemiddelde responstijd: 9:44 minuten (2008: 9:47 minuten) en
- in gemiddeld 92,0% was de ambulance binnen 15 minuten na het begin van de melding bij de patiënt gearriveerd (2008: 92,1%)

tabel 2.3.1: landelijke gemiddelden logistieke prestaties A1-inzetten

A1-inzetten	2009	2008	2007
tijdsduur aanname en uitgifte	1:52 min	1:53 min	1:55 min
uitruktijd	1:09 min	1:17 min	1:30 min
aanrijtijd	6:42 min	6:36 min	6:31 min
responstijd	9:44 min	9:47 min	9:56 min
inzetten binnen 15 minuten aanwezig	92,0%	92,1%	90,9%

Het is niet alleen interessant om te weten hoeveel inzetten een responstijd van maximaal 15 minuten hadden, maar ook hoeveel inzetten eerder of later dan 15 minuten bij de patiënt aanwezig waren. Onderstaande grafiek geeft inzicht in de landelijk gemiddelde responstijden in 2009:

grafiek 2.3.1: landelijke prestatiecurve A1-inzetten in 2009



2.3.2 tijdsduur aanname en uitgifte A1-inzetten

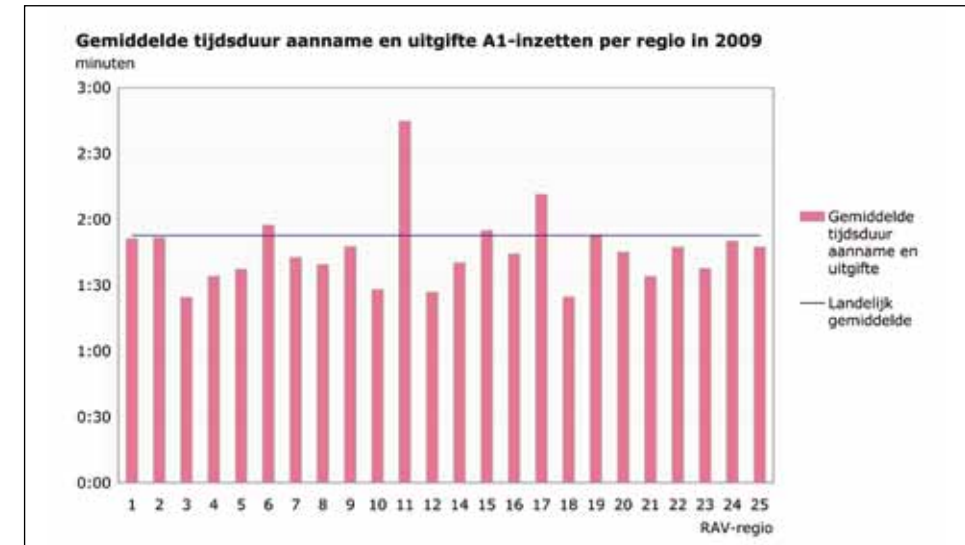
De tijdsduur aanname en uitgifte begint op het moment dat de centralist van de MKA de telefoon aanneemt en eindigt wanneer de centralist het ambulanceteam een ritopdracht heeft gegeven.

In 2009 was de landelijk gemiddelde tijdsduur aanname en uitgifte van A1-inzetten 1:52 minuten (1:53 in 2008 en 1:55 in 2007):

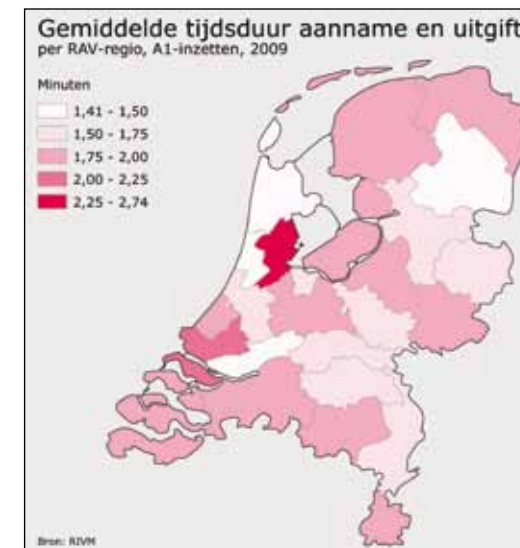
tabel 2.3.2: gemiddelde tijdsduur aanname en uitgifte A1-inzetten per regio

	tijdsduur aanname en uitgifte A1-inzetten (in minuten)		
	2009	2008	2007
Groningen	1:51	1:59	2:04
Friesland	1:51	1:49	1:50
Drenthe	1:24	1:18	1:14
IJsselland	1:34	1:34	1:29
Twente	1:37	1:33	1:25
Noordoost Gelderland	1:57	2:11	2:10
Gelderland Midden	1:42	1:53	1:59
Gelderland Zuid	1:39	1:50	1:53
Utrecht	1:47	1:58	2:07
Noord-Holland Noord	1:27	1:25	1:31
Amsterdam/Waterland	2:44	2:52	2:55
Kennemerland	1:26	1:28	1:23
Gooi- en Vechtstreek	1:40	1:32	1:38
Haaglanden	1:54	1:42	1:44
Hollands Midden	1:44	1:41	1:44
Rotterdam-Rijnmond	2:11	2:06	2:04
Zuid-Holland Zuid	1:24	1:14	1:11
Zeeland	1:52	1:56	1:55
Midden West Brabant	1:45	1:38	1:41
Brabant Noord	1:33	1:33	1:32
Brabant-Zuidoost	1:47	1:44	1:53
Noord- en Midden Limburg	1:37	1:39	1:44
Zuid Limburg	1:50	1:48	1:49
Flevoland	1:47	1:48	1:55
gewogen landelijk gemiddelde	1:52	1:53	1:55

grafiek 2.3.2: gemiddelde tijdsduur aanname en uitgifte A1-inzetten per regio in 2009



kaart 2.3.1: gemiddelde tijdsduur aanname en uitgifte A1-inzetten per regio in 2009



2.3.3 uitruktijd A1-inzetten

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

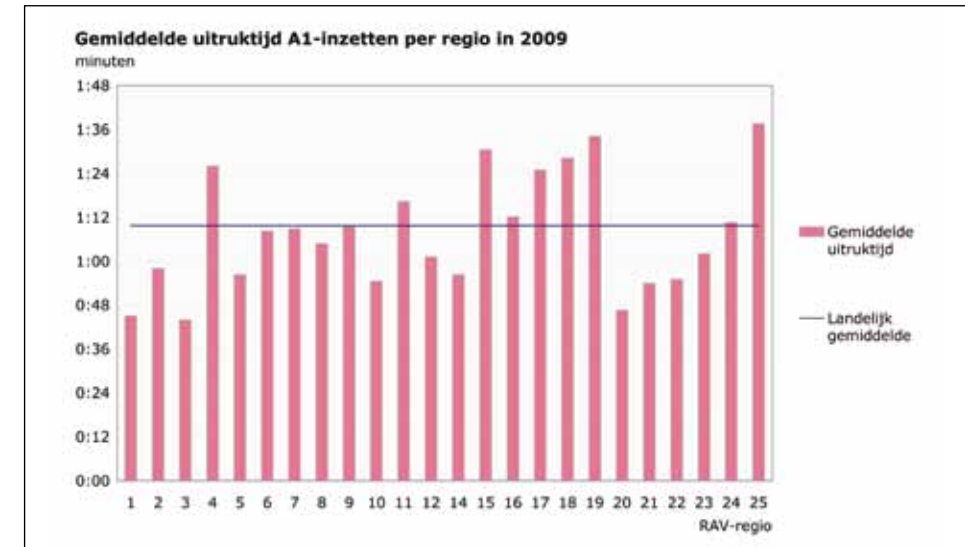
In 2009 was de landelijk gemiddelde uitruktijd bij A1-inzetten 1:09 minuten (1:17 in 2008 en 1:30 in 2007):

tabel 2.3.3: gemiddelde uitruktijd A1-inzetten per regio

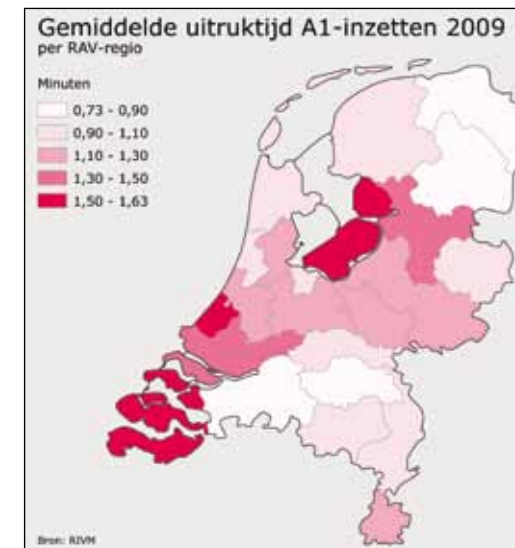
	uitruktijd A1-inzetten (in minuten)		
	2009	2008	2007
Groningen	0:44	1:00	1:14
Friesland	0:57	1:09	1:08
Drenthe	0:43	0:49	0:56
IJsselland	1:25	1:23	1:38
Twente	0:56	0:56	0:55
Noordoost Gelderland	1:08	1:24	1:32
Gelderland Midden	1:08	1:32	1:43
Gelderland Zuid	1:04	1:07	1:16
Utrecht	1:09	1:16	1:22
Noord-Holland Noord	0:54	1:01	1:05
Amsterdam/Waterland	1:16	1:12	1:45
Kennemerland	1:01	1:17	1:14
Gooi- en Vechtstreek	0:56	1:10	1:28
Haaglanden	1:30	1:47	2:07
Hollands Midden	1:12	1:20	1:20
Rotterdam-Rijnmond	1:24	1:34	2:12
Zuid-Holland Zuid	1:28	1:30	1:34
Zeeland	1:34	1:45	1:46
Midden West Brabant	0:46	0:49	0:49
Brabant Noord	0:53	1:00	1:00
Brabant-Zuidoost	0:55	0:52	0:52
Noord- en Midden Limburg	1:02	1:26	1:31
Zuid Limburg	1:10	1:29	1:56
Flevoland	1:37	1:50	1:51
gewogen landelijk gemiddelde	1:09	1:17	1:30

In de praktijk rukken niet alle ambulances uit vanaf een vaste standplaats. Met name in stedelijk gebied en door toepassing van pro-actief dynamisch ambulancemanagement vertrekken ambulances ook vanuit mobiele paraatheid. In dit geval rijdt de ambulance al op het moment dat het ambulanceteam een ritopdracht krijgt, hetzij omdat het de dichtstbijzijnde ambulance is, hetzij omdat het de enige beschikbare ambulance is. De uitruktijd is in deze situatie minimaal.

grafiek 2.3.3: gemiddelde uitruktijd A1-inzetten per regio in 2009



kaart 2.3.2: gemiddelde uitruktijd A1-inzetten per regio in 2009



2.3.4 aanrijtijd A1-inzetten

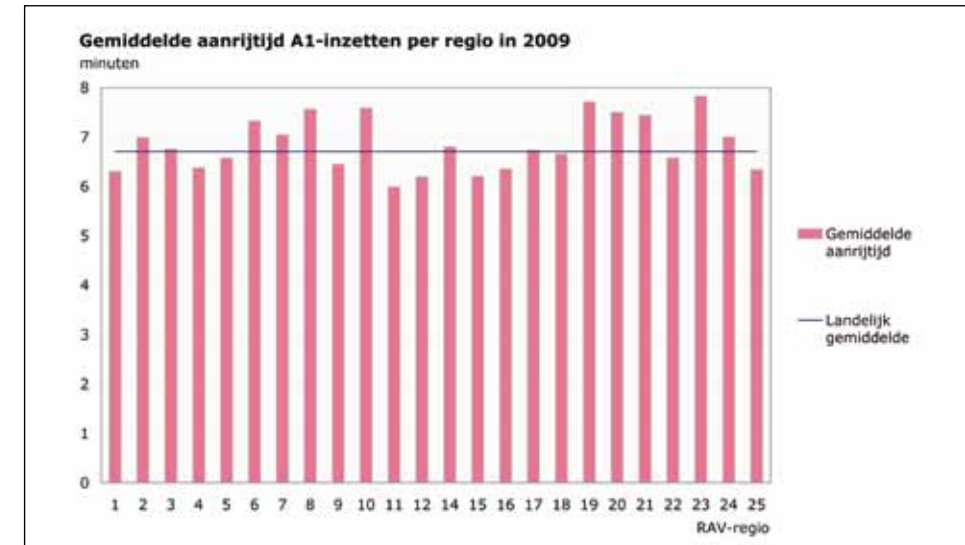
De aanrijtijd begint op het moment dat de ambulance vertrekt naar het door de centralist opgegeven adres waar de patiënt zich bevindt en eindigt wanneer de ambulance zo dicht mogelijk bij dit adres, en dus de patiënt, is gearriveerd.

In 2009 was de landelijk gemiddelde aanrijtijd van A1-inzetten 6:42 minuten (6:36 in 2008 en 6:31 in 2007):

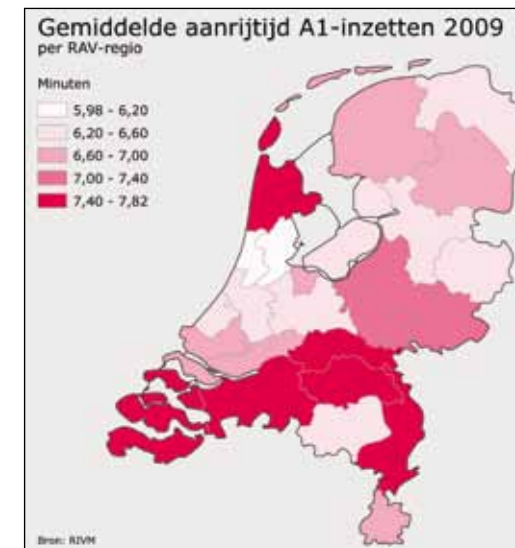
tabel 2.3.4: gemiddelde aanrijtijd A1-inzetten per regio

	aanrijtijd A1-inzetten (in minuten)		
	2009	2008	2007
Groningen	6:17	6:15	6:13
Friesland	6:58	6:49	6:41
Drenthe	6:44	6:39	6:52
IJsselland	6:22	6:22	6:08
Twente	6:34	6:25	6:27
Noordoost Gelderland	7:18	7:11	7:07
Gelderland Midden	7:02	7:12	7:19
Gelderland Zuid	7:33	7:38	7:46
Utrecht	6:26	6:27	6:12
Noord-Holland Noord	7:34	7:29	7:14
Amsterdam/Waterland	5:58	5:46	5:56
Kennemerland	6:11	6:12	5:38
Gooi- en Vechtstreek	6:47	6:37	6:40
Haaglanden	6:12	6:01	5:54
Hollands Midden	6:20	6:12	6:16
Rotterdam-Rijnmond	6:43	6:34	6:19
Zuid-Holland Zuid	6:38	6:30	6:30
Zeeland	7:42	7:30	7:28
Midden West Brabant	7:29	7:24	7:21
Brabant Noord	7:25	7:12	6:59
Brabant-Zuidoost	6:34	6:32	6:39
Noord- en Midden Limburg	7:49	7:36	7:34
Zuid Limburg	6:59	6:49	6:37
Flevoland	6:19	6:08	6:03
gewogen landelijk gemiddelde	6:42	6:36	6:31

grafiek 2.3.4: gemiddelde aanrijtijd A1-inzetten per regio in 2009



kaart 2.3.3: gemiddelde aanrijtijd A1-inzetten per regio in 2009



2.3.5 responstijd A1-inzetten

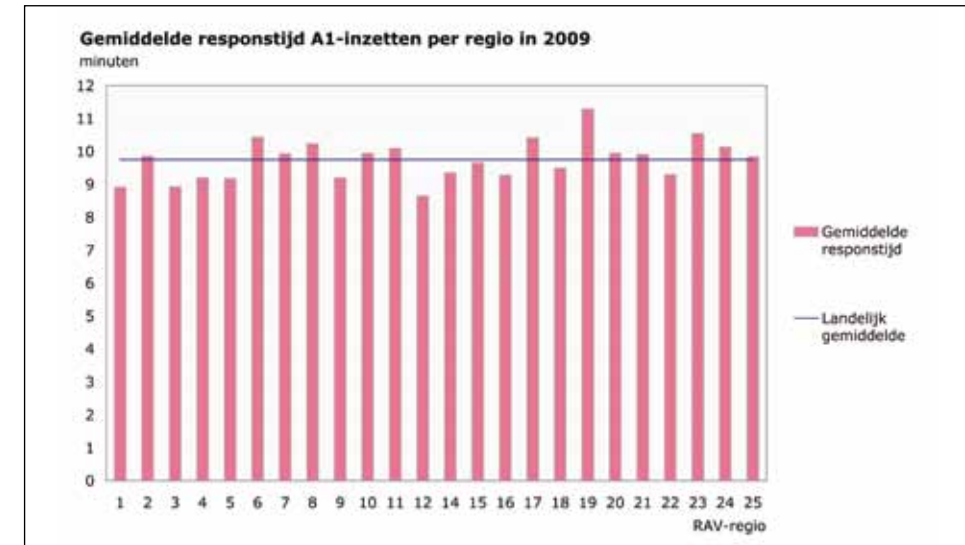
De responstijd begint op het moment dat de centralist van de MKA de telefoon aanneemt en eindigt wanneer de ambulance zo dicht mogelijk bij het door de centralist opgegeven adres, en dus de patiënt, arriveert.

In 2009 bedroeg de gemiddelde responstijd van A1-inzetten 9:44 minuten (9:47 in 2008 en 9:56 in 2007).

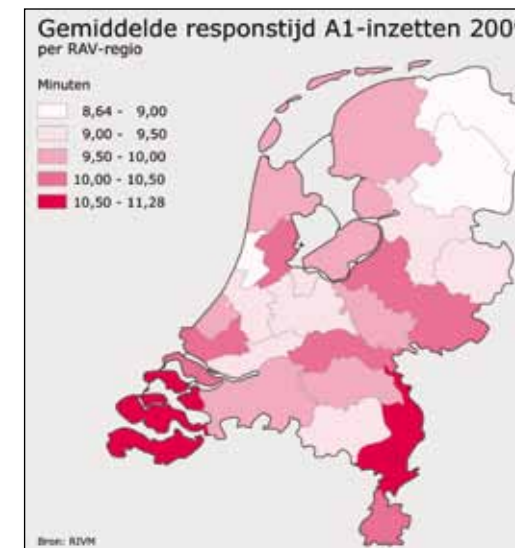
tabel 2.3.5: gemiddelde responstijd A1-inzetten per regio

	responstijd A1-inzetten (in minuten)		
	2009	2008	2007
Groningen	8:54	9:15	9:32
Friesland	9:51	9:48	9:38
Drenthe	8:54	8:47	9:01
IJsselland	9:11	9:20	9:17
Twente	9:10	8:55	8:47
Noordoost Gelderland	10:25	10:47	10:49
Gelderland Midden	9:55	10:38	11:01
Gelderland Zuid	10:13	10:36	10:55
Utrecht	9:11	9:42	9:40
Noord-Holland Noord	9:56	9:55	9:50
Amsterdam/Waterland	10:04	9:52	10:36
Kennemerland	8:38	8:58	8:16
Gooi- en Vechtstreek	9:20	9:20	9:46
Haaglanden	9:39	9:31	9:45
Hollands Midden	9:16	9:14	9:20
Rotterdam-Rijnmond	10:24	10:14	10:35
Zuid-Holland Zuid	9:29	9:15	9:16
Zeeland	11:16	11:12	11:08
Midden West Brabant	9:56	9:52	9:50
Brabant Noord	9:54	9:47	9:31
Brabant-Zuidoost	9:17	9:09	9:25
Noord- en Midden Limburg	10:32	10:42	10:50
Zuid Limburg	10:07	10:07	10:21
Flevoland	9:49	9:47	9:49
gewogen landelijk gemiddelde	9:44	9:47	9:56

grafiek 2.3.5: gemiddelde responstijd A1-inzetten per regio in 2009



kaart 2.3.4: gemiddelde responstijd A1-inzetten per regio in 2009



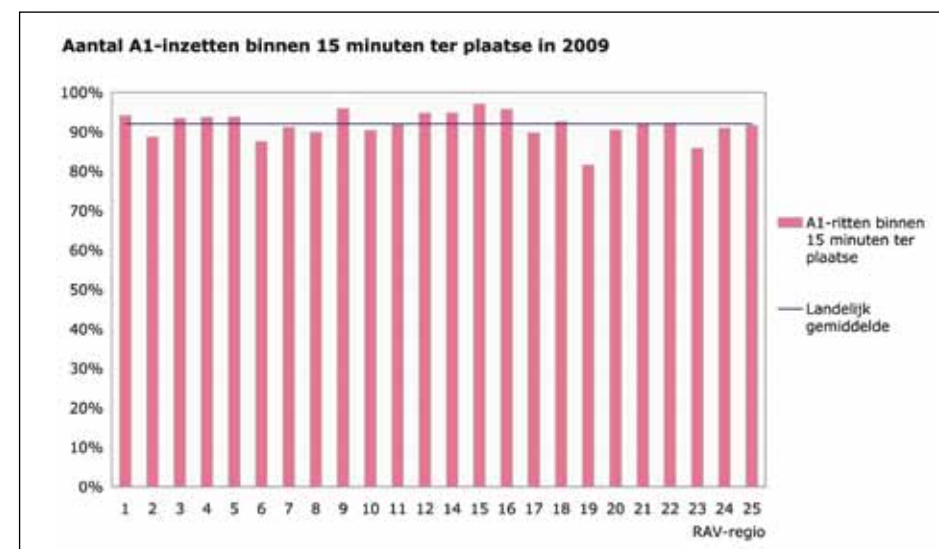
2.3.6 aantal A1-inzetten binnen 15 minuten ter plaatse bij de patiënt

In gemiddeld 92,0% van de A1-inzetten in 2009 arriveerde de ambulance binnen maximaal 15 minuten na het begin van de melding bij de patiënt (92,1% in 2008 en 90,9 in 2007).

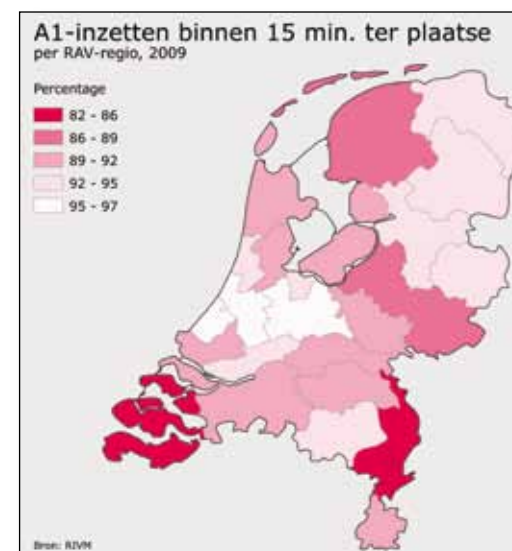
tabel 2.3.6: aantal A1-inzetten binnen 15 minuten ter plaatse per regio

	A1-inzetten binnen 15 minuten ter plaatse					
	2009		2008		2007	
	aantal	%	aantal	%	aantal	%
Groningen	16.627	94,1	16.255	93,1	15.188	92,0
Friesland	13.117	88,7	13.393	89,8	12.001	90,1
Drenthe	11.203	93,4	12.593	93,9	12.030	92,5
IJsselland	8.132	93,6	8.083	94,1	7.011	92,5
Twente	8.997	93,7	8.852	95,0	8.584	95,2
Noordoost Gelderland	12.659	87,5	12.323	85,9	11.607	85,3
Gelderland Midden	11.704	91,1	10.377	88,1	9.638	86,3
Gelderland Zuid	10.121	89,8	9.036	87,8	7.056	85,4
Utrecht	22.193	95,8	21.909	94,3	20.957	94,1
Noord-Holland Noord	15.753	90,3	13.689	91,7	12.959	91,0
Amsterdam/Waterland	39.383	91,7	34.986	93,1	36.621	89,1
Kennemerland	16.883	94,7	5.795	94,6	10.781	97,1
Gooi- en Vechtstreek	6.501	94,7	5.841	94,6	3.817	93,8
Haaglanden	31.997	97,0	28.430	95,0	24.895	93,3
Hollands Midden	21.634	95,7	20.143	95,6	18.936	95,6
Rotterdam-Rijnmond	33.330	89,7	31.351	91,3	26.219	87,5
Zuid-Holland Zuid	9.874	92,5	9.703	93,1	9.177	92,8
Zeeland	7.433	81,5	7.123	82,7	7.043	83,4
Midden West Brabant	15.664	90,5	14.328	91,2	13.826	91,0
Brabant Noord	8.292	91,9	7.976	93,8	7.773	94,0
Brabant-Zuidoost	12.878	92,1	12.476	92,8	11.569	91,2
Noord- en Midden Limburg	8.483	85,9	8.439	85,7	6.930	86,1
Zuid Limburg	12.344	90,9	11.336	91,4	10.824	90,5
Flevoland	8.993	91,5	8.384	92,5	7.997	91,7
gewogen landelijk gemiddelde	364.195	92,0	332.821	92,1	313.439	90,9

grafiek 2.3.6: aantal A1-inzetten binnen 15 minuten ter plaatse per regio in 2009



kaart 2.3.5: aantal A1-inzetten binnen 15 minuten ter plaatse per regio in 2009



De onderstaande tabel beperkt zich, als het om responstijd van A1-inzetten gaat, niet tot 15 minuten. Het is niet zo dat een inzet die langer duurde ook gelijk heel veel langer duurde, het blijkt dat het over het algemeen om overschrijdingen met hooguit enkele minuten gaat. Het blijkt dat al bijna 96% van de inzetten de patiënt binnen 17 minuten bereikt.

tabel 2.3.7: percentage A1-inzetten binnen 12 tot en met 21 minuten bij de patiënt in 2009

	% A1-inzetten ter plaatse bij de patiënt binnen:						
	12 minuten	14 minuten	15 minuten	16 minuten	18 minuten	20 minuten	21 minuten
Groningen	82	92	94	96	98	99	99
Friesland	73	84	89	92	96	98	98
Drenthe	80	90	93	96	98	99	99
IJsselland	79	89	94	95	97	99	99
Twente	80	90	94	96	98	99	99
Noordoost Gelderland	69	83	87	91	96	98	98
Gelderland Midden	72	87	91	93	96	98	99
Gelderland Zuid	71	84	90	92	96	97	98
Utrecht	82	92	96	97	99	99	100
Noord-Holland Noord	75	87	90	93	96	98	98
Amsterdam/Waterland	76	88	92	94	97	98	98
Kennemerland	85	93	95	96	98	98	99
Gooi- en Vechtstreek	76	89	95	96	99	99	100
Haaglanden	77	91	97	98	99	100	100
Hollands Midden	81	92	96	97	98	99	99
Rotterdam-Rijnmond	71	84	90	92	96	97	98
Zuid-Holland Zuid	78	89	93	95	97	98	99
Zeeland	62	76	82	85	92	95	96
Midden West Brabant	73	86	90	93	96	98	98
Brabant Noord	73	87	92	94	97	99	99
Brabant-Zuidoost	77	89	92	94	97	99	99
Noord- en Midden Limburg	68	81	86	89	94	97	98
Zuid Limburg	76	88	91	93	96	97	98
Flevoland	75	88	92	93	96	98	98
gewogen landelijk gemiddelde	76	88	92	94	97	98	99
<i>gewogen landelijk gemiddelde 2008</i>	<i>75</i>	<i>88</i>	<i>92</i>	<i>94</i>	<i>97</i>	<i>99</i>	<i>100</i>

responstijden en de aard van het gebied

Het blijkt dat in 2009 52% van de A1-inzetten is uitgevoerd in stedelijk gebied (50,5% in 2009), 31,8% was in zogeheten plattlandsgebied (31% in 2009) en 16,2% in intermediair gebied (15,8% in 2009). De aard van het gebied blijkt duidelijk van invloed te zijn op de responstijden. Ook onderstaande tabel beperkt zich niet tot een responstijd van 15 minuten en laat zien hoeveel procent van de inzetten in de drie soorten gebieden wanneer aanwezig was bij de patiënt.

tabel 2.3.8: responstijden A1-inzetten in stedelijk en niet-stedelijk gebied

	stedelijk gebied	matig stedelijk gebied	plattlands- gebied	totaal
10 minuten	76,2%	68,6%	53,3%	58,2%
13 minuten	92,1%	88,9%	80,3%	82,6%
14 minuten	95,2%	92,9%	86,3%	87,9%
15 minuten	96,5%	94,8%	89,8%	92,0%
17 minuten	98,2%	97,2%	94,5%	95,7%
20 minuten	99,1%	98,8%	97,8%	98,2%

Ter vergelijking:

In 2008 was in de drie verschillende gebieden in totaal 94% van de A1-inzetten binnen 15 minuten aanwezig. In stedelijk gebied bedroeg het percentage 96,8%, in plattlandsgebied 89,6%.

Niet alleen de aard van het gebied is van invloed op de gemiddelde responstijd, ook weersomstandigheden kunnen een aanzienlijke invloed hebben op de responstijden. Ter illustratie: in december 2009 is er veel sneeuw gevallen, zeker in de noordelijke regio's. Als gevolg van de grote hoeveelheden sneeuw en de lokale wegen, die onvoldoende sneeuwvrij en daardoor slecht berijdbaar waren, zijn regio's geconfronteerd met een relatief hoog percentage inzetten langer dan 15 minuten.

2.4 spoedeisende ambulancezorg: A2-inzetten

2.4.1 overall beeld A2-inzetten in 2009

In 2009 was voor de A2-inzetten:

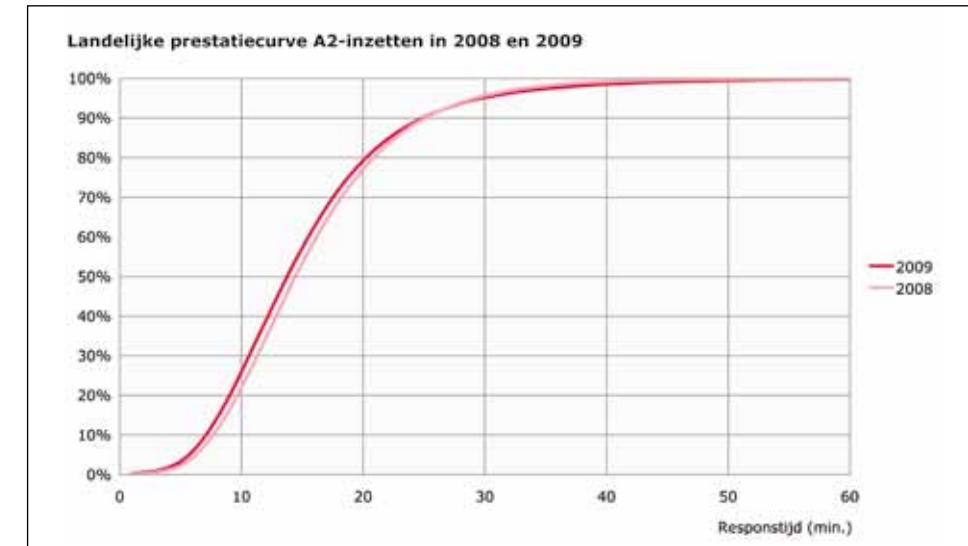
- de gemiddelde tijdsduur aanname en uitgifte: 3:22 minuten (2008: 3:14 minuten),
- de gemiddelde uitruktijd: 1:39 minuten (2008: 1:57 minuten),
- de gemiddelde aanrijtijd: 10:51 minuten (2008: 10:41 minuten),
- de gemiddelde responstijd: 16:15 minuten (2008: 15:53 minuten) en
- in gemiddeld 94,5% was de ambulance binnen 30 minuten na het begin van de melding bij de patiënt gearriveerd (2008: 96,2%)

tabel 2.4.1: landelijke gemiddelden logistieke prestaties A2-inzetten

A2-inzetten	2009	2008	2007
tijdsduur aanname en uitgifte	3:22 min	3:14 min	3:19 min
uitruktijd	1:39 min	1:57 min	2:14 min
aanrijtijd	10:51 min	10:41 min	10:35 min
responstijd	16:15 min	15:53 min	16:08 min
inzetten binnen 30 min. aanwezig	94,5%	96,2%	95,3%

In de praktijk wordt er naar gestreefd dat de ambulance in het geval van een A2-inzet zoveel mogelijk binnen 30 minuten bij de patiënt arriveert. Het is echter ook interessant om te weten hoeveel ambulances er (aanzienlijk) eerder of later aanwezig zijn. Onderstaande grafiek heeft inzicht in de landelijke responstijden van A2-inzetten in 2009:

grafiek 2.4.1: landelijke prestatiecurve A2-inzetten in 2009



2.4.2 tijdsduur aanname en uitgifte A2-inzetten

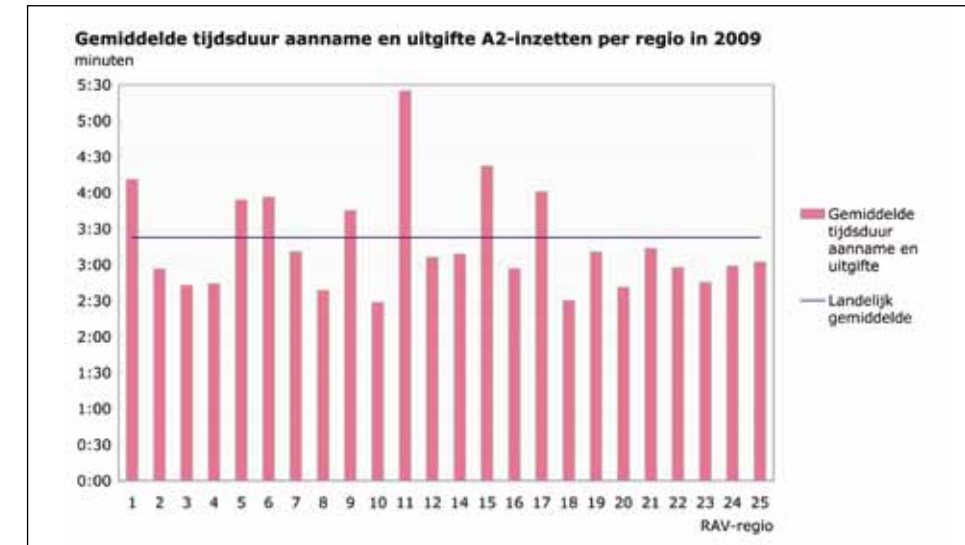
De tijdsduur aanname en uitgifte begint op het moment dat de centralist van de MKA de telefoon aanneemt en eindigt wanneer de centralist het ambulanceteam een ritopdracht heeft gegeven.

In 2009 was de landelijk gemiddelde tijdsduur aanname en uitgifte van A2-inzetten 3:22 minuten (3:14 in 2008 en 3:19 in 2007):

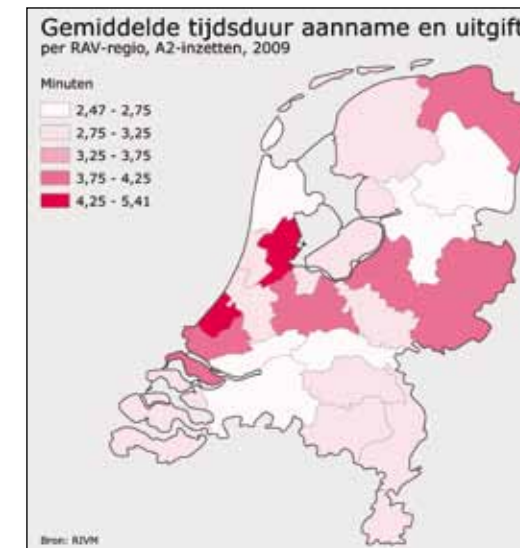
tabel 2.4.2: gemiddelde tijdsduur aanname en uitgifte A2-inzetten per regio

	tijdsduur aanname en uitgifte A2-inzetten (in minuten)		
	2009	2008	2007
Groningen	4:11	3:54	4:11
Friesland	2:56	2:50	2:48
Drenthe	2:42	2:53	3:01
IJsselland	2:44	2:44	2:37
Twente	3:53	3:22	3:17
Noordoost Gelderland	3:56	4:17	4:13
Gelderland Midden	3:10	3:25	3:20
Gelderland Zuid	2:38	2:48	2:53
Utrecht	3:45	3:59	4:06
Noord-Holland Noord	2:28	2:27	2:56
Amsterdam/Waterland	5:24	5:36	5:52
Kennemerland	3:05	3:30	3:26
Gooi- en Vechtstreek	3:08	2:52	2:59
Haaglanden	4:22	1:55	1:56
Hollands Midden	2:56	2:50	3:07
Rotterdam-Rijnmond	4:00	3:52	4:02
Zuid-Holland Zuid	2:30	2:09	2:06
Zeeland	3:10	3:12	3:00
Midden West Brabant	2:41	2:38	2:40
Brabant Noord	3:13	3:27	3:19
Brabant-Zuidoost	2:57	2:54	3:13
Noord- en Midden Limburg	2:45	2:46	2:52
Zuid Limburg	2:58	3:00	2:56
Flevoland	3:02	3:00	3:16
gewogen landelijk gemiddelde	3:22	3:14	3:19

grafiek 2.4.2: gemiddelde tijdsduur aanname en uitgifte A2-inzetten per regio in 2009



kaart 2.4.1: gemiddelde tijdsduur aanname en uitgifte A2-inzetten per regio in 2009



2.4.3 uitruktijd A2-inzetten

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

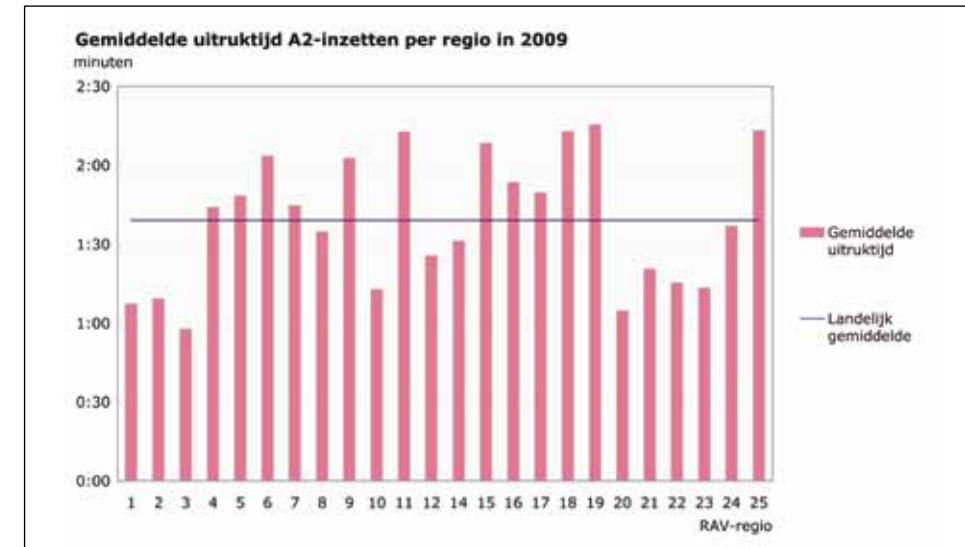
In 2009 was de landelijk gemiddelde uitruktijd bij A2-inzetten 1:39 minuten (1:57 in 2008 en 2:14 in 2007):

tabel 2.4.3: gemiddelde uitruktijd A2-inzetten per regio

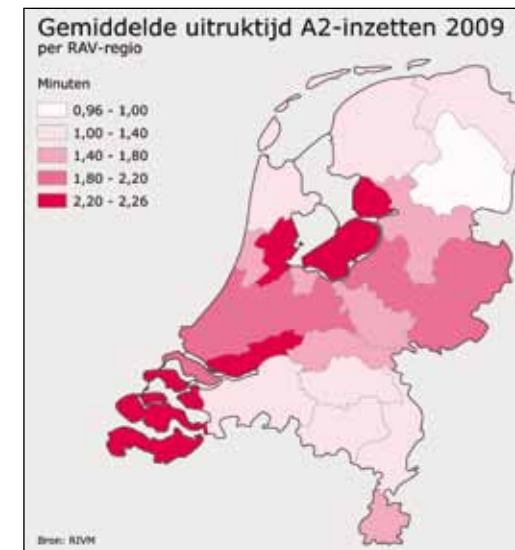
	uitruktijd A2-inzetten (in minuten)		
	2009	2008	2007
Groningen	1:07	1:26	1:45
Friesland	1:09	1:24	1:28
Drenthe	0:57	1:03	1:10
IJsselland	1:43	1:53	2:25
Twente	1:48	1:51	1:53
Noordoost Gelderland	2:03	3:01	3:14
Gelderland Midden	1:44	2:24	2:43
Gelderland Zuid	1:34	1:49	2:04
Utrecht	2:02	2:12	2:14
Noord-Holland Noord	1:12	1:26	1:36
Amsterdam/Waterland	2:12	2:09	3:05
Kennemerland	1:25	2:04	2:13
Gooi- en Vechtstreek	1:31	2:31	3:08
Haaglanden	2:08	2:41	3:20
Hollands Midden	1:53	2:04	2:01
Rotterdam-Rijnmond	1:49	2:04	3:06
Zuid-Holland Zuid	2:12	2:16	2:26
Zeeland	2:15	2:38	2:44
Midden West Brabant	1:04	1:11	1:12
Brabant Noord	1:20	1:33	1:34
Brabant-Zuidoost	1:15	1:13	1:15
Noord- en Midden Limburg	1:13	2:01	2:13
Zuid Limburg	1:36	2:00	2:43
Flevoland	2:13	2:31	2:43
gewogen landelijk gemiddelde	1:39	1:57	2:14

In de praktijk rukken niet alle ambulances uit vanaf een vaste standplaats. Met name in stedelijk gebied en door toepassing van pro-actief dynamisch ambulancemanagement vertrekken ambulances ook vanuit mobiele paraatheid. In dit geval rijdt de ambulance al op het moment dat het ambulanceteam een ritopdracht krijgt, hetzij omdat het de dichtstbijzijnde ambulance is, hetzij omdat het de enige beschikbare ambulance is. De uitruktijd is in deze situatie minimaal.

grafiek 2.4.3: gemiddelde uitruktijd A2-inzetten per regio in 2009



kaart 2.4.2: gemiddelde uitruktijd A2-inzetten per regio in 2009



2.4.4 aanrijtijd A2-inzetten

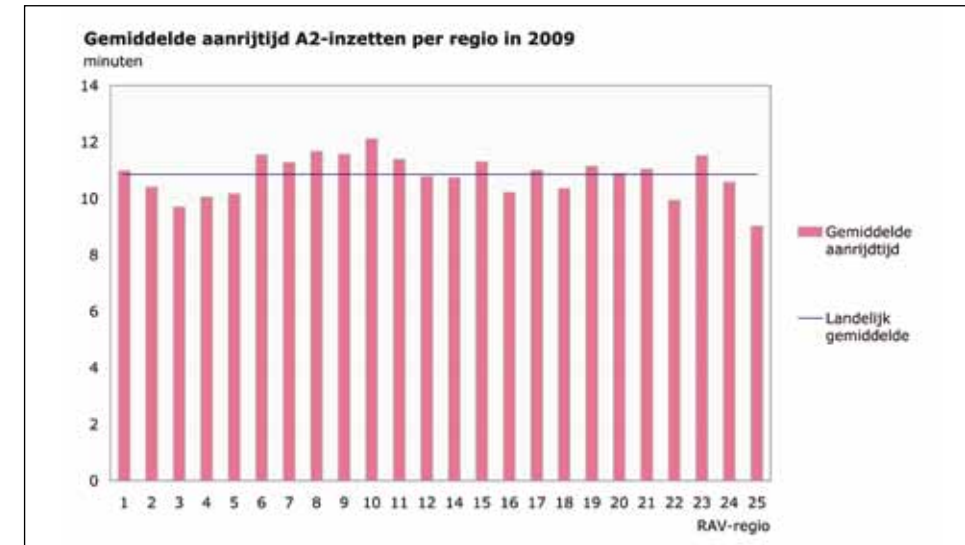
De aanrijtijd begint op het moment dat de ambulance vertrekt naar het door de centralist opgegeven adres waar de patiënt zich bevindt en eindigt wanneer de ambulance zo dicht mogelijk bij dit adres en dus de patiënt is gearriveerd.

In 2009 was de landelijk gemiddelde aanrijtijd van A2-inzetten 10:51 minuten (10:41 in 2008 en 10:35 in 2007):

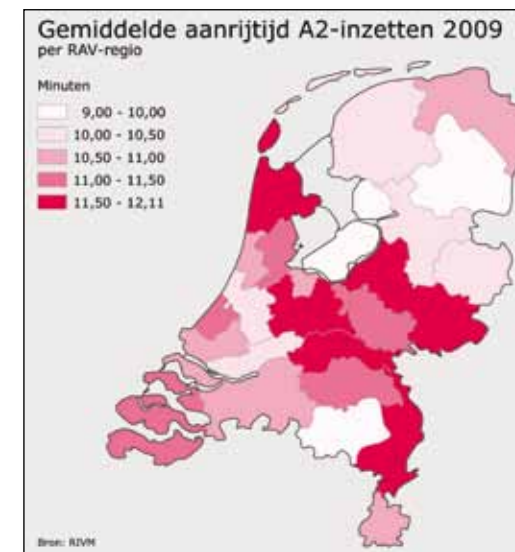
tabel 2.4.4: gemiddelde aanrijtijd A2-inzetten per regio

	aanrijtijd A2-inzetten (in minuten)		
	2009	2008	2007
Groningen	10:58	10:57	10:34
Friesland	10:23	10:27	10:20
Drenthe	9:41	9:43	9:55
IJsselland	10:02	10:00	9:48
Twente	10:09	9:55	9:58
Noordoost Gelderland	11:32	11:00	10:43
Gelderland Midden	11:15	11:36	11:31
Gelderland Zuid	11:39	11:23	11:17
Utrecht	11:33	11:34	11:02
Noord-Holland Noord	12:06	11:51	11:34
Amsterdam/Waterland	11:22	10:53	10:53
Kennemerland	10:46	10:40	9:47
Gooi- en Vechtstreek	10:43	10:17	10:11
Haaglanden	11:17	11:00	10:49
Hollands Midden	10:12	10:11	10:22
Rotterdam-Rijnmond	10:59	11:08	11:53
Zuid-Holland Zuid	10:20	9:59	9:41
Zeeland	11:07	10:42	10:53
Midden West Brabant	10:52	10:42	10:40
Brabant Noord	11:01	10:39	10:28
Brabant-Zuidoost	9:55	9:38	9:44
Noord- en Midden Limburg	11:30	11:17	11:28
Zuid Limburg	10:34	10:18	9:56
Flevoland	9:00	8:35	8:23
gewogen landelijk gemiddelde	10:51	10:41	10:35

grafiek 2.4.4: gemiddelde aanrijtijd A2-inzetten per regio in 2009



kaart 2.4.3: gemiddelde aanrijtijd A2-inzetten per regio in 2009



2.4.5 responstijd A2-inzetten

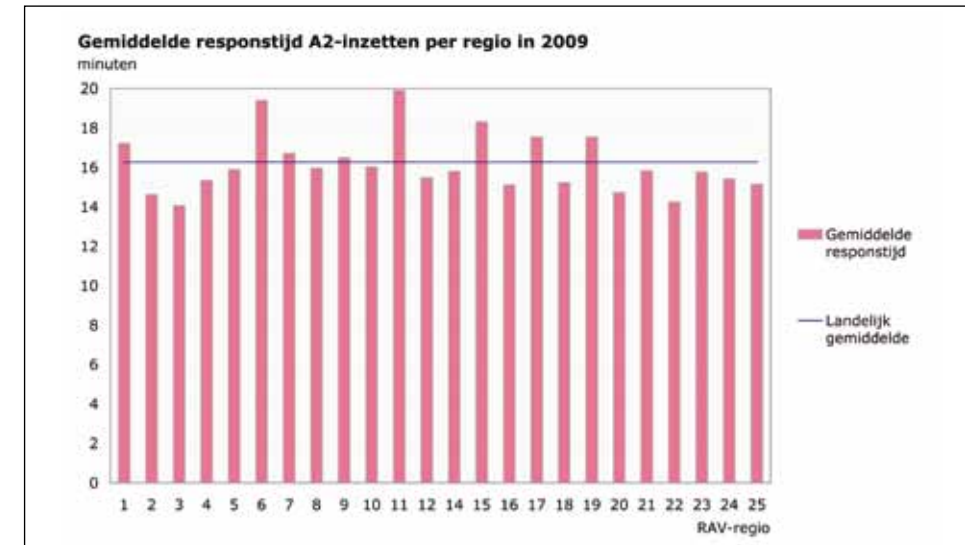
De responstijd begint op het moment dat de centralist van de MKA de telefoon aanneemt en eindigt wanneer de ambulance zo dicht mogelijk bij het door de centralist opgegeven adres, en dus de patiënt, arriveert.

In 2009 bedroeg de gemiddelde responstijd van A2-inzetten 16:15 minuten (15:53 in 2008 en 16:08 in 2007).

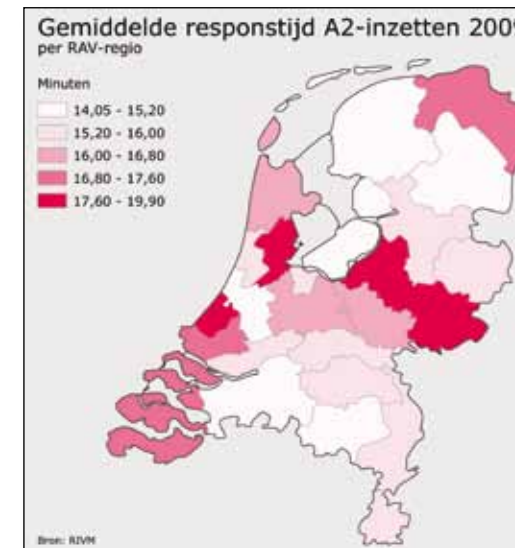
tabel 2.4.5: gemiddelde responstijd A2-inzetten per regio

	responstijd A2-inzetten (in minuten)		
	2009	2008	2007
Groningen	17:12	16:18	16:31
Friesland	14:36	14:42	14:36
Drenthe	14:02	13:40	14:05
IJsselland	15:19	14:38	14:49
Twente	15:52	15:09	15:07
Noordoost Gelderland	19:23	18:19	18:10
Gelderland Midden	16:41	17:25	17:34
Gelderland Zuid	15:56	16:01	16:13
Utrecht	16:28	17:46	17:23
Noord-Holland Noord	16:00	15:45	16:06
Amsterdam/Waterland	19:53	18:38	19:50
Kennemerland	15:27	16:16	15:26
Gooi- en Vechtstreek	15:47	15:40	16:19
Haaglanden	18:18	15:37	16:05
Hollands Midden	15:06	15:06	15:30
Rotterdam-Rijnmond	17:31	17:05	19:01
Zuid-Holland Zuid	15:13	14:25	14:14
Zeeland	17:31	16:34	16:38
Midden West Brabant	14:42	14:32	14:32
Brabant Noord	15:49	15:39	15:20
Brabant-Zuidoost	14:13	13:46	14:11
Noord- en Midden Limburg	15:44	16:05	16:33
Zuid Limburg	15:24	15:19	15:35
Flevoland	15:07	14:06	14:21
gewogen landelijk gemiddelde	16:15	15:53	16:08

grafiek 2.4.5: gemiddelde responstijd A2-inzetten per regio in 2009



kaart 2.4.4: gemiddelde responstijd A2-inzetten per regio in 2009



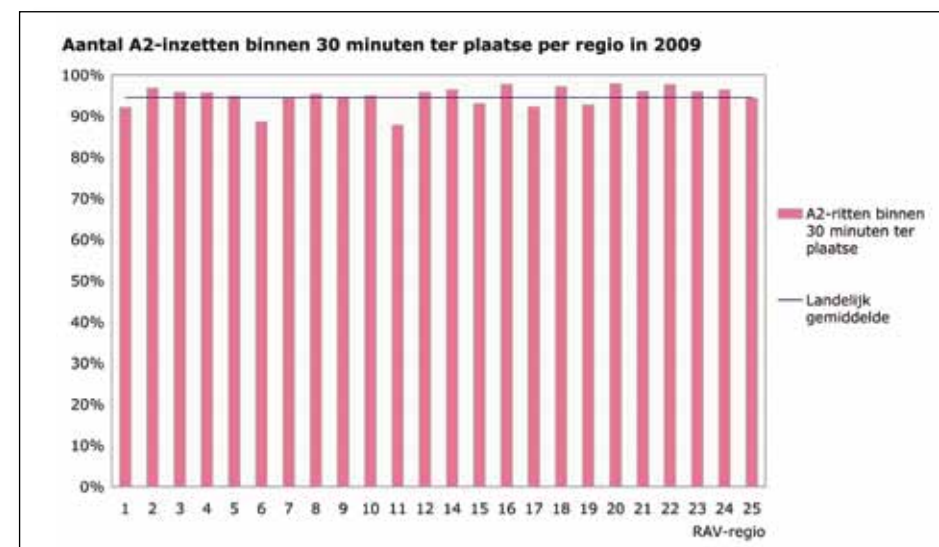
2.4.6 aantal A2-inzetten binnen 30 minuten ter plaatse bij de patiënt

In gemiddeld 94,5% van de A2-inzetten in 2009 arriveerde de ambulance binnen 30 minuten na het begin van de melding bij de patiënt (96,2% in 2008 en 95,3 in 2007).

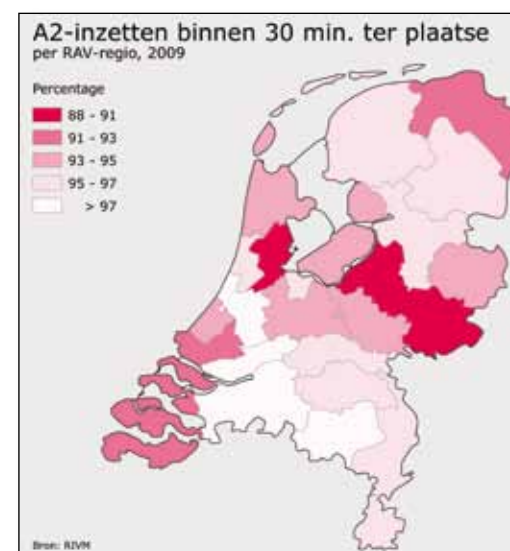
tabel 2.4.6: aantal A2-inzetten binnen 30 minuten ter plaatse per regio

	A2-inzetten binnen 30 minuten ter plaatse					
	2009		2008		2007	
	aantal	%	aantal	%	aantal	%
Groningen	7.278	92,1	7.765	95,6	6.955	94,8
Friesland	6.965	96,7	6.361	97,5	5.570	97,2
Drenthe	9.629	95,7	7.724	97,5	6.800	96,8
IJsselland	9.032	95,6	9.638	97,6	8.437	96,7
Twente	11.031	94,8	10.463	96,9	9.246	96,4
Noordoost Gelderland	10.320	88,5	10.628	92,3	9.603	91,9
Gelderland Midden	7.110	94,3	6.787	94,8	5.717	94,1
Gelderland Zuid	6.447	95,3	6.287	96,0	5.696	95,6
Utrecht	14.954	94,6	14.735	92,7	12.137	92,4
Noord-Holland Noord	5.837	94,9	4.906	97,2	4.607	96,0
Amsterdam/Waterland	7.704	87,8	7.998	92,6	7.970	89,3
Kennemerland	4.737	95,7	1.570	96,1	3.123	96,5
Gooi- en Vechtstreek	1.886	96,4	1.908	97,3	1.263	96,9
Haaglanden	13.100	93,0	13.187	97,5	10.791	96,3
Hollands Midden	5.433	97,7	4.797	98,4	4.420	96,9
Rotterdam-Rijnmond	11.827	92,2	11.025	94,4	8.341	89,3
Zuid-Holland Zuid	5.620	97,1	5.287	98,3	4.823	98,2
Zeeland	4.669	92,7	4.646	96,1	4.134	95,5
Midden West Brabant	18.057	97,8	16.878	98,5	15.193	98,5
Brabant Noord	9.592	96,0	8.747	97,3	8.398	97,4
Brabant-Zuidoost	7.253	97,6	6.447	98,2	5.854	97,4
Noord- en Midden Limburg	6.438	95,9	5.226	96,2	4.426	95,4
Zuid Limburg	8.086	96,4	7.122	97,1	6.780	97,2
Flevoland	4.686	94,3	4.738	97,5	3.756	97,3
gewogen landelijk gemiddelde	197.691	94,5	184.870	96,2	164.040	95,3

grafiek 2.4.6: aantal A2-inzetten binnen 30 minuten ter plaatse per regio in 2009



kaart 2.4.5: aantal A2-inzetten binnen 30 minuten ter plaatse per regio in 2009



De onderstaande tabel beperkt zich, als het om responstijd van A2-inzetten gaat, niet tot 30 minuten. Het blijkt dat 95% van de inzetten de patiënt binnen 31 minuten bereikt.

tabel 2.4.7: percentage A2-inzetten 20 tot en met 41 minuten bij de patiënt in 2009

	% A2-inzetten ter plaatse bij de patiënt binnen						
	20 minuten	25 minuten	28 minuten	30 minuten	32 minuten	35 minuten	41 minuten
Groningen	72	85	90	92	94	95	98
Friesland	82	92	96	97	98	99	99
Drenthe	84	92	95	96	96	97	98
IJsselland	81	91	94	96	96	97	98
Twente	76	89	93	95	96	97	99
Noordoost Gelderland	65	81	86	89	91	93	96
Gelderland Midden	74	88	92	94	96	97	99
Gelderland Zuid	78	90	94	95	97	98	99
Utrecht	74	89	93	95	96	98	99
Noord-Holland Noord	77	90	93	95	96	98	99
Amsterdam/Waterland	59	78	85	88	90	93	97
Kennemerland	80	91	94	96	97	98	99
Gooi- en Vechtstreek	78	91	95	96	97	98	99
Haaglanden	65	82	89	93	94	96	99
Hollands Midden	83	94	96	98	99	99	100
Rotterdam-Rijnmond	71	85	90	92	94	96	98
Zuid-Holland Zuid	81	92	96	97	98	98	99
Zeeland	72	86	91	96	94	95	97
Midden West Brabant	93	94	97	98	98	99	99
Brabant Noord	77	91	94	96	97	98	99
Brabant-Zuidoost	84	94	97	98	98	99	99
Noord- en Midden Limburg	77	90	94	96	97	98	99
Zuid Limburg	81	92	95	96	97	98	99
Flevoland	81	89	93	94	95	97	98
gewogen landelijk gemiddelde	76	89	93	95	96	97	99
<i>gewogen landelijk gemiddelde 2008</i>	<i>77</i>	<i>90</i>	<i>94</i>	<i>96</i>	<i>97</i>	<i>99</i>	<i>100</i>

responstijden en de aard van het gebied

Het blijkt dat in 2009 46,5% van de A2-inzetten is uitgevoerd in stedelijk gebied (47% in 2009), 34,7% was in zogeheten plattelandsgebied (33,6% in 2009) en 18,8% in intermediair gebied (18,4% in 2009). De aard van het gebied blijkt duidelijk van invloed te zijn op de responstijden. Ook onderstaande tabel beperkt zich niet tot een responstijd van 30 minuten en laat zien hoeveel procent van de inzetten in de drie soorten gebieden wanneer aanwezig was bij de patiënt.

tabel 2.4.8: responstijden A2-inzetten in stedelijk en niet-stedelijk gebied

	stedelijk gebied	matig stedelijk gebied	plattelands- gebied	totaal
20 minuten	82,0%	81,2%	74,7%	75,9%
24 minuten	91,0%	91,2%	88,5%	88,7%
29 minuten	95,0%	95,1%	93,7%	93,7%
30 minuten	95,5%	95,7%	94,5%	94,6%
35 minuten	97,6%	97,6%	97,1%	97,1%
41 minuten	98,7%	98,8%	98,5%	98,5%

Ter vergelijking:

in 2008 was in de drie verschillende gebieden in totaal bijna 97% van de A2-inzetten binnen 15 minuten aanwezig. In stedelijk gebied bedroeg het percentage 97,4%, in plattelandsgebied 95,4%.

Het product ambulancezorg in 2009

Dit hoofdstuk gaat in op de ambulancezorg die in 2009 in Nederland is geboden.

Het gaat om de soorten inzetten, de aantallen inzetten (zowel urgentie als aard van de inzet) en om de soort zorg die verleend is.

3.1 spoedeisende en planbare ambulancezorg

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

In geval van spoedeisende ambulancezorg dient de ambulance zo spoedig mogelijk bij de patiënt ter plaatse te kunnen zijn. De centralist bepaalt met welke mate van spoed de ambulance wordt ingezet (A1 of A2). Ter plaatse bepaalt het ambulanceteam of volstaan kan worden met zorg verlenen, of dat de patiënt ook vervoerd moet worden.

Spoedeisende ambulancezorg kan op ieder willekeurig moment van de dag noodzakelijk zijn en is niet planbaar.

Er is sprake van -in zekere mate- planbare ambulancezorg bij zorg en vervoer van patiënten tussen het woon- of verblijfadres en/of zorginstellingen voor diagnostiek, therapie, opname of ontslag. De ambulancezorg vindt plaats op afspraak over bestemming en tijdstip en kent een B-urgentie.

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

De mate van urgentie zegt echter niets over de complexiteit van de zorg. Bij zowel spoedeisende als planbare ambulancezorg kan er sprake zijn van zowel hoogcomplexere als laagcomplexere zorg.

3.1.1 overall beeld aantal inzetten

In 2009 zijn ambulances in Nederland 1.041.966 keer ingezet door RAV-en en ambulanceorganisaties om spoedeisende of planbare ambulancezorg te bieden (1.003.050 in 2008 en 977.660 in 2007). Dit aantal kan als volgt nader onderverdeeld worden in de verschillende urgenties:

tabel 3.1.1: productie spoedeisende en planbare zorg door de jaren heen

	2009	2008	2007
A1-inzetten	454.309	439.725	428.257
A2-inzetten	239.572	223.813	208.133
B-inzetten	348.085	339.512	341.270
totaal	1.041.966	1.003.050	977.660

Er is sprake van een gemiddelde groei van ruim 3% per jaar. Het aantal inzetten is in 2009 met bijna 4% gegroeid ten opzichte van 2008.

grafiek 3.1.1: verdeling gerealiseerde inzetten in 2009

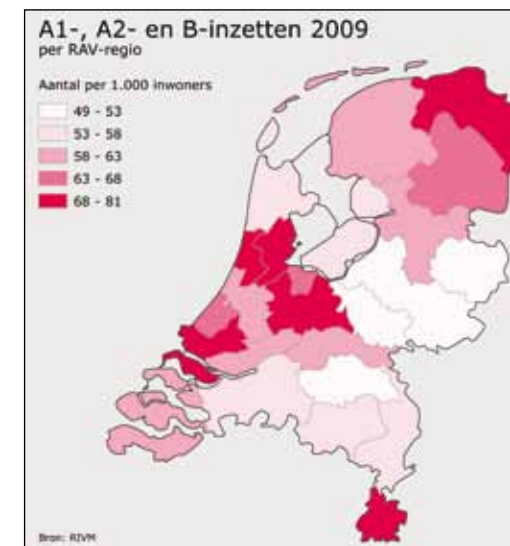


Het aantal inzetten per regio verschilt sterk. Dit heeft te maken met onder andere lokale factoren zoals de omvang en oppervlakte van de regio, het aantal inwoners, de bevolkingsdichtheid, de mate van stedelijkheid, de aanwezigheid van gezondheidsinstellingen en het karakter van deze instellingen. Ook de mate waarin inwoners van een regio geneigd zijn een beroep op zorg te doen is van invloed.

Gemiddeld vinden per dag in totaal 2.855 inzetten plaats, verdeeld over de verschillende urgenties zijn dit 1.245 A1-inzetten, 656 A2-inzetten en 954 B-inzetten.

Onderstaande kaart geeft per regio weer hoeveel inzetten in 2009 in totaal per 1.000 inwoners hebben plaatsgevonden.

kaart 3.1.1: aantal A1-, A2- en B-inzetten per regio per 1.000 inwoners in 2009



Tabel 3.1.2 geeft weer hoe de verschillende spoedeisende en planbare inzetten zijn verdeeld over de regio's.

In de vijfde kolom (regionaal t.o.v. landelijk) is het regionale totaal uitgedrukt als percentage van het landelijke totaal. In de laatste twee kolommen zijn de totalen over 2008 en 2007 weergegeven.

tabel 3.1.2: aantallen inzetten per regio

	2009			2008 regionaal t.o.v. landelijk	2008 totaal	2007 totaal	
	A1- inzetten	A2- inzetten	B- inzetten				
Groningen	19.403	9.178	15.576	44.157	4,24	43.614	45.800
Friesland	16.901	7.683	13.855	38.439	3,69	36.985	34.953
Drenthe	13.223	11.124	8.038	32.385	3,11	32.466	29.796
IJsselland	10.631	10.848	10.157	31.636	3,04	32.258	30.313
Twente	9.886	12.712	8.985	31.583	3,03	31.044	30.032
Noordoost Gelderland	15.530	12.295	12.098	39.923	3,83	39.476	39.173
Gelderland Midden	14.005	8.191	10.320	32.516	3,12	33.156	30.639
Gelderland Zuid	13.022	7.620	11.167	31.809	3,05	31.223	29.790
Utrecht	27.350	22.603	37.380	87.333	8,38	81.287	76.354
Noord-Holland Noord	19.224	6.836	9.213	35.273	3,39	31.872	31.403
Amsterdam/Waterland	53.293	10.608	36.930	100.831	9,68	95.744	103.155
Kennemerland	20.742	5.722	11.630	38.094	3,66	35.778	25.614
Gooi- en Vechtstreek	8.065	2.185	5.582	15.832	1,52	14.642	14.245
Haaglanden	37.038	15.086	12.704	64.828	6,22	65.256	75.136
Hollands Midden	25.296	6.064	16.107	47.467	4,56	45.328	43.234
Rotterdam-Rijnmond	42.381	15.280	35.918	93.579	8,98	89.447	86.375
Zuid-Holland Zuid	12.962	6.418	9.258	28.638	2,75	27.395	25.581
Zeeland	10.635	5.600	6.652	22.887	2,20	21.648	19.839
Midden West Brabant	19.627	20.456	20.796	60.879	5,84	57.253	55.494
Brabant Noord	10.310	11.259	10.751	32.320	3,10	30.697	28.091
Brabant-Zuidoost	16.636	8.563	13.768	38.967	3,74	38.135	37.807
Noord- en Midden Limburg	11.747	7.922	7.817	27.486	2,64	26.447	24.775
Zuid Limburg	15.945	9.723	18.871	44.539	4,27	41.991	40.814
Flevoland	10.457	5.596	4.512	20.565	1,97	19.908	19.247
totaal 2009	454.309	239.572	348.085	1.041.966			
<i>totaal 2008</i>	<i>439.725</i>	<i>223.813</i>	<i>339.512</i>	<i>1.003.050</i>		<i>1.003.050</i>	
<i>totaal 2007</i>	<i>428.257</i>	<i>208.133</i>	<i>341.270</i>	<i>977.660</i>			<i>977.660</i>

3.1.2 spoedeisende en planbare ambulancezorg

In tabel 3.1.3 zijn de regionale aantallen omgerekend naar percentages van het totaal aantal inzetten van de betreffende regio, om zo op meer objectieve wijze inzicht te krijgen in verschillen tussen de regio's.

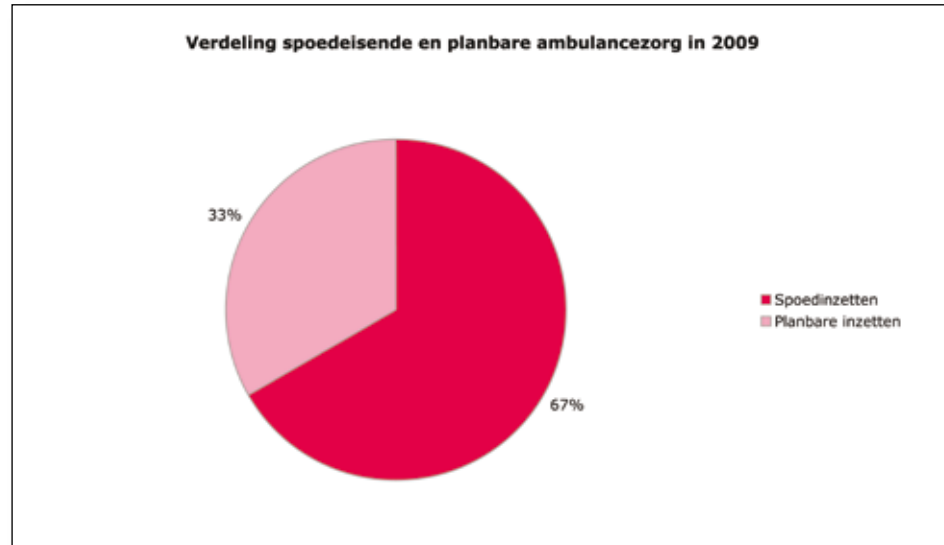
tabel 3.1.3: aantallen inzetten per regio in procenten van het regionale totaal in 2009

	% spoedeisende ambulancezorg tov het totaal	% planbare ambulancezorg tov het totaal	% A1-inzetten tov spoedeisende ambulancezorg totaal	% A2-inzetten tov spoedeisende ambulancezorg totaal
Groningen	64,7%	35,3%	67,9%	32,1%
Friesland	64,0%	36,0%	68,7%	31,3%
Drenthe	75,2%	24,8%	54,3%	45,7%
IJsselland	67,9%	32,1%	49,5%	50,5%
Twente	71,6%	28,4%	43,7%	56,3%
Noordoost Gelderland	69,7%	30,3%	55,8%	44,2%
Gelderland Midden	68,3%	31,7%	63,1%	36,9%
Gelderland Zuid	64,9%	35,1%	63,1%	36,9%
Utrecht	57,2%	42,8%	54,8%	45,2%
Noord-Holland Noord	73,9%	26,1%	73,8%	26,2%
Amsterdam/Waterland	63,4%	36,6%	83,4%	16,6%
Kennemerland	69,5%	30,5%	78,4%	21,6%
Gooi- en Vechtstreek	64,7%	35,3%	78,7%	21,3%
Haaglanden	80,4%	19,6%	71,1%	28,9%
Hollands Midden	66,1%	33,9%	80,7%	19,3%
Rotterdam-Rijnmond	61,6%	38,4%	73,5%	26,5%
Zuid-Holland Zuid	67,7%	32,3%	66,9%	33,1%
Zeeland	70,9%	29,1%	65,5%	34,5%
Midden West Brabant	65,8%	34,2%	49,0%	51,0%
Brabant Noord	66,7%	33,3%	47,8%	52,2%
Brabant-Zuidoost	64,7%	35,3%	66,0%	34,0%
Noord- en Midden Limburg	71,6%	28,4%	59,7%	40,3%
Zuid Limburg	57,6%	42,4%	62,1%	37,9%
Flevoland	78,1%	21,9%	65,1%	34,9%
totaal 2009	66,6%	33,4%	65,5%	34,5%
<i>totaal 2008</i>	<i>66,2%</i>	<i>33,8%</i>	<i>66,3%</i>	<i>33,7%</i>
<i>totaal 2007</i>	<i>65,1%</i>	<i>34,9%</i>	<i>67,3%</i>	<i>32,7%</i>

spoedeisende ten opzichte van planbare ambulancezorg

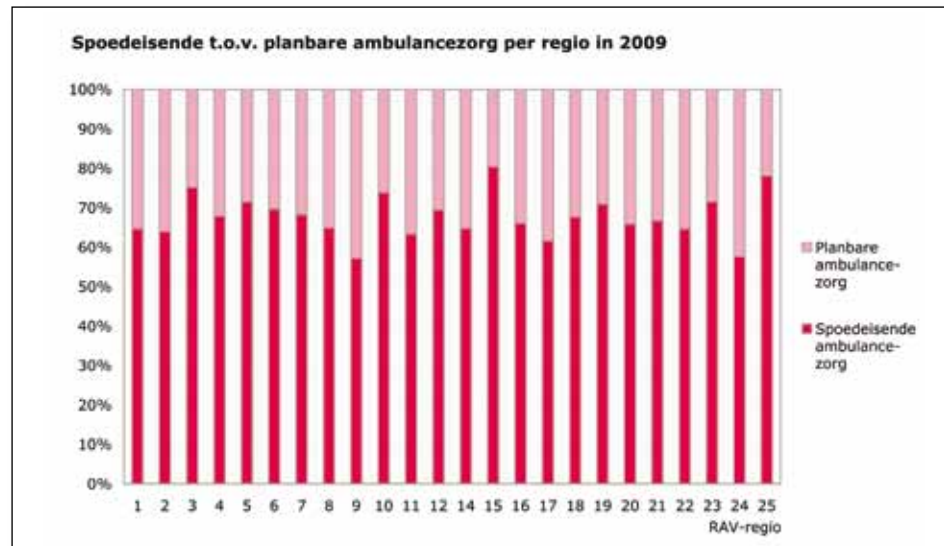
De spoedeisende ambulancezorg bedraagt ongeveer tweederde deel van de totale ambulancezorg.

grafiek 3.1.2: verdeling spoedeisende en planbare ambulancezorg in 2009



Het gaat hier om een landelijke gemiddelde. Regionaal varieerde het aandeel B-inzetten (planbare ambulancezorg) in 2009 van 19,6% tot 42,8%. Dit regionale verschil heeft onder andere te maken met het aantal grote gespecialiseerde ziekenhuizen in een regio.

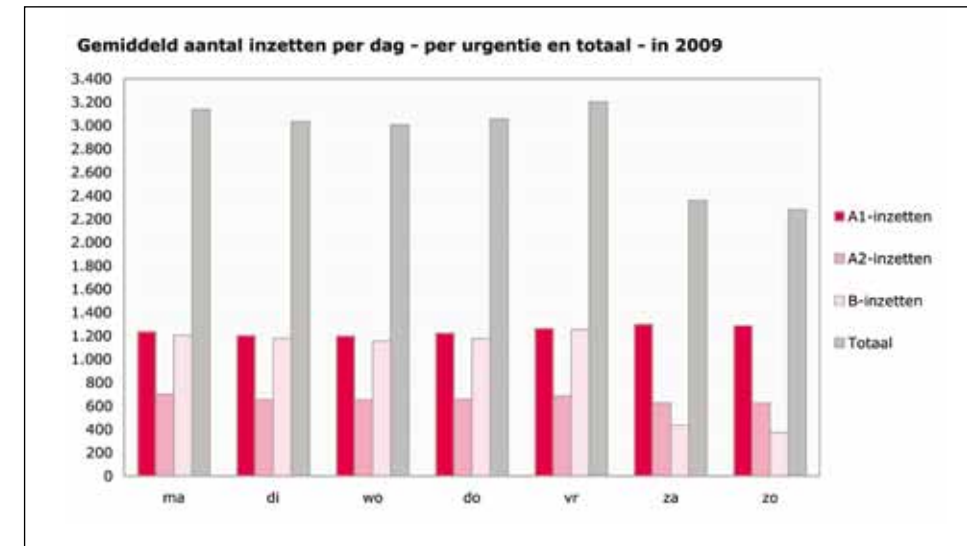
grafiek 3.1.3: spoedeisende ambulancezorg ten opzichte van planbare ambulancezorg per regio in 2009



In 2009 hebben de meeste inzetten plaatsgevonden op vrijdag en de minste op zondag.

Uit onderstaande grafiek, waarin het aantal inzetten per uur per dag van de week in 2009 is weergegeven, blijkt duidelijk het verschil tussen spoedeisende en planbare ambulancezorg. De planbare ambulancezorg laat zich beter sturen en wordt met name op werkdagen uitgevoerd. De planbare ambulancezorg is in het weekend in omvang beduidend kleiner dan op werkdagen. De spoedeisende ambulancezorg is min of meer evenwichtig verdeeld over de verschillende dagen van de week, inclusief zon- en feestdagen.

grafiek 3.1.4: verdeling inzetten -per urgentie en totaal- per dag van de week in 2009



De meeste ambulance-inzetten vinden plaats binnen stedelijk gebied (53,4%), dat geldt vooral voor de B-inzetten (60% in stedelijk gebied). Dit laatste is voor een deel verklaarbaar uit het feit dat B-inzetten vaak plaatsvinden tussen en vanuit gezondheidszorginstellingen.

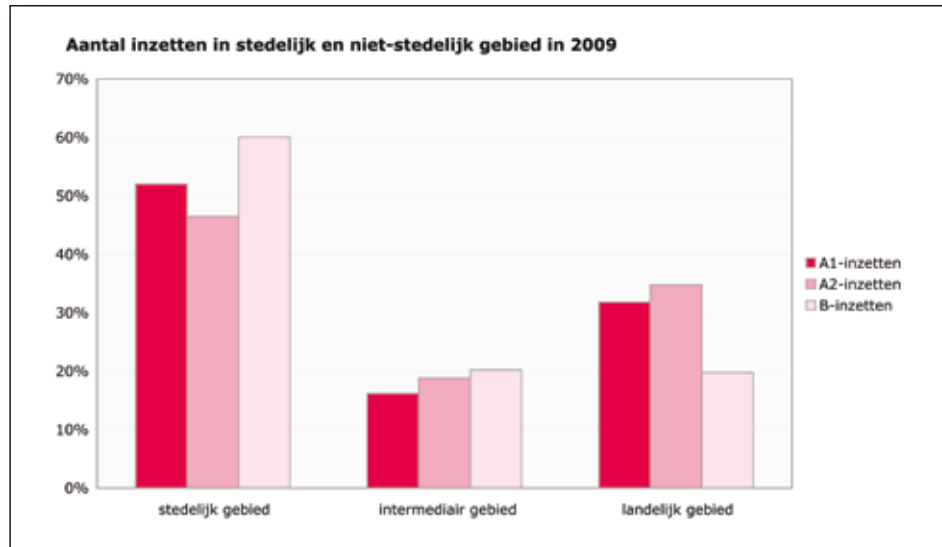
Onderstaande tabel geeft aan hoe de inzetten verdeeld zijn over de verschillende soorten gebieden (stedelijk, matig stedelijk of platteland), zowel per urgentie als in totaal:

tabel 3.1.4: verdeling inzetten per soort gebied

	stedelijk	matig stedelijk	platteland
A1-inzetten	52,0	16,2	31,8
A2-inzetten	46,5	18,8	34,7
B-inzetten	60,0	20,2	19,8
totaal 2009	53,4	18,1	28,5
<i>totaal 2008</i>	<i>52,9%</i>	<i>17,9%</i>	<i>27,6%</i>

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

grafiek 3.1.5: verdeling inzetten per soort gebied in 2009



In onderstaande tabel is de top van drukste en rustigste dagen in 2009 weergegeven. De drukste dag in 2009 was donderdag 1 januari, de rustigste dag van 2009 was voor de ambulancezorg woensdag 12 augustus.

tabel 3.1.5: top 5 drukste en rustigste dagen in 2009

	top 3 drukke dagen	top 3 rustigste dagen
1	donderdag 1 januari 2009	woensdag 12 augustus 2009
2	maandag 5 januari 2009	donderdag 30 juli 2009
3	donderdag 30 april 2009	zondag 2 augustus 2009

De drukste dagen waren twee feestdagen (1 januari en 30 april) en maandag 5 januari, de dag waarop iedereen na de kerstvakantie weer aan het werk is gegaan. Overigens houdt de grote drukte op 30 april nauwelijks verband met het incident op Koninginnedag 2009. De grootste drukte was in andere regio's dan de regio waar het incident plaatsvond (en omliggende regio's).

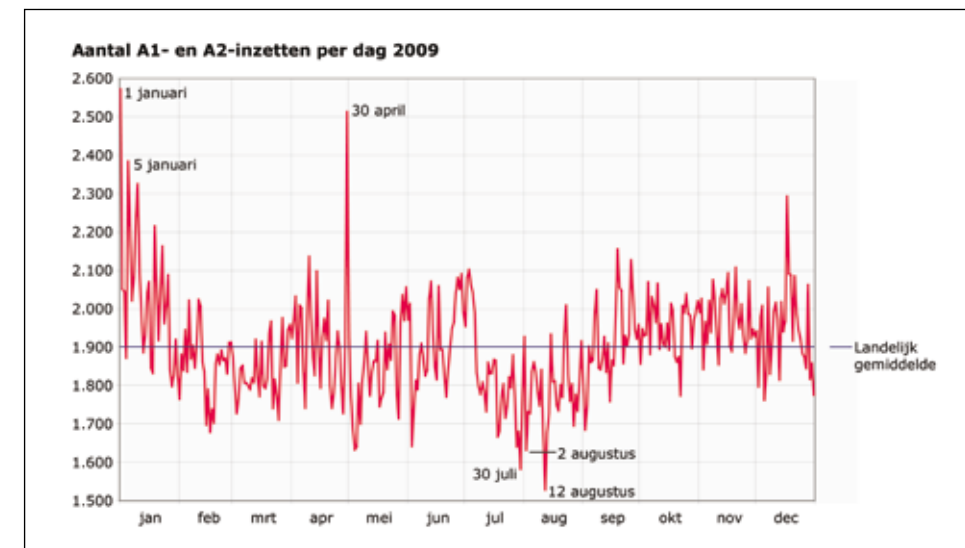
De rustigste dagen vielen allen tijdens de zomerperiode, waarin veel mensen vakantie hebben en op vakantie zijn.

De onderstaande grafiek geeft inzicht in hoe er regionaal van het Nederlandse gemiddelde van deze drukste/rustigste momenten wordt afgeweken. Het Nederlands gemiddelde is bepaald aan de hand van een meerjarengemiddelde en drukt het aantal ritten per inwoner uit.

grafiek 3.1.6: drukke dagen per regio ten opzichte van het Nederlands gemiddelde in 2009



grafiek 3.1.7: aantal A1- en A2-inzetten per dag in 2009



spoedeisende ambulancezorg: A1 ten opzichte van A2

Al enige jaren is zichtbaar dat er globaal gezien gemiddeld tweemaal zoveel A1-inzetten plaatsvinden als A2-inzetten:

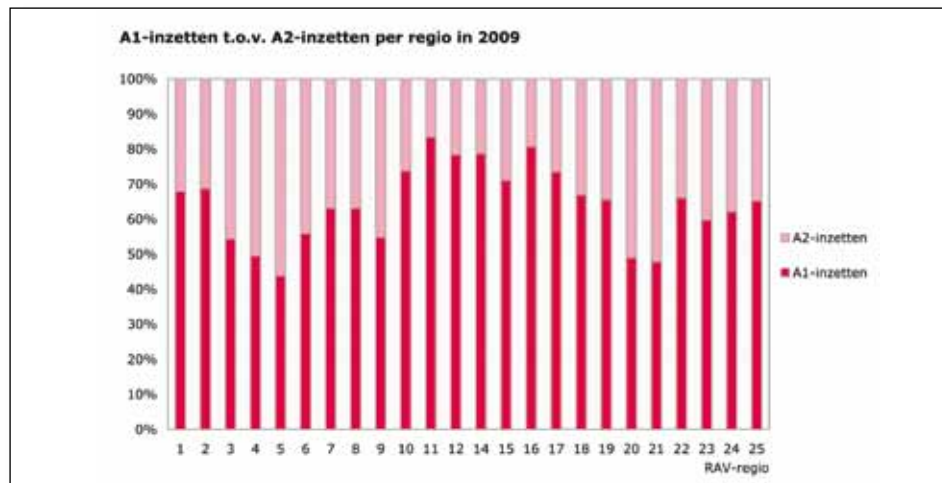
De spoedeisende ambulancezorg bedroeg in 2009 66,6% van de totale ambulancezorg (66,2% in 2008 en 64,9% in 2007). Binnen de spoedeisende ambulancezorg hadden de A1-inzetten in 2009 een aandeel van 65,5% (66,3% in 2008 en 67,3% in 2007).

grafiek 3.1.8: verhoudingen spoedeisende ambulancezorg in 2009



Deze verhouding is een landelijk gemiddelde. Regionaal varieert het aandeel A1-inzetten van 43,7% tot 83,4%, zoals zichtbaar is in onderstaande grafiek.

grafiek 3.1.9: A1-inzetten ten opzichte van A2-inzetten per regio in 2009



3.1.3 ambulancezorg en het aantal inwoners

In tabel 3.1.2 op pagina 58 is het aantal inzetten per regio uitgedrukt als percentage van het landelijke totaal aantal inzetten. In onderstaande tabel wordt een relatie gelegd tussen het aantal inzetten en het aantal inwoners van een regio.

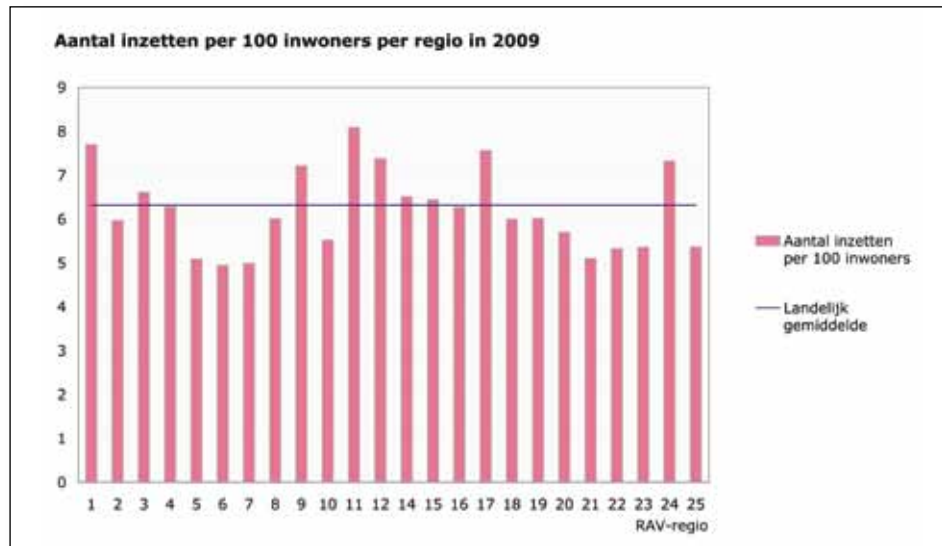
tabel 3.1.6: aantal inwoners ten opzichte van het aantal inzetten per regio in 2009

	aantal inwoners	aantal spoed-inzetten	% spoed-inzetten	aantal B-inzetten	% B-inzetten	aantal alle inzetten	% alle inzetten
Groningen	574.041	28.581	5,0%	15.576	2,7%	44.157	7,7%
Friesland	645.342	24.584	3,8%	13.855	2,1%	38.439	6,0%
Drenthe	488.135	24.347	5,0%	8.038	1,6%	32.385	6,6%
IJsselland	530.000	21.479	4,1%	10.157	1,9%	31.636	6,0%
Twente	634.572	22.598	3,6%	8.985	1,4%	31.583	5,0%
Noordoost Gelderland	812.000	27.825	3,4%	12.098	1,5%	39.923	4,9%
Gelderland Midden	648.253	22.196	3,4%	10.320	1,6%	32.516	5,0%
Gelderland Zuid	530.146	20.642	3,9%	11.167	2,1%	31.809	6,0%
Utrecht	1.210.869	49.953	4,1%	37.380	3,1%	87.333	7,2%
Noord-Holland Noord	639.257	26.060	4,1%	9.213	1,4%	35.273	5,5%
Amsterdam/Waterland	1.240.665	63.901	5,2%	36.930	3,0%	100.931	8,1%
Kennemerland	512.200	26.464	5,2%	11.630	2,3%	38.094	7,4%
Gooi- en Vechtstreek	243.476	10.250	4,2%	5.582	2,3%	15.832	6,5%
Haaglanden	1.016.940	52.124	5,1%	12.704	1,2%	64.828	6,4%
Hollands Midden	757.000	31.360	4,1%	16.107	2,1%	47.467	6,3%
Rotterdam-Rijnmond	1.231.960	57.661	4,7%	35.918	2,9%	93.479	7,6%
Zuid-Holland Zuid	479.338	19.380	4,0%	9.258	1,9%	28.638	6,0%
Zeeland	380.000	16.235	4,3%	6.652	1,8%	22.887	6,0%
Midden West Brabant	1.072.616	40.083	3,7%	20.796	1,9%	60.879	5,7%
Brabant Noord	637.200	21.569	3,4%	10.751	1,7%	32.320	5,1%
Brabant-Zuidoost	735.535	25.199	3,4%	13.768	1,9%	38.967	5,3%
Noord- en Midden Limburg	513.719	19.669	3,8%	7.817	1,5%	27.486	5,4%
Zuid Limburg	608.885	25.668	4,2%	18.871	3,1%	44.539	7,3%
Flevoland	387.621	16.053	4,1%	4.512	1,2%	20.565	5,3%
totaal 2009	16.529.770	693.881	4,2%	348.085	2,1%	1.041.966	6,3%
<i>in 2008</i>	<i>16.391.635</i>	<i>663.538</i>	<i>4,0%</i>	<i>339.512</i>	<i>2,1%</i>	<i>1.003.050</i>	<i>6,1%</i>
<i>in 2007</i>	<i>16.621.284</i>	<i>636.390</i>	<i>3,8%</i>	<i>341.270</i>	<i>2,1%</i>	<i>977.660</i>	<i>5,9%</i>

Gemiddeld hebben in 2009 63 inzetten per 1.000 inwoners plaatsgevonden (ruim 61 inzetten per 1.000 inwoners in 2008 en bijna 59 inzetten per 1.000 inwoners in 2007). 42 inzetten per 1.000 inwoners hadden een A1- of A2 urgentie (ruim 40 inzetten per 1.000 inwoners in 2008 en ruim 38 inzetten per 1.000 inwoners in 2007).

Onderstaande grafiek maakt een en ander visueel inzichtelijk:

grafiek 3.1.10: aantal inzetten per 100 inwoners in 2009 per regio



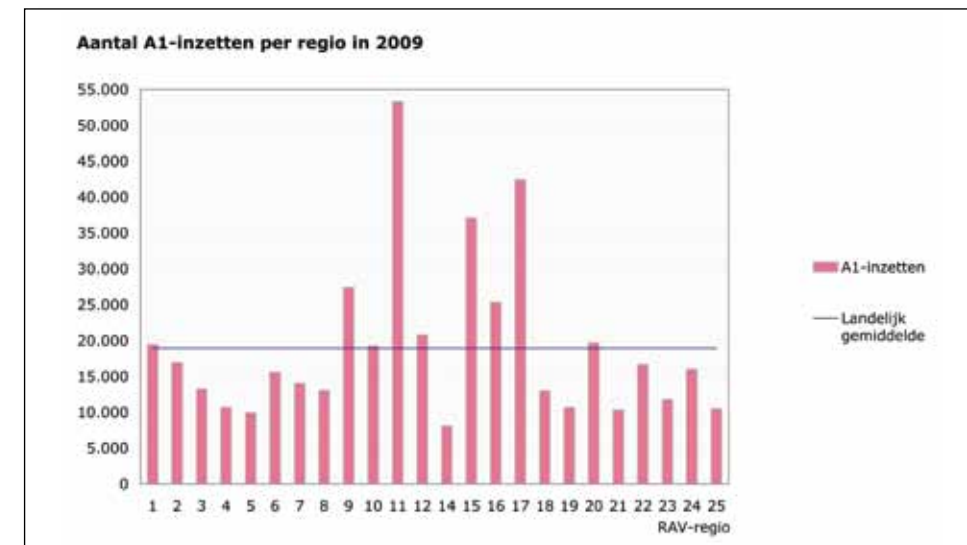
3.1.4 spoedeisende ambulancezorg: A1-inzetten

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 snel mogelijk ter plaatse te zijn. De ambulance maakt altijd gebruik van optische en geluidssignalen (zwaailicht en sirene).

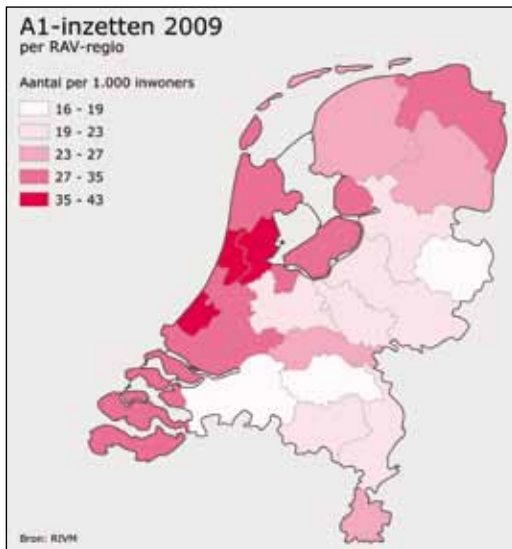
Een ambulance gaat bijvoorbeeld met A1-urgentie naar patiënten met pijn op de borst, naar patiënten die onwel geworden zijn en naar verkeersongevallen.

In 2009 hebben in Nederland 454.309 inzetten met A1-urgentie plaatsgevonden (439.725 in 2008 en 428.257 in 2007). Het aantal A1-inzetten is sinds 2007 met 6,1% gestegen (7,3% in 2008 ten opzichte van 2006).

grafiek 3.1.11: aantal A1-inzetten per regio in 2009

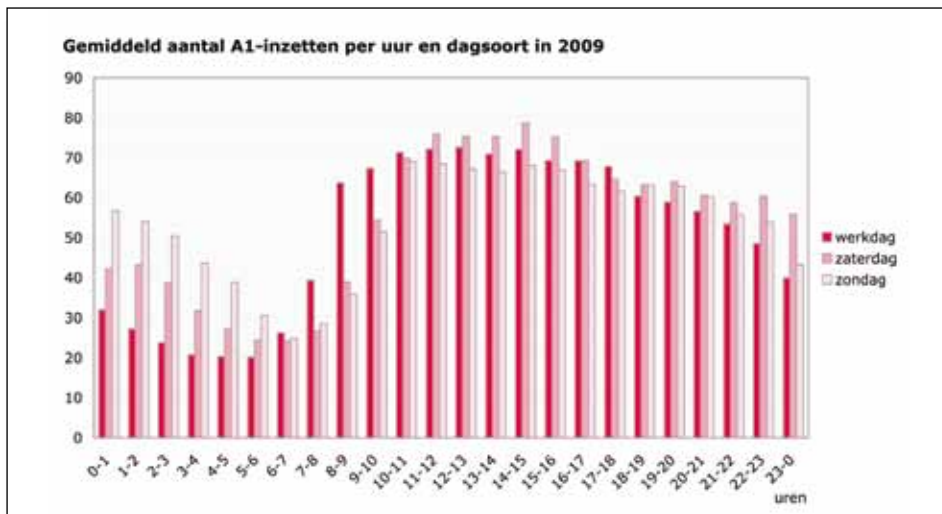


kaart 3.1.2: aantal A1-inzetten per regio per 1.000 inwoners in 2009



Het blijkt dat de A1-inzetten in 2009 behoorlijk gelijkmatig verdeeld waren over de dagen van de week (in 2008 net wat meer op zon- en feestdagen). Analyse van de gegevens maakt duidelijk dat er een piek is in het aantal A1-inzetten op zaterdag tussen 14.00 en 15.00 uur.

grafiek 3.1.12: verdeling A1-inzetten per dag van de week in 2009



In 2009 hebben de meeste A1-inzetten overdag (tussen 8 en 16 uur) plaatsgevonden (43,8%). Daarnaast was een aanzienlijk deel 's avonds (tussen 16 en 0 uur, 37,3%). De rest van de inzetten vond 's nachts (tussen 0 en 8 uur) plaats (18,9%). (2008: overdag 43%, 's avonds 37% en 's nachts 20%). In 2008 heeft 52,0% van de A1-inzetten plaatsgevonden in stedelijk gebied (51% in 2008) en 31,8% was in zogeheten plattelandsgebied (31% in 2008).

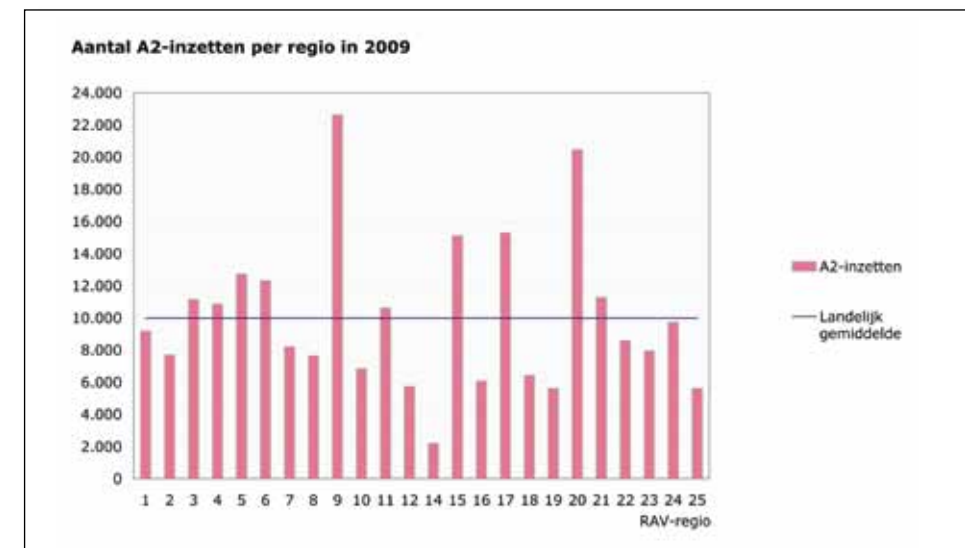
3.1.5 spoedeisende ambulancezorg: A2-inzetten

Een A2-inzet is een 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. Ook in geval van A2-urgentie dient de ambulance zo spoedig mogelijk ter plaatse te zijn. Indien wenselijk kan gebruik gemaakt worden van optische- en geluidssignalen. Voor zover bekend is hier in 2009 in ieder geval 9.600 maal gebruik van gemaakt.

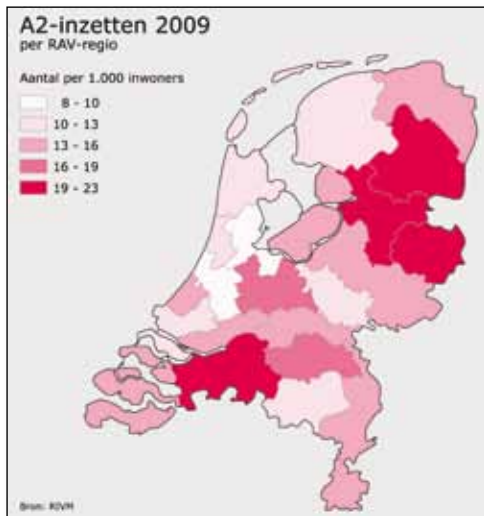
Een ambulance gaat bijvoorbeeld met A2-urgentie naar patiënten die veel pijn hebben als gevolg van een blindedarmontsteking, naar een kind dat door de ouders naar het ziekenhuis is gebracht met acute hoofdpijn en overgeplaatst moet worden en naar veel sportongevallen. Ook spoedoverplaatsingen tussen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

In 2009 hebben in Nederland 239.572 inzetten met A2-urgentie plaatsgevonden (223.813 in 2008 en 208.133 in 2007). Het aantal A2-inzetten is sinds 2007 met 15,1% gestegen (14,8% in 2008 ten opzichte van 2006).

grafiek 3.1.13: aantal A2-inzetten per regio in 2009

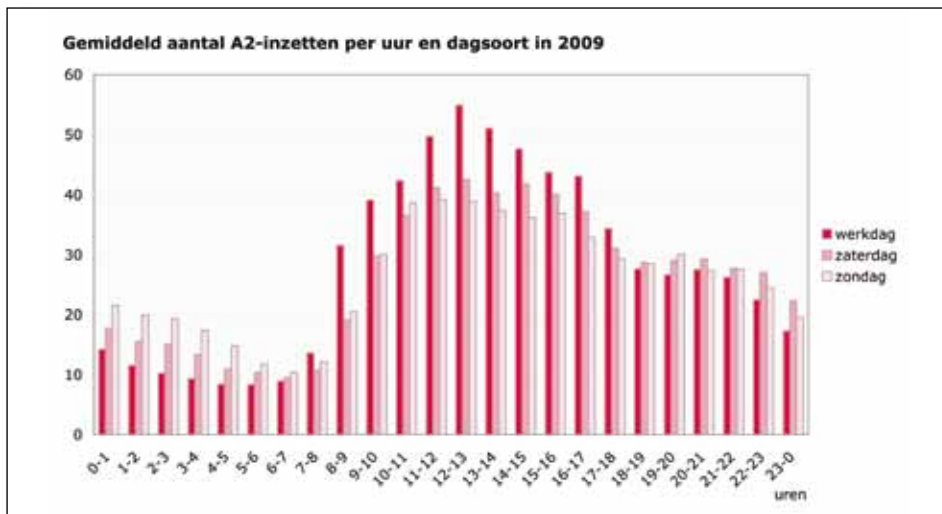


kaart 3.1.3: aantal A2-inzetten per regio per 1.000 inwoners in 2009



Evenals de A1-inzetten waren ook de A2-inzetten in 2009 behoorlijk gelijkmatig verdeeld over de dagen van de week (in 2008 net wat vaker op zon- en feestdagen). Analyse van de gegevens maakt duidelijk dat er een piek is in het aantal A2-inzetten op werkdagen tussen 12.00 en 13.00 uur.

grafiek 3.1.14: verdeling A2-inzetten per uur per dag van de week in 2009



In 2009 hebben de meeste A2-inzetten overdag (tussen 8 en 16 uur) plaatsgevonden (50,9%). Daarnaast was een aanzienlijk deel 's avonds (tussen 16 en 0 uur, 34,7%). De rest van de inzetten vond 's nachts (tussen 0 en 8 uur) plaats (14,4%) (2008: overdag 50%, 's avonds 35% en 's nachts 15%).

In 2009 heeft 46,5% van de A2-inzetten plaatsgevonden in stedelijk gebied (47% in 2008) en 34,7% was in zogeheten plattelandsgebied (33% in 2008).

3.1.6 spoedeisende ambulancezorg: rapid responders

De rapid responder is een differentiatie binnen de RAV/ambulanceorganisatie. Het is een ambulanceverpleegkundige die ter plaatse geheel zelfstandig handelt. Indien noodzakelijk wordt de inzet van de rapid responder gevolgd door die van een ambulance, bijvoorbeeld wanneer de patiënt vervoerd moet worden.

Uit de registratie over 2009 blijkt dat er tenminste twintig RAV-regio's werken met rapid responders (twaalf RAV-regio's in 2008).

In 2009 hebben deze twintig regio's 36.526 inzetten van een rapid responder geregistreerd (bijna 24.000 inzetten door twaalf regio's in 2008).

3.1.7 planbare ambulancezorg: B-inzetten

Over het algemeen wordt alle zorg die geen spoedeisende ambulancezorg is, beschouwd als planbare ambulancezorg (B-inzetten).

B-inzetten betreffen vaak vervoer tussen ziekenhuizen voor onderzoeken, vervoer van patiënten die thuis opgehaald worden voor opname, onderzoek of behandeling, patiënten die na ontslag uit het ziekenhuis naar huis worden gebracht of vervoer van en naar verzorgings- en verpleeghuizen. De patiënt moet liggend vervoerd worden en heeft onderweg zorg nodig.

De ambulance maakt geen gebruik van optische en geluidssignalen.

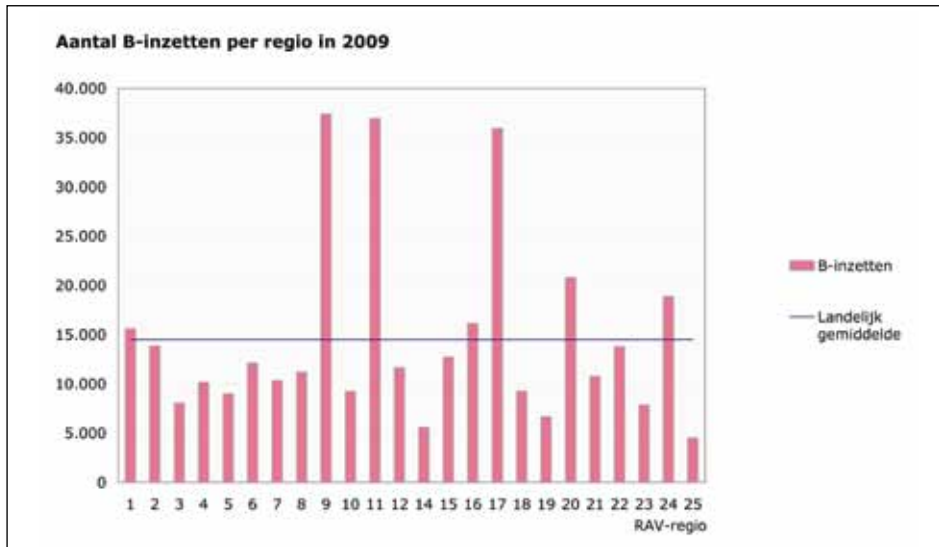
B-inzetten worden dan wel beschouwd als planbare ambulancezorg, maar de inzetten zijn de praktijk niet allemaal even planbaar. Het is bijvoorbeeld niet altijd duidelijk wanneer een patiënt klaar is voor vervoer. Vanuit kwaliteitsoverwegingen is het niet wenselijk dat patiënten lang op vervoer naar huis moeten wachten.

De B-inzetten zijn ook gedeeltelijk tijdsgebonden: de patiënt moet op een bepaald moment in het ziekenhuis zijn, omdat apparatuur en personeel zijn gereserveerd voor deze specifieke patiënt.

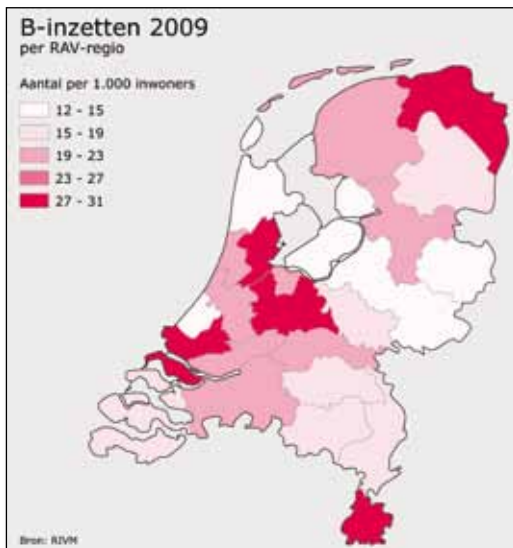
Voorbeelden van inzetten met een B-urgentie zijn het vervoer van een patiënt die voor een bestraling naar een radiotherapeutisch centrum wordt gebracht en een oudere patiënt met een gebroken heup die in het verpleeghuis wordt opgenomen.

In 2009 hebben in Nederland 348.085 inzetten met B-urgentie plaatsgevonden (339.512 in 2008 en 341.270 in 2007). Het aantal B-inzetten is sinds 2007 met 2% gestegen (3,9% in 2008 ten opzichte van 2006).

grafiek 3.1.15: aantal B-inzetten per regio in 2009

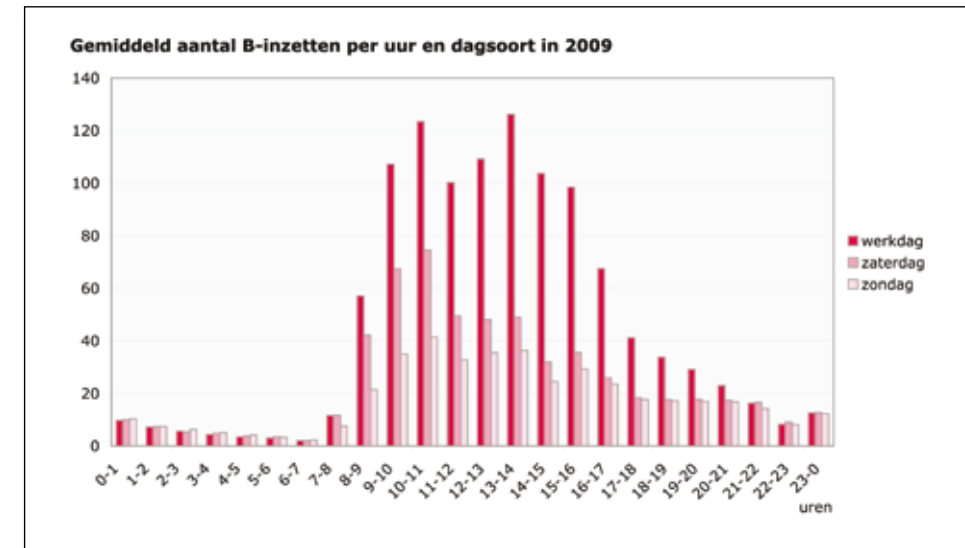


kaart 3.1.4: aantal B-inzetten per regio per 1.000 inwoners in 2009



Het blijkt dat B-inzetsen vooral op werkdagen plaatsvinden en in veel mindere mate in het weekend en op feestdagen. Het gaat om een verschil van drie tot viermaal zoveel inzetsen op werkdagen als op zater-, zon- en feestdagen.

grafiek 3.1.16: verdeling B-inzetsen per uur per dag van de week in 2009



B-inzetsen vinden ook vooral overdag (tussen 8 en 16 uur) plaats, in 73,1% van de gevallen (55% in 2008). Echter ook een aanzienlijk deel van de B-inzetsen vindt in de avonden (tussen 16 en 0 uur) plaats, 21,8% (31% in 2008). Een klein deel vindt 's nachts plaats (tussen 0 en 8 uur), 5,1% (14% in 2008), waarschijnlijk gaat het hier met name om inzetsen tijdens de vroege ochtenduren. Analyse van de gegevens maakt duidelijk dat er twee pieken zijn in het aantal B-inzetsen: op werkdagen tussen 10.00 en 11.00 uur en tussen 13.00 en 14.00 uur.

In 2009 heeft 60% van de B-inzetsen plaatsgevonden in stedelijk gebied (60% in 2008) en 19,8% was in zogeheten plattelandsgedebied (19% in 2008).

3.1.8 inzetsen voor een andere regio

In Nederland zijn RAV-en verantwoordelijk voor de ambulancezorg in de eigen RAV-regio. Dit betekent echter niet dat de RAV ook iedere inzet moet uitvoeren die zich in de eigen regio voordoet. Om verschillende redenen kan het beter zijn dat een inzet door een ambulance van een andere regio wordt uitgevoerd, zoals wanneer deze ambulance zich het dichtst bij het incident bevindt.

Het landelijk referentiekader Spreiding & Beschikbaarheid is op dit principe gebaseerd. De sector heeft onderlinge afspraken hierover vastgelegd in het beleidsdocument 'Dynamisch ambulancemanagement'. Deze afspraken hebben met name betrekking op de spoedeisende ambulancezorg, maar ook ten behoeve van B-inzetsen maken regio's gebruik van elkaars ambulances om efficiënt te kunnen werken.

Regio's hebben in 2009 12.041 inzetsen voor elkaar uitgevoerd, dit is in totaal 1,2% (1,1% in 2008). RAV-en en ambulanceorganisaties hebben 69 inzetsen voor patiënten in België en Duitsland uitgevoerd.

Evenals in 2008 betrof 70% van de inzetten voor een andere regio A1-inzetten en 30% A2-inzetten. Inzetten voor andere regio's worden vooral door de aangrenzende regio's uitgevoerd, dat geldt ook voor de opdrachten op Belgisch en Duits grondgebied.

De inzetten die in deze paragraaf onderwerp van gesprek zijn, zijn onderdeel van de aantallen A1-, A2- en B-inzetten in de voorgaande paragrafen.

tabel 3.1.7: aantal inzetten voor en door andere regio's dan de eigen regio uitgevoerd in 2009

	assistentie die de regio aan andere regio's heeft verleend		assistentie die de regio van andere regio's heeft ontvangen	
	A1	A2	A1	A2
Groningen	331	267	297	84
Friesland	287	55	48	115
Drenthe	284	130	446	161
IJsselland	823	468	247	213
Twente	54	34	126	73
Noordoost Gelderland	213	74	1.039	648
Gelderland Midden	513	210	273	101
Gelderland Zuid	530	151	449	108
Utrecht	265	186	370	64
Noord-Holland Noord	100	14	747	246
Amsterdam/Waterland	516	273	172	53
Kennemerland	645	157	362	94
Gooi- en Vechtstreek	180	18	80	53
Haaglanden	821	151	174	109
Hollands Midden	406	50	222	85
Rotterdam-Rijnmond	327	304	1.135	207
Zuid-Holland Zuid	457	94	216	69
Zeeland	152	34	79	36
Midden West Brabant	391	188	262	179
Brabant Noord	603	341	508	226
Brabant-Zuidoost	106	25	324	306
Noord- en Midden Limburg	318	297	527	333
Zuid Limburg	44	14	49	21
Flevoland	3	137	217	88
totaal 2009	8.369	3.672	8.369	3.672

3.1.9 MICU-ritten

De Tijdelijke Regeling MICU-coördinatiecentra en -transport is op 1 januari 2008 in werking getreden. De geldigheidsduur van de regeling is inmiddels verlengd 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) te regelen. Een RAV mag dit MICU-vervoer alleen uitvoeren, wanneer de RAV hiertoe een vergunning heeft van het ministerie van VWS op basis van de Wet op Bijzondere Medische Verrichtingen.

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

In 2009 hadden de volgende RAV-en/-regio's een MICU-vergunning (verbonden aan het universitair centrum): Groningen en IJsselland (Groningen), Gelderland Zuid (Nijmegen), Utrecht (Utrecht), Amsterdam (Amsterdam), Rotterdam-Rijnmond (Rotterdam) en Limburg Zuid (Maastricht).

De regio's Groningen, IJsselland, Utrecht en Limburg Zuid zijn begin 2009 gestart met het uitvoeren van MICU-transport, de andere regio's waren in 2008 al actief.

In 2009 zijn 1.710 MICU-ritten door zeven MICU-regio's uitgevoerd (1.036 MICU-ritten door drie MICU-regio's in 2008)

tabel 3.1.8: aantal MICU-ritten door MICU-regio's

	2009	2008
Groningen	134	0
IJsselland	100	0
Gelderland Zuid	227	146
Utrecht	86	0
Amsterdam/Waterland	449	377
Rotterdam-Rijnmond	623	213
Zuid Limburg	91	0
totaal 2009	1.710	1.036

3.2 declarabele en overige inzetten

Naast het onderscheid in urgentie van ambulance-inzetten, wordt ook een onderscheid gemaakt naar de aard van de inzet. Er wordt dan gekeken naar declarabele inzetten, naar inzetten waarbij eerste hulp ter plaatse is verleend maar de patiënt niet is vervoerd (EHGV-inzetten = Eerste Hulp Geen Vervoer) en naar loze ritten.

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

3.2.1 overall beeld aantal inzetten

In 2009 hebben de RAV-en en ambulanceorganisaties in Nederland 1.041.966 inzetten uitgevoerd (1.003.050 in 2008 en 931.478 in 2007).

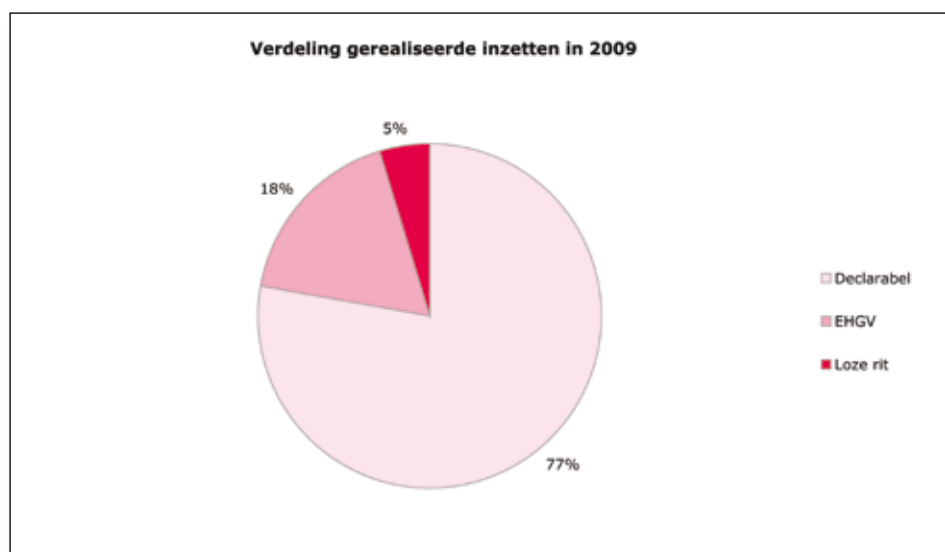
De onderstaande tabel en grafiek geven weer hoe de productie is opgebouwd in termen van declarabele, EHGV en loze inzetten:

tabel 3.2.1: productie declarabele en overige inzetten door de jaren heen

	2009	2008	2007
declarabele inzetten	810.015	786.667	774.705
EHGV-inzetten	183.571	169.997	154.891
loze ritten	48.380	46.053	48.064
totaal	1.041.966	1.003.050	977.660

Er is sprake van een groei van ruim 3% per jaar. Het aantal inzetten is in 2009 met bijna 4% gegroeid ten opzichte van 2008.

grafiek 3.2.1: verdeling gerealiseerde inzetten in 2009



Tabel 3.2.2 maakt zichtbaar hoe de verschillende declarabele en overige inzetten zijn verdeeld over de regio's. In de vijfde kolom ('regionaal t.o.v. landelijk') is het regionale totaal uitgedrukt als percentage van het landelijke totaal. In de twee laatste kolommen zijn de totalen over 2008 en 2007 weergegeven:

tabel 3.2.2: aantallen inzetten per regio

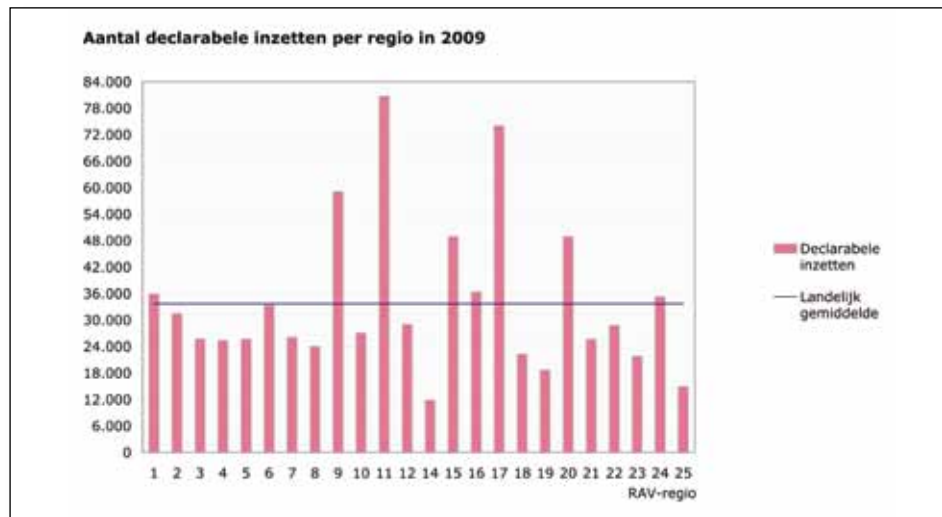
				2009	2008	2007
	aantal declarabele inzetten	aantal EHGV-inzetten	aantal loze inzetten	totaal	regionaal t.o.v. landelijk	totaal
Groningen	35.889	6.127	2.141	44.157	4,24	43.614
Friesland	31.401	5.373	1.665	38.439	3,69	36.985
Drenthe	25.658	5.640	1.087	32.385	3,11	32.466
IJsselland	25.319	4.716	1.601	31.636	3,04	32.258
Twente	25.627	5.197	759	31.583	3,03	31.044
Noordoost Gelderland	33.319	5.563	1.041	39.923	3,83	39.476
Gelderland Midden	26.026	6.421	69	32.516	3,12	33.156
Gelderland Zuid	23.980	5.882	1.947	31.809	3,05	31.223
Utrecht	59.086	19.382	8.865	87.333	8,38	81.287
Noord-Holland Noord	27.022	6.478	1.773	35.273	3,39	31.872
Amsterdam/Waterland	80.679	17.311	2.841	100.831	9,68	95.744
Kennemerland	29.003	7.712	1.379	38.094	3,66	35.778
Gooi- en Vechtstreek	11.797	3.280	755	15.832	1,52	14.642
Haaglanden	48.913	14.604	1.311	64.828	6,22	65.256
Hollands Midden	36.365	8.917	2.185	47.467	4,56	45.328
Rotterdam-Rijnmond	74.012	15.041	4.526	93.579	8,98	89.447
Zuid-Holland Zuid	22.235	4.925	1.478	28.638	2,75	27.395
Zeeland	18.614	3.389	884	22.887	2,20	21.648
Midden West Brabant	48.879	9.355	2.645	60.879	5,84	57.253
Brabant Noord	25.616	5.082	1.622	32.320	3,10	30.697
Brabant-Zuidoost	28.716	7.504	2.747	38.967	3,74	38.135
Noord- en Midden Limburg	21.763	4.130	1.593	27.486	2,64	26.447
Zuid Limburg	35.253	6.789	2.497	44.539	4,27	41.991
Flevoland	14.843	4.753	969	20.565	1,97	19.908
totaal 2009	810.015	183.571	48.380	1.041.966		
totaal 2008	786.667	169.997	46.053	1.003.050		1.003.050
totaal 2007	774.705	154.891	48.064	977.660		977.660

3.2.2 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 rit (welke vervolgens ook gefactureerd wordt).

In 2009 zijn in Nederland 810.015 declarabele inzetten uitgevoerd (786.667 in 2008 en 774.705 in 2007). Het aantal declarabele inzetten is sinds 2007 met 4,6% gestegen (3,1% in 2008 ten opzichte van 2006).

grafiek 3.2.2: aantal declarabele inzetten per regio in 2009



kaart 3.2.1: aantal declarabele inzetten per regio per 1.000 inwoners in 2009

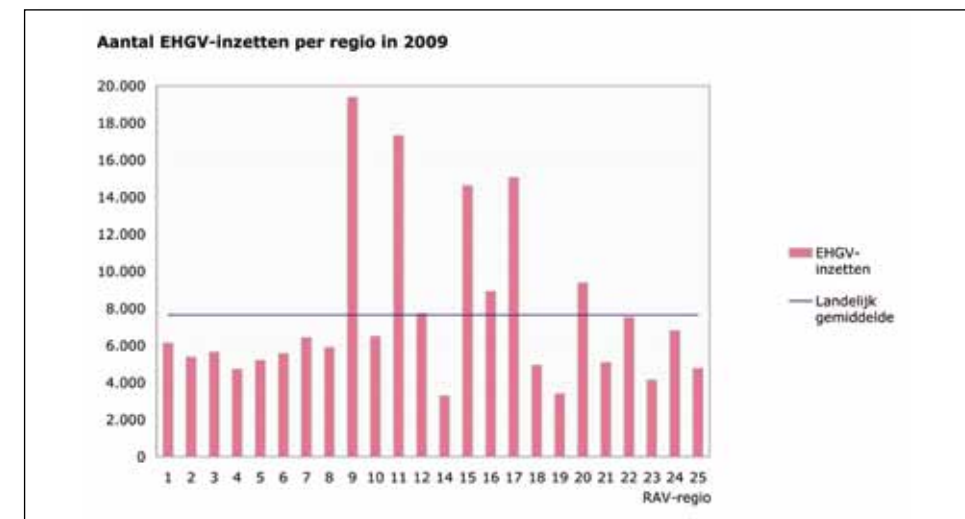


3.2.3 EHGv-inzetten

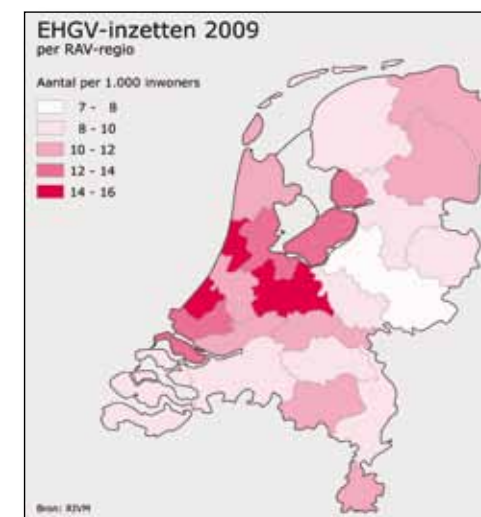
Een EHGv-inzet is de inzet van een ambulance met de intentie tot hulpverlening en/of vervoer van een patiënt. Ter plaatse blijkt echter dat (de noodzaak tot) vervoer van de patiënt niet noodzakelijk is. Er is bij een EHGv-inzet altijd sprake van zorgverlening aan een patiënt: eerste hulp, geen vervoer. Ook wanneer de patiënt behandeling weigert of als de patiënt reeds overleden wordt aangetroffen, is er sprake van een EHGv-inzet.

In 2009 zijn in Nederland 183.571 EHGv-inzetten uitgevoerd (169.997 in 2008 en 154.891 in 2007). Het aantal EHGv-inzetten is sinds 2007 met 18,5% gestegen (32,6% in 2008 ten opzichte van 2006).

grafiek 3.2.3: aantal EHGv-inzetten per regio in 2009



kaart 3.2.2: aantal EHGv-inzetten per regio per 1.000 inwoners in 2009



3.2.4 loze ritten

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

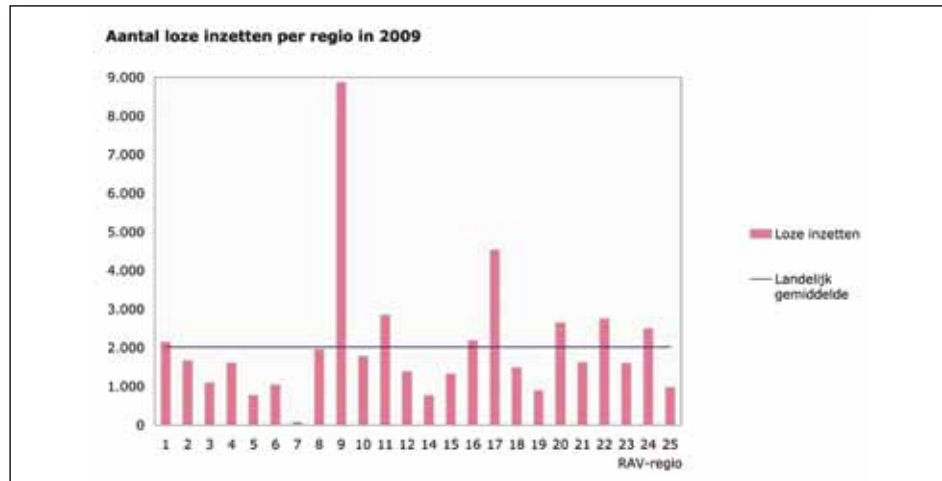
Een loze rit wordt, evenals de EHGv-inzet, uitgevoerd met de intentie tot hulpverlening en/of vervoer.

Ter plaatse blijkt echter de noodzaak tot geen van beide (nog) aanwezig te zijn.

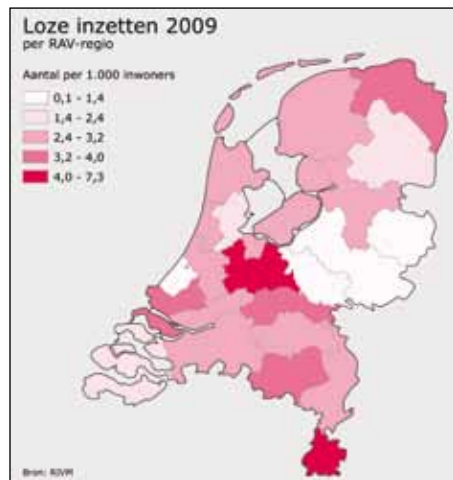
In 2009 zijn ook inzetten die worden afgebroken, zoals een B-inzet die wordt afgebroken ten behoeve van een spoedrit, geregistreerd als loze rit.

In 2009 hebben in Nederland 48.380 loze ritten plaatsgevonden (46.053 in 2008 en 48.064 in 2007). Het aantal loze ritten is sinds 2007 min of meer gelijk gebleven.

grafiek 3.2.4: aantal loze ritten per regio in 2009



kaart 3.2.3: aantal loze ritten per regio per 1.000 inwoners in 2009



3.2.5 productieafspraken

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

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

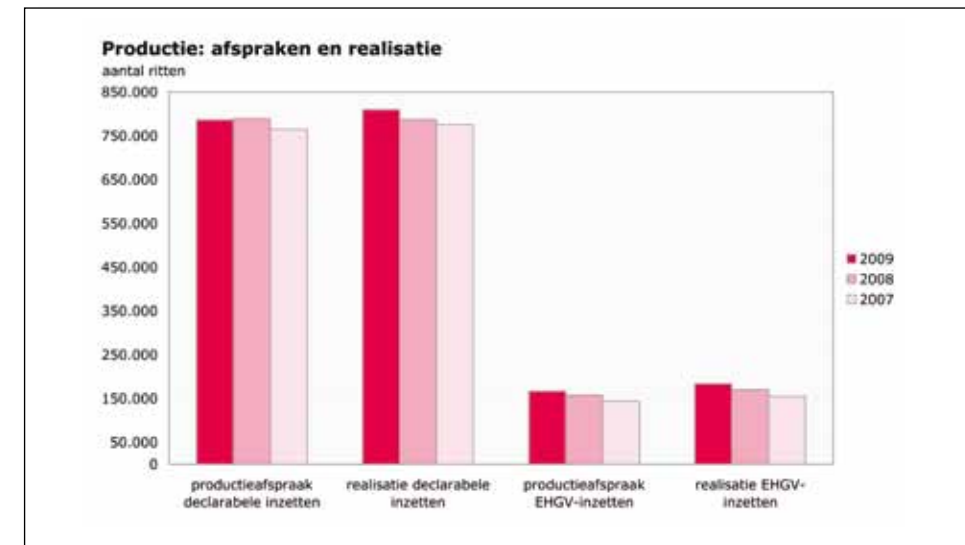
Tabel 3.2.3 geeft de ontwikkeling van de productieafspraken in de afgelopen jaren weer, aangevuld met de daadwerkelijke realisatie.

Uit tabel 3.2.4a blijkt dat de verschillen in productieafspraken over 2009 en 2008 redelijk marginaal zijn als gevolg van de afgesproken bevroering.

tabel 3.2.3: productieafspraken en realisatie in 2009

	2009		2008		2007	
	afpraak	realisatie	afpraak	realisatie	afpraak	realisatie
declarabele inzetten	786.183	810.015	789.610	786.667	764.554	775.705
EHGV-inzetten	166.653	183.571	157.857	169.997	144.256	154.891

grafiek 3.2.5: productieafspraken en gerealiseerde productie



tabel 3.2.4a: regionale productieafspraken en realisatie 2009: declarabele en EHGv-inzetten

	totaal aantal declarabele inzetten			totaal aantal EHGv-inzetten		
	2009	2008	2007	2009	2008	2007
Groningen	35.317	42.048	34.579	6.331	5.552	5.516
Friesland	30.489	29.360	27.997	4.963	4.713	3.901
Drenthe	25.761	24.632	23.995	5.477	4.871	4.140
IJsselland	26.000	26.200	25.550	4.000	3.800	3.850
Twente	25.241	24.600	24.900	5.080	5.400	5.100
Noordoost Gelderland	33.900	33.650	34.004	4.684	4.685	4.378
Gelderland Midden	25.236	24.000	27.500	5.612	4.500	3.500
Gelderland Zuid	23.992	23.246	22.600	5.386	4.740	4.057
Utrecht	57.302	57.500	51.750	17.490	16.500	13.250
Noord-Holland Noord	25.636	25.941	24.959	6.272	5.945	5.041
Amsterdam/Waterland	74.470	79.600	78.200	17.084	17.513	16.300
Kennemerland	27.801	27.770	20.624	7.913	7.317	5.880
Gooi- en Vechtstreek	11.042	11.000	10.750	2.745	2.700	2.500
Haaglanden	48.682	48.116	55.000	10.818	11.595	13.050
Hollands Midden	36.000	36.000	33.000	8.455	8.455	7.850
Rotterdam-Rijnmond	70.613	70.484	68.431	14.151	12.342	11.982
Zuid-Holland Zuid	21.356	20.917	20.500	4.271	4.183	4.100
Zeeland	17.938	17.600	17.700	2.836	2.755	2.600
Midden West Brabant	45.962	45.962	43.678	7.300	7.300	6.253
Brabant Noord	24.018	24.018	23.541	4.028	4.028	3.572
Brabant-Zuidoost	28.573	28.116	26.861	6.672	5.773	5.241
Noord- en Midden Limburg	21.317	21.140	20.625	4.099	3.020	2.945
Zuid Limburg	35.247	33.000	32.800	6.776	6.000	5.000
Flevoland	14.290	14.710	15.010	4.210	4.170	4.250
totaal	786.183	789.610	764.554	166.653	157.857	144.256
<i>gerealiseerd</i>	<i>810.015</i>	<i>786.667</i>	<i>775.705</i>	<i>48.380</i>	<i>169.997</i>	<i>154.891</i>

tabel 3.2.4b: regionale productieafspraken en realisatie 2009: kilometers

	totaal aantal kilometers		
	2009	2008	2007
Groningen	1.750.306	1.640.000	1.544.336
Friesland	1.741.860	1.698.660	1.598.939
Drenthe	1.490.000	1.400.000	1.350.000
IJsselland	1.450.000	1.400.000	1.400.000
Twente	1.180.000	1.200.000	1.200.000
Noordoost Gelderland	1.581.000	1.581.000	1.519.000
Gelderland Midden	1.054.000	960.000	950.000
Gelderland Zuid	1.017.897	1.036.500	1.025.864
Utrecht	2.659.905	2.450.000	2.450.000
Noord-Holland Noord	1.394.447	1.354.000	1.035.000
Amsterdam/Waterland	2.615.931	2.684.000	2.605.000
Kennemerland	1.026.269	892.000	624.477
Gooi- en Vechtstreek	357.139	340.000	340.000
Haaglanden	1.067.200	1.067.220	1.080.803
Hollands Midden	1.307.700	1.307.700	1.280.000
Rotterdam-Rijnmond	2.609.275	2.609.275	2.533.528
Zuid-Holland Zuid	843.908	775.000	754.000
Zeeland	1.251.658	1.260.899	1.220.000
Midden West Brabant	1.852.119	1.852.119	1.746.547
Brabant Noord	1.113.406	1.113.406	1.093.361
Brabant-Zuidoost	1.083.000	1.064.000	1.012.000
Noord- en Midden Limburg	1.227.965	1.243.100	1.212.900
Zuid Limburg	1.047.088	1.045.000	1.000.000
Flevoland	796.027	796.027	792.750
totaal	33.518.100	32.769.906	31.368.505

3.3 de medische kant van de ambulancezorg

De sector ambulancezorg is in 2008 gestart met het landelijk registreren van 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 aantal patiënten en aantal 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.

In 2008 waren 20 regio's in staat om de gevraagde medische informatie conform de landelijk afgesproken definities aan te leveren, in 2009 hebben 22 regio's de informatie aangeboden. Ook in 2009 geldt dat de informatie voor niet alle regio's compleet is, dit heeft te maken met het feit dat nog niet alle registratiesystemen volledig zijn afgestemd op de vastgestelde gegevensset.

3.3.1 de patiënten

Alle 22 regio's hebben in 2009 het geslacht van de behandelde patiënten geregistreerd: 49% was man en 51% was vrouw (52% man en 48% vrouw in 2008).

In 2009 hebben de 22 regio's ook de leeftijd van de patiënten geregistreerd. Er kunnen grofweg vier leeftijdscategorieën onderscheiden worden: pasgeborenen (tot en met 30 dagen), kinderen (van 1 maand tot 16 jaar), volwassenen (van 16 tot en met 74 jaar) en ouderen (75 jaar en ouder). Het onderscheid in deze leeftijdsgroepen is relevant, aangezien per groep de benodigde zorg verschilt. Voor de behandeling en zorg aan kinderen zijn aparte protocollen ontwikkeld en met name in de traumatologie zijn er voor ouderen accentverschillen in de te bieden zorg.

Minder dan 1% van de in 2009 behandelde en geregistreerde patiënten was pasgeborene (eveneens minder dan 1% in 2008), 5% was kind (bijna 6% in 2008), 60% was volwassene (62% in 2008) en 34% was ouder dan 75 jaar (32% in 2008).

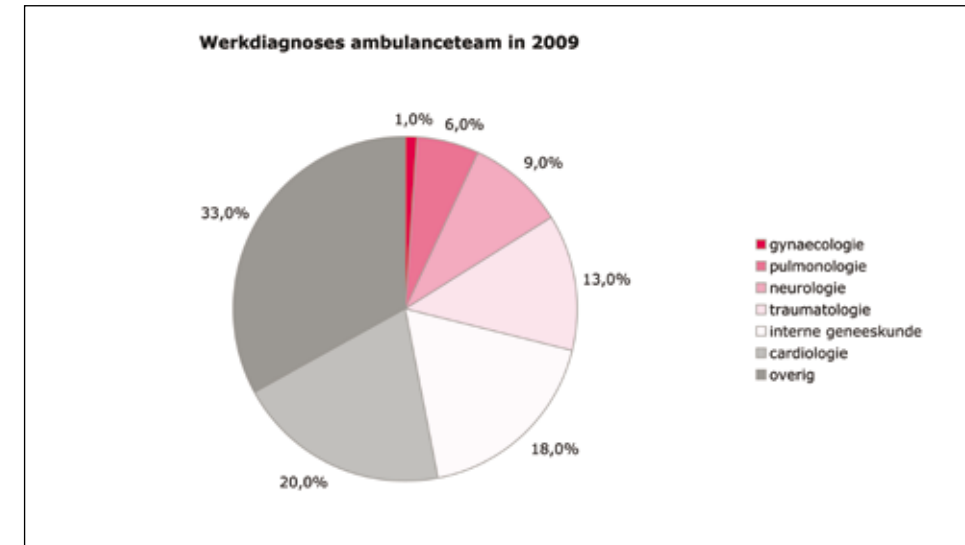
3.3.2 de door het ambulanceteam gestelde werkdiagnoses

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

Van 18 regio's is informatie ontvangen over de door de ambulanceteam geconstateerde werkdiagnose. Meest voorkomend zijn de cardiologische ziektebeelden (20%, in 2008 23%), ziektebeelden passend bij interne geneeskunde (18%, in 2008 23%) en traumatologie/heelkunde (13%, in 2008 17%).

In mindere mate komen werkdiagnoses door de ambulanceverpleegkundige voor passend bij neurologie (9%, in 2008 10%), pulmonologie (6%, in 2008 5%) en gynaecologie (1%, in 2008 2%) (voor een toelichting: zie bijlage 2).

grafiek 3.3.1: werkdiagnoses ambulanceteam, ondergebracht binnen specialismen in 2008



Uit bovenstaande grafiek blijkt dat in 33% van de gevallen (bijna 25% in 2008) 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, patiënten die gedurende de zorgverlening door het ambulanceteam overlijden en patiënten waarbij het niet (goed) mogelijk is ter plaatse een werkdiagnose te stellen.

3.3.3 de uitgevoerde (voorbehouden) handelingen

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

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

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

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

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

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

In Nederland wordt door het ambulanceteam gewerkt conform de ABCD-methode. Dit houdt in dat er gestructureerd onderzoek wordt uitgevoerd naar de gezondheidsproblemen van de patiënt. Binnen deze methodiek wordt een vaste volgorde aangehouden, naar belangrijkheid van de problemen (*voor een toelichting, zie bijlage 2*).

De in 2009 geregistreerde (voorbehouden) handelingen die in dit sectorrapport worden beschreven, hebben betrekking op de vrije luchtweg, de ademhaling en de circulatie van patiënten.

(voorbehouden) handelingen met betrekking tot vrije luchtweg en ademhaling

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

Van 20 regio's is deze informatie ontvangen, in 2009 zijn door deze 20 regio's 198.806 handelingen geregistreerd met betrekking tot de ademhaling.

In ruim 3% van de gevallen was er sprake van voorbehouden handelingen met betrekking tot airway management: dit waren vooral endotracheale intubaties en in veel mindere mate coniotomieën (*voor een toelichting: zie bijlage 2*).

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

(voorbehouden) handelingen met betrekking tot de circulatie

De sectoraal geregistreerde voorbehouden handelingen met betrekking tot de circulatie hebben betrekking op het plaatsen van infusen. In de landelijke registratieset wordt onderscheid gemaakt tussen intraveneuze naalden en intraossale naalden. Dit is echter geen uitputtend overzicht (*voor een toelichting: zie bijlage 2*). Daarnaast worden ook intramusculaire injecties geregistreerd.

Er zijn in 2009 in tenminste 20 regio's meer dan 200.000 intraveneuze infusen geregistreerd. Intraossale naalden, aangebracht door het ambulanceteam, worden gebruikt als een intraveneuze toegang niet lukt. In verschillende regio's worden intraossale naalden standaard gebruikt bij reanimaties.

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

(voorbehouden) handelingen met betrekking tot cardiologie reanimatie

In 2007 heeft de sector ambulancezorg er voor gekozen om de Utstein standaard toe te voegen aan de landelijk te registreren sectorale medisch-inhoudelijke informatie.

De Utstein standaard is een wereldwijd ontwikkeld format, aan de hand waarvan kerngegevens over het proces en de resultaten van reanimaties geregistreerd kunnen worden. Overigens wordt de Utstein standaard binnen de ambulancezorg nog niet volledig geregistreerd, maar is voorlopig gekozen voor de registratie van een aantal in het oog springende items voor de ambulancezorg.

Het doel van de registratie van deze gegevens is om in de toekomst uitspraken te kunnen gaan doen over de bijdrage van ambulancezorg aan de totale keten van overleving bij hartstilstand buiten het ziekenhuis. Het is dan wel noodzakelijk dat de gehele template wordt geregistreerd.

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

In 2008 zijn vijf regio's in staat gebleken om alle gevraagde gegevens met betrekking tot de Utstein standaard aan te leveren, in totaal twintig regio's konden deze informatie op een of meer aspecten aanleveren. Deze 20 regio's hebben in 2009 6.652 reanimaties geregistreerd. Reanimatie is volgens de definitie van de Nederlandse Reanimatie Raad het geheel van inspanningen gericht op het herstel van circulatie en ademhaling. Over het algemeen gaat het hier om een combinatie van beademing met hartmassage.

De vijf regio's die de (voor de ambulancezorg gekozen aspecten van de) Utstein template hebben geregistreerd, hebben bijna 1.504 patiënten behandeld met een acute hartstilstand. Zij zijn allen gereanimeerd. Ruim 143 van deze patiënten met een acute hartstilstand zijn door first responders met een automatische externe defibrillator (AED) behandeld. Defibrilleren houdt in dat er elektroshocks worden toegediend, bijvoorbeeld met een AED, met het doel het hartritme te herstellen. Bij ruim 790 patiënten met een acute hartstilstand was het eerste ritme defibrilleerbaar, dit houdt in dat de harritmestoornis op deze manier behandeld kon worden.

Bij circa 665 patiënten was dit niet het geval en kon het hartritme niet middels defibrillatie hersteld worden. Dit verslechtert de overlevingskansen aanzienlijk. Ongeveer 600 patiënten met een acute hartstilstand hadden ROSC bij aankomst in het ziekenhuis. Dit houdt in er sprake was van return of spontaneous circulation en dat de patiënt bij aankomst in het ziekenhuis een outputproducerend hartritme had. Er zijn nog geen gegevens bekend hoeveel van deze patiënten het ziekenhuis later ook levend verlaten hebben.

overige cardiologische handelingen

Naast reanimatie en de delen van de Utstein template hebben 21 regio's overige cardiologische voorbehouden handelingen geregistreerd. Er zijn door deze 21 regio's ruim 500 uitgevoerde voorbehouden cardiologische handelingen geregistreerd, 48% hiervan waren cardioversies en ruim 52% waren transcutate pacebehandelingen (*voor een toelichting: zie bijlage 2*).

(voorbehouden) handelingen met betrekking tot gynaecologie

Tenslotte zijn ambulanceteams van tenminste 19 regio's in 2009 actief geweest bij ruim 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.

Ambulancezorg is ketenpartner

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

In de eerste keten werkt de ambulancezorg samen met ketenpartners in de acute zorg, zoals huisartsen, verloskundigen en SEH-afdelingen van ziekenhuizen. In dit kader is wet- en regelgeving vanuit het ministerie van VWS van belang. Dit hoofdstuk gaat in op aanvullende voorzieningen op de ambulancezorg.

In de tweede keten werkt de ambulancezorg samen met politie, brandweer en GHOR (Geneeskundige Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen). Hier speelt regelgeving vanuit het ministerie van BZK een belangrijke rol. Het hoofdstuk zoomt in op twee incidenten in Nederland in 2009 die veel (media-) aandacht hebben gekregen en waarbij sprake is geweest van opschaling en samenwerking met andere disciplines: de poldercrash in februari 2009 en Koninginnedag 2009.

4.1 ambulancezorg, partner in de keten van acute zorg

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

Het ministerie van VWS streeft er naar 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 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 sector ambulancezorg is met de WAZ specifieke wetgeving tot stand gekomen, die volledig in lijn is met de WTZi. Een RAV is een zorginstelling krachtens de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi).

4.1.1 aanvullend op ambulancezorg

Sinds 2008 worden gegevens geregistreerd over twee voorzieningen, aanvullend op de reguliere ambulancezorg. Het gaat om 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 (MMT).

Het MMT bestaat uit een speciaal opgeleide (trauma-)arts uit het ziekenhuis, een gespecialiseerde verpleegkundige en een chauffeur of piloot. Het MMT levert ter plekke specialistische acute medische zorg aan patiënten. Het MMT is gekoppeld aan een van de elf traumacentra in Nederland.

Vier van deze centra beschikken over een traumahelikopter (Groningen, Nijmegen, Amsterdam en Rotterdam-Rijnmond). Het team van Nijmegen is 24 uur per dag paraat en kan eventueel ook 's nachts vliegen. De overige zeven traumacentra hebben een MMT dat vanuit beschikbaarheidsdienst kan worden opgeroepen.

Een deel van Nederland wordt afgedekt door buitenlandse helikopters: Zeeuws Vlaanderen en Walcheren door België (Brugge), Zuid Limburg en Twente door Duitsland (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 2009 blijkt dat het MMT in 2009 door 21 regio's 5.906 keer is ingezet in aanvulling op de reguliere ambulancezorg (bijna 6.000 inzetten door 21 regio's in 2008), zowel grondgebonden als via de heli.

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 is niet bevoegd om de patiënt zelfstandig te behandelen. De first responder is niet functioneel verbonden aan de ambulanceorganisatie, zoals de rapid responder dit wel is. De inzet van de first responder vindt wel plaats via de MKA en de first responder handelt onder verantwoordelijkheid van de ambulanceorganisatie.

Er zijn ook regio's waar gewerkt wordt met lekenhulpverleners als first responders. Indien deze wordt ingezet, beperkt de taak van de MKA zich tot alarmering. De inzet van de lekenhulpverlener valt niet onder de verantwoordelijkheid van de RAV.

In 2009 is door 11 regio's een first responder ingezet, waarbij deze inzet ook als zodanig geregistreerd is. Zij hebben 1.898 keer een first responder ingezet (ruim 3.500 inzetten door 8 regio's in 2008).

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

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

Wet- en regelgeving op het terrein van openbare orde en veiligheid is afkomstig van het ministerie van BZK.

4.2.1 registratie incidenten jaarwisseling

Al enkele jaren houdt het ministerie van BZK bij hoe de jaarwisseling verloopt. Er wordt informatie verzameld over onder meer onrust, vernieling en agressie jegens medewerkers met een publieke taak (zoals brandweer-, politie- en ambulancepersoneel). Sinds de jaarwisseling 2008-2009 werkt de sector ambulancezorg hier op bescheiden schaal 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 normaal, 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 met name sprake is van verbale agressie.

De laatste jaren is er gedurende de jaarwisseling veel politie op de been, wat een preventieve werking heeft. De jaarwisseling 2009-2010 is als rustiger ervaren dan de voorgaande jaarwisseling.

4.2.2 grootschalige incidenten in 2009

In 2009 hebben zich twee grote incidenten voorgedaan in Nederland, die veel (media-) aandacht hebben gekregen en waarbij ook grote inzet vanuit de sector ambulancezorg heeft plaatsgevonden, het gaat om de Poldercrash op 25 februari 2009 en het incident op Koninginnedag in Apeldoorn.

Poldercrash, 25 februari 2009

Op 25 februari 2009 stortte rond 10.30 uur kort voor de landing op Schiphol een vliegtuig van Turkish Airlines met 135 personen aan boord neer in een akker in de gemeente Haarlemmermeer.

Haarlemmermeer hoort bij de regio Kennemerland. In totaal kwamen daarbij negen inzittenden en bemanningsleden (direct) om het leven en tientallen inzittenden raakten (ernstig) gewond.

Er waren al snel veel ambulances uit negen verschillende regio's aanwezig.

Twee uur na de ramp waren alle slachtoffers bevrijd en buiten het vliegtuig gebracht, ook waren toen zes doden geborgen. Weer twee uur later waren er geen slachtoffers meer bij het vliegtuigwrak.

Ambulanceverpleegkundigen hebben voortdurend de slachtoffers getrieerd om hen zo optimaal mogelijke zorg te kunnen bieden.

Vanaf de plaats van de crash zijn uiteindelijk ruim veertig slachtoffers met ambulances naar ziekenhuizen vervoerd. Uiteindelijk moesten alle inzittenden naar het ziekenhuis worden vervoerd, in verband met mogelijk hoog energetisch trauma. De slachtoffers zijn met 37 ambulances vervoerd.

Koninginnedag, 30 april 2009

Op 30 april 2009 tijdens de viering van Koninginnedag in Apeldoorn (in de regio Noordoost Gelderland) reed rond 11.50 uur een personenauto door het publiek en kwam vervolgens tot stilstand tegen een monument. Zes mensen zijn daarbij om het leven gekomen en achttien personen raakten gewond. Binnen enkele ogenblikken na het incident werden de eerste ambulances gealarmeerd, gevolgd door nog meer ambulances en ook traumaheli's. De eerste ambulance ter plaatse was een van de drie ambulances, die gedurende de gehele dag een standby functie hadden. Uiteindelijk zijn in totaal 16 ambulances ingezet voor zeventien ritten naar ziekenhuizen. Evenals bij de Poldercrash zijn ambulances uit verschillende regio's ingezet.

Medewerkers in de ambulancezorg in 2009

De medewerkers zijn cruciaal voor het uitvoeren van verantwoorde en goede ambulancezorg. Dit hoofdstuk geeft inzicht in het aantal medewerkers in de ambulancezorg in 2009, hun mobiliteit en het ziekteverzuim. Daarnaast biedt dit hoofdstuk informatie over incidenten van agressie en geweld jegens ambulancemedewerkers.

5.1 formatie

In 2009 waren er 5.043 medewerkers (4.572 fte) werkzaam binnen de sector ambulancezorg.

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

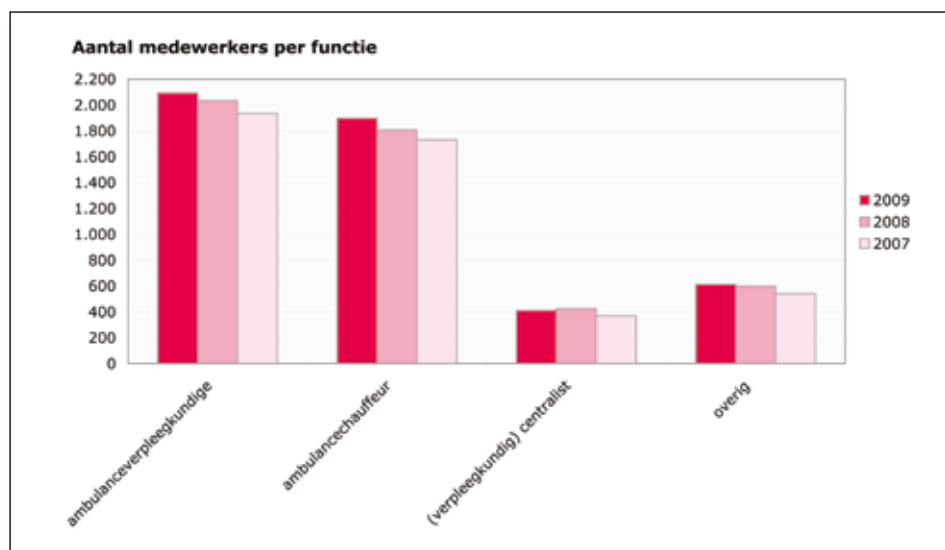
Van de 5.043 medewerkers in 2009 was 88%, dit zijn 4.431 medewerkers (4.043 fte) werkzaam binnen het primaire proces.

De ambulancezorg kan hiermee getypeerd worden als een compacte sector, met gespecialiseerd personeel. Er is veel inzet van direct aan het primair proces gelieerd personeel en er zijn relatief weinig staf- en overige medewerkers (12%).

tabel 5.1.1: landelijke formatie in absolute getallen

	2009			2008			2007		
	man	vrouw	totaal	man	vrouw	totaal	man	vrouw	totaal
ambulanceverpleegkundige	1.429	664	2.093	1.427	607	2.034	1.398	536	1.934
ambulancechauffeur	1.685	213	1.898	1.635	173	1.808	1.584	147	1.731
MKA verpleegkundig centralist	146	243	389	138	233	371	127	191	318
MKA niet-verpleegkundig centralist	35	16	51	39	15	54	32	19	51
overig	365	247	612	358	240	598	330	211	541
totaal	3.660	1.383	5.043	3.597	1.268	4.865	3.471	1.104	4.575

grafiek 5.1.1: aantal medewerkers per functie in 2009



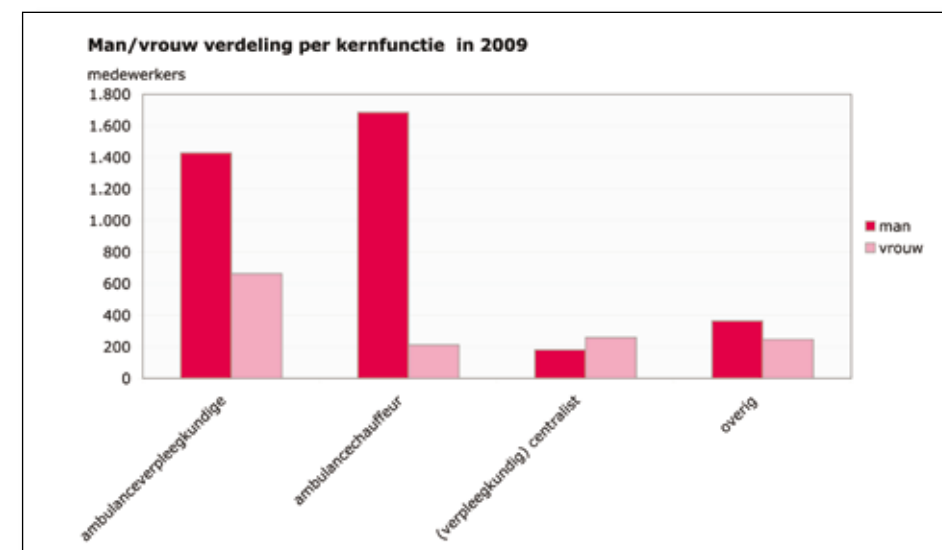
Vertaald naar full time equivalenten (fte) leidt dit tot het volgende beeld:

tabel 5.1.2: landelijke formatie in fte

	2009			2008			2007		
	man	vrouw	totaal	man	vrouw	totaal	man	vrouw	totaal
ambulanceverpleegkundige	1.349	550	1.899	1.323	508	1.831	1.308	452	1.760
ambulancechauffeur	1.591	181	1.772	1.549	146	1.695	1.497	134	1.631
MKA verpleegkundig centralist	135	193	327	125	187	312	117	152	269
MKA niet-verpleegkundig centralist	31	14	45	35	12	47	29	15	44
overig	347	182	528	323	179	502	311	158	469
totaal	3.453	1.118	4.572	3.355	1.032	4.387	3.262	911	4.173

Binnen de sector ambulancezorg zijn al jarenlang gemiddeld driemaal zoveel mannen als vrouwen werkzaam. Een uitzondering wordt gevormd door de functie van (verpleegkundig en niet-verpleegkundig) centralist.

grafiek 5.1.2: man-/vrouwverdeling per functie in 2008



Geconstateerd kan worden dat het aantal vrouwen binnen de sector geleidelijk toeneemt, van 1.104 in 2007 naar 1.268 in 2008 en 1.383 in 2009.

tabel 5.1.3: regionale formatie in absolute aantallen in 2009

	amb.- verpleeg- kundig	amb.- chauff. centralisten	MKA verpleeg- kundig centralisten	MKA-niet verpleeg- kundig centralisten	overige mede- werkers	totaal	<i>totaal</i> 2008	<i>totaal</i> 2007
Groningen	109	103	17	2	28	259	246	228
Friesland	102	107	19	9	21	258	235	230
Drenthe	80	68	7	5	39	199	198	197
IJsselland	86	77	14	3	26	206	192	192
Twente	93	79	18	0	33	223	208	204
Noordoost Gelderland	96	88	14	4	18	220	212	207
Gelderland Midden	71	59	16	0	17	163	172	123
Gelderland Zuid	72	68	13	2	16	171	169	154
Utrecht	144	115	21	0	66	346	310	295
Noord-Holland Noord	78	71	28	0	15	192	187	181
Amsterdam/Waterland	157	144	27	3	47	378	395	377
Kennemerland	72	67	19	1	26	185	173	125
Gooi- en Vechtstreek	30	24	10	0	8	72	76	73
Haaglanden	99	92	23	0	40	254	242	241
Hollands Midden	91	81	10	9	24	215	213	206
Rotterdam-Rijnmond	152	138	14	5	56	365	329	333
Zuid-Holland Zuid	65	54	8	3	15	145	139	134
Zeeland	69	66	13	3	11	162	144	137
Midden West Brabant	110	101	21	0	17	249	252	229
Brabant Noord	65	63	13	0	12	153	168	149
Brabant-Zuidoost	76	66	16	0	15	173	167	153
Noord- en Midden Limburg	61	56	17	0	41	175	164	164
Zuid Limburg	66	64	15	0	12	157	141	133
Flevoland	49	47	16	2	9	123	110	111
totaal in 2009	2.093	1.898	389	51	612	5.043		
<i>totaal in 2008</i>	<i>2.034</i>	<i>1.808</i>	<i>371</i>	<i>54</i>	<i>598</i>		<i>4.865</i>	
<i>totaal in 2007</i>	<i>1.934</i>	<i>1.731</i>	<i>318</i>	<i>51</i>	<i>541</i>			<i>4.575</i>

Het aanbod ambulancezorg kent een steeds grotere variëteit (fiets-, motor-, solo-ambulance). Dat heeft onder meer tot gevolg dat het aantal ambulanceverpleegkundigen en het aantal ambulancechauffeurs niet gelijk op loopt.

Ook kan een trend worden waargenomen richting combinatie-functies, waarbij een verpleegkundige zowel in de meldkamer als op de auto inzetbaar is. Dit kan mede de toename van het aantal verpleegkundig centralisten verklaren.

tabel 5.1.4: regionale formatie in fte in 2009

	ambu- lance- verpleeg- kundig	ambu- lance- chauff. feurs	MKA verpleeg- kundig centra- listen	MKA-niet verpleeg- kundig centra- listen	overige mede- werkers	totaal	<i>totaal fte</i> in 2008	<i>totaal fte</i> in 2007
Groningen	97	100	14	2	27	240	227	217
Friesland	95	102	14	8	20	238	251	219
Drenthe	74	68	7	4	35	188	187	187
IJsselland	78	72	11	3	21	186	174	171
Twente	80	74	14	0	27	195	178	172
Noordoost Gelderland	80	76	11	3	15	185	186	189
Gelderland Midden	62	38	12	0	16	128	137	110
Gelderland Zuid	66	65	11	2	15	159	156	144
Utrecht	131	110	17	0	60	317	285	273
Noord-Holland Noord	72	68	24	0	12	177	173	167
Amsterdam/Waterland	143	139	24	3	39	347	328	318
Kennemerland	62	58	18	1	24	163	154	104
Gooi- en Vechtstreek	26	23	8	0	8	65	65	58
Haaglanden	94	90	18	0	29	231	216	218
Hollands Midden	86	78	9	7	21	200	197	185
Rotterdam-Rijnmond	142	131	14	5	43	335	319	306
Zuid-Holland Zuid	57	50	7	3	15	132	121	118
Zeeland	62	59	14	3	11	149	128	131
Midden West Brabant	100	96	17	0	15	228	224	221
Brabant Noord	58	57	11	0	10	136	141	137
Brabant-Zuidoost	72	64	13	0	13	162	156	148
Noord- en Midden Limburg	54	55	13	0	31	153	149	148
Zuid Limburg	61	59	13	0	11	144	127	122
Flevoland	48	42	14	2	9	114	108	109
totaal in 2009	1.899	1.772	327	45	528	4.572		
<i>totaal in 2008</i>	<i>1.831</i>	<i>1.694</i>	<i>312</i>	<i>47</i>	<i>502</i>		<i>4.386</i>	
<i>totaal in 2007</i>	<i>1.760</i>	<i>1.613</i>	<i>269</i>	<i>44</i>	<i>469</i>			<i>4.172</i>

De formatie blijkt ieder jaar toe te nemen. Dit lijkt met name te maken te hebben met de extra middelen die de overheid beschikbaar heeft gesteld voor de verbetering van de spreiding en beschikbaarheid van de ambulancezorg. Om de directe beschikbaarheid van ambulancezorg op diverse plekken te verbeteren, wordt meer ambulancezorg aangeboden (bijvoorbeeld in de vorm van extra parate diensten).

5.2 loopbaanmobiliteit

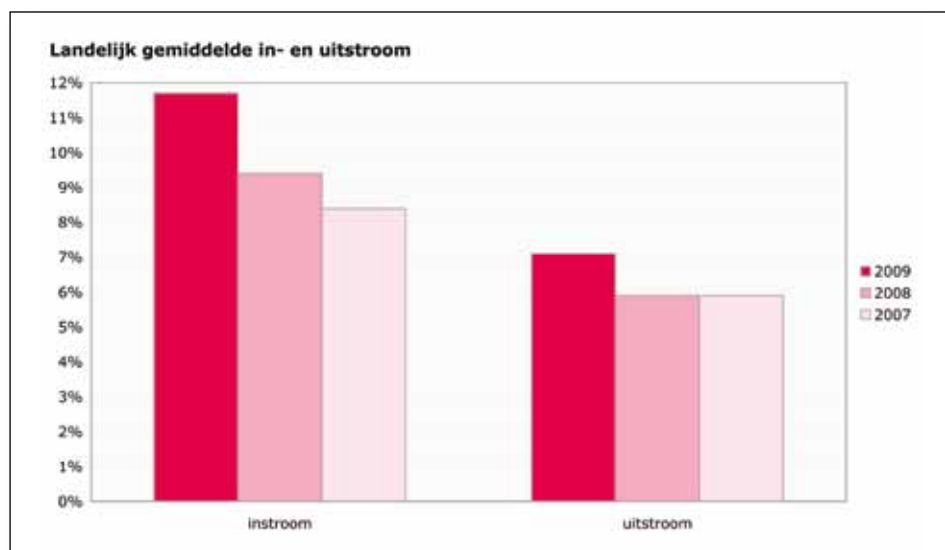
De mogelijkheden tot loopbaanmobiliteit binnen de sector ambulancezorg zijn beperkt. Er wordt in de sector hard gewerkt aan het creëren van meer mogelijkheden door overleg met ketenpartners, met name ziekenhuizen. Doel is het creëren van kansen en mogelijkheden voor medewerkers ter voorkoming van een doodlopend loopbaanpad.

Het primaire proces kent anno 2009 nog steeds drie functies en functiedifferentiatie kent ook in 2009 nog enkele beperkingen. Desondanks ontstaan op lokaal niveau steeds meer bewegingen die op een aanzet tot differentiatie lijken, gekoppeld aan nieuwe vormen van productdifferentiatie zoals de MICU, fiets-, motor- en solo-ambulances.

landelijk gemiddelde in- en uitstroom

De landelijk gemiddelde in- en uitstroomcijfers geven een beeld van bewegingen onder medewerkers. Het instroompercentage ligt wat hoger dan in de voorgaande jaren en bedroeg 2009 11,7% (in 2008 9,4%). De landelijk gemiddelde uitstroom was in 2009 7,1% (5,9% in 2008). De percentages van de sector ambulancezorg liggen echter nog steeds onder de landelijke gemiddelden in de zorg. Om goed zicht te krijgen in oorzaak en gevolg van het wijzigende beeld, is nader onderzoek wenselijk.

grafiek 5.2.1: landelijk gemiddelde in- en uitstroom



Tabel 5.2.1 geeft de regionale in- en uitstroompercentages in de jaren 2007 tot en met 2009 weer. Er kunnen regionaal behoorlijke verschillen geconstateerd worden.

De huidige overgangsregelingen voor oudere medewerkers in de sector omvatten afspraken waarbij het dienstverband doorloopt, terwijl men niet meer actief is (bijvoorbeeld bij gebruikmaking van een levensloopregeling). Dit kan van invloed zijn op de cijfers (de organisatie moet een nieuwe medewerker aantrekken, terwijl de oude medewerker nog niet uit dienst is).

tabel 5.2.1: regionale in- en uitstroompercentages

	2009		2008		2007	
	instroom%	uitstroom%	instroom%	uitstroom%	instroom%	uitstroom%
Groningen	11,5	6,2	12,6	5,3	13,1	12,1
Friesland	5,6	3,1	4,9	3,0	5,6	2,3
Drenthe	8,0	1,4	7,6	7,1	10,0	7,0
IJsselland	8,1	3,1	5,2	4,0	11,5	1,0
Twente	8,6	1,5	2,9	2,4	5,4	1,0
Noordoost Gelderland	9,9	11,4	3,3	4,2	10,7	6,3
Gelderland Midden	17,3	6,3	4,1	3,5	9,7	5,7
Gelderland Zuid	6,4	5,3	16,6	7,1	4,2	7,7
Utrecht	17,6	7,3	14,8	10,3	8,7	5,3
Noord-Holland Noord	9,1	1,7	9,5	10,3	16,0	14,0
Amsterdam/Waterland	8,4	6,6	9,3	3,8	7,8	5,5
Kennemerland	10,2	3,2	11,7	3,7	1,6	1,6
Gooi- en Vechtstreek	8,0	11,1	14,5	13,2	15,0	6,8
Haaglanden	8,7	6,1	10,3	11,6	9,7	7,3
Hollands Midden	3,7	2,8	10,7	5,1	3,4	4,4
Rotterdam-Rijnmond	9,6	8,4	13,0	6,0	9,2	6,9
Zuid-Holland Zuid	13,3	8,8	5,9	3,7	8,6	6,5
Zeeland	14,7	10,1	7,6	3,5	9,0	8,6
Midden West Brabant	12,0	5,0	11,3	6,0	3,1	2,2
Brabant Noord	11,2	7,5	10,2	7,5	2,7	0,0
Brabant-Zuidoost	10,5	5,5	11,2	3,4	8,0	6,0
Noord- en Midden Limburg	6,8	3,0	7,8	7,8	13,3	7,5
Zuid Limburg	13,0	1,9	5,0	3,0	2,2	2,6
Flevoland	17,9	5,7	7,3	5,5	10,8	6,3
gemiddeld per regio	11,7	7,1	9,4	5,9	8,4	5,9

instroom in de kernfuncties

Sinds 2008 wordt op sectoraal niveau informatie verzameld over met name de instroom van medewerkers op kernfuncties, de overige functies worden vooralsnog buiten beschouwing gelaten.

In 2009 zijn ruim 500 medewerkers in dienst gekomen van de sector ambulancezorg, waarvan zo'n 440 in een van de kernfuncties (ruim 430 in 2008). De verdeling van hen over de verschillende kernfuncties is in procenten weergegeven in tabel 5.2.2.

tabel 5.2.2: instroom op de kernfuncties

	2009	2008
ambulanceverpleegkundige	53%	49%
ambulancechauffeur	39%	39%
verpleegkundig centralist MKA	7%	11%
niet-verpleegkundig centralist MKA	1%	1%
totale instroom op kernfuncties	442	<i>ruim 430</i>

Sinds 2005 is het expliciet beleid van de sector ambulancezorg om ook op de meldkamer ambulancezorg verpleegkundigen in dienst te hebben. Dit vertaalt zich in een steeds verder afnemend aantal niet-verpleegkundig centralisten. Niet-verpleegkundig centralisten worden met name ingezet op logistieke werkzaamheden, zoals de uitgifte van ritten, en niet voor triage en indicatie. De actuele ontwikkelingen rond de schaalvergroting van meldkamers zal een en ander ook gaan beïnvloeden.

Net als in 2008 lijken medewerkers vooral voor een functie binnen de ambulancezorg te kiezen vanwege de inhoud en de kenmerken van de functie (47,5%). Men voelt zich aangetrokken tot de ambulancezorg en de ambulanceorganisatie.

De markt voor ambulancemedewerkers is echter niet onbegrensd, in verschillende delen van het land is het lastig voldoende nieuwe medewerkers te werven, dit geldt vooral voor ambulanceverpleegkundigen.

Nieuwe ambulanceverpleegkundigen en verpleegkundig centralisten zijn vooral afkomstig van ziekenhuizen, met name van de afdelingen Spoedeisende Hulp en Intensive Care.

tabel 5.2.3: instroomrichtingen ambulanceverpleegkundigen en verpleegkundig centralisten MKA in 2009

instroomrichtingen afkomstig uit ...	2009	2008
ambulancezorg	7,2%	8,0%
ziekenhuis	26,3%	33,8%
- ziekenhuis SEH	6,41%	11,3%
- ziekenhuis IC	11,9%	12,4%
- ziekenhuis overig	8,0%	10,1%
school	1,8%	0%
overig	64,8%	58,2%

Vanwege de personele krapte ontstaan onder andere gezamenlijke opleidingstrajecten met ziekenhuizen ten behoeve van jonge HBO-V'ers. Ook de nieuw op te starten HBO-opleiding Medische Hulpverlener zal in de toekomstige arbeidskrachte kunnen voorzien. De sector ambulancezorg is nog in gesprek over hoe in de nabije toekomst met deze nieuwe instroom om te gaan.

Nieuwe chauffeurs hadden in 2009 veelal al langer ervaring als chauffeur. Daarnaast waren chauffeurs vaak afkomstig uit de zorg, al dan niet vanuit een collega-RAV/-ambulanceorganisatie. Overige of onbekende instroomrichtingen komen echter het meest voor.

tabel 5.2.4: instroomrichtingen ambulancechauffeurs in 2009

instroomrichtingen afkomstig uit ...	2009	2008
ambulancezorg	3,3%	4,6%
chauffeursvak	5,8%	4,6%
zorg	3,3%	1,8%
defensie	1,9%	2,8%
school	1,0%	0,5%
overig	84,6%	85,7%

uitstroom uit de kernfuncties

In 2009 hebben ruim 250 medewerkers de ambulancezorg verlaten (bijna 280 in 2008). Ruim 200 van hen waren werkzaam in een van de drie onderscheiden kernfuncties, dit is in tabel 5.2.3 in procenten nader toegelicht:

tabel 5.2.5: uitstroom uit de kernfuncties

	2009	2008
ambulanceverpleegkundige	45%	45%
ambulancechauffeur	39%	39%
verpleegkundig centralist MKA	8%	15%
niet-verpleegkundig centralist MKA	8%	1%
totale instroom op kernfuncties	211	280

Redenen van uitstroom zijn met name het aanvaarden van een andere functie, VUT of pensioen of beëindiging van de arbeidsovereenkomst voor bepaalde tijd.

tabel 5.2.6: uitstroomredenen ambulancemedewerkers in 2009

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

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

tabel 5.2.7: uitstroomrichtingen ambulancemedewerkers in 2009

uitstroomrichtingen vertrokken naar ...	2009	2008
ambulancezorg	15,7%	19,7%
ziekenhuis	10,6%	15,1%
andere functie binnen de zorg	9,0%	13,3%
andere functie buiten de zorg	12,2%	27,4%
overig	52,5%	24,7%

5.3 arbeidsduur

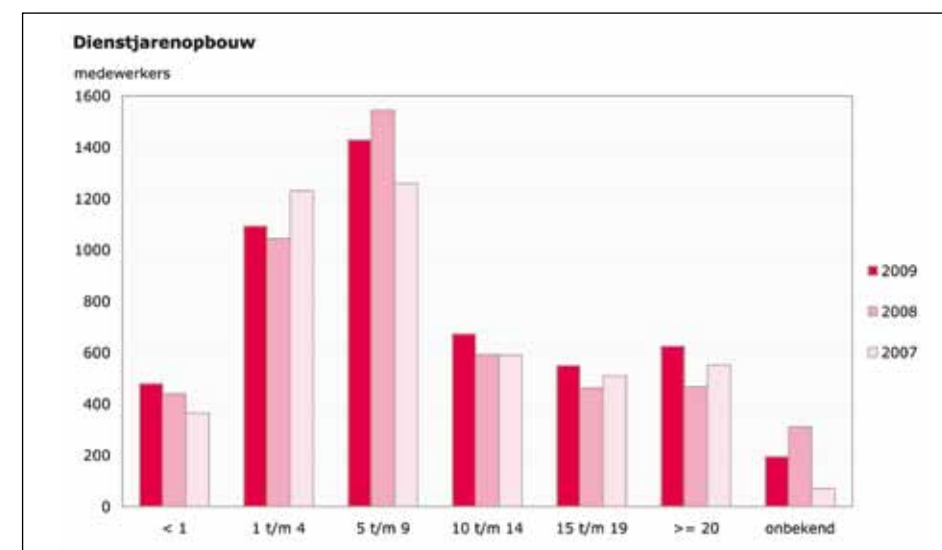
Medewerkers in de ambulancezorg zijn gemiddeld lang werkzaam in de sector, al is het instroompercentage in het afgelopen jaar wat gestegen ten opzichte van vorige jaren.

tabel 5.3.1: dienstjarenverdeling medewerkers ambulancezorg

aantal dienstjaren	2009		2008		2007	
	medewerkers	%	medewerkers	%	medewerkers	%
< 1 jaar	479	9,5%	441	9,1%	364	8,0%
1 t/m 4 jaar	1.093	21,7%	1.045	21,5%	1.231	26,9%
5 t/m 9 jaar	1.429	28,3%	1.545	31,8%	1.259	27,5%
10 t/m 14 jaar	673	13,3%	593	12,2%	590	12,9%
15 t/m 19 jaar	549	10,9%	463	9,5%	509	11,1%
≥ 20 jaar	625	12,4%	467	9,6%	552	12,1%
aantal dienstjaren onbekend	195	3,9%	311	6,4%	70	1,5%
totaal	5.043	100%	4.865	100%	4.575	100%

Van de verschillende groepen medewerkers die onderscheiden worden naar het aantal dienstjaren, is de groep medewerkers die tussen 5 en 10 jaar in dienst zijn in de ambulancezorg de grootste groep. Vaak zijn zij echter al veel langer werkzaam binnen de zorg. Zoals ook uit de instroomgegevens duidelijk wordt, stromen ambulancemedewerkers zelden tot nooit in vanuit school, maar vanuit een andere functie in de zorg, veelal vanuit ziekenhuizen. Dit beeld lijkt echter geleidelijk aan het veranderen te zijn. Het aantal medewerkers dat 20 jaar of langer in dienst is, zal naar verwachting in de loop der jaren steeds verder afnemen.

grafiek 5.3.1: aantal jaren dat medewerkers in dienst zijn in 2009 (landelijk)



tabel 5.3.2: aantal jaren dat medewerkers in dienst zijn per regio in 2009

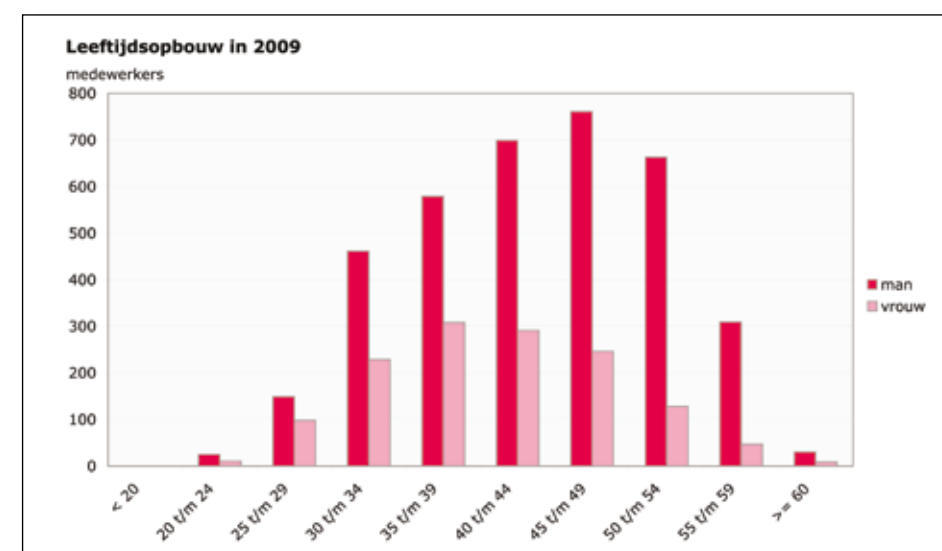
	< 1 jaar	1 t/m 4 jaren	5 t/m 9 jaren	10 t/m 14 jaren	15 t/m 19 jaren	≥ 20 jaren	aantal dienstjaren onbekend	totaal
Groningen	27	75	78	25	16	38	0	259
Friesland	7	50	79	55	27	40	0	258
Drenthe	9	39	68	36	20	27	0	199
IJsselland	17	47	64	17	34	27	0	206
Twente	18	37	71	41	24	32	0	223
Noordoost Gelderland	28	57	62	25	19	29	0	220
Gelderland Midden	21	49	61	13	6	13	0	163
Gelderland Zuid	11	49	85	8	7	11	0	171
Utrecht	63	95	87	44	52	5	0	346
Noord-Holland Noord	16	41	56	28	26	25	0	192
Amsterdam/Waterland	47	82	91	53	40	65	0	378
Kennemerland	8	55	67	24	16	15	0	185
Gooi- en Vechtstreek	3	18	18	15	5	13	0	72
Haaglanden	25	75	72	42	14	25	1	254
Hollands Midden	20	32	37	36	39	51	0	215
Rotterdam-Rijnmond	35	80	82	48	46	53	21	365
Zuid-Holland Zuid	15	20	39	8	21	42	0	145
Zeeland	14	24	24	25	45	30	0	162
Midden West Brabant	27	52	81	40	29	20	0	249
Brabant Noord	15	34	69	14	9	12	0	153
Brabant-Zuidoost	0	0	0	0	0	0	173	173
Noord- en Midden								
Limburg	13	37	51	25	21	28	0	175
Zuid Limburg	19	19	42	32	22	23	0	157
Flevoland	21	26	45	19	11	1	0	123
totaal	479	1.093	1.429	673	549	625	195	5.043
<i>totaal in 2008</i>	<i>441</i>	<i>1.045</i>	<i>1.545</i>	<i>593</i>	<i>463</i>	<i>467</i>	<i>311</i>	<i>4.865</i>
<i>totaal in 2007</i>	<i>364</i>	<i>1.231</i>	<i>1.259</i>	<i>590</i>	<i>509</i>	<i>552</i>	<i>70</i>	<i>4.575</i>

5.4 leeftijd van medewerkers

De gemiddelde leeftijd van medewerkers in de ambulancezorg is relatief hoog. Van de verschillende groepen medewerkers die onderscheiden worden naar leeftijdscategorieën, is de groep medewerkers van 40- tot 50-jarige -evenals in 2008- de grootste groep (39,4%, in 2008 besloeg deze groep 40,6% van het totale personeelsbestand). Zoals ook onder mobiliteit aangegeven, heeft dit te maken met het feit dat medewerkers over het algemeen al een carrière elders (in de zorg) achter de rug hebben voordat zij in de ambulancezorg instromen. Vaak vindt deze instroom vanaf het 30^e levensjaar plaats.

Overigens blijkt er een duidelijk verschil te zijn in de leeftijdsverdeling onder vrouwen en die onder de mannen, zoals zichtbaar wordt in onderstaande grafiek. Dit houdt naar alle waarschijnlijkheid verband met de toenemende instroom van vrouwen binnen de ambulancezorg.

grafiek 5.4.1: leeftijdsopbouw medewerkers ambulancezorg in 2009 (landelijk)



Onder de mannen is de groep van 45 tot en met 49 jaar het grootst. Voor de vrouwen is dit de groep van 35 tot en met 39 jaar. Hierbij is er een verband met de arbeidsduur, vrouwen zijn gemiddeld minder lang in dienst van de sector. De instroom van vrouwen neemt de laatste jaren toe.

tabel 5.4.1: leeftijdsopbouw medewerkers ambulancezorg in 2009

geslacht	2009				2008		2007	
	man	vrouw	totaal	% totaal	totaal	% totaal	totaal	% totaal
< 20 jaar	0	0	0	0,0%	6	0,1%	0	0,0%
20 t/m 24 jaar	25	11	36	0,7%	32	0,7%	24	0,5%
25 t/m 29 jaar	149	98	247	4,9%	271	5,6%	265	5,8%
30 t/m 34 jaar	461	229	690	13,7%	656	13,5%	589	12,9%
35 t/m 39 jaar	579	308	887	17,6%	863	17,7%	810	17,7%
40 t/m 44 jaar	699	291	990	19,6%	974	20,0%	955	20,9%
45 t/m 49 jaar	761	246	1.007	20,0%	1.000	20,6%	923	20,2%
50 t/m 54 jaar	663	128	791	15,7%	735	15,1%	715	15,6%
55 t/m 59 jaar	309	47	356	7,1%	290	6,0%	227	5,0%
>= 60 jaar	30	9	39	0,8%	38	0,8%	30	0,7%
leeftijd onbekend			0	0,0%		0,0%	37	0,8%
totaal	3.676	1.367	5.043	100	4.865	100	4.575	100

In het publieke deel van de sector was tot 1 januari 2006 een uittredeleeftijd van 55 jaar van toepassing, in het particuliere deel gold een VUT-regeling. Naar verwachting zal, door het actuele overgangsbeleid op dit gebied, het aantal ouderen in de toekomst geleidelijk toenemen.

tabel 5.4.2: leeftijdsopbouw per regio in 2009

	< 20 jaar	20 t/m 24 jaar	25 t/m 29 jaar	30 t/m 34 jaar	35 t/m 39 jaar	40 t/m 44 jaar	45 t/m 49 jaar	50 jaar 54 jaar	55 t/m 59 jaar	≥ 60 jaar	on-bekend	totaal
Groningen	0	1	17	56	42	55	31	30	24	3		259
Friesland	0	0	13	38	54	41	46	33	31	2		258
Drenthe	0	3	8	30	39	45	44	17	11	2		199
IJsselland	0	0	6	23	39	39	45	26	25	3		206
Twente	0	3	14	16	30	63	51	27	17	2		223
Noordoost Gelderland	0	2	9	34	30	49	47	37	9	3		220
Gelderland Midden	0	2	12	22	28	36	30	21	11	1		163
Gelderland Zuid	0	0	6	18	31	42	37	22	14	1		171
Utrecht	0	6	17	37	66	64	92	57	6	1		346
Noord-Holland Noord	0	1	8	30	40	29	30	32	22	0		192
Amsterdam/Waterland	0	2	12	46	56	63	88	65	42	4		378
Kennemerland	0	3	6	28	36	29	46	29	7	1		185
Gooi- en Vechtstreek	0	0	5	12	15	9	10	17	2	2		72
Haaglanden	0	0	13	38	53	44	48	34	21	3		254
Hollands Midden	0	2	13	33	37	45	38	38	8	1		215
Rotterdam-Rijnmond	0	3	25	43	44	65	84	72	27	2		365
Zuid-Holland Zuid	0	1	6	17	20	21	26	35	19	0		145
Zeeland	0	2	17	18	26	22	30	32	15	0		162
Midden West Brabant	0	0	8	46	52	48	43	45	7	0		249
Brabant Noord	0	1	4	18	37	32	29	22	9	1		153
Zuidoost Brabant	0	0	13	25	32	47	31	25	0	0		173
Noord- en Midden												
Limburg	0	2	4	28	32	39	30	21	16	3		175
Zuid Limburg	0	2	5	23	24	32	24	34	9	4		157
Flevoland	0	0	6	11	24	31	27	20	4	0		123
totaal	0	36	247	690	887	990	1.007	791	356	39		5.043
<i>totaal in 2008</i>	<i>6</i>	<i>32</i>	<i>271</i>	<i>656</i>	<i>863</i>	<i>974</i>	<i>1.000</i>	<i>735</i>	<i>290</i>	<i>38</i>		<i>4.865</i>
<i>totaal in 2007</i>	<i>0</i>	<i>24</i>	<i>265</i>	<i>589</i>	<i>810</i>	<i>955</i>	<i>923</i>	<i>715</i>	<i>227</i>	<i>30</i>	<i>37</i>	<i>4.538</i>

5.5 ziekteverzuim

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

Het gemiddelde ziekteverzuim is in 2009 verder gedaald naar 4,3% ten opzichte van 4,5% in 2008. Het langdurend ziekteverzuim binnen de ambulancezorg blijkt beperkt te zijn.

tabel 5.5.1: gemiddeld ziekteverzuim in 2009

	2009	2008	2007
gemiddeld ziekteverzuim	4,3%	4,5%	4,8%
kortdurend ziekteverzuim	1,2%	1,2%	
middellangdurend ziekteverzuim	1,2%	1,2%	
langdurend ziekteverzuim 1	1,1%	1,1%	
langdurend ziekteverzuim 2	0,4%	0,6%	0,8%
langdurend ziekteverzuim 3	0,4%	0,6%	1,1%

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

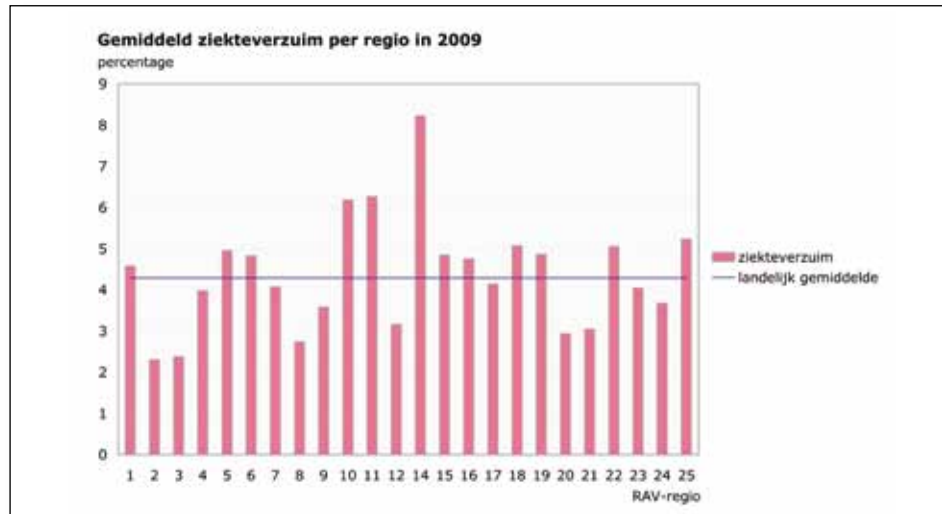
Onderstaande tabel brengt het ziekteverzuim in de ambulancezorg per RAV-regio in beeld.

tabel 5.5.2: gemiddeld ziekteverzuim per regio in 2009

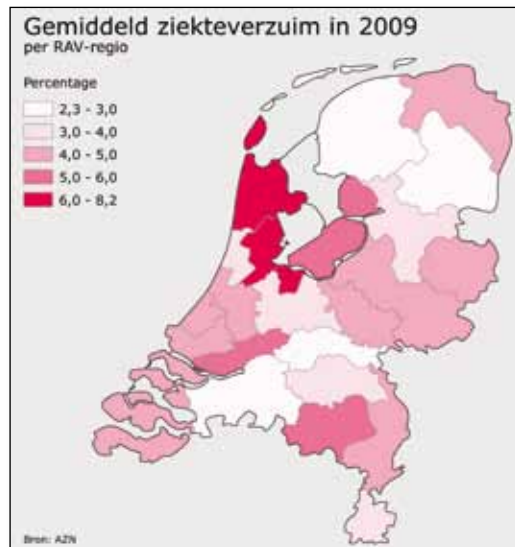
	ziekte- verzuim %	kort- durend ziekte- verzuim	middel- lang ziekte- verzuim	ziekte- verzuim lang- durend I	ziekte- verzuim lang- durend II	ziekte- verzuim lang- durend III
Groningen	4,58	1,08	0,65	0,56	0,71	1,58
Friesland	2,30	0,70	1,00	0,40	0,20	0,00
Drenthe	2,38	1,02	1,10	0,19	0,16	0,00
IJsselland	3,98	1,07	1,27	0,67	0,60	0,35
Twente	4,95	1,17	1,76	1,24	0,40	0,38
Noordoost Gelderland	4,82	1,37	1,53	1,06	0,25	0,34
Gelderland Midden	4,07	2,58	0,51	0,51	0,00	0,47
Gelderland Zuid	2,74	1,22	0,89	0,29	0,34	0,00
Utrecht	3,58	0,98	0,88	0,57	0,38	0,77
Noord-Holland Noord	6,18	0,94	1,00	1,95	0,42	1,88
Amsterdam/Waterland	6,26	0,88	1,06	3,23	0,00	0,00
Kennemerland	3,16	2,62	0,39	0,06	0,06	0,03
Gooi- en Vechtstreek	8,22	1,73	1,77	1,05	3,15	0,52
Haaglanden	4,84	2,37	1,95	0,18	0,31	0,03
Hollands Midden	4,75	1,32	1,45	0,99	0,18	0,81
Rotterdam-Rijnmond	4,14	0,90	1,25	1,99	0,00	0,00
Zuid-Holland Zuid	5,07	0,41	0,95	1,61	0,99	1,11
Zeeland	4,86	0,54	1,12	3,20	0,00	0,00
Midden West Brabant	2,94	0,78	0,76	1,20	0,20	0,00
Brabant Noord	3,04	0,73	0,83	1,48	0,00	0,00
Zuidoost Brabant	5,05	1,35	2,09	1,49	0,59	0,00
Noord- en Midden Limburg	4,04	1,16	1,73	0,57	0,55	0,03
Zuid Limburg	3,67	1,12	1,17	0,44	0,96	0,00
Flevoland	5,23	0,96	0,97	1,06	0,74	1,50
gewogen gemiddeld	4,29	1,08	0,65	0,56	0,71	1,58
<i>gewogen gemiddeld in 2008</i>	<i>4,46</i>	<i>1,16</i>	<i>1,20</i>	<i>1,13</i>	<i>0,55</i>	<i>0,62</i>
<i>gewogen gemiddeld in 2007</i>	<i>4,8</i>				<i>0,8</i>	<i>1,1</i>

Opmerking: De regio Zeeland heeft in 2008 geen ziekteverzuimcijfers aangeleverd. De regio's Noordoost Gelderland en Noord-Holland Noord hebben alleen het algemene ziekteverzuimpercentage aangeleverd. De gegevens van de AZRR/BIOS-groep zijn over 2009 niet verwerkt in het percentage van de regio Rotterdam-Rijnmond (in 2008 en 2007 wel).

grafiek 5.5.1: gemiddeld ziekteverzuimpercentage per regio in 2009



kaart 5.5.1: gemiddeld ziekteverzuim per regio in 2009



De WIA-instroom was in 2009, evenals in de voorgaande jaren, uiterst beperkt. In 2009 zijn slechts 8 personen in de WIA ingestroomd (3 in 2008), dit is 0,2%. De WIA is de Wet Inkomen naar Arbeid, die in 2006 de Wet Arbeidsongeschiktheid (WAO) heeft opgevolgd.

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

5.6 agressie & geweld jegens ambulancemedewerkers

De ambulancezorg verstaat onder agressie & geweld, conform artikel 4 lid 2 van de Arbwet 'voorvallen waarbij de werknemer psychisch of fysiek wordt lastig gevallen, bedreigd of aangevallen, onder omstandigheden die rechtstreeks verband houden met het verrichten van arbeid'.

inleiding

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

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

Naar aanleiding van het convenant heeft AZN in 2007, naast een groot aantal andere acties, afspraken gemaakt over het registreren van agressie-incidenten waarbij medewerkers van de ambulancezorg betrokken zijn. Deze paragraaf beschrijft de resultaten van deze registratie over 2009.

geregistreerde agressie-incidenten in 2009

In 2009 hebben 22 regio's gewerkt met het sectorale systeem voor registratie van agressie- en gewelds-incidenten.

aantal en aard incidenten

In deze 22 regio's zijn in 2009 145 incidenten geregistreerd.

Binnen de ambulancezorg wordt een onderscheid gemaakt tussen verbale agressie en geweld, serieuze bedreigingen, fysieke agressie en geweld en seksuele intimidatie, agressie en geweld.

Onder verbale agressie en geweld wordt onder andere verstaan belediging, vernedering, treiteren, discriminatie, uitschelden en verbale bedreigingen.

Met serieuze bedreiging wordt bijvoorbeeld bedoeld een houding of gebaar, stalken, dwingen tot taken, bemoeilijken of onmogelijk maken van werken en pogingen tot schoppen, slaan of verwonden.

Voorbeelden van fysieke agressie en geweld zijn mishandeling, verwonding, handtastelijkheden, (nep) wapens gebruiken of mee dreigen, diefstal, vernieling of beschadiging van eigendommen en fysiek hinderen.

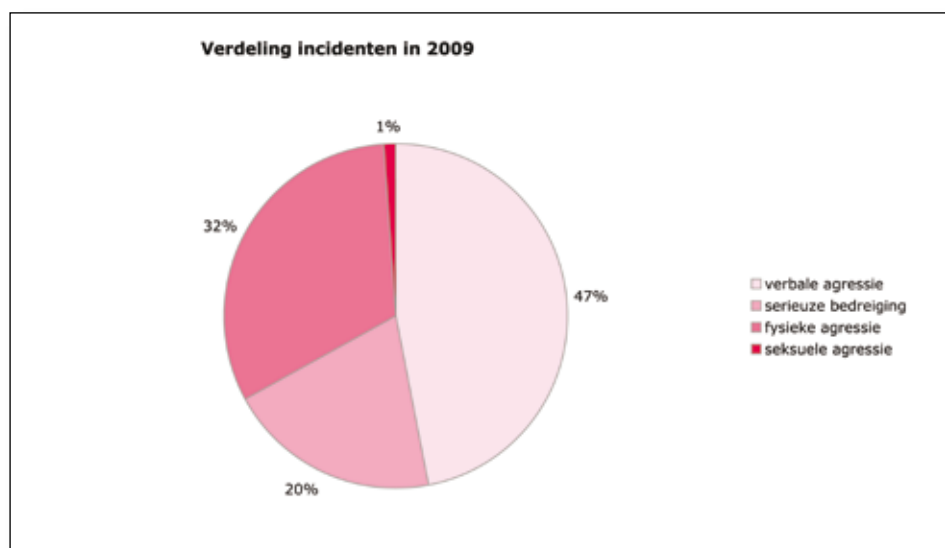
Onder seksuele intimidatie, agressie en geweld wordt verstaan seksueel getinte opmerkingen en gedragingen, aanranden, verkrachten en handtastelijkheden.

Verbale en fysieke agressie kwamen in 2009, evenals in 2008, het meeste voor: in respectievelijk 47% en 20% van de gevallen (2008 respectievelijk 41% en 36%).

tabel 5.6.1: aantal incidenten

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

grafiek 5.6.1: verdeling incidenten in 2009



tijdstip

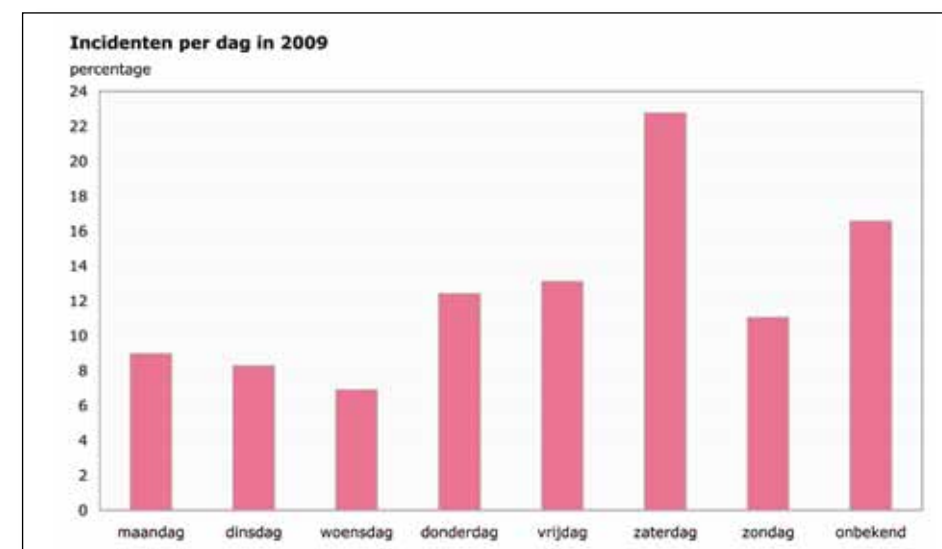
Van de 145 geregistreeerde incidenten in 22 regio's is van 121 incidenten bekend wanneer deze hebben plaatsgevonden: de meeste incidenten vonden plaats in het weekend (circa 34%) (evenals in 2008: toen circa 50%).

Opvallend is dat in 2009 verreweg de meeste incidenten hebben plaatsgevonden op zaterdag (bijna 23%), het minste aantal incidenten was op woensdag (bijna 7%). Daarnaast is opvallend dat in 2008 op maandag tweemaal zoveel incidenten hebben plaatsgevonden als op de overige werkdagen.

tabel 5.6.2: percentage incidenten per dag van de week

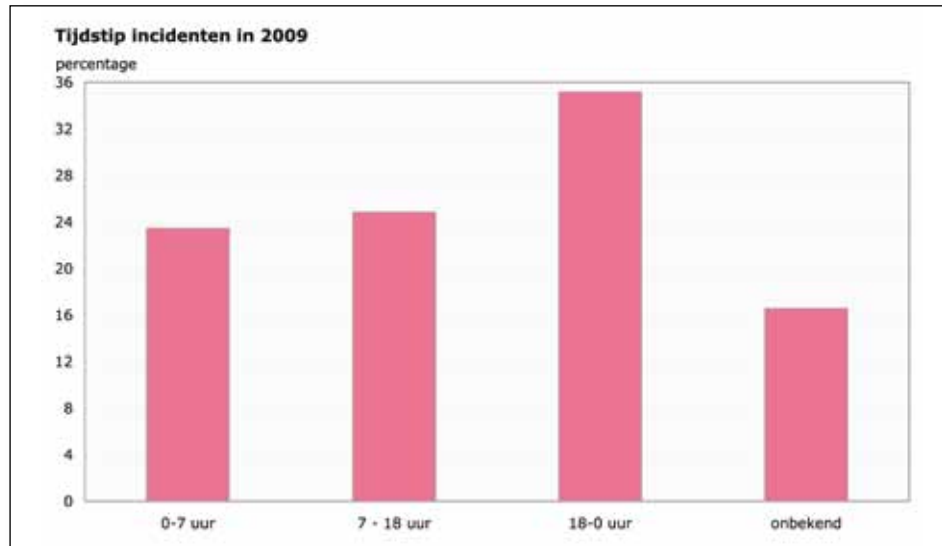
	2009	2008
	%	%
maandag	9%	12%
dinsdag	8%	5%
woensdag	7%	6%
donderdag	13%	6%
vrijdag	13%	6%
zaterdag	23%	17%
zondag	11%	20%
onbekend	17%	28%

grafiek 5.6.2: dag waarop incidenten plaatsvonden in 2009



Er is niet alleen bijgehouden op welke dag de incidenten hebben plaatsgevonden, maar ook het tijdstip. Het blijkt dat in 2009 35% van de incidenten tussen 18.00 en 0.00 uur heeft plaatsgevonden. In 2008 vond juist ruim de helft van de incidenten overdag, tussen 7.00 en 18.00 uur, plaats. In 2009 ligt dit percentage op 25%.

grafiek 5.6.3: tijdstip incidenten in 2009



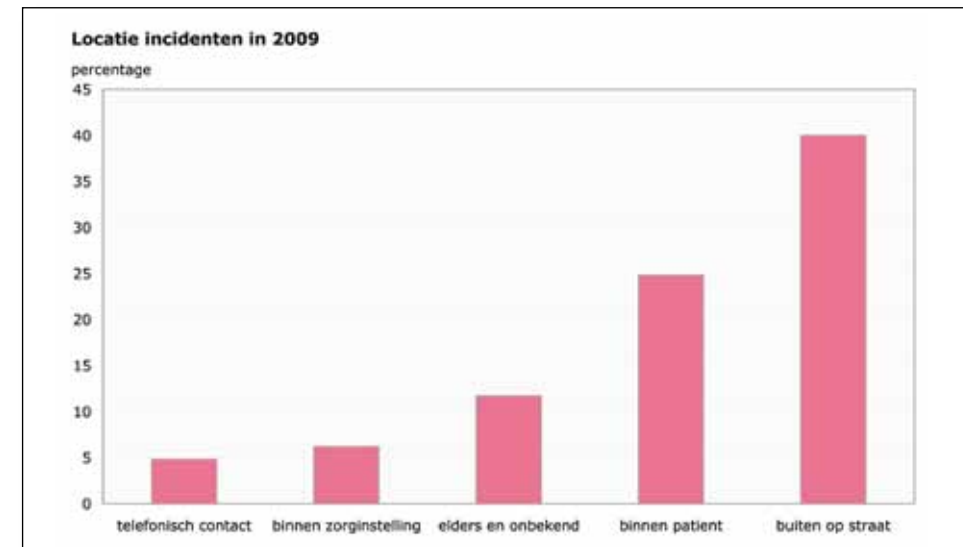
locatie van het incident

Van 127 van de 145 geregistreerde incidenten is bekend waar deze hebben plaatsgevonden. De meeste incidenten vonden plaats op straat: 40% (31% in 2008). Ook is een aanzienlijk aantal incidenten thuis bij de patiënt voorgevallen: 25% (20% in 2008).

In 47% van de incidenten was er sprake van verbale agressie, zo is al eerder beschreven. 5% van deze incidenten vond plaats tijdens het telefonische contact met de patiënt (12% in 2008). Dit betekent dat niet alleen ambulancemedewerkers op straat, maar ook centralisten van de meldkamer ambulancezorg, slachtoffer (kunnen) zijn van agressie.

In bijna 20% van de gevallen heeft het incident ergens anders dan thuis op of straat plaatsgevonden (15% in 2008): in een zorginstelling, in de ambulance, in een sportschool of op het sportveld, langs de snelweg of in een café.

grafiek 5.6.4: locatie incidenten in 2009

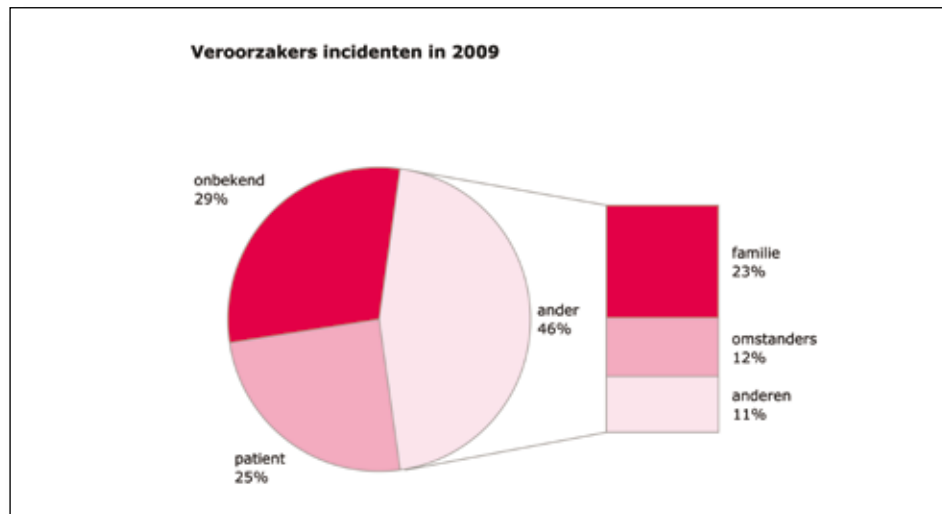


veroorzaker van het incident

In 102 van de 145 geregistreerde incidenten is ook vastgelegd door wie het incident veroorzaakt is. De patiënt zelf is in 36 gevallen als dader geregistreerd (42 x in 2008), 66 x waren anderen dan de patiënt dader van het incident (50 x in 2008).

In 46% van de geregistreerde incidenten was niet de patiënt maar een ander de veroorzaker van het incident (41% in 2008). In 50% van de gevallen waren dit familieleden van de patiënt of direct betrokkenen (19% in 2008), in 26% van de gevallen waren omstanders veroorzaker van het incident (16% in 2008) of in 24% van de gevallen iemand anders (niet bekend wie). In 3 gevallen was een andere hulpverlener de dader van het incident (2 x in 2008).

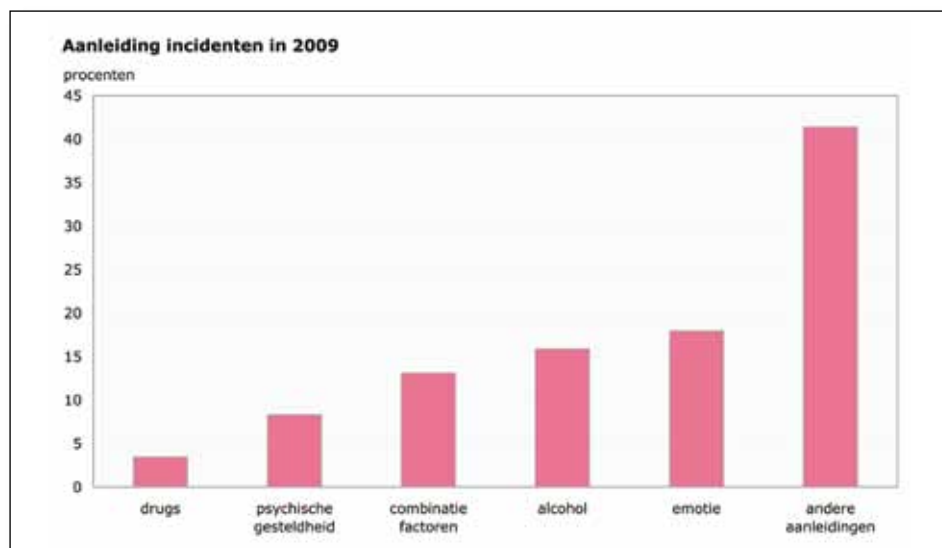
grafiek 5.6.5: veroorzaker incidenten in 2009



aanleiding van het incident

In 91 van de 145 incidenten is ook de aanleiding van het incident bekend en geregistreerd. In 2009 zijn de incidenten vooral veroorzaakt door emotie (18%) en alcohol (16%) veroorzaakt, evenals in 2008 (respectievelijk 17% en 11%). Ook de psychische gesteldheid speelt geregeld een rol (8% in 2009 en 9% in 2008). Een combinatie van factoren komt in 13% van de gevallen voor (15% in 2008). Ook hier worden alcohol en/of emotie geregeld genoemd als factoren die een rol hebben gespeeld.

grafiek 5.6.6: aanleiding incidenten in 2009

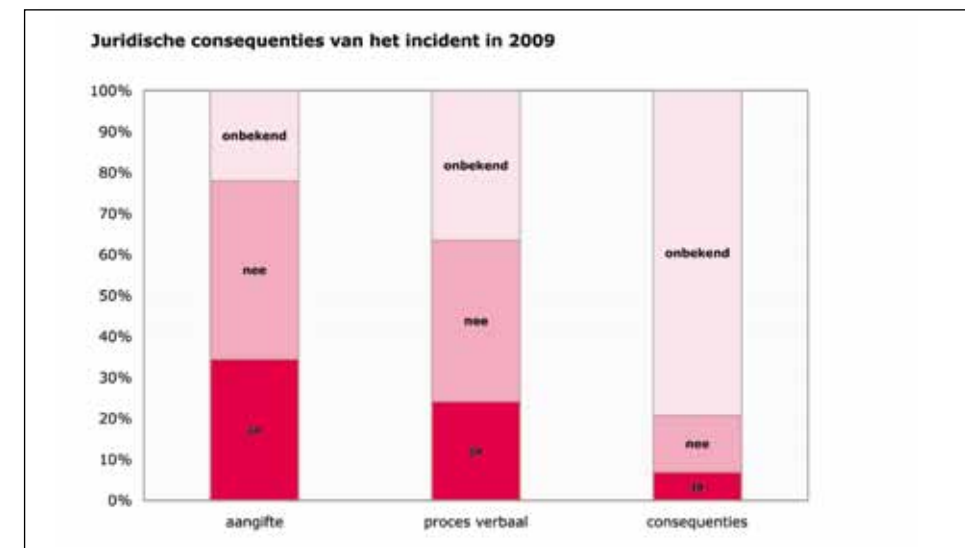


juridische consequenties

Bekend is dat in 50 gevallen aangifte is gedaan van het incident (37 x in 2008), in 63 gevallen is dit niet gedaan (55x in 2008). In 35 gevallen is proces verbaal opgemaakt (33 x in 2008).

Van 10 incidenten (5 in 2008) is bekend dat er strafrechtelijke consequenties verbonden waren aan het incident. In 2009 is in ieder geval driemaal een boete uitgedeeld (2 in 2008), tweemaal een taakstraf (1 in 2008) en heeft in ieder geval eenmaal strafrechtelijke vervolging plaatsgevonden.

grafiek 5.6.7: juridische consequenties incidenten in 2009



opvang door de RAV

Over het algemeen biedt de RAV ondersteuning en opvang aan de medewerkers die te maken hebben gehad met een incident. Dit wordt gedaan door bijvoorbeeld de direct leidinggevende van de betreffende medewerker.

In 2009 is eerste opvang geboden en ook kan het bedrijfsopvangteam (BO-team) zijn ingeschakeld of spelen directie en de afdeling P&O een ondersteunende rol. Bij in ieder geval twintig incidenten is ondersteuning geboden bij het doen van de aangifte (13 keer in 2008) en tenminste tien keer heeft de RAV of ambulanceorganisatie externe opvang van de medewerkers geregeld (3 keer in 2008).

maatregelen getroffen door de sector ambulancezorg

De sector ambulancezorg heeft, mede in het kader van de deelname aan het programma Veilige Publieke Taak, diverse maatregelen genomen om het aantal agressie incidenten zoveel mogelijk te beperken. Deze maatregelen hebben enerzijds betrekking op het informeren van de samenleving en het voorkomen van incidenten (via onder andere de publiekscampagne, een protocol en opleiding/training van medewerkers) en anderzijds op het afhandelen van incidenten en de nazorg aan de medewerkers die geconfronteerd zijn met de agressie (onder andere in de vorm van een noodknop op de mobiele telefoon, de mogelijkheid tot anonieme aangifte en registratie incidenten).

Kwaliteit van de ambulancezorg in 2009

Dit hoofdstuk gaat in op de kwaliteit van de ambulancezorg. De kwaliteit wordt door veel verschillende aspecten bepaald, waaronder ook de logistieke prestaties. Andere aspecten zijn bijvoorbeeld certificering, de deskundigheid en bekwaamheid van medewerkers en het aantal klachten dat een organisatie ontvangt.

6.1 kwaliteitscertificering

De sector ambulancezorg heeft het afgelopen decennium veel aandacht besteed aan de kwaliteit van de ambulancezorg.

Toen de RAV-vorming van start ging, hebben de organisaties zich gecommitteerd aan het voornemen allen een HKZ-certificaat te behalen (Harmonisatie Kwaliteit Zorginstellingen). Op 31 december 2009 was de sector 100% HKZ-gecertificeerd!

Tot 2007 werd gewerkt met verschillende certificaten voor MKA en ambulance-/rijdienst. Sinds 2007 is een nieuwe HKZ-schema gereed voor de RAV, waarin MKA en ambulance-/rijdienst integraal zijn opgenomen.

6.2 deskundigheid en scholing

Het ambulanceteam is over het algemeen als eerste zorgverlener ter plaatse bij patiënten en incidenten en wordt met heel verschillende omstandigheden en uiteenlopende typen patiënten geconfronteerd.

Over het algemeen kan gesteld worden dat een ambulanceverpleegkundige een grotere verantwoordelijkheid heeft dan een gewone verpleegkundige. Hij of zij moet een aantal medische beslissingen kunnen nemen en daarmee samenhangende handelingen kunnen uitvoeren. Ambulanceverpleegkundigen volgen daarom een specifieke opleiding bij de Ambulance Academie te 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 vakopleiding bij de Ambulance Academie. Deze opleiding bestaat uit een vervoerstechnisch en een medisch-assisterend deel.

Centralisten van de meldkamer bepalen 24 uur per dag hoe snel en welke zorg patiënten nodig hebben. Niet alle zorgvragen die binnenkomen hebben uitsluitend betrekking op het inzetten van ambulancezorg.

Ook centralisten volgen een specifieke opleiding bij de Ambulance Academie.

Ambulancezorgverleners, zowel verpleegkundig centralisten als ambulanceverpleegkundigen en -chauffeurs, worden permanent na- en bijgeschoold.

6.3 klachten

Het aantal klachten dat een organisatie ontvangt zou een indicator kunnen zijn voor de kwaliteit van deze organisatie. Veel klachten betekent nog niet automatisch dat de kwaliteit slecht zou zijn. Er zijn nog veel meer aspecten die medebepalend zijn voor de kwaliteit, zoals de prestaties en de wijze waarop de ambulanceorganisatie omgaat met planbare ambulancezorg.

Sinds 2008 registreren de RAV-en/ambulanceorganisaties het aantal klachten dat bij de organisatie wordt neergelegd. Onder klacht verstaat de sector een uiting van onvrede over behandeling of bejegening die op de juiste wijze (de indienende persoon heeft recht van spreken en de klacht moet schriftelijk en ondertekend worden ingediend) bij de RAV is ingediend.

In totaal hebben de RAV-regio's in 2009 544 klachten geregistreerd (559 in 2008).

In tabel 6.3.1 is het aantal klachten per regio teruggerekend naar het aantal klachten per 1.000 ritten.

tabel 6.3.1: aantal klachten per regio in 2009

aantal klachten per 1.000 ritten	2009	2008
Groningen	0,84	0,46
Friesland	0,34	
Drenthe	0,40	0,34
IJsselland	0,25	0,40
Twente	0,85	0,68
Noordoost Gelderland	0,20	0,56
Gelderland Midden	0,65	0,69
Gelderland Zuid	0,53	0,54
Utrecht	1,01	1,14
Noord-Holland Noord	0,99	1,16
Amsterdam/Waterland	0,44	0,40
Kennemerland	0,18	0,14
Gooi- en Vechtstreek	0,63	0,41
Haaglanden	0,31	0,32
Hollands Midden	0,25	0,73
Rotterdam-Rijnmond	0,58	0,84
Zuid-Holland Zuid	0,17	0,18
Zeeland	0,35	
Midden West Brabant	0,77	0,73
Brabant Noord	0,22	0,39
Brabant-Zuidoost	0,26	0,26
Noord- en Midden Limburg	0,80	0,76
Zuid Limburg	0,36	0,36
Flevoland	0,73	1,00
totaal	12,11	12,50

Opmerking: door de regio's Friesland en Zeeland is in 2008 het aantal klachten niet geregistreerd conform de AZN-kernset, in 2009 hebben zij dit wel gedaan.

De randvoorwaarden en de verwachte toekomst voor ambulancezorg

In de voorgaande hoofdstukken is beschreven hoe de ambulancezorg in Nederland er in 2009 vanuit diverse perspectieven uitgezien heeft. Dit hoofdstuk gaat in op de randvoorwaarden om ambulancezorg te kunnen aanbieden. Tenslotte gaat dit hoofdstuk kort in op de Wet Ambulancezorg.

7.1 praktische randvoorwaarden: ambulances en standplaatsen

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

aantal ambulances

De ambulancezorg werd in 2009 geregeld op grond van de uit 1971 daterende Wet Ambulancevervoer. In deze wet is geregeld dat een vergunninghouder ambulances mag laten rijden op basis van afgegeven aanhangsels bij de vergunning. In de praktijk kan een aanhangsel beschouwd worden als een ambulance: voor elk aanhangsel mag de RAV of ambulanceorganisatie één ambulance laten rijden.

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

Op 31 december 2009 hadden de RAV- regio's in Nederland tenminste 695 ambulances beschikbaar voor het verlenen van ambulancezorg.

Dit betekent echter niet dat er dagelijks ook 695 ambulances op de weg rijden. De capaciteit is ook deels beschikbaar om in geval van grootschalige rampen en calamiteiten ingezet te worden of bijvoorbeeld tijdens onderhoud van of schade aan andere voertuigen.

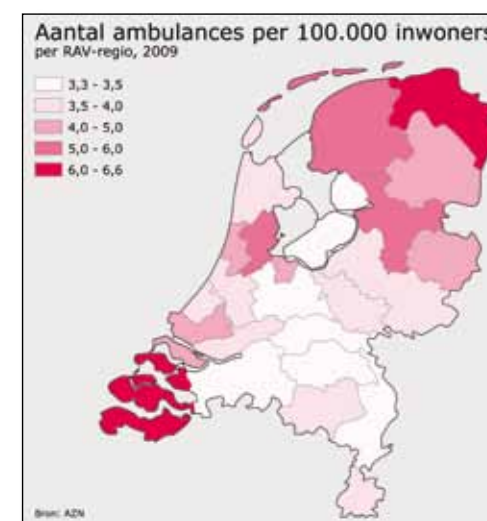
Op 31 december 2008 waren er 676 ambulances beschikbaar en op 31 december 2007 677 voertuigen.

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

tabel 7.1.1: aantal ambulances per regio in 2009

	2009	2008	2007
Groningen	38	38	38
Friesland	38	38	40
Drenthe	22	22	22
IJsselland	28	28	28
Twente	26	23	22
Noordoost Gelderland	32	33	33
Gelderland Midden	23	20	20
Gelderland Zuid	18	18	17
Utrecht	42	41	41
Noord-Holland Noord	24	24	24
Amsterdam/Waterland	71	61	67
Kennemerland	24	23	17
Gooi- en Vechtstreek	11	11	11
Haaglanden	37	37	41
Hollands Midden	29	29	28
Rotterdam-Rijnmond	55	55	55
Zuid-Holland Zuid	17	17	17
Zeeland	23	23	22
Midden West Brabant	37	35	35
Brabant Noord	22	21	21
Brabant-Zuidoost	26	26	24
Noord- en Midden Limburg	17	17	17
Zuid Limburg	22	22	22
Flevoland	13	14	15
totaal	695	676	677

kaart 7.1.1: aantal ambulances per 1.000 inwoners per regio in 2009



standplaatsen

Iedere RAV-regio beschikt over een aantal standplaatsen. De ambulances van de RAV-regio zijn verspreid over de verschillende standplaatsen om zo een optimale spreiding van de beschikbare ambulances over de regio te verkrijgen.

Op 31 december 2009 waren er 201 standplaatsen. Op 31 december 2008 en 2007 waren dit er 198.

De (theoretisch) meest geschikte locaties van de standplaatsen, om te kunnen voldoen aan de doelstellingen van het referentiekader Spreiding & Beschikbaarheid, zijn vastgelegd in het referentiekader. Het in 2009 geldende referentiekader is de in 2008 geactualiseerde versie.

Onderstaande tabel geeft het aantal standplaatsen in de afgelopen jaren weer, afgezet tegen het theoretische aantal conform het landelijk referentiekader 2008.

Tot en met 2008 was het aantal standplaatsen gebaseerd op de vorige versie van het landelijk referentiekader d.d. 2004. Conform de geactualiseerde versie is een uitbreiding van standplaatsen wenselijk.

tabel 7.1.2: standplaatsen per regio in 2009

	2009	Standplaatsen cf referentie- kader 2008	2007	2006
Groningen	11	13	11	11
Friesland	17	20	17	17
Drenthe	12	11	11	11
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	10	8	9
Kennemerland	4	4	4	3
Gooi- en Vechtstreek	3	2	3	3
Haaglanden	9	6	9	9
Hollands Midden	9	7	9	9
Rotterdam-Rijnmond	9	9	9	9
Zuid-Holland Zuid	6	6	6	6
Zeeland	10	11	9	9
Midden West Brabant	9	13	9	9
Brabant Noord	6	7	6	6
Brabant-Zuidoost	7	7	7	7
Noord- en Midden Limburg	7	7	7	7
Zuid Limburg	4	4	4	4
Flevoland	6	6	6	6
totaal	201	206	198	198

kaart 7.1.2: standplaatsen in Nederland in 2009



In 2008 is het landelijk referentiekader Spreiding & Beschikbaarheid geactualiseerd. De nieuwe versie is op 5 juni 2008 aangeboden aan de minister van VWS. De tweede helft van 2008 is besteed aan de financiële vertaling van het geactualiseerde referentiekader. De middelen die de minister van VWS naar aanleiding van het referentiekader beschikbaar heeft gesteld, zijn vanaf 2009 vrijgegeven. Het macrokader voor ambulancezorg is in 2009 met €12 miljoen verhoogd. De effecten van deze extra middelen zullen, zo leert de ervaring, in de loop van de komende jaren vanaf 2009 zichtbaar worden.

7.2 financiën

In 2008 werd de ambulancezorg gereguleerd door de Wet Ambulancevervoer. Conform deze wet liggen sturing en financiering van de sector niet in één hand: de sturing -de planning en de spreiding van de capaciteit- is de verantwoordelijkheid van de provincie en de zorgverzekeraar is verantwoordelijk voor de financiering.

Voor de sector ambulancezorg was in 2009, conform de Rijksbegroting, een macrobudget beschikbaar van €431 miljoen. Omgerekend naar het aantal inwoners in Nederland (ruim 16,5 miljoen op 31 december 2009) betekent dit dat er jaarlijks ongeveer €21 per inwoner beschikbaar is voor ambulancezorg.

7.3 beschikbare uren voor ambulancezorg

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

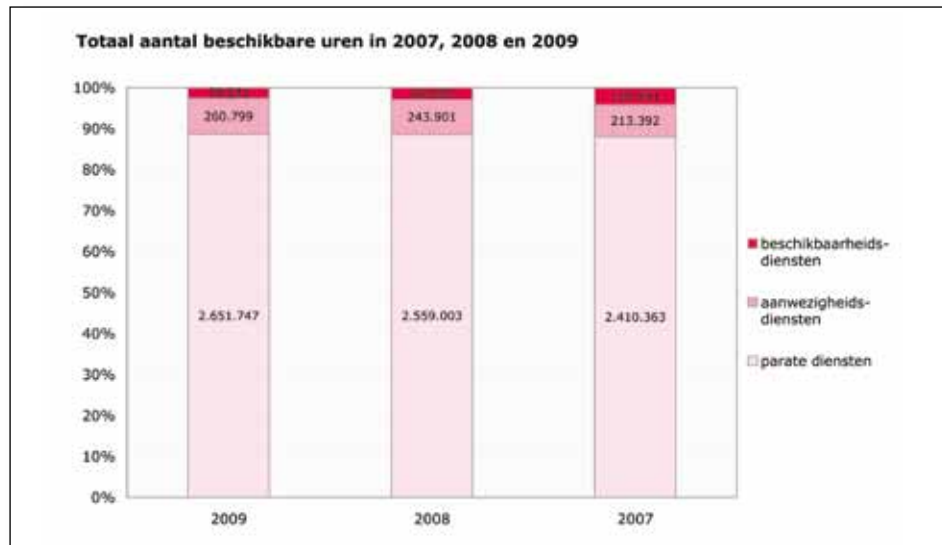
De medewerkers binnen de ambulancezorg worden ingezet in drie soorten diensten: parate diensten, aanwezigheidsdiensten en beschikbaarheidsdiensten. De parate dienst is de meest voorkomende dienstsoort. Toepassing van de overige dienstsoorten is veelal regiobepaald en hangt onder meer samen met de stedelijkheid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

In 2009 waren gedurende 2.991.817 uren ambulanceteams beschikbaar voor het verlenen van ambulancezorg. Dit betrof voor 89% parate dienst, voor 8% aanwezigheidsdienst en voor 3% beschikbaarheidsdiensten.

tabel 7.3.1: beschikbare uren in 2009

	2009		2008		2007	
parate diensten	2.651.747	89%	2.559.003	89%	2.410.363	88%
aanwezigheidsdiensten	260.799	8%	243.901	8%	213.392	8%
beschikbaarheidsdiensten	79.271	3%	85.025	3%	115.591	4%
totaal	2.991.817		2.887.929		2.739.346	

grafiek 7.3.1: totaal aantal beschikbare uren in 2009 (landelijk)



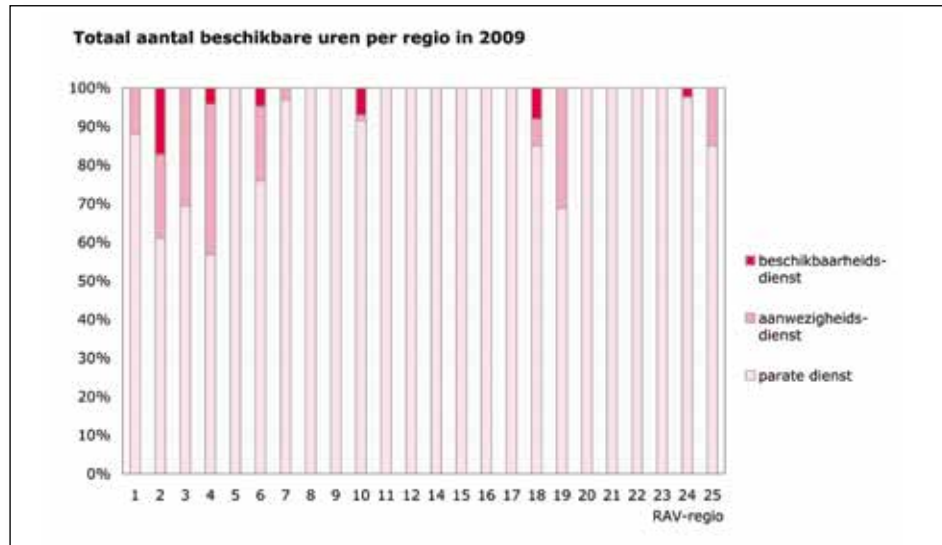
Dertien regio's werken met uitsluitend parate diensten, in onderstaande tabel wordt zichtbaar dat dit vooral regio's met veel stedelijk gebied zijn.

tabel 7.3.2: beschikbare uren per dienstsoort per regio in 2009

	# uren paraat	# uren aanwezig	# uren piket	totaal 2009	totaal 2008	totaal 2007
Groningen	142.995	19.710	0	162.705	162.452	162.929
Friesland	174.244	61.722	49.530	285.496	282.348	217.300
Drenthe	96.564	42.705	0	139.269	136.740	121.122
IJsselland	76.752	52.560	5.840	135.152	122.527	125.141
Twente	104.390	0	0	104.390	102.177	101.923
Noordoost Gelderland	105.000	26.645	6.704	138.349	133.209	131.559
Gelderland Midden	89.390	2.920	0	92.310	82.711	78.184
Gelderland Zuid	92.300	0	0	92.300	92.300	85.118
Utrecht	203.322	0	0	203.322	188.368	170.284
Noord-Holland Noord	103.153	1.656	8.024	112.833	110.965	112.250
Amsterdam/Waterland	182.624	0	0	182.624	178.048	193.024
Kennemerland	100.672	0	0	100.672	100.256	67.808
Gooi- en Vechtstreek	35.880	0	0	35.880	39.000	33.540
Haaglanden	131.476	0	0	131.476	127.710	128.800
Hollands Midden	117.902	0	0	117.902	117.902	112.730
Rotterdam-Rijnmond	176.500	0	0	176.500	174.464	168.600
Zuid-Holland Zuid	72.897	5.945	7.013	85.855	82.510	79.800
Zeeland	77.520	35.256	0	112.776	107.973	107.973
Midden West Brabant	153.768	0	0	153.768	143.635	139.184
Brabant Noord	91.224	0	0	91.224	88.090	84.910
Brabant-Zuidoost	92.116	0	0	92.116	80.434	84.496
Noord- en Midden Limburg	78.428	0	0	78.428	79.804	79.853
Zuid Limburg	86.698	0	2.160	88.858	81.090	79.602
Flevoland	65.932	11.680	0	77.612	73.216	73.216
totaal	2.651.747	260.799	79.271	2.991.817		
<i>totaal in 2008</i>	<i>2.559.003</i>	<i>243.901</i>	<i>85.025</i>		<i>2.887.929</i>	
<i>totaal in 2007</i>	<i>2.410.363</i>	<i>213.392</i>	<i>115.591</i>			<i>2.739.346</i>

n.b.: in bovenstaande tabel ontbreken de beschikbare uren AZRR/BIOS-groep in de regio Rotterdam-Rijnmond

grafiek 7.3.2: totaal aantal beschikbare uren per regio in 2009



n.b.: in bovenstaande grafiek ontbreken de beschikbare uren van één van de ambulanceorganisaties in de regio Rotterdam-Rijnmond

7.4 RAV-vorming en Wet Ambulancezorg

een sector in ontwikkeling

De ambulancezorg is een sector in beweging, letterlijk maar ook gezien de historie. Uit de geschiedenis blijkt dat er al in de 17e eeuw sprake was van een zekere vorm van ziekenvervoer, al is dit gezinszins vergelijkbaar met de huidige ambulancezorg.

In de tweede helft van de 20e eeuw heeft het ziekenvervoer zich ontwikkeld tot ambulancevervoer. In de jaren '90 van de vorige eeuw is de sector via ambulancehulpverlening inmiddels ambulancezorg geworden.

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

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

In de loop der jaren is het aantal ambulancediensten aanzienlijk afgenomen: van 236 diensten met 767 ambulances in 1976, naar 129 diensten met 641 ambulances in 1995 tot 34 ambulancebedrijven met 695 ambulances in 2009.

RAV-vorming

In 1997 is de VWS-nota 'Met zorg verbonden' verschenen. In deze nota is een aanzet gegeven voor een verandering in de organisatie van het ambulancevervoer, is de term ambulancezorg voor het eerst genoemd en is vastgelegd dat de ambulancezorg op regionale schaal georganiseerd moet worden in de vorm van regionale ambulancevoorzieningen (RAV-en). Sinds 2000 is wet- en regelgeving in het verlengde hiervan in voorbereiding en in december 2008 is de Wet Ambulancezorg door de Eerste Kamer aangenomen.

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

Er zijn 25 RAV-regio's, gekoppeld aan de regiogrenzen van de 25 veiligheidsregio's in Nederland. In de meeste regio's was in 2009 inmiddels een RAV gerealiseerd, echter nog niet overal. Daar waar een RAV is gerealiseerd, kan dit een fusie-RAV of een samenwerkings-RAV zijn. In dit laatste geval bestaat de RAV in de praktijk nog uit meerdere rechtspersonen en kan het voorkomen dat de meldkamer ambulancezorg geen onderdeel van de RAV is.

kaart 7.4.1: RAV-en en regio's in Nederland in 2009



Meldkamer Ambulancezorg

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

kaart 7.4.2: MKA onderdeel van de RAV in 2009



Wet Ambulancezorg

Op 28 oktober 2004 heeft de minister van VWS het wetsvoorstel Ambulancezorg ingediend bij de Tweede Kamer. In maart 2006 heeft de Tweede Kamer het wetsvoorstel behandeld, om het op 11 april 2006 aan te nemen. Op 2 december 2008 heeft de Eerste Kamer het wetsvoorstel aangenomen.

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

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

Wanneer de Wet Ambulancezorg in werking treedt, zal er in iedere regio één regionale ambulancevoorziening (RAV) zijn. De minister van VWS zal de RAV-en een vergunning voor onbepaalde tijd tot het verrichten van ambulancezorg verlenen. Ambulancezorg omvat het in standhouden van een meldkamer en het daadwerkelijk verlenen of doen verlenen van ambulancezorg, zo stelt de WAZ. Het is dan aan

anderen dan de RAV verboden ambulancezorg te verrichten, tenzij daar een overeenkomst met een RAV aan ten grondslag ligt en een opdracht van de meldkamer ambulancezorg. De bestuurlijke regie van de ambulancezorg ligt bij de minister van VWS, die verantwoordelijk is voor de (gezondheids)zorg in Nederland. De financiering van de ambulancezorg vindt plaats vanuit premie-middelen, zorgverzekeraars hebben de taak voldoende ambulancezorg voor hun verzekerden in te kopen.

Voor de sector ambulancezorg betekent het aannemen van de Wet Ambulancezorg het sluitstuk van de ontwikkeling van de sector gedurende het afgelopen decennium. De sector heeft, zoals al eerder benoemd, zich ontwikkeld van een branche waar de nadruk op vervoer lag tot een sector die volwaardige (ambulance)zorg biedt.

Het jaar 2009 heeft in het teken gestaan van de voorbereiding van de inwerkingtreding van de WAZ. Deze activiteiten zullen in 2010 voortgezet worden.

7.5 variatie in rechtspersonen

Vanuit de historie van de sector is het gegroeid dat de RAV-en en overige ambulanceorganisaties uiteenlopend georganiseerd zijn. In grote lijnen is er een onderscheid tussen publiekrechtelijke en privaatrechtelijke RAV-en en ambulanceorganisaties. Daarnaast zijn er zijn ook B3-stichtingen, dit zijn privaatrechtelijke stichtingen die in het verleden de CAR-UWO van de publiekrechtelijke ambulanceorganisaties volgden. Sinds 2008 kennen zij een eigen CAO.

De privaatrechtelijke RAV-en en ambulanceorganisaties zijn nagenoeg allen stichtingen. De publiekrechtelijke RAV-en hebben de vorm van een gemeenschappelijke regeling. De verdeling zag er in 2009 grofweg als volgt uit: bijna 40% was publiekrechtelijk georganiseerd, bijna 40% was privaatrechtelijk georganiseerd, waarvan een deel B3-stichtingen (15% van het totaal).

Een en ander heeft gevolgen voor de arbeidsvoorwaarden binnen de sector ambulancezorg. In 2009 waren er vier verschillende CAO's:

- de privaatrechtelijke RAV-en volgen de CAO Ambulancezorg
- de publiekrechtelijke RAV-en volgen de gemeentelijke CAR-UWO
- de (privaatrechtelijke) B3-stichtingen volgen de eigen CAR-B4 CAO
- een enkele dienst volgde in 2008 nog de CAO Ziekenhuizen

Overigens zijn de materiële verschillen tussen de verschillende arbeidsvoorwaarden minimaal en zijn deze op de belangrijkste onderdelen volledig geharmoniseerd.

In 2009 is door diverse betrokkenen uit de sector veel energie gestoken in het komen tot één CAO voor de ambulancezorg, met name naar aanleiding van de Wet Ambulancezorg. Begin 2010 is deze ene gezamenlijke CAO voor alle RAV-en en ambulanceorganisaties overeengekomen. Deze zal per 1 januari 2011 in werking treden (gekoppeld aan de inwerkingtreding van de Wet Ambulancezorg).

bijlagen

- Bijlage 1** Kernset 2009 en definities
- Bijlage 2** Toelichting gebruikte medische terminologie
- Bijlage 3** Verantwoording RIVM
- Bijlage 4** Gebruikte afkortingen
- Bijlage 5** Relevante documenten
- Bijlage 6** Leden Ambulancezorg Nederland
- Bijlage 7** Standplaatsen in Nederland

Bijlage 1 Kernset 2009 en definities

ALG Algemeen

NAW-gegevens

ALG	1.1	naam RAV / MKA / regio
ALG	1.2	adres
ALG	1.3	postcode
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 er een RAV aanwezig 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 meldkamer

capaciteit

ALG	2.1	aantal aanhangsels: het aantal ambulances waarvoor de RAV/ambulanceorganisatie een vergunning heeft
ALG	2.2	aantal standplaatsen en welke

ingeroosterde uren

ALG	3	totaal aantal uren in het dienstrooster in 2009
	3.1	paraatheid: het tijdsbestek dat het ambulanceteam te allen tijde arbeid verricht of dient te verrichten
	3.2	aanwezigheidsdienst: het ambulanceteam is op de dienst/post aanwezig om op afroep arbeid te verrichten die is voorzien
	3.3	beschikbaarheidsdienst: het op afroep beschikbaar zijn om arbeid te verrichten die is voorzien, het ambulance-team is niet aanwezig op de dienst/post

regionale gegevens

ALG	4.1	aantal inwoners RAV-regio (conform CBS-gegevens)
ALG	4.2	oppervlakte RAV-regio (conform CBS-gegevens)

PP Primair proces ambulancezorg, logistiek

PP-A1 A1-inzetten

PP-A1	1.1	aantal A1-inzetten een A1-inzet is een spoedeisende inzet 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. De ambulance maakt altijd gebruik van optische en geluidssignalen.
PP-A1	2.1	tijdsduur aanname en uitgifte A1- inzetten De tijdsduur vanaf het begin van de aanname (= het opnemen van de telefoon) door de centralist van de MKA tot het moment waarop de centralist de ritopdracht heeft verstrekt aan het uitvoerende ambulanceteam.
PP-A1	2.2	uitruktijd A1- inzetten 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 (ambulancechauffeur + ambulanceverpleegkundige) naar de door de centralist opgegeven plaats.
PP-A1	2.3	aanrijtijd A1-ritten 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.
PP-A1	2.4	aanrijtijd A1- inzetten 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.
PP-A1	3.1	aantal A1- inzetten binnen 15 minuten na start melding ter plekke
PP-A1	3.2	% A1- inzetten binnen 15 minuten na start melding ter plekke

PP-A2 A2-inzetten

PP-A2	1.1	aantal A2- inzetten Een A2-inzet is een inzet in opdracht van de centralist 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. Het gebruik van optische en geluidssignalen is toegestaan, mits dit is gecommuniceerd met de centralist van de MKA.
PP-A2	1.1.1	aantal A2- inzetten met gebruik van optische en geluidssignalen
PP-A2	1.1.2	aantal A2- inzetten zonder gebruik van optische en geluidssignalen

PP-A2	2.1	tijdsduur aanname en uitgifte A2- inzetten
PP-A2	2.2	uitruktijd A2- inzetten
PP-A2	2.3	aanrijtijd A2- inzetten
PP-A2	2.4	responstijd A2- inzetten
PP-A2	3.1	aantal A2- inzetten binnen 30 minuten na start melding ter plekke
PP-A2	3.2	% A2- inzetten binnen 30 minuten na start melding ter plekke

PP-B B-inzetten

PP-B	1.1	aantal B- inzetten Een B-inzet is een inzet 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.
------	-----	--

PP-E EHGv-inzetten

PP-E	1.1	aantal EHGv-inzetten (Eerst Hulp Geen Vervoer) Een EHGv-inzet is 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 gebleken is.
------	-----	--

PP-L Loze ritten

PP-L	1.1	aantal loze ritten Een loze rit is 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.
------	-----	---

PP-V Voorwaardenscheppende ritten

PP-V	1.1	aantal voorwaardenscheppende ritten Een voorwaardenscheppende rit is 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.
------	-----	--

PP-DAM Ritten ten behoeve van andere regio's

PP-DAM	1.1	aantal A1- inzetten ten behoeve van andere regio's
PP-DAM	2.1	aantal A2- inzetten ten behoeve van andere regio's
PP-DAM	3.1	aantal B- inzetten ten behoeve van andere regio's

PP-MICU MICU-ritten

PP-MICU	1	aantal MICU-ritten
PP-MICU	1.1	aantal MICU-ritten Onder MICU-rit wordt verstaan 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.

PR Productie

PR	1.1	afspraken 2008: totaal aantal declarabele inzetten A1 + A2 + B
PR	1.2	afspraken 2008: totaal aantal EHGv- inzetten
PR	2.1	afspraken 2008: totaal aantal kilometers

K Kwaliteit

K	1.1	HKZ-gecertificeerd, sinds?
K	1.2	indien HKZ-certificering ontbreekt: verwachte datum waarop de organisatie HKZ-gecertificeerd zal zijn
K	2.1	aantal klachten Onder klacht wordt verstaan een uiting van onvrede over behandeling of bejegening die op de juiste wijze (de indienende persoon heeft recht van spreken en de klacht moet schriftelijk en ondertekend worden ingediend) is ingediend bij de RAV.

MI Medisch-inhoudelijke gegevens

MI-AP Algemene patiëntgegevens

MI-AP	1	<i>geslacht patiënt</i>
MI-AP	1.1	aantal mannen
MI-AP	1.2	aantal vrouwen
MI-AP	2	<i>leeftijd patiënt</i>
	2.1	aantal patiënten:
	2.2	van 0 uur tot en met 24 uur
	2.3	van 24 uur (1 dag) tot en met 72 uur (3 dagen)
	2.4	van 72 uur (3 dagen) tot en met 30 dagen (1 maand)
	2.5	van 1 maand (31 dagen) tot en met 1 jaar
	2.6	van 1 jaar tot en met 16 jaar
	2.7	van 16 jaar tot en met 74 jaar
	2.8	van 75 jaar en ouder

MI-Wd Werkdiagnose / toestandbeeld

MI-WdM/1	<i>Toestandbeeld Meldkamer Ambulancezorg (MKA) /werkdiagnose ambulanceteam</i>
WdA	<i>aantal patiënten:</i>
	1.1 traumatologie/heelkunde

- 1.2 interne geneeskunde
- 1.3 pulmonologie
- 1.4 cardiologie
- 1.5 neurologie
- 1.6 gynaecologie/obstetrie
- 1.7 overig
(n.b.: definities en omschrijvingen in bijlage 2)

MI-H (Voorbehouden) handelingen

MI-HA Ademhaling

- MI-HA 1.1 aantal mayo-tubes
- MI-HA 1.2 aantal masker-ballonbeademingen
- MI-HA 1.3 aantal endotracheale intubaties
- MI-HA 1.4 aantal cricothyreotomieën
- MI-HA 1.5 aantal spoedthoraxdrainages
- MI-HA 1.6 aantal zuurstofoedelingen
(n.b.: definities en omschrijvingen in bijlage 2)

MI-HC Circulatie

- MI-HC 1.1 aantal intramusculaire naalden
- MI-HC 1.2 aantal intraveneuze naalden
- MI-HC 1.3 aantal intraossale naalden
(n.b.: definities en omschrijvingen in bijlage 2)

MI-HCa Cardiologische handelingen

- MI-HCa 1 *handelingen met betrekking tot reanimatie*
- MI-HCa 1.1 aantal patiënten met een acute hartstilstand
- MI-HCa 1.2 aantal reanimaties
- MI-HCa 1.3 aantal patiënten met een acute hartstilstand dat door een first responder met een AED is behandeld
- MI-HCa 1.4.1 aantal patiënten met een acute hartstilstand waarbij het eerste ritme defibrilleerbaar was
- MI-HCa 1.4.2 aantal patiënten met een acute hartstilstand waarbij het eerste ritme niet defibrilleerbaar was
- MI-HCa 1.5 aantal patiënten met een acute hartstilstand met ROSC bij aankomst ziekenhuis
(n.b.: definities en omschrijvingen in bijlage 2)

MI-HCa 2 overige cardiologische handelingen

- MI-HCa 2.1 aantal cardioversies
- MI-HCa 2.2 aantal transcutane pacebehandelingen

MI-HO Overige Handelingen

MI-HOp Partus

- MI-HOp 1.1 aantal parti

MI-AV Aanvullende voorzieningen ambulancezorg

- MI-AV 1.1.1 aantal MMT-inzetten, primaire inzet (heli en grondgebonden)
- MI-AV 1.1.2 aantal MMT-inzetten, secundaire inzet (heli en grondgebonden)
Een Medisch Mobiel Team (MMT) bestaat uit een arts en een verpleegkundige. Het MMT levert ter plekke specialistische acute medische zorg aan slachtoffers van ernstige ongevallen en rampen. De zorg door het MMT vormt een aanvulling op de reguliere ambulancehulpverlening.
- MI-AV 1.2 aantal inzetten first responder
Een *first responder* is een hulpverlener, anders dan een ambulancezorgverlener, die eerder dan het ambulanceteam ter plaatse kan zijn en in afwachting daarvan levensreddende handelingen kan verrichten. De inzet van de first responder wordt altijd opgevolgd door de inzet van een ambulance-eenheid.
- MI-AV 1.3 aantal inzetten rapid responder
Een *rapid responder* is een ambulanceverpleegkundige die geheel zelfstandig ter plaatse handelt, al dan niet in afwachting van de komst van een ambulance, huisarts, verloskundige, etc.

Personeel & Organisatie

P&O F Formatie

- P&O-F 1 *beschikbaar personeel in fte*
- P&O-F 1.1.1 totaal aantal werkzame personen
- 1.2.1 waarvan: aantal ambulanceverpleegkundigen
- 1.2.2 waarvan: aantal ambulancechauffeurs
- 1.2.3 waarvan: aantal verpleegkundig centralisten MKA
- 1.2.4 aantal niet-verpleegkundig centralisten MKA
- 1.3.1 waarvan: aantal overig

- P&O-F 2 *beschikbaar personeel in fte*
- P&O-F 2.1.1 totaal aantal werkzame personen
- 2.2.1 waarvan: aantal ambulanceverpleegkundigen
- 2.2.2 waarvan: aantal ambulancechauffeurs
- 2.2.3 aantal verpleegkundig centralisten MKA
- 2.2.4 aantal niet-verpleegkundig centralisten MKA
- 2.3.1 waarvan: aantal overig

P&O-L Leeftijden

- P&O-L 1 *aantal werkzame personen RAV:*
- 1.1 < 20 jaar
- 1.2 20-25 jaar
- 1.3 25-30 jaar
- 1.4 30-35 jaar

- 1.5 35-40 jaar
- 1.6 40-45 jaar
- 1.7 45-50 jaar
- 1.8 50-55 jaar
- 1.9 55-60 jaar
- 1.10 > 60 jaar

P&O-M In-, door- en uitstroombelief (mobiliteit)

P&O-M 1 instroom

- P&O-M 1.1 instroompercentage 2008
aantal ingestroomde:
 - 1.1.1 ambulanceverpleegkundigen
 - 1.1.2 ambulancechauffeurs
 - 1.1.3 verpleegkundig centralisten MKA
 - 1.1.4 niet-verpleegkundig centralisten MKA

- P&O-M 1.2 reden van instroom:
 - 1.2.1 arbeidsvoorwaarden
 - 1.2.2 arbeidsomstandigheden
 - 1.2.3 inhoud en kenmerken van de functie
 - 1.2.4 geografische redenen
 - 1.2.5 ontwikkelmogelijkheden, uitstraling organisatie en/of werkzaamheden
 - 1.2.6 zorgberoep
 - 1.2.7 overige redenen

- P&O-M 1.3 instroomrichtingen ambulanceverpleegkundigen en (niet) verpleegkundig centralisten MKA
 - 1.3.1 collega-RAV/ambulanceorganisatie
 - 1.3.2 MKA
 - 1.3.3 ziekenhuis, intensive care
 - 1.3.4 ziekenhuis, spoedeisende hulp
 - 1.3.5 ziekenhuis, cardiologie
 - 1.3.6 ziekenhuis, overige
 - 1.3.7 school
 - 1.3.8 anders dan boven genoemd

- P&O-M 1.4 instroomrichting ambulancechauffeurs
 - 1.4.1 collega-RAV/ambulanceorganisatie
 - 1.4.2 chauffeursvak
 - 1.4.3 zorgachtergrond
 - 1.4.4 defensie
 - 1.4.5 school
 - 1.4.6 andere achtergrond

P&O-M 2 uitstroom

- P&O-M 2.1 uitstroompercentage 2008
aantal uitgestroomde:
 - 2.1.1 ambulanceverpleegkundigen
 - 2.1.2 ambulancechauffeurs
 - 2.1.3 verpleegkundig centralisten MKA
 - 2.1.4 niet-verpleegkundig centralisten MKA

- P&O-M 2.2 reden van uitstroom:
 - 2.2.1 ontslag
 - 2.2.2 beëindiging van de arbeidsovereenkomst voor bepaalde tijd
 - 2.2.3 andere functie of dienstbetrekking binnen de sector
 - 2.2.4 andere functie of dienstbetrekking buiten de sector
 - 2.2.5 VUT/pensioen
 - 2.2.6 WIA/arbeidsongeschiktheid
 - 2.2.7 overlijden
 - 2.2.8 overige redenen

- P&O-M 2.3 uitstroomrichting:
 - 2.3.1 ziekenhuis
 - 2.3.2 andere functie binnen de zorg
 - 2.3.3 functie buiten de sector

P&O-div diversen

P&O-div 1 aantal dienstjaren

- 1.1 < 1 dienstjaar
- 1.2 1-5 dienstjaren
- 1.3 5-10 dienstjaren
- 1.4 10-15 dienstjaren
- 1.5 15-20 dienstjaren
- 1.6 20-25 dienstjaren
- 1.7 25-30 dienstjaren
- 1.8 30-35 dienstjaren
- 1.9 35-40 dienstjaren
- 1.10 > 40 dienstjaren

P&O-div 2 CAO

- 2.1 welke CAO hanteert de RAV? (CAO Ambulancezorg, CAR-UWO, CAO Ziekenhuizen)

AO Arbeidsomstandigheden

AO	1.1	ziekteverzuimpercentage het ziekteverzuim vanaf 42 kalenderdagen (= 6 weken) tot en met 91 kalenderdagen (= 13 weken)
AO	2.1	ziekteverzuimpercentage kortdurend ziekteverzuim (1 t/m 7 dagen) het ziekteverzuim vanaf 1 kalenderdag tot en met 7 kalenderdagen (= 1 week)
AO	2.2	ziekteverzuimpercentage middellangdurend ziekteverzuim (1 week tot 6 weken) het ziekteverzuim vanaf 8 kalenderdagen (= 1 week) tot en met 42 kalenderdagen (= 6 weken)
AO	2.3	ziekteverzuimpercentage langdurend ziekteverzuim I (6 tot 13 weken) het ziekteverzuim vanaf 42 kalenderdagen (= 6 weken) tot en met 91 kalenderdagen (= 13 weken)
AO	2.4	ziekteverzuimpercentage langdurend ziekteverzuim II (> 13 weken) het ziekteverzuim vanaf 92 kalenderdagen (= 13 weken) tot en met 182 kalenderdagen (= 26 weken)
AO	2.5	ziekteverzuimpercentage langdurend ziekteverzuim III (> 26 weken, max. 2 jaar) het ziekteverzuim vanaf 183 kalenderdagen (= 26 weken) tot en met 730 kalenderdagen (= 2 jaar)
AO	3.1	WIA-instroom in aantal
AO	3.2	WIA-instroom in %

A&G Agressie & geweld

A&G 1 aantal incidenten

- 1.1 verbale agressie of verbaal geweld
Onder *verbale agressie of verbaal geweld* wordt verstaan:
- belediging
 - vernedering
 - smaad
 - treiteren
 - discriminatie
 - op grond van geslacht
 - op grond van seksuele geaardheid
 - op grond van huidskleur/herkomst
 - op grond van religie
 - uitschelden
 - verbale bedreigingen
 - intimidatie
 - vloeken

- 2.1 serieuze bedreiging
Onder *serieuze bedreiging* wordt verstaan:
- houding, gebaar
 - stalken
 - dwingen tot taken
 - bemoeilijken/onmogelijk maken of juist dwingen tot handelingen/werkzaamheden
 - lokaalvredebreuk
 - schennis der eerbaarheid
 - poging tot schoppen, slaan, verwonden
- 3.1 fysieke agressie of fysiek geweld
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
- 4.1 seksuele intimidatie, agressie of geweld
Onder *seksuele intimidatie, agressie of geweld* wordt verstaan:
- seksueel getinte opmerkingen en gedragingen
 - aanranden
 - verkrachten
 - handtastelijkheden

A&G-TL incident: waar en wanneer?

A&G-TL 1 dag en tijdstip waarop het incident heeft plaatsgevonden

A&G-TL	1.1 t/m 7	aantal incidenten op maandag, dinsdag, woensdag, donderdag, vrijdag, zaterdag en zondag
	1.1.1	tussen 0.00 en 7.00 uur
	1.1.2	tussen 7.00 en 18.00 uur
	1.1.3	tussen 18.00 en 0.00 uur

A&G 2 locatie waar het incident heeft plaatsgevonden

- 2.1 tijdens telefonisch contact
- 2.2 binnen bij de patiënt
- 2.3 binnen in een zorginstelling
- 2.4 buiten op straat
- 2.5 op overige locaties (welke?)

A&G-O aanleiding van het incident

A&G-O 1 *incidenten waarbij de aanleiding van het incident bekend is*

- A&G-O 1.1 aantal incidenten aanleiding bekend
aanleiding houdt verband met:
- 1.2.1 emotie
 - 1.2.2 alcohol
 - 1.2.3 drugs
 - 1.2.4 psychische gesteldheid patiënt
 - 1.2.5 combinatie van factoren (welke?)
 - 1.2.6 andere factoren (welke?)

A&G-O 2 *incidenten waarbij de aanleiding van het incident niet bekend is*

- A&G-O 2.1 aantal incidenten aanleiding onbekend

A&G-D Dader/veroorzaker van het incident

A&G-O 1 *incidenten waarbij de patiënt de dader/veroorzaker is*

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

A&G-O 2 *incidenten waarbij de dader/veroorzaker een ander dan de patiënt zelf is*

- aantal incidenten veroorzaakt door:
- 2.1 familieleden of direct betrokkenen
 - 2.2 omstanders
 - 2.3 andere hulpverlener
 - 2.4 andere dader/veroorzaker (welke?)

A&G-JC Juridische consequenties van het incident

A&G-JC 1 *is er aangifte van het incident gedaan bij de politie?*

- 1.1 aangifte
- 1.2 geen aangifte
- 1.3 aangifte niet bekend

A&G-JC 2 *is er proces verbaal opgemaakt door de politie?*

- 2.1 proces verbaal
- 2.2 geen proces verbaal
- 2.3 proces verbaal niet bekend

A&G-JC 3 *zijn er strafrechtelijke consequenties aan het incident verbonden?*

- 3.1 aantal incidenten met strafrechtelijke consequenties
- 3.1.1 boete

- 3.1.2 strafrechtelijke vervolging
- 3.1.3 taakstraf
- 3.1.4 andere strafrechtelijke consequenties (welke?)
- 3.2 aantal incidenten zonder strafrechtelijke consequenties
- 3.3 aantal incidenten waarvan strafrechtelijk consequenties onbekend

A&G-Sp

ondersteuning door de RAV/ambulanceorganisatie

aantal incidenten:

- 1.1 zonder ondersteuning door RAV/ambulanceorganisatie
- 1.2 met eerste opvang
- 1.3 met BO-team
- 1.4 met ondersteuning bij aangifte
- 1.5 met externe opvang via RAV/ambulanceorganisatie
- 1.6 met andere ondersteuning (welke?)

Bijlage 2 Toelichting gebruikte medische terminologie

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

hoofdspecialismen

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

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

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

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

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

Bij *gynaecologie/obstetrie* gaat het -in het kader van ambulancezorg- vooral 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 3 Verantwoording RIVM

Inleiding

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

- buiten het RIVM: Voor de registratiepakketten Ravis en OpenCare:AMBU hebben de producenten FACE en CENTRIC modules ontwikkeld voor een selectie van ritgegevens. Deze modules zijn oorspronkelijk ontwikkeld voor het onderzoek Landelijk Referentiekader Spreiding en Beschikbaarheid en in 2008 aangepast voor het sectorrapport 2007. In 2009 en 2010 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.

Drie regio's hadden een afwijkend formaat ritgegevens. Twee regio's konden ritgegevens van vervoerders zelf niet integreren, waardoor het RIVM extra werkzaamheden moest verrichten. Eén regio had een afwijkend formaat van zowel de aangeleverde ritgegevens alsook een afwijkend formaat van variabelen. Ook hier heeft het RIVM extra werkzaamheden moeten verrichten.

Selectie van productiecijfers

Voor de selectie van de productiecijfers is een aantal stamtabellen van groot belang. Dit zijn de stamtabellen 'Organisatie' of 'Vervoerder', 'Standplaats' en/of 'Wagen' (of 'ambulancenummer') en 'Soort vervoer'. De stamtabellen 'Organisatie' en 'Vervoerder' geven codes die aangeven of een inzet is uitgevoerd door en voor de eigen RAV. De stamtabel 'Standplaats' bepaalt door welke standplaats de inzet is uitgevoerd. Soms wordt een inzet door een standplaats uit een andere regio uitgevoerd, deze worden dan niet bij de productie van de ene regio meegenomen. Een aantal regio's maken geen gebruik van de standplaats codering, maar hanteert in plaats daarvan het wagennummer, of ambulancenummer. Hierbij hebben wij getracht aan te sluiten bij het 'Nationaal Nummerplan' (versie 4.0, mei 2007). Geconstateerd werd dat niet alle RAV-en dit uniforme nummerplan hanteren. 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
- voorwaardenschepende 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 het RIVM de productiecijfers corrigeert 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 centroïde van de uitvoerende RAV gehanteerd. De volgende tabel geeft een overzicht van de aantallen ritten die op deze manier worden bepaald.

Stap	Aantal ritten
1 Buitenland	1.582
2 Valide PC4, ontleend aan de 6-positie postcode	1.173.298
3 Valide afhaalplaats: van de plaatsnaam is de 4-positie postcode gehanteerd	20.040
4 Gecorrigeerde plaatsnaam: veelvoorkomende type-fouten of varianten van plaatsnamen worden gecorrigeerd	1.664
5 Centroïde van de RAV	3.183
Totaal	1.199.767

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 toegeedeeld aan de uitvoerende RAV-regio.

Criteria meetplannen

De aantallen spoedritten worden vervolgens verder gefilterd ten behoeve van de analyse van de geregistreeerde 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 inter-regionale 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. Voorwaardenscheppend
10. SEH (presentatie)

Uitwerking tijdenanalyse

De AZN-meetplannen zijn in 2010 anders geïnterpreteerd dan in voorgaande jaren. 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 aanrijtijd op een ander aantal ritten gebaseerd kan zijn dan de gemiddelde uitruktijd.
- Regio's konden per tijdsinterval ritten met 'plotfouten', 'meerinzetten' en 'dubbele ritten' 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 (G-positie postcode, straat en huisnummer), urgentie, tijdsduur aanname en uitgifte, tijd opdracht ambulance, tijd vertrek ambulance, tijd aankomst patiënt en wagennummer.*

Vervolgens worden 'meerinzetten' uitgefilterd. De regio's hadden de mogelijkheid om zelf meerinzetten aan te geven. Er zijn twee regio's die dit hebben gedaan. Voor de andere regio's is een generieke methode gehanteerd, met dezelfde definitie als vorig jaar, die als volgt is: *Een rit Y is een meerinset als Y met een rit X de volgende velden gelijk heeft: datum, afhaaladres (G-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.*

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

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

Plotfout tijdsduur aanname en uitgifte: *Een rit heeft een plotfout op de tijdsduur aanname en uitgifte als de tijdsduur aanname en uitgifte nul is of als deze groter is dan 10 minuten (A1-rit) of groter dan 20 minuten (A2-rit).*

Plotfout uitruktijd: *Een rit heeft een plotfout op de uitruktijd als de uitruktijd nul is of als deze groter is dan 10 minuten (A1-rit) of groter dan 20 minuten (A2-rit).*

Plotfout aanrijtijd: *Een rit heeft een plotfout op de aanrijtijd als de aanrijtijd nul is of als deze groter is dan 30 minuten (A1-rit) of groter dan 60 minuten (A2-rit).*

Plotfout responstijd: *Een rit heeft een plotfout op de responstijd als de responstijd nul is of als deze groter is dan 40 minuten (A1-rit) of groter dan 70 minuten (A2-rit).*

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

Generiek plotfoutfilter

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

Bijlage 4 Gebruikte afkortingen

ABCD (-methode)	=	Airway Breathing Circulation Disability
AED	=	Automatische Externe Defibrillator
AZN	=	Ambulancezorg Nederland
(wet) BIG	=	Beroepen Individuele Gezondheidszorg
BKZ	=	ministerie van Binnenlandse en Koninkrijkszaken
COPD	=	Chronic Obstructive Pulmonary Disease
CPA	=	Centrale Post Ambulancezorg
DAM	=	Dynamisch Ambulancemanagement
EHGV	=	Eerste Hulp Geen Vervoer
GHOR	=	Geneeskundige Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen
HBO	=	Hoger Beroepsonderwijs
HKZ	=	Harmonisatie Kwaliteit Zorginstellingen
IC	=	intensive care
MICU	=	Mobiele Intensive Care Unit
MKA	=	Meldkamer Ambulancezorg
MMT	=	Mobiel Medisch Team
RAV	=	Regionale Ambulancevoorziening
ROSC	=	Return Of Spontaneous Circulation
SAR	=	Search and Rescue
SEH	=	Spoedeisende Hulp
VWS	=	ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport
WAV	=	Wet Ambulancevervoer
WAZ	=	Wet Ambulancezorg
WTZi	=	Wet Toelating Zorginstellingen

Bijlage 5 Relevante documenten

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

Nota Verantwoorde Ambulancezorg, versie 3.0, Ambulancezorg Nederland, 2009

Referentiekader Spreiding & Beschikbaarheid, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2009

Uniform Begrippenkader Ambulancezorg, versie 2.0, Ambulancezorg Nederland, 2009

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

Bijlage 6 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
14	Gooi- en Vechtstreek RAV Gooi & Vechtstreek

15	Haaglanden Ambulancedienst GGD Den Haag Ambulancezorg Het Witte Kruis BV Ambulancezorg Zoetermeer Hulpverleningsregio Haaglanden, locatie CPA
16	Hollands Midden RAD Hollands Midden RAD Hollands Midden (CPA)
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 West Brabant Gemeenschappelijk Meldcentrum Midden en West Brabant RAV Midden-West Brabant
21	Brabant Noord RAV Brabant-Noord
22	Brabant-Zuidoost Veiligheidsregio Brabant-Zuidoost
23	Noord- en Midden Limburg RAV Limburg Noord
24	Zuid Limburg CPA Zuid-Limburg RAV Zuid-Limburg
25	Flevoland CPA Flevoland RAV Flevoland
	Schiphol Airport Medical Services Broeder de Vries Dutch Medical Services B.V.

Bijlage 7

Standplaatsen in Nederland

1 Groningen

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

2 Friesland

Ameland
Buitenpost
Dokkum
Drachten
Harlingen
Heerenveen
Koudum
Leeuwarden UMCG
Leeuwarden Kijlstra Groep
Lemmer/Balk
Oosterwolde
Schiermonnikoog
Stiens
Sneek
Terschelling
Vlieland

3 Drenthe

Annen
Assen
Beilen
Borger
Coevorden
Dwingeloo
Emmen
Hoogeveen
Klazienaveen
Meppel
Roden
Eelde

4 IJsselland

Zwolle
Raalte
IJsselmuiden
Ommen
Hardenberg
Deventer
Balkbrug
Steenwijk
Zwartsluis
Lichtmis

5 Twente

Almelo
Enschede
Haaksbergen
Hengelo
Markelo
Nijverdal
Oldenzaal
Tubbergen
Vroomshoop

6 Noordoost Gelderland

Apeldoorn
Borculo
Doetinchem
Elburg
Ermelo
Heerde
Varsseveld
Winterswijk
Zutphen

7 Midden Gelderland

Arnhem
Barneveld
Dieren
Ede
Elst
Renkum
Zevenaar

8 Gelderland Zuid

Nijmegen
Tiel
Wijchen
Druten
Geldermalsen
Kesteren
Zaltbommel
Culemborg

9	Utrecht	Utrecht - Noord Maarsssen Utrecht - Centrum Nieuwegein Vinkeveen Woerden Amersfoort - Centrum Amersfoort - Noord Zeist Doorn Rhenen	15	Haaglanden	Centrum Westeinde Mariahoeve Bezuidenhoutseweg Wassenaar Hofkampweg Mangaanstraat Naaldwijk Westland Zuideinde Forepark Moldau Zichtenburglaan Zoetermeer Blauwroodlaan Delft Engelsestraat
10	Noord-Holland Noord	Veiligheidsregio NHN Den Helder Veiligheidsregio NHN Hoorn/Wognum Veiligheidsregio NHN Den Burg Veiligheidsregio NHN Hoogkarspel Veiligheidsregio NHN Wieringerwerf Ambulancedienst Kennemerland Alkmaar Noord Ambulancedienst Kennemerland Alkmaar Zuid Ambulancedienst Kennemerland De Mossel Ambulancedienst Kennemerland Schagen	16	Hollands Midden	Moordrecht Nederlek Gouda Alphen a/d Rijn Nieuwveen Leiden Leiderdorp Noordwijk De Zilk
11	Amsterdam/Waterland	Valckenierstraat Karperweg Purmerend Zaandam Amstelveen Amsterdam ZO Aalsmeer Monnickendam Westzaan	17	Rotterdam-Rijnmond	Capelle aan den IJssel Rotterdam Centrum Rotterdam Noord Barendrecht Schiedam Spijkenisse Haringvlietdam Noord (Hellevoetsluis) Brielle Dirksland
12	Kennemerland	Heemskerk Velsen-Zuid Haarlem Hoofddorp	18	Zuid-Holland Zuid	Dordrecht Gorinchem Klaaswaal Meerkerk Papendrecht Zwijndrecht
14	Gooi- en Vechtstreek	Zuid Noord Vechtstreek	19	Zeeland	Middelburg Goes Zierikzee Tholen Rilland Neeltje Jans Oostkapelle Oostburg Terneuzen Hulst

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

