



Ambulances in-zicht 2008

Colofon

Ambulancezorg Nederland

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

Tekst

Ambulancezorg Nederland

Cijfers, tabellen en grafieken

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

Kaarten

RIVM, Bilthoven

Redactiecommissie

Peter Duijf, Erik Grummels, Gerard Leerkes

Met dank aan

Gerard Berendschot, Carolien Bloem, Pieter van Exter, Thijs Gras, Wiro Gruijters, Marleen Hogen Esch, Geert Jan Kommer, Johan Legebeke, Paulien van der Meulen, Klaas Post

Eindredactie

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 20 mei 2009.

Voorwoord

Zo'n vijf jaar geleden besloten de leden van Ambulancezorg Nederland tot het jaarlijks bundelen en publiceren van de prestaties van de ambulancesector. Deze uitgave is de derde editie en wel over het jaar 2008. Deze uitgave is van bijzondere betekenis, omdat zij mee basis zal zijn voor het proces van vergunningverlening in het kader van de Wet Ambulancezorg. Om die reden hebben alle betrokkenen zich ook ingezet om de verschijningsdatum zo'n drie maanden te vervroegen.

Met deze publicatie toont de ambulancesector zich transparant en verantwoordelijk voor zijn maatschappelijke taak. Het getuigt ook van lef om als actuele vergunninghouders deze gegevens te publiceren en zo te laten zien aan welke voorwaarden per regio tenminste voldaan zal moeten worden om kansrijker te zijn dan de huidige vergunninghouders in dat proces van vergunningverlening. Daarbij moet wel bedacht worden dat veel vergunninghouders diensten verzorgen die specifiek voor de eigen regio van belang zijn, maar die niet in deze prestatiecijfers tot uitdrukking komen. AZN is er een voorstander van om de nieuwe vergunningen vooral te laten uitgeven aan de aanvragers die het beste kwaliteitsaanbod doen.

Dat dit jaar voor de sector bijzonder spannend zal worden mag duidelijk zijn. Van de kleine 50 vergunninghouders van vandaag zullen we via de vastgestelde procedure, teruggaan naar zo veel als er veiligheidsregio's zullen zijn, zeg maar 25. En dat betekent een grote uitdaging en inspanning voor alle betrokkenen. Zoals we in de vorige uitgave al konden constateren zijn de regio's waar ambulancezorg volgens het RAV-model zijn ingericht in staat gebleken om de verwachte prestaties te realiseren. De nieuwe vergunninghouders zullen dat ook moeten en wel vanaf het eerste moment dat de vergunning geldt: naar verwachting nieuwjaarsnacht 2011. Stroomlijning van de organisaties en hier en daar schaalvergroting zullen, met het effectief worden van de nieuwe regels inzake spreiding en beschikbaarheid, bijdragen de prestaties te leveren die de samenleving mag verwachten.

Past nog een woord van waardering voor de inspanning van allen die hebben bijgedragen aan de realisatie van deze uitgave op een zo vroeg tijdstip.

Ed Worm

voorzitter vereniging Ambulancezorg Nederland

Inhoudsopgave

Voorwoord	
Verantwoording	7
Inleiding	8
1 Ambulancezorg in 2008	11
1.1 facts & figures ambulancezorg 2008	12
1.2 het proces ambulancezorg	13
1.3 het product ambulancezorg	14
1.4 kwaliteit van de ambulancezorg	17
1.5 medewerkers van de ambulancezorg	18
1.6 perspectief en randvoorwaarden voor ambulancezorg	21
2 Het proces ambulancezorg in 2008	23
2.1 wat is ambulancezorg?	24
2.2 verwachtingen met betrekking tot ambulancezorg	24
2.3 spoedeisende ambulancezorg: A1-ritten	26
2.3.1 tijdsduur aanname en uitgifte	28
2.3.2 uitruktijd	31
2.3.3 aanrijtijd	33
2.3.4 responstijd	35
2.3.5 aantal A1-ritten binnen 15 minuten ter plaatse bij de patiënt	37
2.4 spoedeisende ambulancezorg: A2-ritten	41
2.4.1 tijdsduur aanname en uitgifte	42
2.4.2 uitruktijd	45
2.4.3 aanrijtijd	47
2.4.4 responstijd	49
2.4.5 aantal A2-ritten binnen 30 minuten ter plaatse	51
3 Het product ambulancezorg in 2008	55
3.1 spoedeisende en planbare ambulancezorg	56
3.1.1 aantal ritten, totaal overzicht	56
3.1.2 spoedeisende ambulancezorg	62
3.1.3 spoedeisende ambulancezorg ten opzichte van planbare ambulancezorg	68
3.1.4 planbare ambulancezorg: B-ritten	70
3.1.5 ritten voor een andere regio	73
3.1.6 voorwaardenscheppende ritten	75
3.1.7 MICU-ritten	76
3.2 declarabele en overige inzetten	77
3.2.1 aantal ritten, totaaloverzicht	77
3.2.2 declarabele ritten	79
3.2.3 EHGV-ritten	80
3.2.4 loze ritten	81
3.2.5 productieafspraken	82
3.3 de medische inhoud van de ambulancezorg	85
3.3.1 relevante zaken met betrekking tot de patiënten van de ambulancezorg	85
3.3.2 gestelde werkdiagnoses	85
3.3.3 voorbehouden handelingen	87
3.3.4 aanvullend op de ambulancezorg	90
4 Kwaliteit van de ambulancezorg in 2008	91
4.1 kwaliteitscertificaat	92
4.2 deskundigheid en scholing	93
4.3 klachten	93
5 Medewerkers in de ambulancezorg in 2008	95
5.1 formatie	96
5.2 loopbaanmobiliteit	100
5.3 arbeidsduur	103
5.4 leeftijd van de medewerkers	106
5.5 ziekteverzuim	110
5.6 agressie en geweld	113
5.6.1 aantal en aard incidenten	114
5.6.2 tijdstip	115
5.6.3 locatie van het incident	117
5.6.4 veroorzaker van het incident	118
5.6.5 aanleiding van het incident	119
5.6.6 juridische consequenties	120
6 Randvoorwaarden voor ambulancezorg en toekomstperspectief	121
6.1 praktische randvoorwaarden: ambulances en standplaatsen	122
6.2 spreiding & beschikbaarheid	126
6.3 financiën	129
6.4 beschikbare uren voor ambulancezorg	129
6.5 RAV-vorming en Wet Ambulancezorg	132
6.6 variatie in rechtspersonen	136
6.7 ambulancezorg, speler in twee ketens	136

Bijlagen	137
Bijlage 1 Kernset en definities 2008	138
Bijlage 2 Nadere toelichting en verklaring	152
Bijlage 3 Verantwoording RIVM	153
Bijlage 4 Gebruikte afkortingen	157
Bijlage 5 Leden AZN	158
Bijlage 6 Standplaatsen in Nederland	160

Verantwoording

De verantwoordelijkheid voor de betrouwbaarheid van de gegevens ligt bij de vergunninghouder(s) van de individuele RAV-regio's.

De verantwoordelijkheid voor de inhoud van de tabellen en grafieken ligt deels bij het RIVM (voor wat betreft de ritgegevens) en deels bij Ambulancezorg Nederland (de overige gegevens).

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 2008', het derde sectorrapport van een traject in ontwikkeling. In dit sectorrapport leest u over de stand van zaken en de resultaten van de ambulancezorg in 2008.

een traject in ontwikkeling

De jaarlijkse sectorrapportages vormen een onderdeel van het traject van managementinformatie van Ambulancezorg Nederland (AZN). AZN is in 2005 met dit traject gestart.

Doel van het traject was, en is nog steeds, om landelijk een aantal gegevens op dezelfde wijze te registreren en zo gegevens van verschillende regio's naast elkaar te kunnen presenteren. Niet om te kijken 'welke regio het beste is', maar juist om van elkaar te kunnen leren en ervaringen te delen.

In 2005 is gestart met een beperkte gegevensset, zo beperkt dat er nog niet eens een sectorrapport over gepubliceerd kon worden. Het rapport over 2006 was het eerste sectorrapport. De gegevensset kan ieder jaar worden uitgebreid met gegevens waarvan de sector het van belang vindt deze gezamenlijk op dezelfde wijze te registreren en hier ook gezamenlijk in een landelijk rapport verslag over uit te brengen.

Lag in de eerste twee rapporten nog een zwaar accent op de logistieke prestaties van de ambulancezorg, vanaf dit rapport heeft de sector ook het nodige te melden over de medische inhoud van de ambulancezorg. Het gaat hier nog om een voorzichtige start, de set met medisch-inhoudelijke informatie zal in de komende jaren verder verfijnd en uitgebreid worden.

Daarnaast is ook de set met informatie over medewerkers aanzienlijk uitgebreid in 2008 en kan de sector nog meer logistieke informatie bieden.

kwaliteit en betrouwbaarheid van de gegevens

De kwaliteit en de betrouwbaarheid van de gegevens vormen uiteraard een belangrijk aandachtspunt voor de sector. Vooral omdat het managementinformatie-traject, al is dit al weer het derde rapport, nog in de beginfase verkeert.

AZN werkt voor wat de logistieke informatie op een prettige 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.

Na een aantal jaren werken met de vastgestelde meetplannen, blijkt dat in de meetplannen nog ruimte voor interpretatie aanwezig is. De werkgroep betrouwbaarheid heeft de opdracht gekregen om in 2009 alle meetplannen kritisch te beoordelen en waar noodzakelijk de ruimte voor interpretatie te verwijderen. Uiteraard zijn deze meetplannen pas van toepassing vanaf 1 januari 2010, maar op diverse punten kunnen en zullen vanaf 2009 al wel zaken in de registratie verbeterd en aangescherpt worden.

respons

De respons ten aanzien van de gegevens over 2008 was weer uitstekend.

Op een aantal punten waren nog niet alle regio's in staat om alle gegevens aan te leveren. Dit heeft vooral betrekking op de onderdelen van de gegevensset die in 2008 nieuw waren. Verwacht wordt dat de respons op deze onderdelen vanaf 2009 steeds beter zal worden.

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 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, waarin de publicatie van dit derde sectorrapport niet onbelangrijk is.

De Wet Ambulancezorg is in december 2008 door de Eerste Kamer aangenomen en zal naar verwachting per 1 januari 2011 in werking treden. Het jaar 2009 staat vooral in het teken van de voorbereiding op de nieuwe wet: zo moet er een Programma van Eisen worden opgesteld en er zal duidelijkheid komen over de procedure van vergunningverlening. Deze beide zaken zijn de verantwoordelijkheid van het ministerie van VWS. In het laatste kwartaal van 2009 zullen ambulanceorganisaties aanvragen kunnen indienen voor de nieuwe vergunning.

In 2010 zal de minister van VWS, als vergunningverlener, beslissen over de aanvragen en zal de overgang van de oude naar de nieuwe vergunninghouders en van de oude naar de nieuwe situatie worden voorbereid.

Uiteraard gaat het 'gewone' werk in 2009 en 2010 ook gewoon door.

opbouw Ambulances in-zicht 2008

'Ambulances in-zicht 2008' is een uitgebreider rapport dan in de twee voorgaande jaren. Dit heeft deels te maken met de uitbreiding van de gegevensset in 2008, maar ook met de keuze om beleidsrijke sectorrapporten met achtergrondinformatie af te wisselen met beknoptere rapporten die vooral een stand van zaken geven. Het rapport 2008 is een uitgebreider rapport.

Er is ook gekozen voor een andere opbouw dan in de voorgaande jaren. Wat vooral in het oog springt is dat de keuze voor een landelijk en een regionaal deel is losgelaten, deze beide zijn nu geïntegreerd in de afzonderlijke hoofdstukken. Het rapport start desondanks wel met een samenvatting op landelijk niveau. Tenslotte is ook de volgorde van de onderwerpen aangepast.

'Ambulances in-zicht 2008' is als volgt opgebouwd:

- Hoofdstuk 1 heeft als titel 'Ambulancezorg in 2008' en is te beschouwen als een samenvatting op landelijk niveau;
- 'Het proces ambulancezorg in 2008' is het tweede hoofdstuk. Dit hoofdstuk beschrijft wat ambulancezorg inhoudt en gaat in op de (logistieke) prestaties in 2008;
- 'Het product ambulancezorg in 2008' is hoofdstuk 3. Dit hoofdstuk behandelt enerzijds de hoeveelheid ambulancezorg, dus de aantallen ritten (de productie), en anderzijds de inhoud van de geboden ambulancezorg;
- 'Kwaliteit van de ambulancezorg in 2008' is hoofdstuk 4, dit gaat in op de kwaliteit van de ambulancezorg;
- Het vijfde hoofdstuk is "Medewerkers in de ambulancezorg in 2008" en gaat in op het aantal medewerkers dat in 2008 in de sector werkzaam was en diverse samenhangende aspecten. Een nieuw onderdeel van dit hoofdstuk is het verslag naar aanleiding van de registratie van agressie-incidenten;
- Het laatste hoofdstuk 6, '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 2008

Dit eerste hoofdstuk van 'Ambulances in-zicht' is te beschouwen als een samenvatting van het volledige sectorrapport en geeft inzicht in een aantal opvallende en belangrijke zaken met betrekking tot de ambulancezorg in 2008 op landelijk niveau.

1.1 facts & figures ambulancezorg 2008

aantal A1-ritten in 2008	439.725
gemiddelde responstijd A1-ritten in 2008	9:47 minuten
% A1-ritten binnen 15 minuten ter plaatse in 2008	92,1%
aantal A2-ritten in 2008	223.813
gemiddelde responstijd A2-ritten in 2008	15:53 minuten
% A2-ritten binnen 30 minuten ter plaatse in 2008	96,2%
aantal B-ritten in 2008	339.512
totaal aantal ritten in 2008	1.003.050
aantal declarabele ritten in 2008	786.667
aantal EHGVR-ritten in 2008	169.997
aantal loze ritten in 2008	46.053
totaal aantal ritten in 2008	1.003.050
aantal MICU-regio's in 2008	6
aantal MICU-ritten door 3 MICU-regio's in 2008	1.036
aantal fte's in 2008	4.386 fte
aantal fte's in de drie kernfuncties in 2008	3.884 fte
aantal medewerkers in 2008	4.865
aantal medewerkers in de drie kernfuncties in 2008	4.267
gemiddeld instroompercentage in 2008	9,4%
gemiddeld uitstroompercentage in 2008	5,9%
ziekteverzuimpercentage in 2008	4,5%
aantal geregistreerde agressie-incidenten in 2008	121
aantal RAV-regio's in 2008	24
aantal RAV-en in 2008	19
aantal aanhangsels (ambulances) in 2008	676
aantal standplaatsen in 2008	198
macrobudget voor de ambulancezorg in 2008	€363 miljoen
Wet Ambulancezorg, door de Eerste Kamer aangenomen op	2 december 2008
Wet Ambulancezorg, verwachte inwerkingtreding op	1 januari 2011

1.2 het proces ambulancezorg

In de Wet Ambulancezorg, die naar verwachting per 1 januari 2011 in werking zal treden, is ambulancezorg gedefinieerd als de zorg die er op gericht is een zieke of gewonde ter zake van zijn aandoening of letsel hulp te verlenen en per ambulance te vervoeren. Het hoofddoel van ambulancezorg is het behalen van gezondheidswinst voor de betreffende patiënt. Ambulancezorg loopt van melding tot en met overdracht.

De responstijd begint op het moment dat de centralist van de MKA de telefoon heeft aangenomen en eindigt wanneer de ambulance bij de patiënt is gearriveerd. De ambulancezorgverlening is dan nog niet geëindigd, dat is pas het geval wanneer de patiënt is overgedragen aan een andere zorgverlener.

De responstijd is opgebouwd uit een drietal aansluitende tijdsintervallen: de tijdsduur aanname en uitgifte, de uitruktijd en de aanrijtijd.



spoedvervoer: A1-ritten

Voor de A1-ritten bedroeg in 2008:

- de gemiddelde tijdsduur en aanname 1:53 minuten (in 2007: 1:55 minuten)
- de gemiddelde uitruktijd 1:17 minuten (in 2007: 1:30 minuten)
- de gemiddelde aanrijtijd 6:36 minuten (in 2007: 6:31 minuten)

De logistieke prestaties van ambulanceorganisaties hebben voor A1-ritten met name betrekking op de gemiddelde responstijd en de mate waarin de ambulance binnen 15 minuten ter plaatse bij de patiënt was:

- de gemiddelde responstijd van A1-ritten in 2008 was 9:47 minuten (in 2007: 9:56 minuten)
- in gemiddeld 92,1% was de ambulance in 2008 binnen 15 minuten na het begin van de melding bij de patiënt gearriveerd (in 2007: 90,9%)

spoedvervoer: A2-ritten

Voor de A2-ritten bedroeg in 2008:

- de gemiddelde tijdsduur en aanname 3:14 minuten (in 2007: 3:19 minuten)
- de gemiddelde uitruktijd 1:57 minuten (in 2007: 2:14 minuten)
- de gemiddelde aanrijtijd 10:41 minuten (in 2007: 10:35 minuten)

De logistieke prestaties van ambulanceorganisaties hebben voor A2-ritten met name betrekking op de gemiddelde responstijd en de mate waarin de ambulance binnen 30 minuten bij de patiënt is gearriveerd:

- de gemiddelde responstijd van A2-ritten in 2008 was 15:53 minuten (in 2007: 16:08 minuten)
- in gemiddeld 96,2% van de A2-ritten was de ambulance in 2008 binnen 15 minuten na het begin van de melding bij de patiënt gearriveerd (in 2007: 95,3%)

tabel 1.2.1: landelijke gemiddelden logistieke prestaties spoedeisende ambulancezorg

	A1-ritten			A2-ritten		
	2008	2007	2006	2008	2007	2006
tijdsduur aanname en uitgifte	1:53 min	1:55 min	1:47 min	3:14min	3:19 min	3:12 min
uitruktijd	1:17 min	1:30 min	1:34 min	1:57 min	2:14 min	2:22 min
gemiddelde aanrijtijd	6:36 min	6:31 min	6:23 min	10:41 min	10:35 min	10:24 min
gemiddelde responstijd	9:47 min	9:56 min	9:44 min	15:53 min	16:08 min	15:58 min
ritten binnen 15/30 minuten aanwezig	92,1%	90,9%	91,3%	96,2%	95,3%	95,5%

1.3 het product ambulancezorg

spoedeisende en planbare ambulancezorg

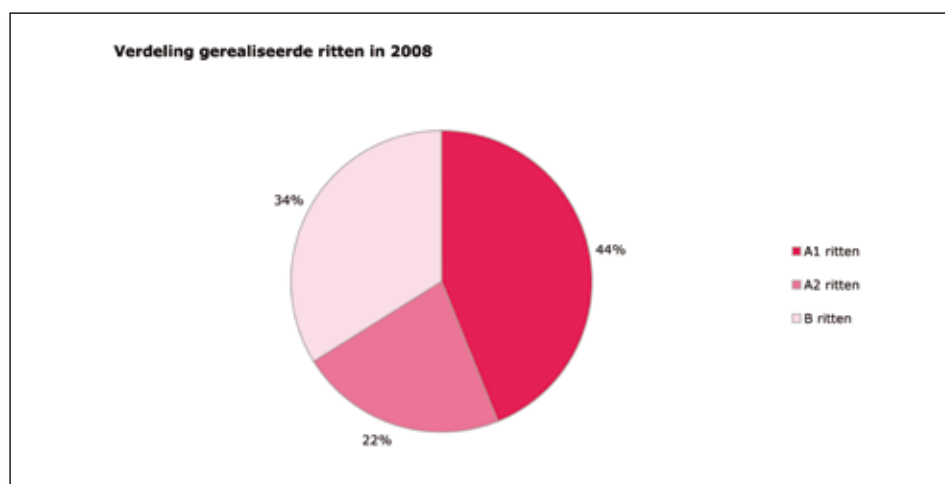
In 2008 hebben de RAV-en en ambulanceorganisaties in Nederland 1.003.050 ritten gereden. In 2007 waren dit er 977.660 en in 2006 931.478.

Onderstaande tabel en grafiek geven weer hoe deze productie is opgebouwd naar riturgentie. Duidelijk wordt dat het aantal ritten in de loop der jaren groeit:

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

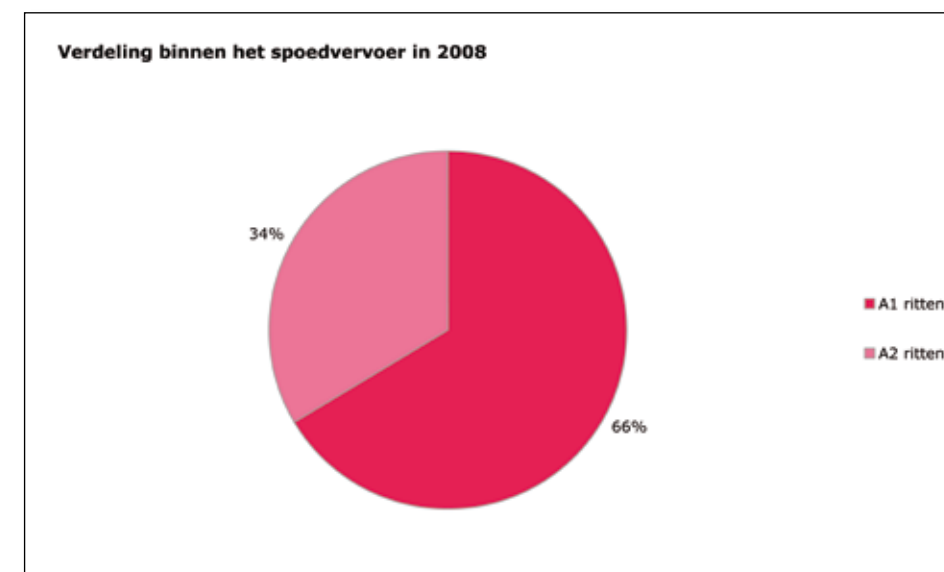
	2008	2007	2006
A1-ritten	439.725	428.257	409.718
A2-ritten	223.813	208.133	195.014
B-ritten	339.512	341.270	326.746
totaal	1.003.050	977.660	931.478

grafiek 1.3.1: verdeling gerealiseerde ritten in 2008



A1-ritten en A2-ritten samen worden beschouwd als spoedeisende ambulancezorg. Globaal genomen zijn in Nederland bijna tweemaal zoveel A1-ritten als A2-ritten uitgevoerd. Dit is overeenkomstig de verhouding in 2007 en 2006. De spoedeisende ambulancezorg (A1- en A2-ritten) bedraagt ongeveer 66% van de totale ambulancezorg.

grafiek 1.3.2: verdeling spoedeisende en planbare ambulancezorg in 2008



declarabele en overige inzetten

Naast het onderscheid in urgentie, wordt binnen de sector ook een onderscheid gemaakt naar de aard van de rit. Het gaat dan om declarabele ritten, om ritten waarbij ter plaatse eerste hulp wordt verleend maar waarbij de patiënt niet is vervoerd (EHGV-ritten) en om loze ritten.

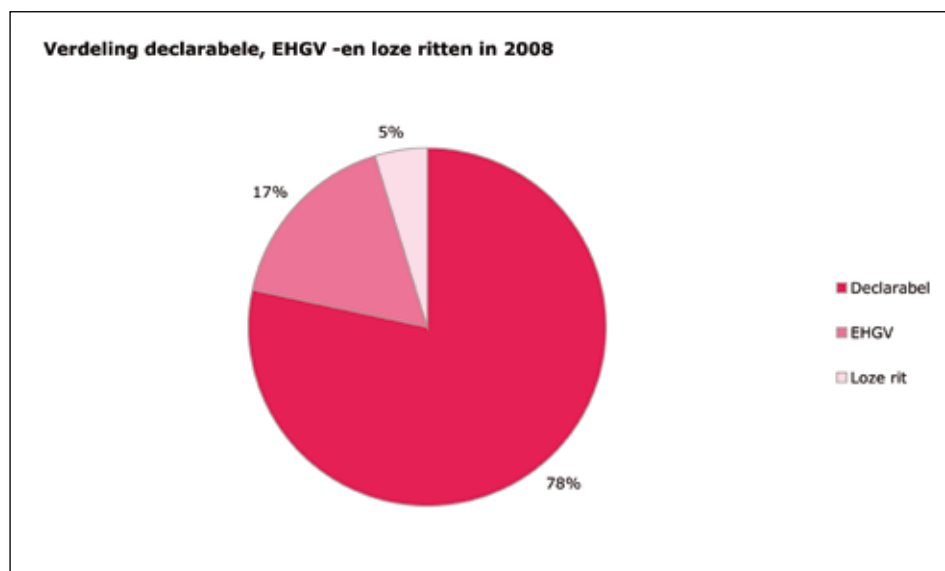
Het totaal aantal declarabele, EHGV- en loze ritten komt overeen met het totaal aantal ritten dat met A1-, A2- en B-urgentie wordt gereden en bedroeg in 2008 1.003.050 ritten.

Onderstaande tabel en grafiek geven weer hoe deze productie is opgebouwd en in de loop der jaren groeit:

tabel 1.3.3: productie declarabele en overige ritten door de jaren heen

	2008	2007	2006
declarabele ritten	786.667	774.705	763.863
EHGV ritten	169.997	154.891	128.201
loze ritten	46.053	48.064	39.414
totaal	1.003.050	977.660	931.478

grafiek 1.3.3: verdeling gerealiseerde ritten in 2008



productieafspraken

Ambulanceorganisaties maken met de zorgverzekeraars afspraken over onder andere het aantal declarabele ritten en de EHGv-ritten (hoeveel ritten verwachten zij in het komende kalenderjaar te kunnen uitvoeren) en over het aantal kilometers dat door de ambulances wordt gereden. Op basis van de productieafspraken ontvangen de ambulanceorganisaties hun budget.

De onderstaande tabel geeft weer welke productieafspraken in de afgelopen jaren zijn gemaakt en welke aantallen ritten en kilometers vervolgens per jaar zijn gerealiseerd.

tabel 1.3.4: productieafspraken en realisatie in 2008

	2008		2007		2006	
	afpraak	realisatie	afpraak	realisatie	afpraak	realisatie
declarabele ritten	789.610	786.667	764.554	775.705	725.534	763.863
EHGV-ritten	157.857	169.997	144.256	154.891	133.499	128.201
kilometers	32.769.906	32.627.093	31.368.505	30.881.047	30.949.143	-

de medische inhoud van de ambulancezorg

De sector ambulancezorg is in 2008 gestart met het registreren van een beperkt aantal medisch-inhoudelijke gegevens conform afgesproken sectorale definities.

Het doel van het verzamelen van deze medisch-inhoudelijke informatie is om op transparante en eenduidige wijze inzicht te geven in de medisch-inhoudelijke processen binnen de ambulancezorg.

Het blijkt dat nog geen 1% van de in 2008 behandelde patiënten pasgeborene was, bijna 6% was kind, 62% van de patiënten was volwassene en 32% van de behandelde patiënten was ouder dan 75 jaar.

Er is uitgebreide informatie beschikbaar over de werkdiaagnose die het ambulanceteam heeft vastgesteld. Vooraf heeft de sector een zestal medische specialismen vastgesteld en voor iedere patiënt is bepaald bij welk specialisme het geconstateerde ziektebeeld ondergebracht dient te worden. In 2008 kwamen cardiologische ziektebeelden het meest voor, gevolgd door ziektebeelden passend bij interne geneeskunde. Ook traumatologie/heelkunde komt relatief vaak voor. Neurologie en pulmonologie komen aanzienlijk minder vaak voor. Gynaecologie/obstetrie sluit het overzicht.

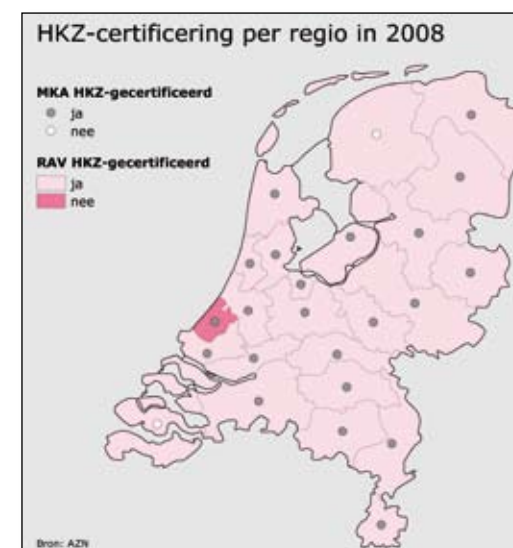
Ambulanceverpleegkundigen in Nederland zijn bevoegd om bepaalde voorbehouden handelingen op straat of in de ambulance uit te voeren, zonder dat hier direct een arts bij aanwezig is of geconsulteerd wordt. De in 2008 geregistreerde voorbehouden handelingen hebben betrekking op de ademhaling en de circulatie van patiënten. Ook het aantal reanimaties is in beeld gebracht. In 2008 zijn in 20 regio's 5.116 reanimaties uitgevoerd.

Het ambulanceteam kan in voorkomende gevallen de ondersteuning door het Mobiel Medisch Team van het traumacentrum inroepen. In 2008 hebben 21 regio's dit geregistreerd en is het MMT ruim 6.000 maal ingezet.

1.4 kwaliteit van de ambulancezorg

De sector ambulancezorg was eind 2008 voor bijna 100% HKZ-gecertificeerd, slechts één dienst en twee meldkamers waren op 31 december 2008 niet gecertificeerd.

kaart 1.4.1: HKZ-certificering in 2008



1.5 medewerkers van de ambulancezorg

formatie

De ambulancezorg is een relatief kleine sector, waarin gespecialiseerd personeel werkzaam is. In 2008 waren er 4.865 medewerkers (4.386 fte) werkzaam in de sector ambulancezorg. Van de deze medewerkers was ruim 85% werkzaam in het primaire proces.

Het aantal medewerkers is in 2008 gegroeid ten opzichte van de voorgaande jaren. Dit lijkt te maken te hebben met onder meer de autonome groei van de productie, maar ook bijvoorbeeld met de invoering van de MICU.

tabel 1.5.1: landelijke formatie in absolute aantallen in 2008

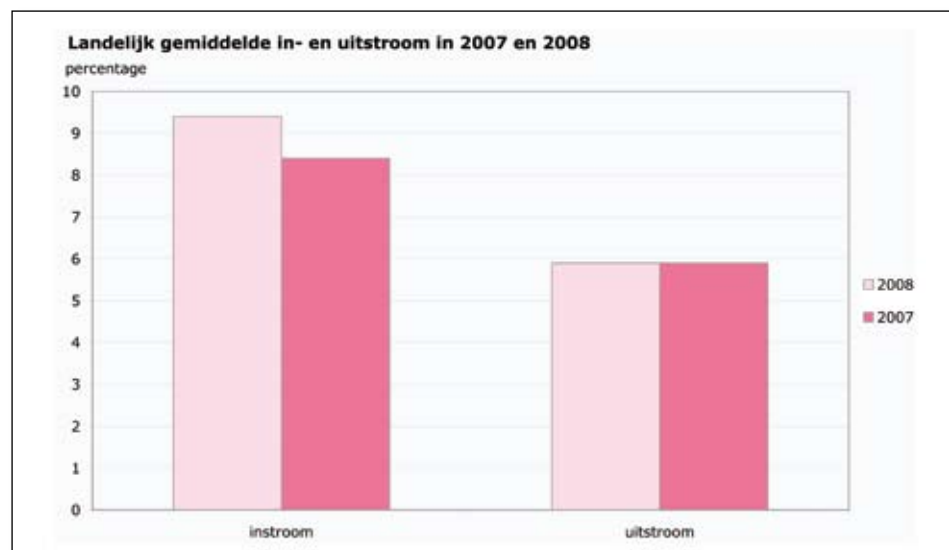
	2008			2007		
	man	vrouw	totaal	man	vrouw	totaal
ambulanceverpleegkundige	1.427	607	2.034	1.398	536	1.934
ambulancechauffeur	1.635	173	1.808	1.584	147	1.731
MKA verpleegkundig centralist	138	233	371	127	191	318
MKA niet-verpleegkundig centralist	39	15	54	32	19	51
overig	358	240	598	330	211	541
totaal	3.597	1.268	4.865	3.471	1.104	4.575

loopbaanmobiliteit

Het landelijk gemiddelde instroompercentage is gestegen ten opzichte van 2007 en was in 2008 9,4%, gezien de toename van het aantal medewerkers ligt dit ook in de lijn der verwachting.

Het landelijk gemiddelde uitstroompercentage is gelijk gebleven ten opzichte van 2007 en lag op 5,9%.

grafiek 1.5.1: landelijk gemiddelde in- en uitstroom in 2008 en 2007



arbeidsduur

Medewerkers in de ambulancezorg zijn vaak gemiddeld lang werkzaam binnen de sector. Het lage uitstroompercentage bevestigt dit. Het werk is aantrekkelijk en hieruit kan ook afgeleid worden dat de medewerkerstevredenheid hoog is.

tabel 1.5.2: dienstjarenverdeling medewerkers ambulancezorg

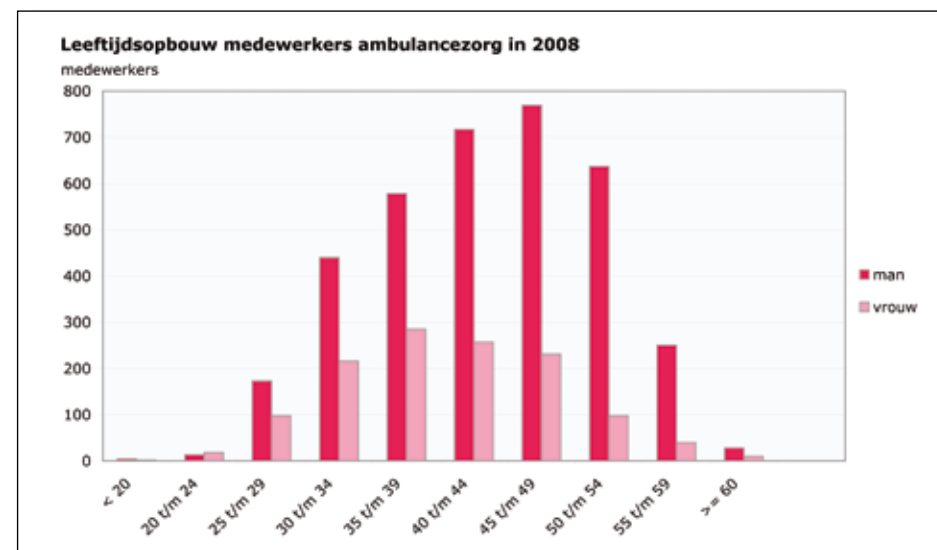
aantal dienstjaren	2008		2007	
	medewerkers	%	medewerkers	%
< 1 jaar	441	9,1	364	8
1 t/m 4 jaar	1.045	21,5	1.231	26,9
5 t/m 9 jaar	1.545	31,8	1.259	27,5
10 t/m 14 jaar	593	12,2	590	12,9
15 t/m 19 jaar	463	9,5	209	11,1
≥ 20 jaar	467	9,6	552	12,1
aantal dienstjaren onbekend	311	6,4	70	1,5
totaal	4.865	100	4.575	100

De grootste groep medewerkers is tussen de 5 en 10 jaar in dienst van de sector, maar over het algemeen al veel langer werkzaam binnen de zorg.

leeftijdsofbouw

De leeftijdsgroep van 45 tot 50 jaar is de grootste groep medewerkers binnen de ambulancezorg (20,9%). Er zijn relatief weinig jongeren in de sector werkzaam. Dit heeft mede te maken met het feit dat medewerkers al een carrière elders achter de rug hebben voor zij instromen binnen de ambulancezorg.

grafiek 1.5.2: leeftijdsopbouw medewerkers ambulancezorg in 2008 (landelijk)



ziekteverzuim

Het gemiddelde ziekteverzuim is in 2008 ten opzichte van het voorgaande jaar verder gedaald van 4,8% naar 4,5%. 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 2008

	2008	2007	2006
gemiddeld ziekteverzuim	4,5%	4,8%	5,1%

agressie en geweld

In 2009 hebben 20 regio's 121 agressie- en geweldsincidenten 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.

Verbale en fysieke agressie en geweld kwamen het meeste voor, in respectievelijk 41 en 36% van de gevallen.

tabel 1.5.4: aantal incidenten in 2008

	2008	
	aantal	%
verbale agressie en geweld	50	41%
serieuze bedreiging	11	10%
fysieke agressie en geweld	44	36%
seksuele intimidatie, agressie en geweld	16	13%
totaal	121	100%

1.6 perspectief en randvoorwaarden voor ambulancezorg

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

ambulances en standplaatsen

Op 31 december 2008 hadden de RAV- regio's in Nederland 676 ambulances beschikbaar voor het verlenen van ambulancezorg.

Dit betekent echter niet dat er dagelijks ook 676 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 2008 waren er 198 standplaatsen.

financiering van de ambulancezorg

Onder de Wet Ambulancevervoer die in 2008 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 2008 een macrobudget beschikbaar van bijna €363 miljoen. Omgekeerd naar het aantal inwoners in Nederland (bijna 16,5 miljoen op 31 december 2008) betekent dit dat er jaarlijks ongeveer €22 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.

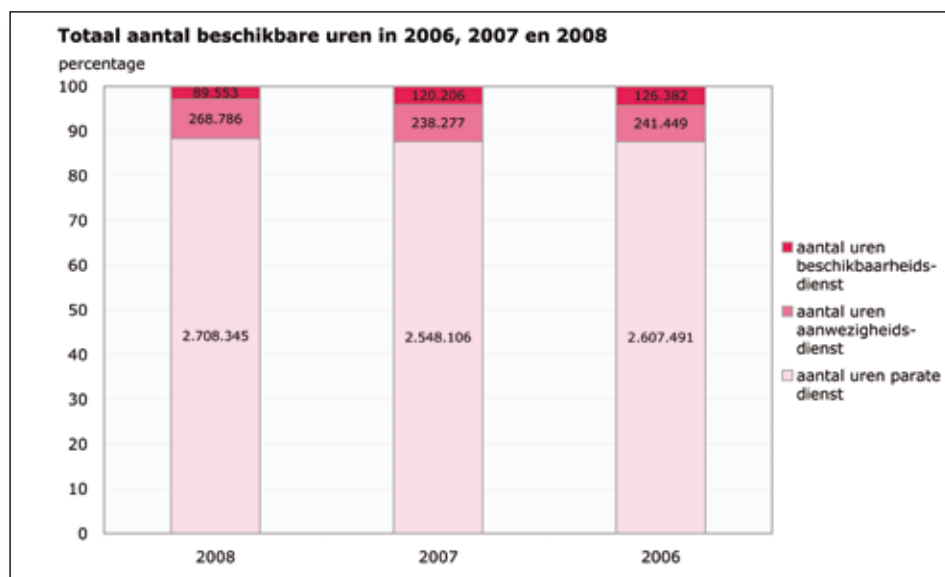
Binnen de sector wordt onderscheid gemaakt in drie soorten diensten: parate diensten, aanwezigheidsdiensten en beschikbaarheidsdiensten. De parate dienst is de meest voorkomende dienstsoort. Toepassing van de overige dienstsoorten varieert per regio en hangt onder meer samen met de stedelijkheid van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

In 2008 waren gedurende 3.006.684 uren ambulanceteams beschikbaar voor het verlenen van ambulancezorg. Dit betrof voor 88% parate dienst, voor 9% aanwezigheidsdienst en voor 3% beschikbaarheidsdiensten.

tabel 1.6.1: beschikbare uren in 2008

	2008		2007		2006	
parate diensten	2.708.345	88%	2.548.106	88%	2.532.737	88%
aanwezigheidsdiensten	268.786	9%	238.277	8%	241.449	8%
beschikbaarheidsdiensten	89.553	3%	120.206	4%	126.382	4%
totaal	3.066.684		2.906.589		2.900.568	

grafiek 1.6.1: totaal aantal beschikbare uren in 2008 (landelijk)



Het proces ambulancezorg in 2008

Dit hoofdstuk beschrijft wat ambulancezorg inhoudt en welke prestaties de sector in 2008 op logistiek terrein heeft gerealiseerd.

2.1 wat is ambulancezorg?

definitie ambulancezorg

In de Wet Ambulancezorg, die naar verwachting per 1 januari 2011 in werking zal treden, is ambulancezorg gedefinieerd als de zorg die er op gericht is een zieke of gewonde ter zake van zijn aandoening of letsel hulp te verlenen en per ambulance te vervoeren.

De ambulancezorg wordt ter plaatse bij de patiënt verleend in opdracht van de meldkamer ambulancezorg (MKA). Wanneer de MKA geen ambulancerit uitgeeft, wordt de patiënt naar aan andere zorgverlener verwezen of geeft de centralist van de meldkamer een zelfzorgadvies aan de patiënt.

Het hoofddoel van ambulancezorg is het behalen van gezondheidswinst voor de betreffende patiënt. Ambulancezorg loopt van melding tot en met overdracht.

het proces ambulancezorg nader beschreven

Het proces ambulancezorg bestaat uit de volgende zes onderdelen:

- **zorgintake en -indicatie:** ambulancezorg begint op het moment dat de centralist in de MKA de telefoon aanneemt. De centralist beoordeelt de hulpvraag en indiceert of, en zo ja welke, vorm van ambulancezorg nodig is en met welke urgentie;
- **zorgtoewijzing en -coördinatie:** de centralist zorgt er voor dat de juiste zorg op het juiste moment en op de juiste plaats wordt ingezet en dat de ingezette zorgverleners de noodzakelijke informatie ontvangen;
- **(zorg)advisering:** in afwachting van de komst van de zorgverlening ter plaatse, geeft de centralist aanwijzingen c.q. instructies aan de melder of zorgvrager om de zorgverlening zo optimaal mogelijk te laten verlopen. Soms volstaat de hulpverlening met een (zorg)advies van de centralist;
- **ambulancezorgverlening:** de ambulancezorgverlener onderzoekt de patiënt ter plaatse, stelt een werkdiagnose en behandelt de patiënt volgens protocol. Indien vervoer noodzakelijk is, wordt de patiënt hierop voorbereid. Tijdens het vervoer wordt de behandeling voortgezet. De primaire verantwoordelijkheid van de chauffeur is er voor te zorgen dat het vervoer op verantwoorde wijze plaatsvindt;
- **overdracht:** indien noodzakelijk wordt de patiënt door de ambulancezorgverlener overgedragen aan andere zorgverleners. Een goede informatieoverdracht is daarbij essentieel;
- **nazorg:** indien de patiënt, zijn naasten of een melder hieraan behoefte heeft, verlenen de centralist en/of de ambulancezorgverlener nazorg. Deze nazorg kan bestaan uit het geven van informatie.

spoedeisende en planbare ambulancezorg

Ambulancezorg is mobiele zorg en wordt naar de patiënt toe gebracht. Ambulancezorg varieert in de mate van noodzakelijke spoed en planbaarheid. Er wordt daarom in de dagelijkse praktijk een onderscheid gemaakt tussen spoedeisende en planbare ambulancezorg. Beide zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden en vormen gezamenlijk het product ambulancezorg.

In het volgende hoofdstuk, hoofdstuk 3, wordt het verschil tussen spoedeisende en planbare ambulancezorg nader uitgewerkt.

2.2 verwachtingen met betrekking tot ambulancezorg

Voor zowel de maatschappij als voor de ambulanceorganisaties zijn responstijden binnen de spoedeisende ambulancezorg een belangrijk thema. De responstijd van een ambulancerit betreft het eerste deel van een ambulancerit en is de tijd die nodig is om bij de patiënt te komen. De responstijd begint op het moment dat de centralist van de MKA de telefoon heeft aangenomen en eindigt wanneer de ambulance bij de patiënt is gearriveerd. Duidelijk is dat de ambulancezorgverlening dan nog niet geëindigd is, dat is pas het geval wanneer de patiënt is overgedragen aan een andere zorgverlener.

De responstijd is opgebouwd uit drie aansluitende tijdsintervallen: de tijdsduur aanname en uitgifte, de uitruktijd en de aanrijtijd.



De tijdsduur aanname en uitgifte speelt zich af binnen de meldkamer ambulancezorg: de centralist neemt de telefoon aan, stelt vast of ambulancezorg noodzakelijk is en wijst een ambulance toe aan het incident. De uitruktijd heeft betrekking op het ambulanceteam, dat is gealarmeerd door de centralist en vertrekt. De aanrijtijd tenslotte is de tijd die de ambulance onderweg is naar de patiënt. Bij de aanrijtijd is men afhankelijk van onder andere de lokale infrastructuur en actuele weersomstandigheden. Door de spreiding van de ambulances over de regio in de loop van de dag aan te passen, afhankelijk van de omstandigheden, kan de meldkamer invloed uitoefenen op de aanrijtijd.

De tijdsduur aanname en uitgifte kan door de organisatie ook beïnvloed worden, bijvoorbeeld via opleiding en training van centralisten en door meerdere centralisten te laten samenwerken voor dezelfde patiënt. Waar de organisatie echter nauwelijks invloed op heeft, is de beschikbaarheid van ambulances gecombineerd met de onvoorziene gelijktijdigheid van aanvragen.

Over het algemeen is men terughoudend met het sturen op snelheid tijdens aanname en uitgifte, ambulancecapaciteit is beperkt en dient ingezet te worden waar het echt noodzakelijk is. Voor de uitruktijd geldt dat deze ook deels gedragsbepaald is, en daarmee ook beïnvloedbaar is door de organisatie.

(rekenkundige) normen in de ambulancezorg

In de Kwaliteitswet Zorginstellingen is gesteld dat het veld zichzelf normen kan opleggen voor verantwoorde zorg. De ambulancezorg doet dit in de Nota Verantwoorde Ambulancezorg. Uitgangspunt voor de ambulancezorg is dat in geval van spoedeisende medische hulpverlening binnen 15 minuten na melding op de meldkamer ambulancezorg de patiënt bereikt dient te hebben.

Een korte responstijd is echter slechts één van de determinanten die bijdragen aan de kwaliteit en aan het leveren van verantwoorde ambulancezorg.

De ambulancezorg is van oorsprong weliswaar een vervoerssector, maar heeft zich in de loop der jaren ontwikkeld tot een zorgsector. De normen die gehanteerd worden zijn echter nog steeds vervoersnormen, maar er bestaat in toenemende mate behoefte aan bijstelling van deze normen en de sector streeft ernaar zorgnormen te gaan ontwikkelen.

Daarnaast is het zo dat de gehanteerde normen vooral rekenkundige normen zijn. De 15-minutennorm voor de A1-ritten moet ook nadrukkelijk gezien worden als rekenkundige norm aan de hand waarvan bepaald kan worden hoeveel ambulances noodzakelijk zijn om aan de politieke norm te voldoen. De politiek heeft bepaald dat gemiddeld 95% van de inwoners theoretisch binnen 15 minuten bereikt zou moeten kunnen worden. Het is niet mogelijk om iedereen binnen 15 minuten te bereiken, al was het alleen maar door overmacht zoals een moeilijk te vinden adres of slecht weer. Daarnaast is een ambulance een schaars goed, waardoor zich de situatie kan voordoen dat door gelijktijdigheid van hulpvragen tijdelijk even geen ambulance beschikbaar is.

De 15-minutennorm is vooral een planningsnorm. In 2004 en 2008 is de norm gebruikt voor het bepalen van het aantal ambulances, het aantal standplaatsen en de meest gewenste locatie (zie voor een nadere toelichting de paragraaf in hoofdstuk 6 over spreiding & beschikbaarheid).

Het blijkt ook dat in de loop der jaren de planningsnorm van 15 minuten sterk aan wijzigingen onderhevig is geweest en geleidelijk aan steeds scherper geformuleerd is (dit is nader toegelicht in bijlage 2).

responstijd en gezondheidswinst

Eind 2007 heeft minister Klink van VWS, aan de Tweede Kamer toegezegd meer inzicht te geven in de 15-minutennorm voor spoedeisende ambulancezorg. In de zomer van 2008 is het rapport 'Ambulance A1 spoedritten: Wat is de relatie tussen responstijd en gezondheidswinst?' verschenen.

Eenzijds is de (wetenschappelijke) onderbouwing van de 15-minutennorm onderzocht in relatie tot de gezondheidswinst voor de patiënt, anderzijds is een vergelijking met de normen in vergelijkbare landen gemaakt.

In het internationale perspectief is gebleken dat lang niet overal met responstijden wordt gewerkt. En daar waar responstijden genormeerd worden, varieert deze van 9 tot 20 minuten. Onderbouwing van de normen ontbreekt in alle gevallen. Ook is geconstateerd dat er grote verschillen zijn tussen de landen: onder andere in geografisch opzicht, bevolkingsdichtheid, wettelijke status van de norm en inrichting van de ambulancezorg.

Een belangrijke vraag in het onderzoek is of er een samenhang bestaat tussen responstijd en het redden van levens. Dit laatste wordt soms gelijk gesteld aan gezondheidswinst, maar gezondheidswinst is een begrip dat op verschillende manieren geïnterpreteerd kan worden. De keerzijde van het verkorten van responstijden is een forse stijging van de kosten voor ambulancezorg.

Voor wat betreft de responstijden in Nederland geven ondervraagden (inhoudelijk en praktijkdeskundigen) aan dat het voor een aantal ziektebeelden van belang is om bij een A1-melding zeer snel ter plaatse te zijn. Dit geldt vooral voor ernstige bloedingen, hartstilstand en gestoorde ademhaling en/of circulatie. Bij deze aandoeningen is een responstijd van 15 of zelfs 8 minuten echter ook nog te lang.

Alternatieven zijn, zo constateert het onderzoek, daarom wenselijk (bijvoorbeeld inzet van huisartsen, inzet van getrainde brandweereenheden, plaatsen van AED's).

Welke zorg noodzakelijk is, is met andere woorden afhankelijk van de aard van de problematiek van de patiënt. De responstijd blijkt slechts één van de vele aspecten te zijn die bepalend is voor gezondheidswinst en het overleven van patiënten. Een korte responstijd kan echter wel bijdragen aan gezondheidswinst.

2.3 spoedeisende ambulancezorg: A1-ritten

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. Tijdsnormen zijn daarbij van belang om richting te geven aan processen. Voor de A1-ritten wordt daarbij een norm van 15 minuten gehanteerd.

De responstijd is opgebouwd uit een drietal tijdsintervallen, onderstaand wordt inzicht gegeven in de resultaten in 2008.

De verschillende tijdsintervallen representeren verschillende onderdelen van het ambulancezorgproces. Het is niet per definitie zo dat voor ieder onderdeel geldt dat hoe korter het tijdsinterval is, hoe beter de RAV-regio gepresteerd heeft. Zo geldt voor de tijdsduur aanname en uitgifte dat het vanuit medisch-inhoudelijk perspectief beter kan zijn wat meer tijd te nemen voor het uitvragen van de melder om op deze manier gerichtere zorg te kunnen bieden.

Voor de gehele paragraaf geldt dat het uitgangspunt voor de regionale getallen de RAV-regio is en nadrukkelijk niet de RAV of ambulanceorganisatie(s) in de regio. Ritten die een RAV of ambulanceorganisatie in een andere dan de eigen regio uitvoert, worden aan de betreffende andere regio toegerekend. Deze keuze heeft te maken met de verantwoordelijkheid van de RAV voor de totale ambulancezorg binnen de RAV-regio.

Voor de A-1 ritten bedroeg in 2008:

- de gemiddelde tijdsduur en aanname 1:53 minuten (in 2007: 1:55 minuten)
- de gemiddelde uitruktijd 1:17 minuten (in 2007: 1:30minuten)
- de gemiddelde aanrijtijd 6:36 minuten (in 2007: 6:31 minuten)

De logistieke prestaties van ambulanceorganisaties hebben voor A1-ritten met name betrekking op de gemiddelde responstijd en de mate waarin de ambulance binnen 15 minuten ter plaatse bij de patiënt was:

- de gemiddelde responstijd van A1-ritten in 2008 was 9:47 minuten (in 2007: 9:56 minuten)
- in gemiddeld 92,1% van de A1-ritten was de ambulance in 2008 binnen 15 minuten na het begin van de melding bij de patiënt gearriveerd (in 2007: 90,9%)

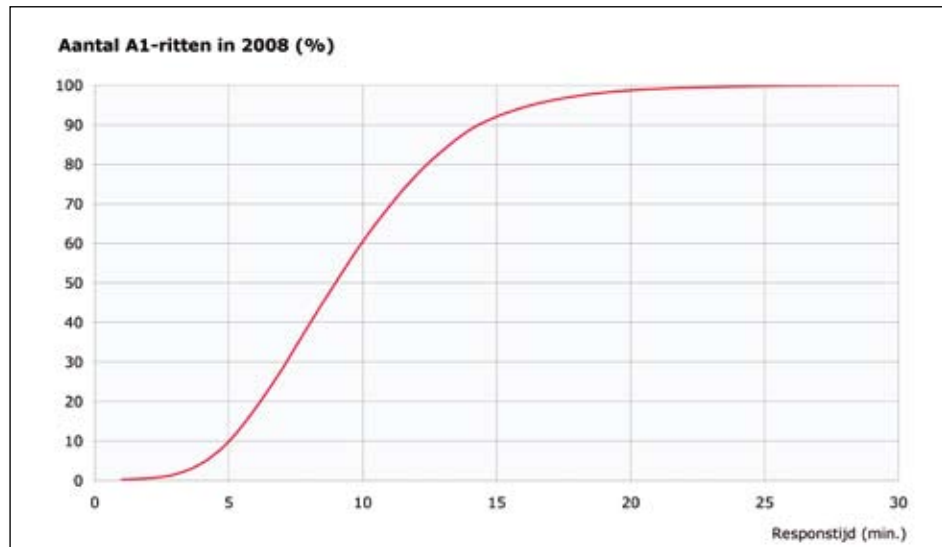
tabel 2.3.1: landelijke gemiddelden logistieke prestaties A1-ritten

A1-ritten	2008	2007	2006
tijdsduur aanname en uitgifte	1:53 min	1:55 min	1:47 min
uitruktijd	1:17 min	1:30 min	1:34 min
gemiddelde aanrijtijd	6:36 min	6:31 min	6:23 min
gemiddelde responstijd	9:47 min	9:56 min	9:44 min
ritten binnen 15 minuten aanwezig	92,1%	90,9%	91,3%

De sector ambulancezorg is van mening dat het, naast inzicht in de responstijd van 15 minuten, ook interessant is inzicht te hebben in het aantal ritten dat eerder of later dan 15 minuten bij de patiënt aanwezig was.

Onderstaande grafiek geeft inzicht in de landelijk gemiddelde responstijden in 2008:

grafiek 2.3.1: landelijke prestatiecurve A1-ritten in 2008



2.3.1 tijdsduur aanname en uitgifte

De tijdsduur aanname en uitgifte begint op het moment dat in de MKA de telefoon wordt opgenomen en eindigt wanneer de centralist van de MKA het ambulanceteam heeft gealarmeerd c.q. een ritopdracht heeft gegeven.

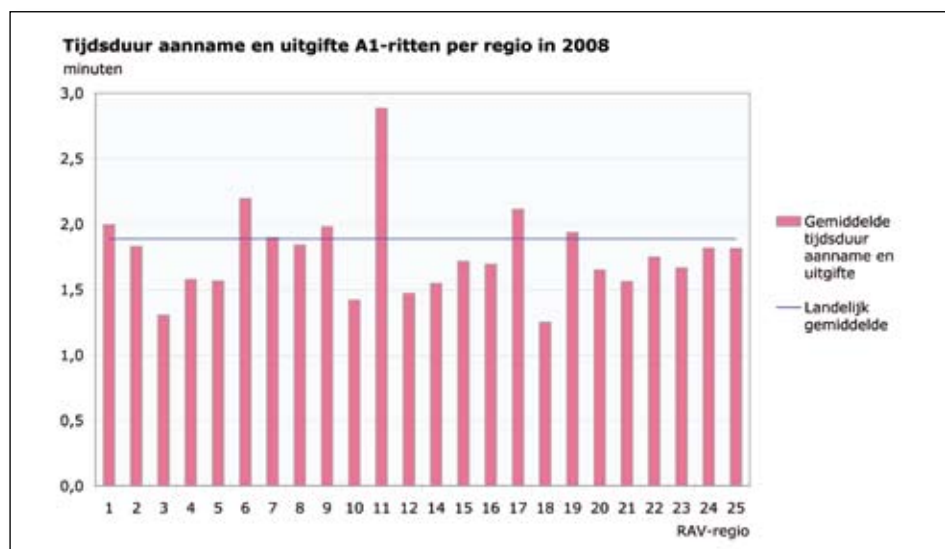


De landelijk gemiddelde tijdsduur aanname en uitgifte van A1-ritten was in 2008 1:53 minuten. In 2007 was deze 1:55 minuten en in 2006 1:47 minuten.

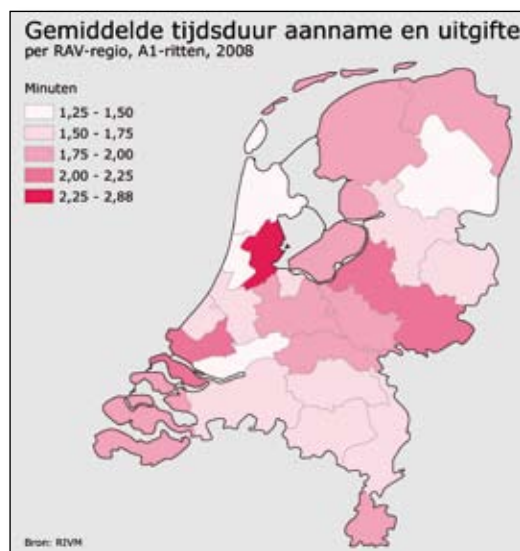
tabel 2.3.2: gemiddelde tijdsduur aanname en uitgifte A1-ritten per regio

	tijdsduur aanname en uitgifte A1-ritten (in min:sec.)		
	2008	2007	2006
Groningen	1:59	2:04	1:59
Friesland	1:49	1:50	1:40
Drenthe	1:18	1:14	1:22
IJsselland	1:34	1:29	1:35
Twente	1:33	1:25	1:25
Noordoost Gelderland	2:11	2:10	2:13
Midden Gelderland	1:53	1:59	2:02
Gelderland Zuid	1:50	1:53	1:56
Utrecht	1:58	2:07	2:07
Noord-Holland Noord	1:25	1:31	1:34
Amsterdam/Waterland	2:52	2:55	1:33
Kennemerland	1:28	1:23	1:31
Gooi- en Vechtstreek	1:32	1:38	1:22
Haaglanden	1:42	1:44	1:50
Hollands Midden	1:41	1:44	1:41
Rotterdam-Rijnmond	2:06	2:04	2:13
Zuid-Holland Zuid	1:14	1:11	1:27
Zeeland	1:56	1:55	1:53
Midden West Brabant	1:38	1:41	1:37
Brabant Noord	1:33	1:32	1:30
Zuidoost Brabant	1:44	1:53	1:49
Noord- en Midden Limburg	1:39	1:44	1:32
Zuid Limburg	1:48	1:49	1:53
Flevoland	1:48	1:55	1:52
gewogen landelijk gemiddelde	1:53	1:55	1:47

grafiek 2.3.2: tijdsduur aanname en uitgifte A1-ritten per regio in 2008



kaart 2.3.1: gemiddelde tijdsduur aanname en uitgifte A1-ritten per regio in 2008



2.3.2 uitruktijd

De uitruktijd begint op het moment dat de centralist van de MKA het ambulanceteam heeft gealarmeerd en eindigt op het moment dat het complete ambulanceteam vertrekt naar het door de centralist opgegeven adres waar de patiënt zich bevindt.



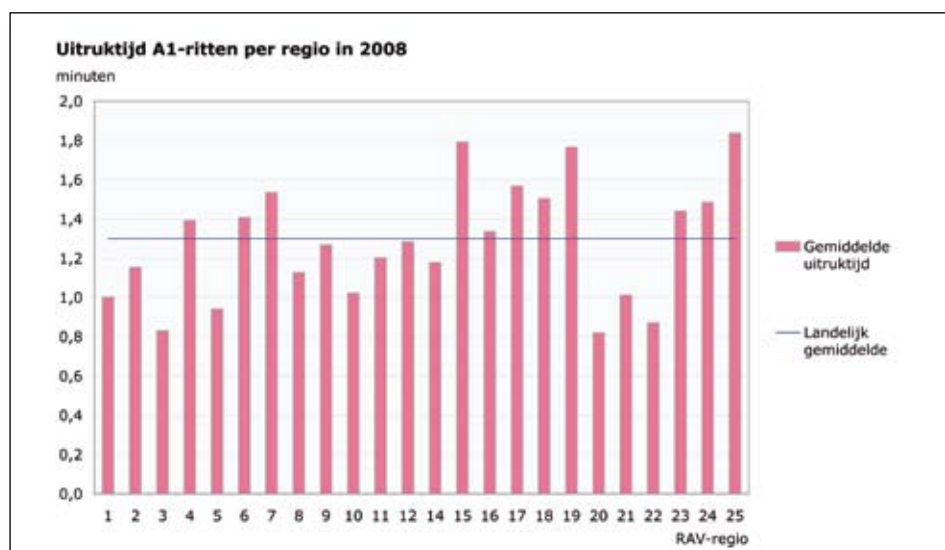
De landelijk gemiddelde uitruktijd van A1-ritten was in 2008 1:17 minuten. In 2007 was deze 1:30 minuten en in 2006 1:34 minuten.

tabel 2.3.3: gemiddelde uitruktijd A1-ritten per regio

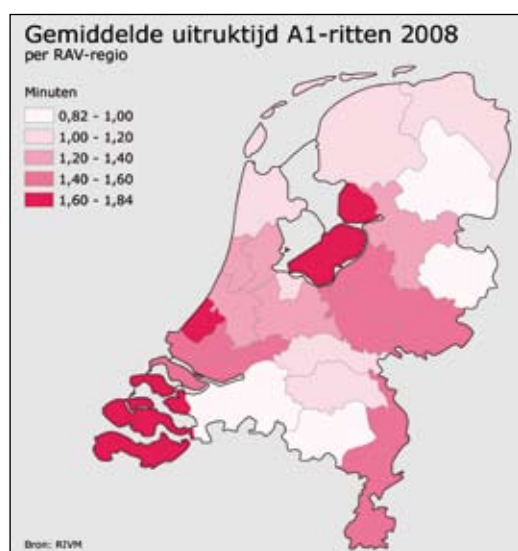
	uitruktijd A1-ritten (in min:sec.)		
	2008	2007	2006
Groningen	1:00	1:14	1:17
Friesland	1:09	1:08	1:20
Drenthe	0:49	0:56	1:04
IJsselland	1:23	1:38	1:34
Twente	0:56	0:55	0:55
Noordoost Gelderland	1:24	1:32	1:43
Midden Gelderland	1:32	1:43	1:46
Gelderland Zuid	1:07	1:16	1:23
Utrecht	1:16	1:22	1:00
Noord-Holland Noord	1:01	1:05	1:15
Amsterdam/Waterland	1:12	1:45	1:36
Kennemerland	1:17	1:14	1:20
Gooi- en Vechtstreek	1:10	1:28	1:20
Haaglanden	1:47	2:07	1:51
Hollands Midden	1:20	1:20	1:25
Rotterdam-Rijnmond	1:34	2:12	2:47
Zuid-Holland Zuid	1:30	1:34	1:23
Zeeland	1:45	1:46	1:58
Midden West Brabant	0:49	0:49	0:50
Brabant Noord	1:00	1:00	1:03
Zuidoost Brabant	0:52	0:52	0:59
Noord- en Midden Limburg	1:26	1:31	1:24
Zuid Limburg	1:29	1:56	2:01
Flevoland	1:50	1:51	2:01
gewogen landelijk gemiddelde	1:17	1:30	1:34

In de praktijk rukken niet alle ambulances uit vanaf een standplaats. Met name in stedelijk gebied, maar ook door het toepassen van pro-actief dynamisch ambulancemanagement, vertrekken ambulances ook vaak vanuit mobiele paraatheid. Dit houdt in dat de ambulance al op de weg is, al dan niet op de terugweg van een vorige opdracht, op het moment dat het ambulanceteam een opdracht krijgt. In deze gevallen is de uitruktijd minimaal.

grafiek 2.3.3: uitruktijd A1-ritten per regio in 2008



kaart 2.3.2: gemiddelde uitruktijd A1-ritten per regio in 2008



2.3.3 aanrijtijd

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.

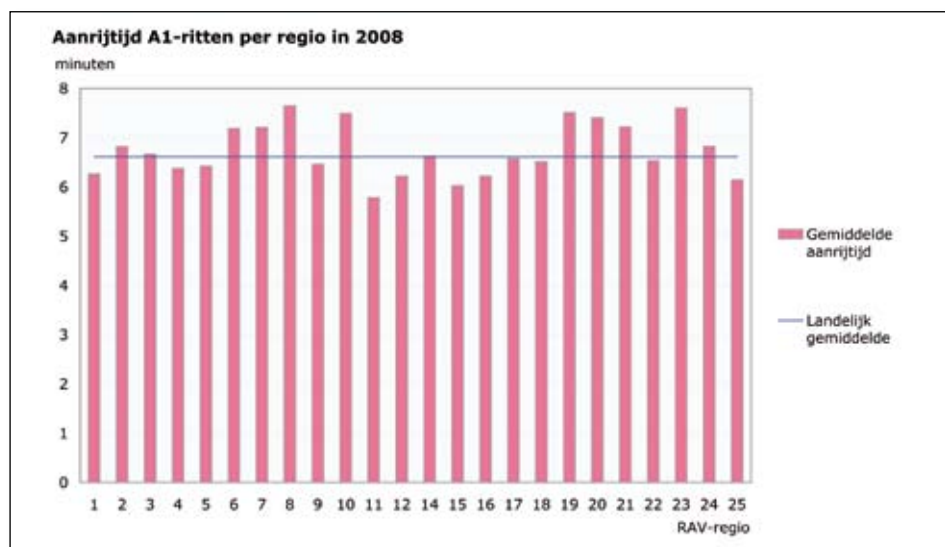


De landelijk gemiddelde aanrijtijd van A1-ritten was in 2008 6:36 minuten. In 2007 was deze 6:31 minuten en in 2006 6:23 minuten.

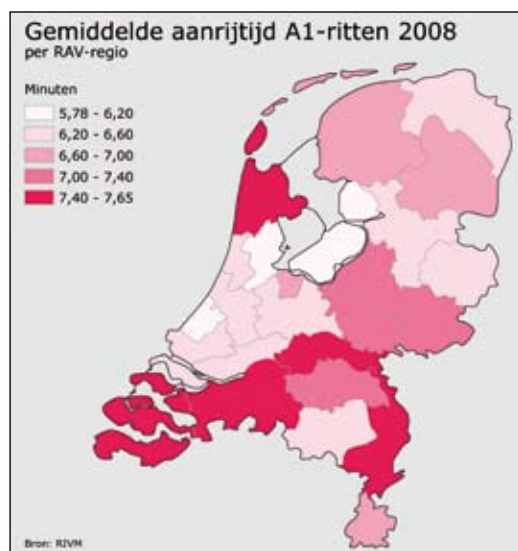
tabel 2.3.4: gemiddelde aanrijtijd A1-ritten per regio

	aanrijtijd A1-ritten (in min.sec.)		
	2008	2007	2006
Groningen	6:15	6:13	6:03
Friesland	6:49	6:41	6:32
Drenthe	6:39	6:52	6:47
IJsselland	6:22	6:08	6:14
Twente	6:25	6:27	6:13
Noordoost Gelderland	7:11	7:07	7:02
Midden Gelderland	7:12	7:19	6:58
Gelderland Zuid	7:38	7:46	7:44
Utrecht	6:27	6:12	6:18
Noord-Holland Noord	7:29	7:14	7:08
Amsterdam/Waterland	5:46	5:56	6:03
Kennemerland	6:12	5:38	5:33
Gooi- en Vechtstreek	6:37	6:40	6:28
Haaglanden	6:01	5:54	5:39
Hollands Midden	6:12	6:16	6:05
Rotterdam-Rijnmond	6:34	6:19	5:41
Zuid-Holland Zuid	6:30	6:30	6:47
Zeeland	7:30	7:28	7:23
Midden West Brabant	7:24	7:21	7:16
Brabant Noord	7:12	6:59	6:49
Zuidoost Brabant	6:32	6:39	6:35
Noord- en Midden Limburg	7:36	7:34	7:31
Zuid Limburg	6:49	6:37	6:28
Flevoland	6:08	6:03	5:53
gewogen landelijk gemiddelde	6:36	6:31	6:23

grafiek 2.3.4: aanrijtijd A1-ritten per regio in 2008



kaart 2.3.3: gemiddelde aanrijtijd A1-ritten per regio in 2008



2.3.4 responstijd

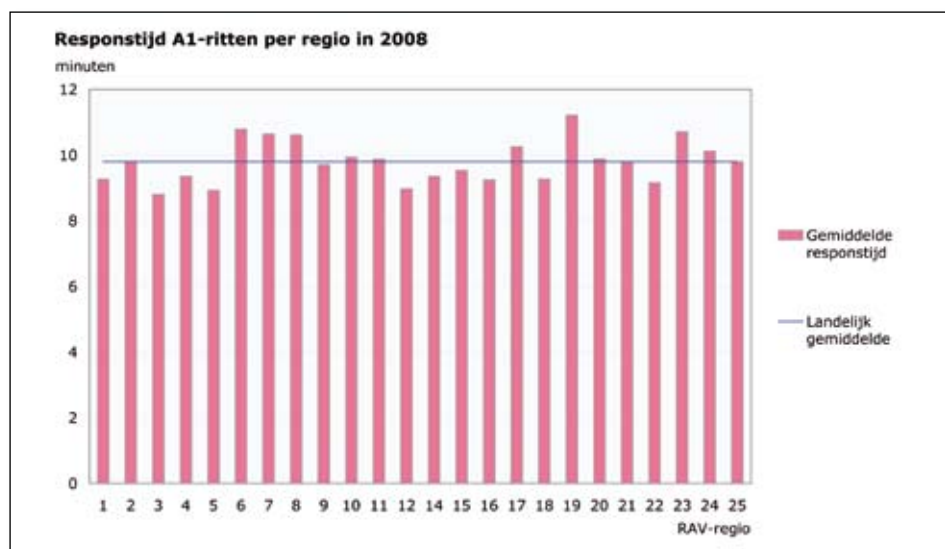
Ambulances in Nederland hebben er in 2008 gemiddeld 9:47 minuten over gedaan om in geval van een rit met A1-urgentie bij de patiënt te arriveren. In 2007 bedroeg de responstijd 9:56 minuten en in 2006 9:44 minuten.



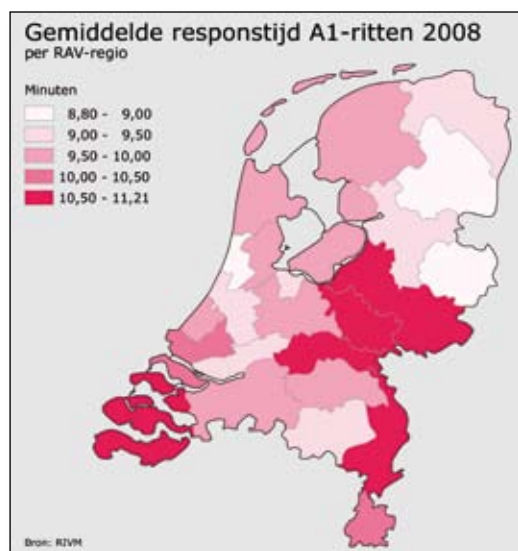
tabel 2.3.5: gemiddelde responstijd A1-ritten per regio

	responstijd A1-ritten (in min.sec.)		
	2008	2007	2006
Groningen	9:15	9:32	9:19
Friesland	9:48	9:38	9:32
Drenthe	8:47	9:01	9:13
IJsselland	9:20	9:17	9:23
Twente	8:55	8:47	8:32
Noordoost Gelderland	10:47	10:49	10:59
Midden Gelderland	10:38	11:01	10:46
Gelderland Zuid	10:36	10:55	11:03
Utrecht	9:42	9:40	9:26
Noord-Holland Noord	9:55	9:50	9:57
Amsterdam/Waterland	9:52	10:36	9:12
Kennemerland	8:58	8:16	8:23
Gooi- en Vechtstreek	9:20	9:46	9:09
Haaglanden	9:31	9:45	9:20
Hollands Midden	9:14	9:20	9:11
Rotterdam-Rijnmond	10:14	10:35	10:40
Zuid-Holland Zuid	9:15	9:16	9:37
Zeeland	11:12	11:08	11:14
Midden West Brabant	9:52	9:50	9:43
Brabant Noord	9:47	9:31	9:23
Zuidoost Brabant	9:09	9:25	9:23
Noord- en Midden Limburg	10:42	10:50	10:27
Zuid Limburg	10:07	10:21	10:23
Flevoland	9:47	9:49	9:46
gewogen landelijk gemiddelde	9:47	9:56	9:44

grafiek 2.3.5: responstijd A1-ritten per regio in 2008



kaart 2.3.4: gemiddelde responstijd A1-ritten per regio in 2008



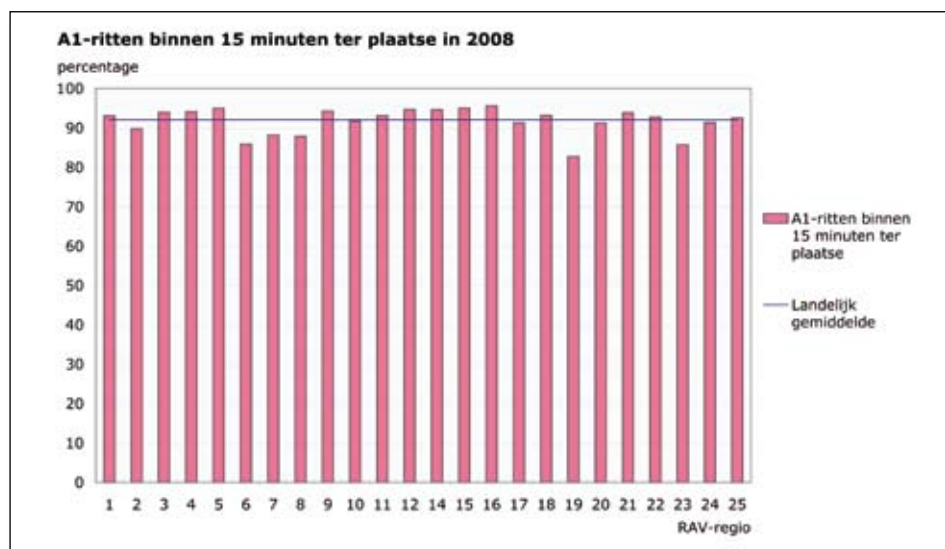
2.3.5 aantal A1-ritten binnen 15 minuten ter plaatse bij de patiënt

In gemiddeld 92,1% van de A1-ritten is de ambulance binnen 15 minuten na het begin van de melding bij de patiënt gearriveerd. In 2007 en 2006 was dit in respectievelijk 90,9% en 91,3% van de A1-ritten.

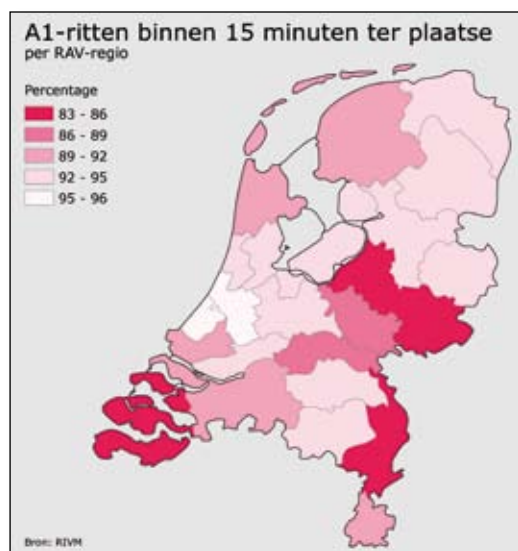
tabel 2.3.6: aantal A1-ritten binnen 15 minuten ter plaatse per regio

	A1-ritten binnen 15 minuten ter plaatse					
	2008		2007		2006	
	aantal	%	aantal	%	aantal	%
Groningen	16.255	93,1	15.188	92,0	14.486	93,6
Friesland	13.393	89,8	12.001	90,1	11.419	90,9
Drenthe	12.593	93,9	12.030	92,5	11.251	91,8
IJsselland	8.083	94,1	7.011	92,5	6.638	90,8
Twente	8.852	95,0	8.584	95,2	8.325	95,6
Noordoost Gelderland	12.323	85,9	11.607	85,3	11.301	84,1
Midden Gelderland	10.377	88,1	9.638	86,3	9.194	88,1
Gelderland Zuid	9.036	87,8	7.056	85,4	6.732	84,0
Utrecht	21.909	94,3	20.957	94,1	17.848	93,0
Noord-Holland Noord	13.689	91,7	12.959	91,0	6.460	90,6
Amsterdam/Waterland	34.986	93,1	36.621	89,1	27.260	95,3
Kennemerland	5.795	94,6	10.781	97,1	6.597	96,7
Gooi- en Vechtstreek	5.841	94,6	3.817	93,8	5.816	93,8
Haaglanden	28.430	95,0	24.895	93,3	25.868	94,1
Hollands Midden	20.143	95,6	18.936	95,6	17.980	95,1
Rotterdam-Rijnmond	31.351	91,3	26.219	87,5	25.938	86,7
Zuid-Holland Zuid	9.703	93,1	9.177	92,8	6.677	91,7
Zeeland	7.123	82,7	7.043	83,4	5.982	82,4
Midden West Brabant	14.328	91,2	13.826	91,0	12.525	91,2
Brabant Noord	7.976	93,8	7.773	94,0	7.469	94,0
Zuidoost Brabant	12.476	92,8	11.569	91,2	11.381	91,1
Noord- en Midden Limburg	8.439	85,7	6.930	86,1	7.358	86,1
Zuid Limburg	11.336	91,4	10.824	90,5	10.040	90,4
Flevoland	8.384	92,5	7.997	91,7	7.986	92,8
gewogen landelijk gemiddelde	332.821	92,1	313.439	90,9	282.531	91,3

grafiek 2.3.6: aantal A1-ritten binnen 15 minuten ter plaatse per regio in 2008



kaart 2.3.5: A1-ritten binnen 15 minuten ter plaatse per regio in 2008



De onderstaande tabel geeft inzicht in het percentage ritten dat binnen 15 minuten bij de patiënt aanwezig was, maar ook de percentages ritten die eerder of later bij de patiënt aanwezig waren. Uit deze gegevens blijkt dat wanneer een ambulance niet binnen 15 minuten ter plaatse was, deze er in de regel slechts hooguit enkele minuten later wel was. Wanneer er gesproken wordt over een overschrijding van de norm van 15 minuten, gaat het dus veelal om overschrijdingen met slechts enkele minuten. Zo is 96% van de patiënten binnen 17 minuten bereikt.

tabel 2.3.7: percentage A1-ritten binnen 12 tot en met 25 minuten ter plaatse bij de patiënt in 2008

	% A1-ritten ter plaatse bij de patiënt binnen:						
	12 minuten	14 minuten	15 minuten	16 minuten	18 minuten	21 minuten	25 minuten
Groningen	79	90	93	95	98	99	100
Friesland	73	85	90	93	97	99	100
Drenthe	81	91	94	96	98	99	100
IJsselland	79	90	94	96	98	100	100
Twente	82	91	95	96	99	100	100
Noordoost Gelderland	65	80	86	90	95	99	100
Midden Gelderland	65	83	88	91	95	98	100
Gelderland Zuid	69	83	88	91	96	99	100
Utrecht	77	90	94	96	99	100	100
Noord-Holland Noord	76	88	92	94	97	99	100
Amsterdam/Waterland	77	89	93	95	98	99	100
Kennemerland	83	92	95	97	99	100	100
Gooi- en Vechtstreek	77	90	95	97	99	100	100
Haaglanden	82	92	95	97	99	100	100
Hollands Midden	81	91	96	97	98	99	100
Rotterdam-Rijnmond	72	86	91	94	98	100	100
Zuid-Holland Zuid	80	90	93	95	98	99	100
Zeeland	61	76	83	87	94	98	100
Midden West Brabant	75	86	91	93	97	99	100
Brabant Noord	74	88	94	95	98	100	100
Zuidoost Brabant	78	90	93	95	97	99	100
Noord- en Midden Limburg	67	80	86	90	95	98	100
Zuid Limburg	74	87	91	94	97	99	100
Flevoland	75	89	93	94	97	99	100
gewogen landelijk gemiddelde	75%	88%	92%	94%	97%	99%	100%

responstijden en de aard van het gebied

Het blijkt dat in 2008 50,5% van de A1-ritten is uitgevoerd binnen stedelijk gebied, 31% was in zogeheten plattelandsgebied en 15,8% in intermediair gebied (n.b. 2,7% is onbekend).

De aard van het gebied blijkt duidelijk van invloed te zijn op de responstijden. In onderstaande tabel wordt weergegeven hoeveel procent van de ritten binnen een bepaalde responstijd bij de patiënt aanwezig was:

tabel 2.3.8: responstijden in stedelijk en niet-stedelijk gebied

	stedelijk gebied	intermediair gebied	plattelands-gebied	totaal
5 minuten	17,6%	13,6%	8,3%	13,9%
10 minuten	76,6%	67,9%	51,2%	66,8%
12 minuten	88,8%	83,1%	71,0%	82,0%
15 minuten	96,8%	94,6%	89,6%	94,0%
20 minuten	99,5%	99,1%	98,2%	99,0%
25 minuten	99,9%	99,8%	99,7%	99,8%
28 minuten	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

2.4 spoedeisende ambulancezorg: A2-ritten

Voor de A2-ritten bedroegen in 2008:

- de gemiddelde tijdsduur en aanname 3:14 minuten (in 2007: 3:19 minuten)
- de gemiddelde uitruktijd 1:57 minuten (in 2007: 2:14 minuten)
- de gemiddelde aanrijtijd 10:41 minuten (in 2007: 10:35 minuten)

De logistieke prestaties van ambulanceorganisaties hebben voor A2-ritten met name betrekking op de gemiddelde responstijd en de mate waarin de ambulance binnen 30 minuten bij de patiënt is gearriveerd:

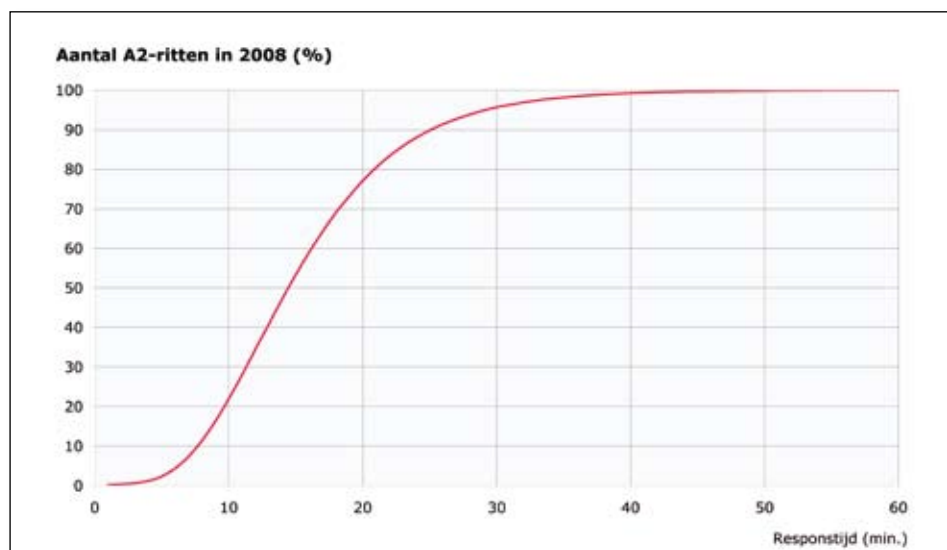
- de gemiddelde responstijd van A2-ritten in 2008 was 15:53 minuten (in 2007: 16:08 minuten)
- in gemiddeld 96,2% van de A2-ritten was de ambulance in 2008 binnen 30 minuten na het begin van de melding bij de patiënt gearriveerd (in 2007: 95,3%)

tabel 2.4.1: landelijke gemiddelden logistieke prestaties A2-ritten

A2-ritten	2008	2007	2006
tijdsduur aanname en uitgifte	3:14 min	3:19 min	3:12 min
uitruktijd	1:57 min	2:14 min	2:22 min
gemiddelde aanrijtijd	10:41 min	10:35 min	10:24 min
gemiddelde responstijd	15:53 min	16:08 min	15:58 min
ritten binnen 30 min. aanwezig	96,2%	95,3%	95,5%

Er wordt in de praktijk naar gestreefd dat de ambulance in geval van een A2-rit zoveel mogelijk binnen 30 minuten bij de patiënt arriveert. Het is daarnaast ook interessant om te weten hoeveel ambulances er (aanzienlijk) eerder of later bij de patiënt aanwezig waren. Onderstaande grafiek geeft inzicht in de landelijk gemiddelde responstijden in 2008:

grafiek 2.4.1: landelijke prestatiecurve A2-ritten in 2008



Evenals voor de A1-ritten geldt ook voor deze paragraaf dat het uitgangspunt voor de regionale getallen de RAV-regio is en nadrukkelijk niet de RAV of ambulanceorganisatie(s) in de regio. Ritten die een RAV of ambulanceorganisatie in een andere dan de eigen regio uitvoert, worden aan de betreffende andere regio toegerekend. Deze keuze heeft te maken met de verantwoordelijkheid van de RAV voor de ambulancezorg binnen de RAV-regio.

2.4.1 tijdsduur aanname en uitgifte

De tijdsduur aanname en uitgifte begint op het moment dat in de MKA de telefoon wordt opgenomen en eindigt wanneer de centralist van de MKA het ambulanceteam heeft gealarmeerd c.q. een ritopdracht heeft gegeven.

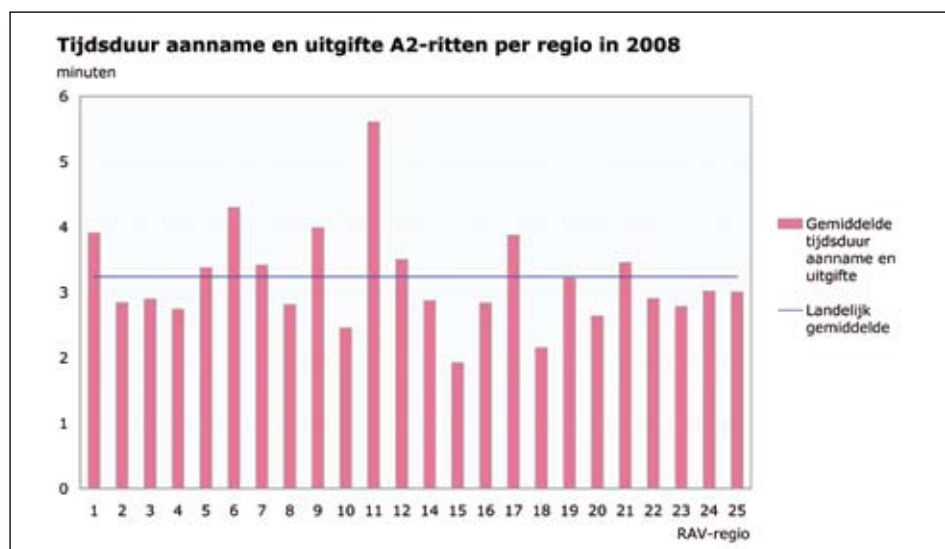


De landelijk gemiddelde tijdsduur aanname en uitgifte van A2-ritten was in 2008 3:14 minuten. In 2007 was deze 3:19 minuten en in 2006 3:12 minuten.

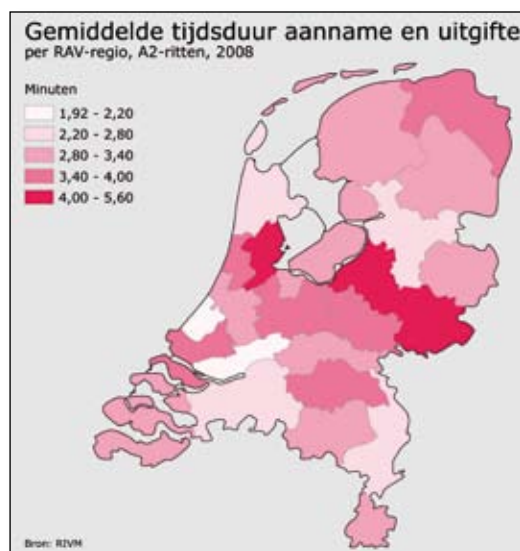
tabel 2.4.2: gemiddelde tijdsduur aanname en uitgifte A2-ritten per regio

	tijdsduur aanname en uitgifte A2-ritten (in min:sec.)		
	2008	2007	2006
Groningen	3:54	4:11	3:43
Friesland	2:50	2:48	2:44
Drenthe	2:53	3:01	3:16
IJsselland	2:44	2:37	2:46
Twente	3:22	3:17	3:12
Noordoost Gelderland	4:17	4:13	4:25
Midden Gelderland	3:25	3:20	3:36
Gelderland Zuid	2:48	2:53	2:53
Utrecht	3:59	4:06	3:56
Noord-Holland Noord	2:27	2:56	2:59
Amsterdam/Waterland	5:36	5:52	4:05
Kennemerland	3:30	3:26	3:37
Gooi- en Vechtstreek	2:52	2:59	2:57
Haaglanden	1:55	1:56	1:58
Hollands Midden	2:50	3:07	2:36
Rotterdam-Rijnmond	3:52	4:02	4:11
Zuid-Holland Zuid	2:09	2:06	2:20
Zeeland	3:12	3:00	2:59
Midden West Brabant	2:38	2:40	2:34
Brabant Noord	3:27	3:19	3:10
Zuidoost Brabant	2:54	3:13	3:10
Noord- en Midden Limburg	2:46	2:52	2:35
Zuid Limburg	3:00	2:56	3:05
Flevoland	3:00	3:16	3:12
gewogen landelijk gemiddelde	3:14	3:19	3:12

grafiek 2.4.2: tijdsduur aanname en uitgifte A2-ritten per regio in 2008



kaart 2.4.1: gemiddelde tijdsduur aanname en uitgifte A2-ritten per regio in 2008



2.4.2 uitruktijd

De uitruktijd begint op het moment dat de centralist van de MKA het ambulanceteam heeft gealarmeerd en eindigt op het moment dat het complete ambulanceteam vertrekt naar het door de centralist opgegeven adres waar de patiënt zich bevindt.

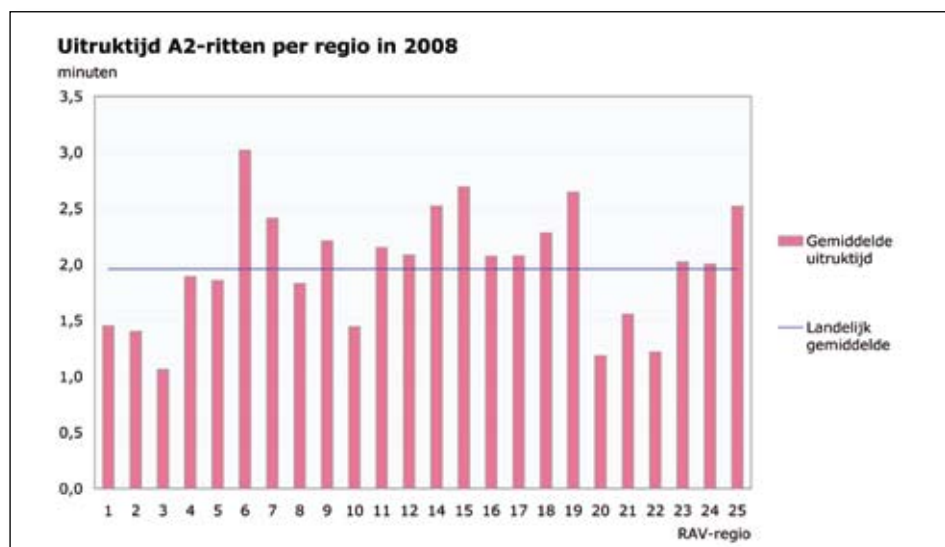


De landelijk gemiddelde uitruktijd van A2-ritten was in 2008 1:57 minuten. In 2007 was deze 2:14 minuten en in 2006 2:22 minuten.

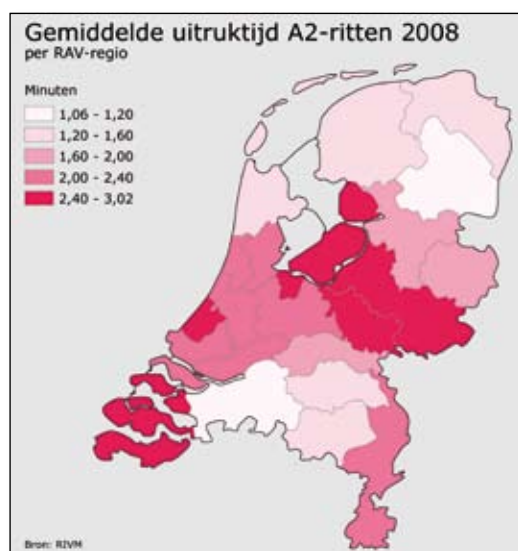
tabel 2.4.3: gemiddelde uitruktijd A2-ritten per regio

	uitruktijd A2-ritten (in min.sec.)		
	2008	2007	2006
Groningen	1:26	1:45	1:59
Friesland	1:24	1:28	1:40
Drenthe	1:03	1:10	1:24
IJsselland	1:53	2:25	2:20
Twente	1:51	1:53	1:57
Noordoost Gelderland	3:01	3:14	3:33
Midden Gelderland	2:24	2:43	2:44
Gelderland Zuid	1:49	2:04	2:35
Utrecht	2:12	2:14	1:59
Noord-Holland Noord	1:26	1:36	1:45
Amsterdam/Waterland	2:09	3:05	3:05
Kennemerland	2:04	2:13	2:28
Gooi- en Vechtstreek	2:31	3:08	2:59
Haaglanden	2:41	3:20	3:15
Hollands Midden	2:04	2:01	2:10
Rotterdam-Rijnmond	2:04	3:06	4:07
Zuid-Holland Zuid	2:16	2:26	2:34
Zeeland	2:38	2:44	2:56
Midden West Brabant	1:11	1:12	1:13
Brabant Noord	1:33	1:34	1:36
Zuidoost Brabant	1:13	1:15	1:25
Noord- en Midden Limburg	2:01	2:13	2:09
Zuid Limburg	2:00	2:43	2:50
Flevoland	2:31	2:43	3:01
gewogen landelijk gemiddelde	1:57	2:14	2:22

grafiek 2.4.3: uitruktijd A2-ritten per regio in 2008



kaart 2.4.2: gemiddelde uitruktijd A2-ritten per regio in 2008



2.4.3 aanrijtijd

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 dus bij de patiënt is gearriveerd.

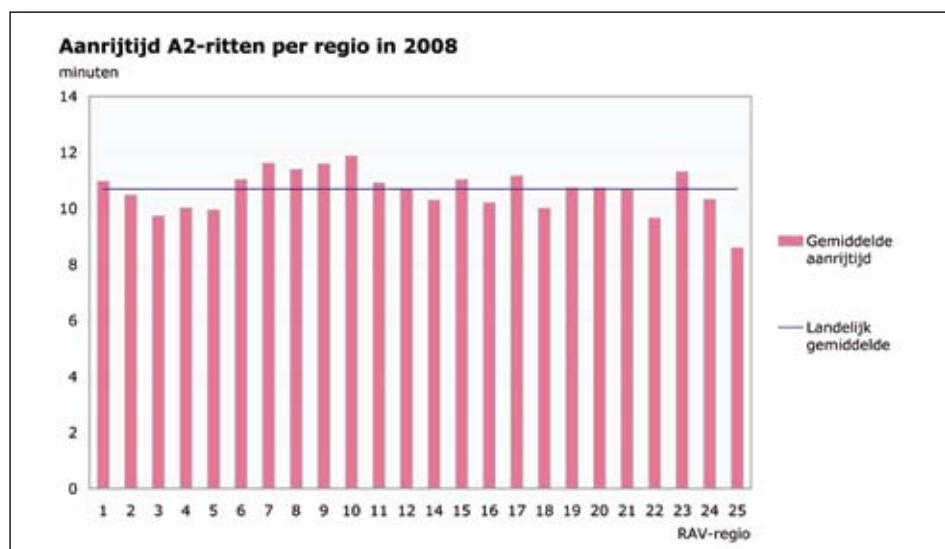


De landelijk gemiddelde aanrijtijd van A2-ritten was in 2008 10:41 minuten. In 2007 was deze 10:35 minuten en in 2006 10:24 minuten.

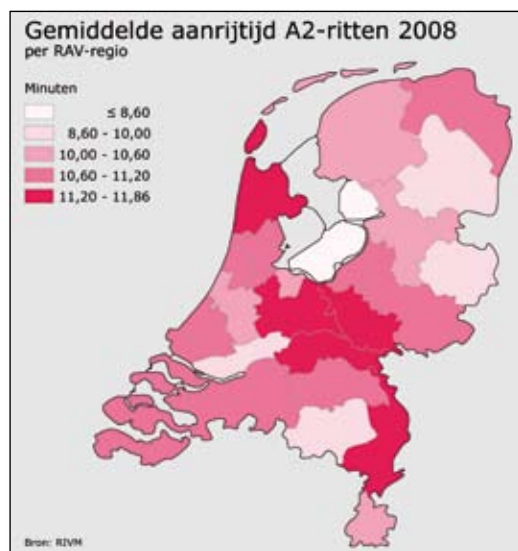
tabel 2.4.4: gemiddelde aanrijtijd A2-ritten per regio

	aanrijtijd A2-ritten (in min.sec.)		
	2008	2007	2006
Groningen	10:57	10:34	9:58
Friesland	10:27	10:20	10:02
Drenthe	9:43	9:55	10:03
IJsselland	10:00	9:48	9:53
Twente	9:55	9:58	9:57
Noordoost Gelderland	11:00	10:43	10:47
Midden Gelderland	11:36	11:31	11:13
Gelderland Zuid	11:23	11:17	11:23
Utrecht	11:34	11:02	11:05
Noord-Holland Noord	11:51	11:34	10:55
Amsterdam/Waterland	10:53	10:53	11:10
Kennemerland	10:40	9:47	9:34
Gooi- en Vechtstreek	10:17	10:11	10:08
Haaglanden	11:00	10:49	10:29
Hollands Midden	10:11	10:22	9:51
Rotterdam-Rijnmond	11:08	11:53	11:05
Zuid-Holland Zuid	9:59	9:41	9:59
Zeeland	10:42	10:53	10:32
Midden West Brabant	10:42	10:40	10:27
Brabant Noord	10:39	10:28	10:11
Zuidoost Brabant	9:38	9:44	9:37
Noord- en Midden Limburg	11:17	11:28	10:55
Zuid Limburg	10:18	9:56	9:52
Flevoland	8:35	8:23	8:02
gewogen landelijk gemiddelde	10:41	10:35	10:24

grafiek 2.4.4: aanrijtijd A2-ritten per regio in 2008



kaart 2.4.3: gemiddelde aanrijtijd A2-ritten per regio in 2008



2.4.4 responstijd

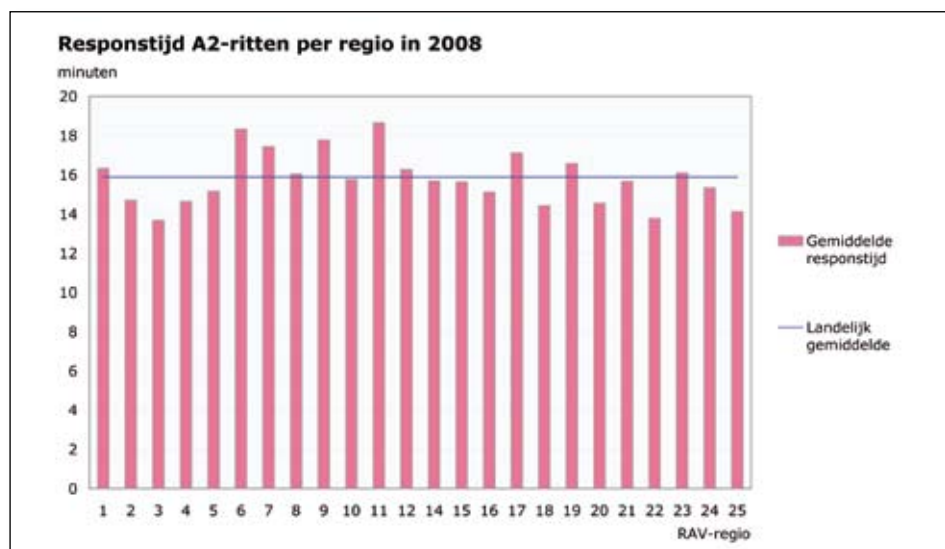
Ambulances in Nederland hebben er in 2008 gemiddeld 15:53 minuten over gedaan om in geval van een rit met A2-urgentie bij de patiënt te arriveren. In 2007 bedroeg de responstijd 16:08 minuten en in 2006 15:58 minuten.



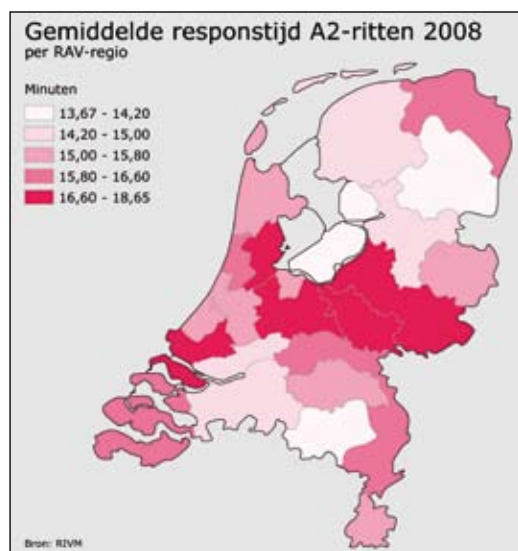
tabel 2.4.5: gemiddelde responstijd A2-ritten per regio

	responstijd A2-ritten (in min.sec.)		
	2008	2007	2006
Groningen	16:18	16:31	15:41
Friesland	14:42	14:36	14:26
Drenthe	13:40	14:05	14:44
IJsselland	14:38	14:49	15:00
Twente	15:09	15:07	15:06
Noordoost Gelderland	18:19	18:10	18:44
Midden Gelderland	17:25	17:34	17:33
Gelderland Zuid	16:01	16:13	16:51
Utrecht	17:46	17:23	17:01
Noord-Holland Noord	15:45	16:06	15:38
Amsterdam/Waterland	18:38	19:50	18:20
Kennemerland	16:16	15:26	15:38
Gooi- en Vechtstreek	15:40	16:19	16:04
Haaglanden	15:37	16:05	15:42
Hollands Midden	15:06	15:30	14:37
Rotterdam-Rijnmond	17:05	19:01	19:23
Zuid-Holland Zuid	14:25	14:14	14:53
Zeeland	16:34	16:38	16:27
Midden West Brabant	14:32	14:32	14:14
Brabant Noord	15:39	15:20	14:56
Zuidoost Brabant	13:46	14:11	14:11
Noord- en Midden Limburg	16:05	16:33	15:38
Zuid Limburg	15:19	15:35	15:48
Flevoland	14:06	14:21	14:15
gewogen landelijk gemiddelde	15:53	16:08	15:58

grafiek 2.4.5: responstijd A2-ritten per regio in 2008



kaart 2.4.4: gemiddelde responstijd A2-ritten per regio in 2008



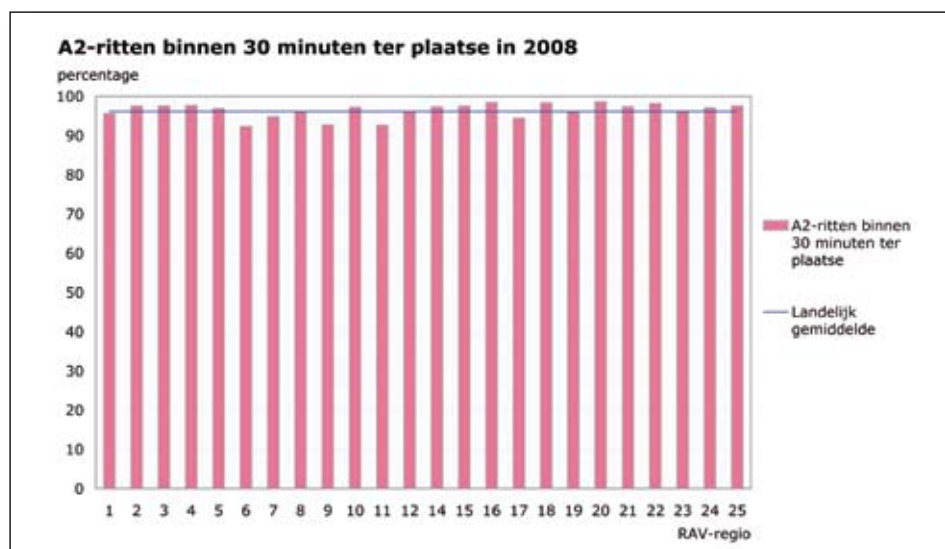
2.4.5 aantal A2-ritten binnen 30 minuten ter plaatse bij de patiënt

In gemiddeld 96,2% van de A2-ritten is de ambulance binnen 30 minuten na het begin van de melding bij de patiënt gearriveerd. In 2007 en 2006 was dit in respectievelijk 95,3% en 95,5% van de A2-ritten.

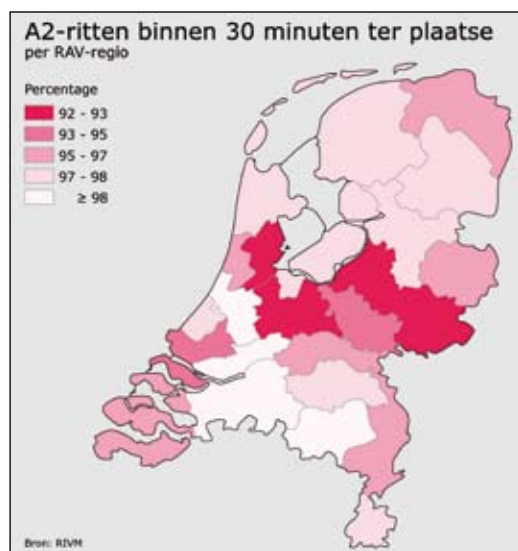
tabel 2.4.6: aantal A2-ritten binnen 30 minuten ter plaatse per regio

	A2-ritten binnen 30 minuten ter plaatse					
	2008		2007		2006	
	aantal	%	aantal	%	aantal	%
Groningen	7.765	95,6	6.955	94,8	6.723	96,4
Friesland	6.361	97,5	5.570	97,2	5.614	97,9
Drenthe	7.724	97,5	6.800	96,8	6.505	96,5
IJsselland	9.638	97,6	8.437	96,7	7.693	95,8
Twente	10.463	96,9	9.246	96,4	8.583	96,6
Noordoost Gelderland	10.628	92,3	9.603	91,9	9.143	90,6
Midden Gelderland	6.787	94,8	5.717	94,1	4.758	94,0
Gelderland Zuid	6.287	96,0	5.696	95,6	6.037	94,3
Utrecht	14.735	92,7	12.137	92,4	10.823	93,8
Noord-Holland Noord	4.906	97,2	4.607	96,0	2.069	96,3
Amsterdam/Waterland	7.998	92,6	7.970	89,3	6.531	92,0
Kennemerland	1.570	96,1	3.123	96,5	1.864	96,8
Gooi- en Vechtstreek	1.908	97,3	1.263	96,9	1.481	95,6
Haaglanden	13.187	97,5	10.791	96,3	9.723	96,5
Hollands Midden	4.797	98,4	4.420	96,9	4.994	98,0
Rotterdam-Rijnmond	11.025	94,4	8.341	89,3	7.527	88,6
Zuid-Holland Zuid	5.287	98,3	4.823	98,2	4.204	97,9
Zeeland	4.646	96,1	4.134	95,5	3.508	95,7
Midden West Brabant	16.878	98,5	15.193	98,5	14.001	98,6
Brabant Noord	8.747	97,3	8.398	97,4	7.932	97,9
Zuidoost Brabant	6.447	98,2	5.854	97,4	5.207	97,6
Noord- en Midden Limburg	5.226	96,2	4.426	95,4	4.942	96,1
Zuid Limburg	7.122	97,1	6.780	97,2	6.253	97,1
Flevoland	4.738	97,5	3.756	97,3	3.337	97,9
gewogen landelijk gemiddelde	184.870	96,2	164.040	95,3	149.452	95,5

grafiek 2.4.6: aantal A2-ritten binnen 30 minuten ter plaatse per regio in 2008



kaart 2.4.5: aantal A2-ritten binnen 30 minuten ter plaatse per regio in 2008



De onderstaande tabel geeft inzicht in het percentage ritten dat binnen 30 minuten bij de patiënt aanwezig was, maar ook de percentages ritten die eerder of later bij de patiënt aanwezig waren. Uit deze gegevens blijkt bijvoorbeeld dat in 98% van de ritten de patiënt binnen 34 minuten is bereikt.

tabel 2.4.7: percentage A2-ritten binnen 25 tot en met 44 minuten ter plaatse bij de patiënt in 2008

	% A2-ritten ter plaatse bij de patiënt binnen:						
	25 minuten	28 minuten	30 minuten	32 minuten	34 minuten	37 minuten	44 minuten
Groningen	88	93	96	97	98	99	100
Friesland	93	96	98	98	99	100	100
Drenthe	94	96	98	98	99	99	100
IJsselland	93	96	98	98	99	99	100
Twente	91	95	97	98	99	99	100
Noordoost Gelderland	83	89	92	95	96	98	100
Midden Gelderland	86	92	95	97	98	99	100
Gelderland Zuid	91	94	96	97	98	99	100
Utrecht	84	90	93	95	96	98	100
Noord-Holland Noord	91	96	97	98	99	99	100
Amsterdam/Waterland	82	89	93	95	97	99	99
Kennemerland	90	94	96	97	98	100	100
Gooi- en Vechtstreek	91	96	97	98	99	99	100
Haaglanden	93	96	97	98	99	99	100
Hollands Midden	93	97	98	99	99	100	100
Rotterdam-Rijnmond	87	92	94	96	97	98	100
Zuid-Holland Zuid	95	97	98	99	99	100	100
Zeeland	90	94	96	97	98	99	100
Midden West Brabant	95	97	99	99	99	100	100
Brabant Noord	92	96	97	98	99	99	100
Zuidoost Brabant	95	97	98	99	99	99	100
Noord- en Midden Limburg	90	95	96	98	99	99	100
Zuid Limburg	93	96	97	98	99	99	100
Flevoland	94	97	98	98	99	99	100
gewogen landelijk gemiddelde	90%	94%	96%	97%	98%	99%	100%

responstijden en de aard van het gebied

Het blijkt dat in 2008 47% van de A2-ritten is uitgevoerd binnen stedelijk gebied, 33,6% was in zogeheten plattelandsgebied en 18,4% in intermediair gebied (n.b. 1% is onbekend).

De aard van het gebied blijkt duidelijk van invloed te zijn op de responstijden. In onderstaande tabel wordt weergegeven hoeveel procent van de ritten binnen een bepaalde responstijd bij de patiënt aanwezig was:

tabel 2.4.8: responstijden in stedelijk en niet-stedelijk gebied

	stedelijk gebied	intermediair gebied	plattelandsgebied	totaal
10 minuten	31,4%	27,3%	17,2%	25,5%
15 minuten	65,1%	59,9%	46,5%	57,5%
20 minuten	84,3%	81,7%	73,8%	80,1%
25 minuten	93,4%	92,4%	88,7%	91,5%
30 minuten	97,4%	96,9%	95,4%	96,6%
32 minuten	98,1%	97,9%	96,7%	97,6%
55 minuten	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Het product ambulancezorg in 2008

Dit hoofdstuk gaat in op de ambulancezorg die in 2008 in Nederland is geboden. Enerzijds gaat het om de soorten en de aantallen ritten, anderzijds gaat het ook om de soort zorg die verleend is (§3.3).

De aantallen ritten worden vanuit twee perspectieven belicht: naar de urgentie (in §3.1) en naar de aard van de ritten (in §3.2).

Voor de cijfers met betrekking tot de spoedeisende ambulancezorg in dit hoofdstuk geldt dat het uitgangspunt voor de regionale getallen de RAV-regio is en nadrukkelijk niet de RAV of ambulanceorganisatie(s) in de regio. Ritten die een RAV of ambulanceorganisatie in een andere dan de eigen regio uitvoert, worden aan de betreffende andere regio toegerekend. Deze keuze heeft te maken met de verantwoordelijkheid van de RAV voor de ambulancezorg binnen de RAV-regio.

Dit geldt uitdrukkelijk niet voor cijfers met betrekking tot de planbare ambulancezorg. Deze ritten zijn toebedeeld aan de RAV of ambulanceorganisatie die de rit heeft uitgevoerd.

3.1 spoedeisende en planbare ambulancezorg

De sector ambulancezorg maakt een onderscheid naar spoedeisende en planbare ambulancezorg. Bij spoedeisende ambulancezorg moet de ambulancezorg zo spoedig mogelijk ter plaatse zijn. De intentie is zorg te verlenen en, indien noodzakelijk, de patiënt te vervoeren.

Spoedeisende ambulancezorg kan ieder moment van de dag noodzakelijk zijn en is per definitie niet planbaar. De spoedeisende ambulancezorg valt uiteen in ritten met een A1-urgentie en ritten met een A2-urgentie.

De planbare ambulancezorg wordt in de praktijk ook wel besteld vervoer genoemd. Het betreft zorg en vervoer van patiënten tussen het woon- of verblijfadres en/of zorginstellingen. Er worden afspraken gemaakt over de tijdstippen van halen en brengen en de plaats van bestemming.

Bij de planbare ambulancezorg wordt, onvoorziene situaties daargelaten, altijd een patiënt vervoerd. Kenmerkend is dat de patiënt liggend vervoerd wordt en vrijwel altijd zorg nodig heeft. De planbare zorg heeft een B-urgentie.

Spoedeisende of planbare ambulancezorg zegt evenwel niets over de complexiteit van de zorg. Beide kunnen zowel hoogcomplex als laagcomplex van aard zijn.

3.1.1 aantal ritten, totaal overzicht

In 2008 hebben de RAV-en en ambulanceorganisaties in Nederland 1.003.050 ritten gereden. In 2007 waren dit er 977.660 en in 2006 931.478.

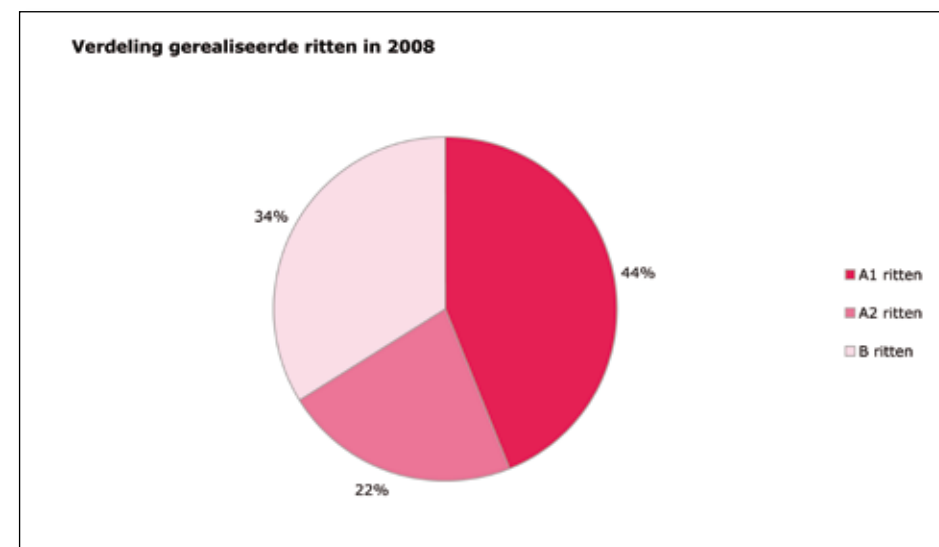
Onderstaande tabel en grafiek geven weer hoe deze productie is opgebouwd naar riturgentie.

Duidelijk wordt dat het aantal ritten in de loop der jaren groeit:

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

	2008	2007	2006
A1-ritten	439.725	428.257	409.718
A2-ritten	223.813	208.133	195.014
B-ritten	339.512	341.270	326.746
totaal	1.003.050	977.660	931.478

grafiek 3.1.1: verdeling gerealiseerde ritten in 2008



Het aantal ritten per regio verschilt sterk. Dit heeft te maken met onder andere lokale factoren zoals de bevolkingsdichtheid, het aantal inwoners, de regio-oppervlakte, de mate van stedelijkheid en de aanwezigheid van gezondheidszorginstellingen en hun karakter (zoals een medisch universitair centrum of een ziekenhuis dat radiotherapie biedt). Daarnaast speelt ook de cultuur van de regio een rol, in de ene regio zijn inwoners eerder geneigd om een ambulance te alarmeren dan in een andere regio.

In tabel 3.1.3 zijn de regionale totalen omgerekend naar percentages van het totaal aantal ritten in de regio. Verschillen tussen regio's kunnen op deze manier meer objectief worden afgeleid.

De volgende tabel geeft weer hoe de verschillende spoedeisende en planbare ritten zijn verdeeld over de regio's, waarbij in de vijfde kolom het regionale totaal is uitgedrukt als percentage van het landelijke totaal. In de laatste twee kolommen zijn tevens de totaalcijfers per regio over 2007 en 2006 weergegeven:

tabel 3.1.2: aantal ritten per regio

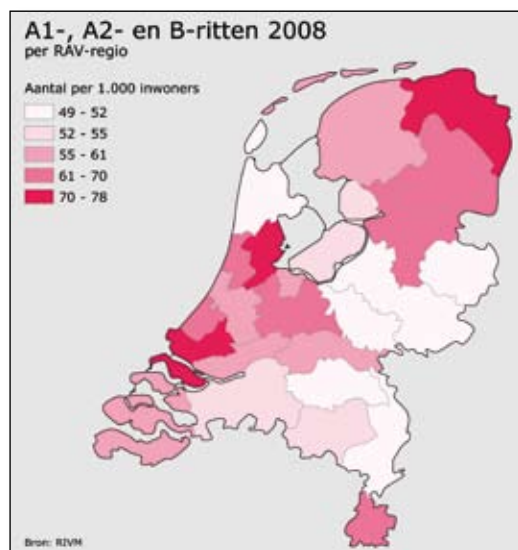
	2008				regionaal t.o.v landelijk	2007	2006
	aantal	aantal	aantal	totaal		totaal	totaal
	A1-ritten	A2-ritten	B-ritten	totaal	2007	2006	
Groningen	19.182	9.357	15.075	43.614	4,35%	45.800	44.708
Friesland	16.847	6.914	13.224	36.985	3,69%	34.953	34.690
Drenthe	15.121	8.937	8.408	32.466	3,24%	29.796	28.431
IJsselland	9.988	11.001	11.269	32.258	3,22%	30.313	29.417
Twente	9.748	12.078	9.218	31.044	3,09%	30.032	29.301
Noordoost Gelderland	15.058	11.907	12.511	39.476	3,94%	39.173	39.764
Midden Gelderland	13.868	8.143	11.145	33.156	3,31%	30.639	25.597
Gelderland Zuid	12.055	7.278	11.890	31.223	3,11%	29.790	29.965
Utrecht	27.294	20.128	33.865	81.287	8,10%	76.354	73.248
Noord-Holland Noord	18.009	5.679	8.184	31.872	3,18%	31.403	30.544
Amsterdam/Waterland	49.779	10.750	35.215	95.744	9,55%	103.155	99.988
Kennemerland	21.322	6.043	8.413	35.778	3,57%	25.614	25.807
Gooi- en Vechtstreek	7.383	2.178	5.081	14.642	1,46%	14.245	13.745
Haaglanden	35.643	15.396	14.217	65.256	6,51%	75.136	59.330
Hollands Midden	24.214	5.260	15.854	45.328	4,52%	43.234	41.995
Rotterdam-Rijnmond	40.461	13.975	35.011	89.447	8,92%	86.375	83.470
Zuid-Holland Zuid	12.332	5.969	9.094	27.395	2,73%	25.581	24.861
Zeeland	9.953	5.308	6.387	21.648	2,16%	19.839	18.609
Midden West Brabant	18.076	18.888	20.289	57.253	5,71%	55.494	52.058
Brabant Noord	10.028	10.138	10.531	30.697	3,06%	28.091	27.611
Zuidoost Brabant	16.318	7.633	14.184	38.135	3,80%	37.807	35.907
Noord- en Midden Limburg	12.145	6.600	7.702	26.447	2,64%	24.775	24.746
Zuid Limburg	15.084	8.725	18.182	41.991	4,19%	40.814	39.016
Flevoland	9.817	5.528	4.563	19.908	1,98%	19.247	18.670
totaal 2008	439.725	223.813	339.512	1.003.050			
<i>totaal 2007</i>	<i>428.257</i>	<i>208.133</i>	<i>341.270</i>			977.660	
<i>totaal 2006</i>	<i>409.718</i>	<i>195.014</i>	<i>326.746</i>				931.478

tabel 3.1.3: aantal ritten per regio in procenten van het regionale totaal in 2008

	% spoedeisende ambulancetzorg tov het totaal	% planbare ambulancetzorg tov het totaal	% A1-ritten tov spoedeisende ambulancetzorg totaal	% A2-ritten tov spoedeisende ambulancetzorg totaal
Groningen	65,4%	34,6%	67,2%	32,8%
Friesland	64,2%	35,8%	70,9%	29,1%
Drenthe	74,1%	25,9%	62,9%	37,1%
IJsselland	65,1%	34,9%	47,6%	52,4%
Twente	70,3%	29,7%	44,7%	55,3%
Noordoost Gelderland	68,3%	31,7%	55,8%	44,2%
Midden Gelderland	66,4%	33,6%	63,0%	37,0%
Gelderland Zuid	61,9%	38,1%	62,4%	37,6%
Utrecht	58,3%	41,7%	57,6%	42,4%
Noord-Holland Noord	74,3%	25,7%	76,0%	24,0%
Amsterdam/Waterland	63,2%	36,8%	82,2%	17,8%
Kennemerland	76,5%	23,5%	77,9%	22,1%
Gooi- en Vechtstreek	65,3%	34,7%	77,2%	22,8%
Haaglanden	78,2%	21,8%	69,8%	30,2%
Hollands Midden	65,0%	35,0%	82,2%	17,8%
Rotterdam-Rijnmond	60,9%	39,1%	74,3%	25,7%
Zuid-Holland Zuid	66,8%	33,2%	67,4%	32,6%
Zeeland	70,5%	29,5%	65,2%	34,8%
Midden West Brabant	64,6%	35,4%	48,9%	51,1%
Brabant Noord	65,7%	34,3%	49,7%	50,3%
Zuidoost Brabant	62,8%	37,2%	68,1%	31,9%
Noord- en Midden Limburg	70,9%	29,1%	64,8%	35,2%
Zuid Limburg	56,7%	43,3%	63,4%	36,6%
Flevoland	77,1%	22,9%	64,0%	36,0%
totaal 2008	66,2%	33,8%	66,3%	33,7%
<i>totaal 2007</i>	<i>65,1%</i>	<i>34,9%</i>	<i>67,3%</i>	<i>32,7%</i>
<i>totaal 2006</i>	<i>64,9%</i>	<i>35,1%</i>	<i>67,8%</i>	<i>32,2%</i>

Onderstaande kaart geeft een beeld van het totaal van de in 2008 gereden A1-, A2- en B-ritten per regio per 1.000 inwoners:

kaart 3.1.1: aantal A1-, A2- en B-ritten per regio per 1.000 inwoners in 2008



ambulancezorg en het aantal inwoners

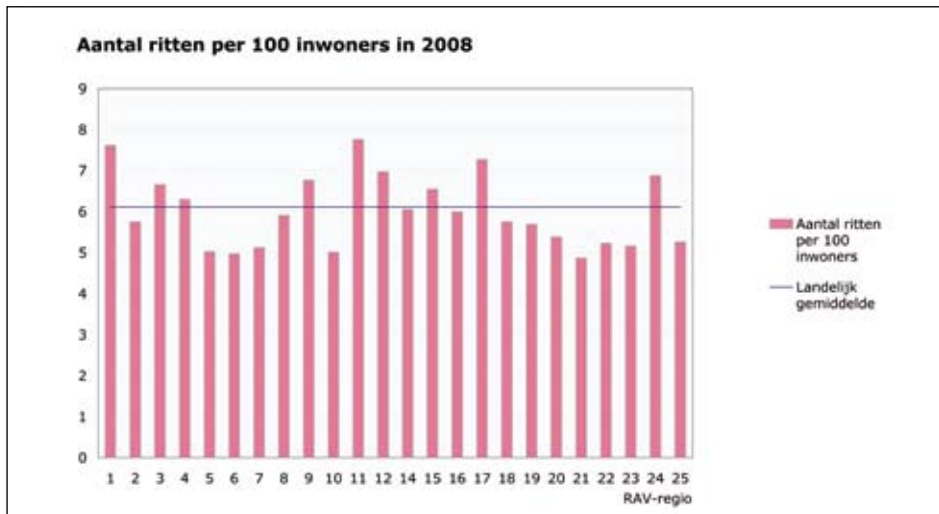
In tabel 3.1.2 op pagina 58 is het aantal ritten per regio uitgedrukt in een percentage van het landelijke totaal aantal ritten. Onderstaande tabel relateert het aantal inwoners van een regio aan in eerste instantie het aantal spoedeisende ritten, vervolgens het aantal planbare ritten en tenslotte het totaal aantal ritten.

tabel 3.1.4: aantal inwoners ten opzichte van het aantal ritten per regio in 2008

	aantal inwoners	aantal spoed-ritten	% spoed-ritten	aantal B-ritten	% B-ritten	aantal alle ritten	% alle ritten
Groningen	573.459	28.539	5,0%	15.075	2,6%	43.614	7,6%
Friesland	644.172	23.761	3,7%	13.224	2,1%	36.985	5,7%
Drenthe	487.893	24.058	4,9%	8.408	1,7%	32.466	6,7%
IJsselland	500.000	20.989	4,2%	11.269	2,3%	32.258	6,5%
Twente	629.777	21.826	3,5%	9.218	1,5%	31.044	4,9%
Noordoost Gelderland	808.527	26.965	3,3%	12.511	1,5%	39.476	4,9%
Midden Gelderland	648.253	22.011	3,4%	11.145	1,7%	33.156	5,1%
Gelderland Zuid	536.972	19.333	3,6%	11.890	2,2%	31.223	5,8%
Utrecht	1.201.350	47.422	3,9%	33.865	2,8%	81.287	6,8%
Noord-Holland Noord	635.000	23.688	3,7%	8.184	1,3%	31.872	5,0%
Amsterdam/Waterland	1.234.238	60.529	4,9%	35.215	2,9%	95.744	7,8%
Kennemerland	513.464	27.365	5,3%	8.413	1,6%	35.778	7,0%
Gooi- en Vechtstreek	242.148	9.561	3,9%	5.081	2,1%	14.642	6,0%
Haaglanden	1.002.812	51.039	5,1%	14.217	1,4%	65.256	6,5%
Hollands Midden	754.100	29.474	3,9%	15.854	2,1%	45.328	6,0%
Rotterdam-Rijnmond	1.231.560	54.436	4,4%	35.011	2,8%	89.447	7,3%
Zuid-Holland Zuid	478.124	18.301	3,8%	9.094	1,9%	27.395	5,7%
Zeeland	328.000	15.261	4,7%	6.387	1,9%	21.648	6,6%
Midden West Brabant	1.067.684	36.964	3,5%	20.289	1,9%	57.253	5,4%
Brabant Noord	633.234	20.166	3,2%	10.531	1,7%	30.697	4,8%
Zuidoost Brabant	729.887	23.951	3,3%	14.184	1,9%	38.135	5,2%
Noord- en Midden Limburg	512.837	18.745	3,7%	7.702	1,5%	26.447	5,2%
Zuid Limburg	614.680	23.809	3,9%	18.182	3,0%	41.991	6,8%
Flevoland	383.464	15.345	4,0%	4.563	1,2%	19.908	5,2%
totaal 2008	16.391.635	663.538	4,0%	339.512	2,1%	1.003.050	6,1%
<i>in 2007</i>	<i>16.405.399</i>	<i>636.390</i>	<i>3,9%</i>	<i>341.270</i>	<i>2,1%</i>	<i>977.660</i>	<i>6,0%</i>
<i>in 2006</i>	<i>16.357.992</i>	<i>604.732</i>	<i>3,7%</i>	<i>326.746</i>	<i>2,0%</i>	<i>931.478</i>	<i>5,7%</i>

Onderstaande grafiek maakt deze gegevens ook visueel inzichtelijk:

grafiek 3.1.2: aantal ritten per 100 inwoners in 2008

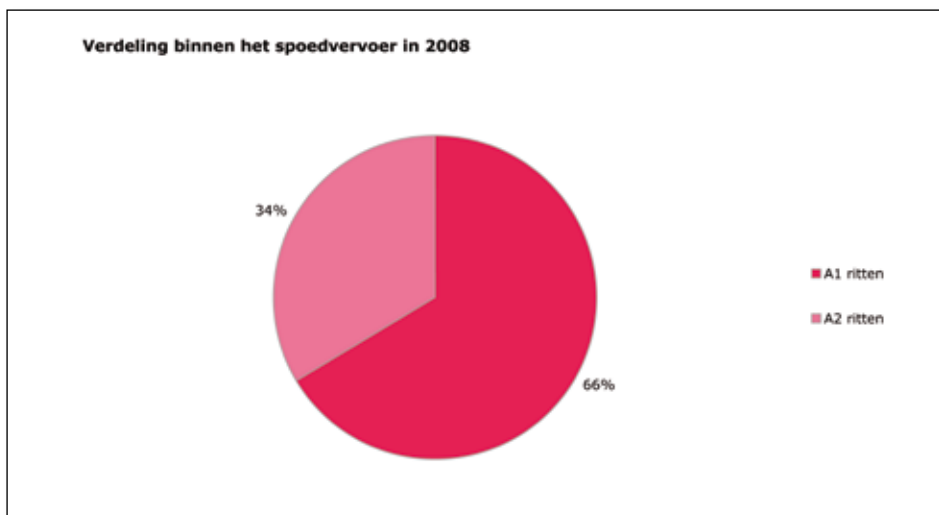


In het vervolg van deze paragraaf wordt nader ingezoomd op de verschillende soorten ritten.

3.1.2 spoedeisende ambulancezorg

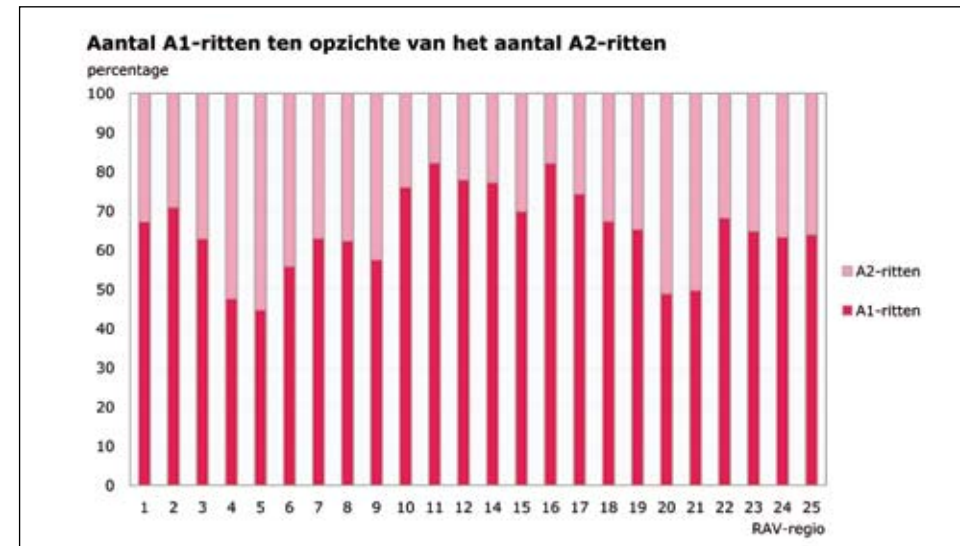
A1-ritten en A2-ritten samen worden beschouwd als spoedeisende ambulancezorg. Globaal genomen zijn in Nederland bijna tweemaal zoveel A1-ritten als A2-ritten uitgevoerd. Dit is overeenkomstig de verhouding in 2007 en 2006.

grafiek 3.1.3: verdeling binnen het spoedvervoer in 2008



De verhouding tweemaal zoveel A1-ritten als A2-ritten is een landelijk gemiddelde. Regionaal varieert het aandeel A1-ritten van 45% tot 82%, onderstaande grafiek maakt dit inzichtelijk. De reden en achtergrond van deze verschillen is thema van onderzoek binnen de sector:

grafiek 3.1.4: aantal A1-ritten ten opzichte van het aantal A2-ritten per regio in 2008



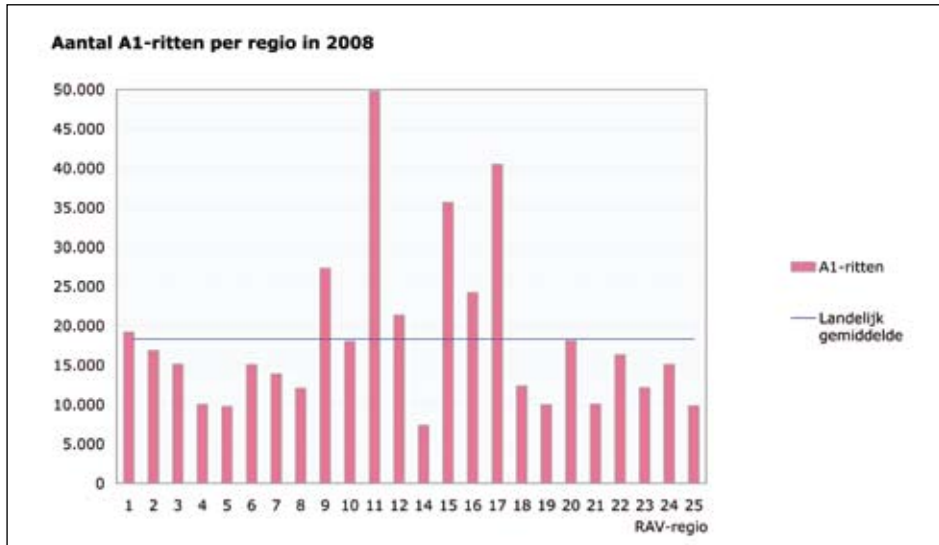
spoedeisende ambulancezorg: A1-ritten

Een rit wordt met A1-urgentie gereden als er gevaar bestaat voor het leven of blijvende invaliditeit bij een patiënt of waarbij dit bij de melding niet kan worden uitgesloten en pas door de ambulancebemanning ter plaatse vastgesteld kan worden. De rit wordt zo snel mogelijk uitgegeven en het ambulanceteam dient zo spoedig mogelijk ter plaatse te zijn. De ambulance maakt altijd gebruik van optische en geluidssignalen (zwaailichten en sirene).

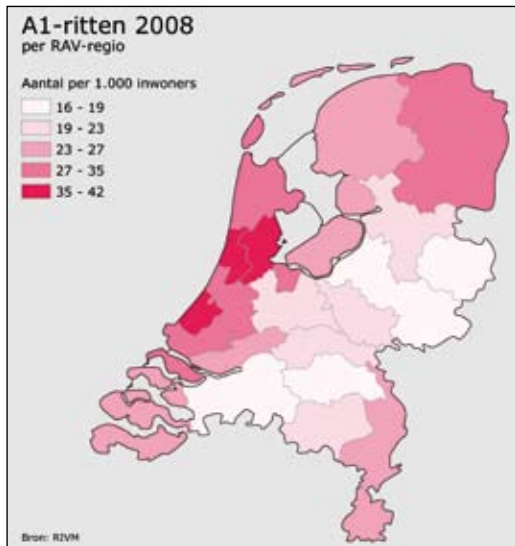
Voorbeelden van patiënten c.q. ziektebeelden waar de ambulance met A1-urgentie naar toe gaat zijn pijn op de borst, onwelwording en verkeersongevallen.

In 2008 zijn in Nederland 439.725 ritten met A1-urgentie gereden. In 2007 waren dit er 428.257 en in 2006 409.718 ritten. Het aantal A1-ritten is sinds 2006 met 7,3% toegenomen.

grafiek 3.1.5: aantal A1-ritten per regio in 2008



kaart 3.1.2: aantal A1-ritten per regio per 1.000 inwoners in 2008



grafiek 3.1.6: verdeling A1-ritten over dagen van de week in 2008



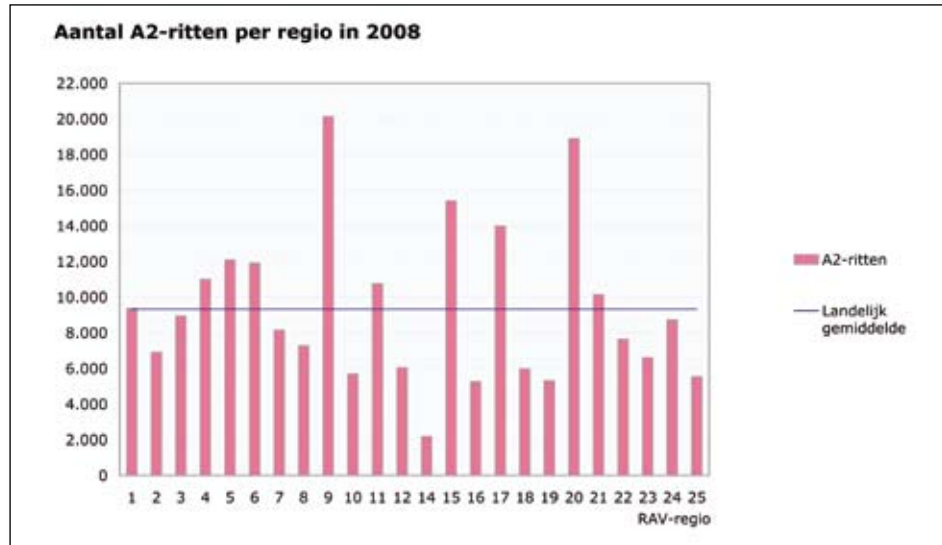
Op zon- en feestdagen worden net wat meer A1-ritten uitgevoerd dan op de overige dagen van de week. Het blijkt tevens dat in 2008 de meeste A1-ritten overdag hebben plaatsgevonden (43%), 37% van de A1-ritten vond 's avonds plaats en 20% 's nachts. Van de A1-ritten heeft in 2008 51% plaatsgevonden in stedelijk gebied en 31% was in zogeheten plattelandsgedebied.

spoedeisende ambulancezorg: A2-ritten

Bij een rit met A2-urgentie bestaat er dan wel geen direct levensgevaar voor de patiënt, snelle hulp is wel wenselijk omdat er dreiging van ernstige gezondheidsschade is. De ambulance rukt meteen uit en kan, indien wenselijk, gebruik maken van optische en geluidssignalen. Dit wordt echter niet vaak gedaan. Voorbeelden van patiënten c.q. ziektebeelden waarbij de ambulance met A2-urgentie uitrukt zijn: blindedarmonsteking met veel pijn, overplaatsing van een kind dat door de ouders met acute hoofdpijn naar een ziekenhuis is gebracht en naar een ander ziekenhuis moet worden overgebracht en veel sportongevallen. Spoedoverplaatsingen tussen verschillende zorginstellingen worden ook met A2-urgentie gereden. Vanwege de spoedeisende reden is directe inzet van de ambulance noodzakelijk, er is echter op dat moment al wel adequate zorg bij de patiënt aanwezig.

In 2008 zijn in Nederland 223.813 ritten met A2-urgentie gereden. In 2007 waren dit er 208.133 en in 2006 195.014 ritten. Het aantal A2-ritten is sinds 2006 met 14,8% toegenomen.

grafiek 3.1.7: aantal A2-ritten per regio in 2008

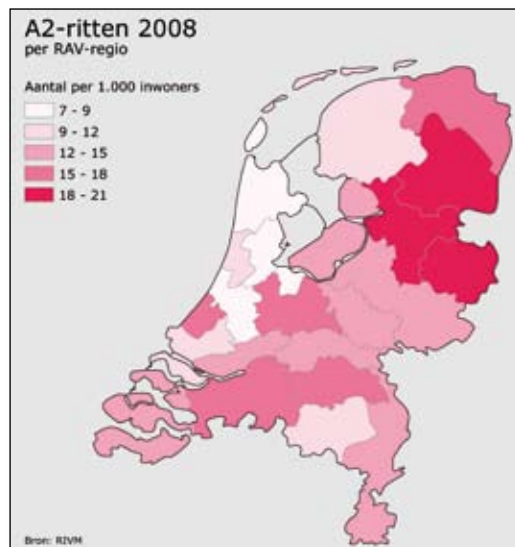


De verdeling van het aantal A2-ritten over dagen van de week is minder evenwichtig dan de verdeling van de A1-ritten, zo blijkt uit onderstaande grafiek:

grafiek 3.1.8: verdeling A2-ritten over dagen van de week in 2008



kaart 3.1.3: aantal A2-ritten per regio per 1.000 inwoners in 2008

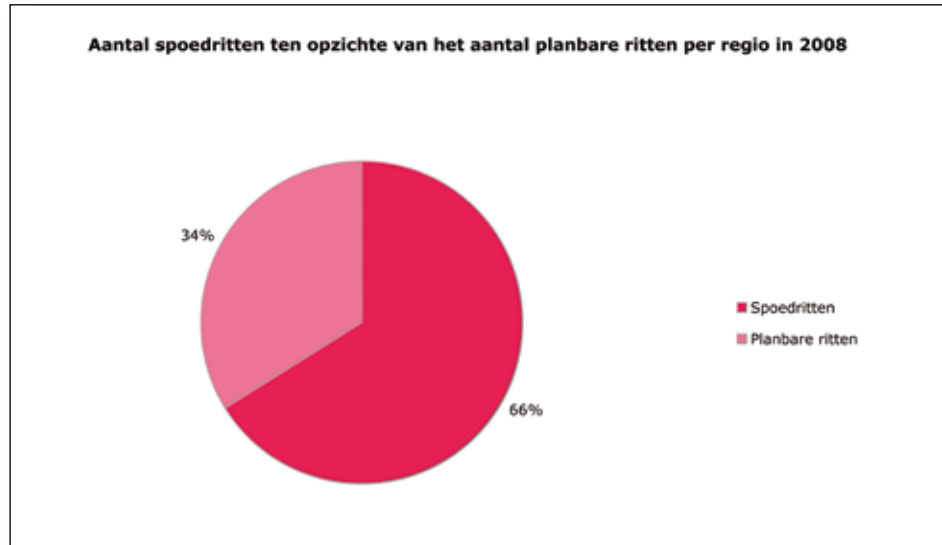


Ook voor de A2-ritten geldt dat deze in 2008 net wat vaker zijn uitgevoerd op zon- en feestdagen dan op de andere dagen van de week. Het blijkt tevens dat in 2008 de meeste A2-ritten overdag hebben plaatsgevonden (50%), 35% van de A1-ritten vond 's avonds plaats en 15% 's nachts. Van de A2-ritten heeft in 2008 47% plaatsgevonden in stedelijk gebied en ruim 33% was in zogeheten plattelandsgedebied.

3.1.3 spoedeisende ambulancezorg ten opzichte van planbare ambulancezorg

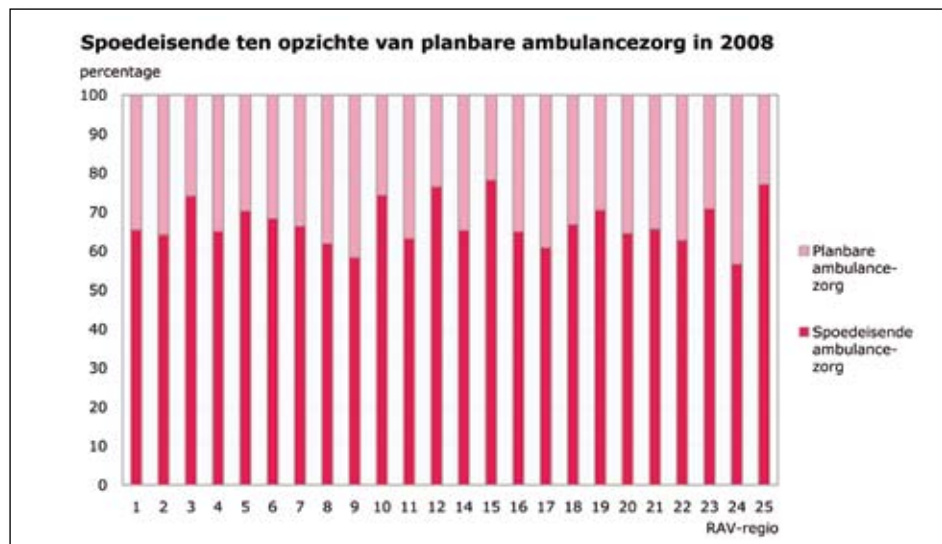
De spoedeisende ambulancezorg (A1- en A2-ritten) bedraagt ongeveer 66% van de totale ambulancezorg.

grafiek 3.1.9: verdeling spoedeisende en planbare ambulancezorg in 2008



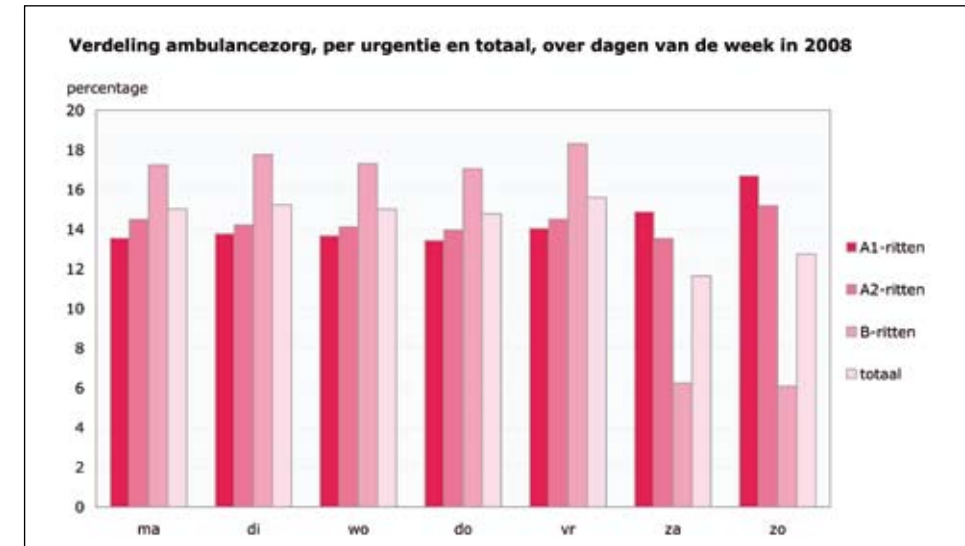
Evenals de verhouding tussen A1- en A2-ritten binnen de spoedeisende ambulancezorg, is ook hier het percentage 'slechts' een landelijk gemiddelde. Regionaal varieert het aandeel B-ritten van 22% tot 43%. De onderstaande grafiek maakt dit inzichtelijk:

grafiek 3.1.10: spoedeisende ambulancezorg ten opzichte van planbare ambulancezorg per regio in 2008



Uit onderstaande grafiek blijkt een duidelijk verschil tussen de spoedeisende en de planbare ambulancezorg. De planbare ambulancezorg laat zich duidelijk sturen en wordt met name op werkdagen uitgevoerd. De spoedeisende ambulancezorg is evenwichtiger verdeeld over alle dagen van de week, al is bij zowel A1- als A2-ritten een kleine piek op zon- en feestdagen. Als er echter naar het totaal gekeken wordt, blijkt er weer een evenwichtige verdeling.

grafiek 3.1.11: verdeling ambulancezorg, per urgentie en totaal, over dagen van de week

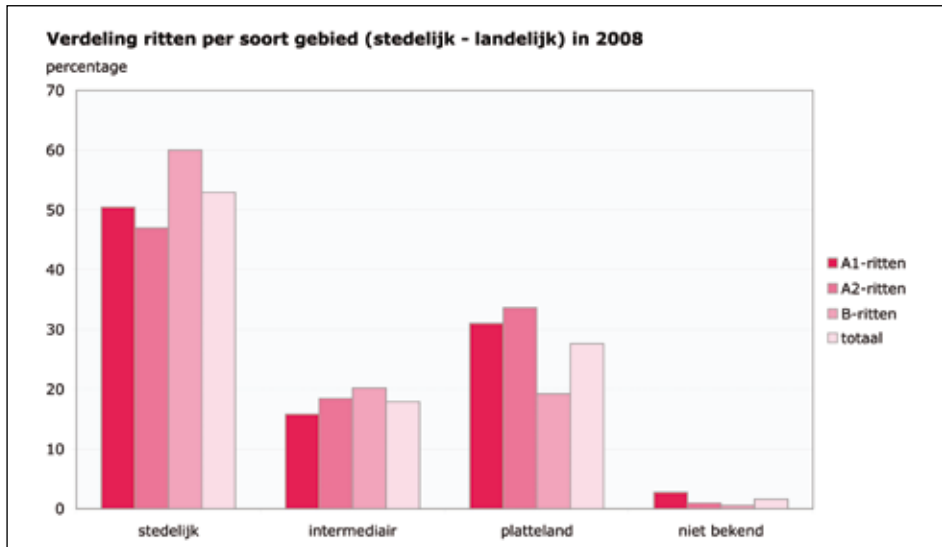


De meeste ambulanceritten vinden plaats binnen stedelijk gebied (52,9%), dat geldt vooral voor de B-ritten. Onderstaande tabel geeft aan hoe de ritten verdeeld zijn, zowel per urgentie (A1, A2 als B) als in totaal.

tabel 3.1.5: verdeling ritten per soort gebied

	stedelijk	intermediair	platteland	niet bekend
A1	50,5%	15,8%	31,0%	2,7%
A2	47,0%	18,4%	33,6%	0,9%
B	60,0%	20,2%	19,2%	0,6%
totaal	52,9%	17,9%	27,6%	1,6%

grafiek 3.1.12: verdeling ritten per soort gebied (stedelijk - landelijk) in 2008



3.1.4 planbare ambulancezorg: B-ritten

Over het algemeen wordt alle ambulancezorg die geen spoedeisende zorg is beschouwd als planbare zorg, oftewel B-vervoer of besteld vervoer.

B-vervoer betreft veelal vervoer tussen ziekenhuizen voor onderzoeken of behandelingen, patiënten die thuis moeten worden opgehaald voor opname, onderzoek of behandeling, of patiënten die na ontslag uit het ziekenhuis weer naar huis moeten worden gebracht. Deze patiënten moeten in alle gevallen liggend vervoerd worden en hebben onderweg een of andere vorm van zorg nodig.

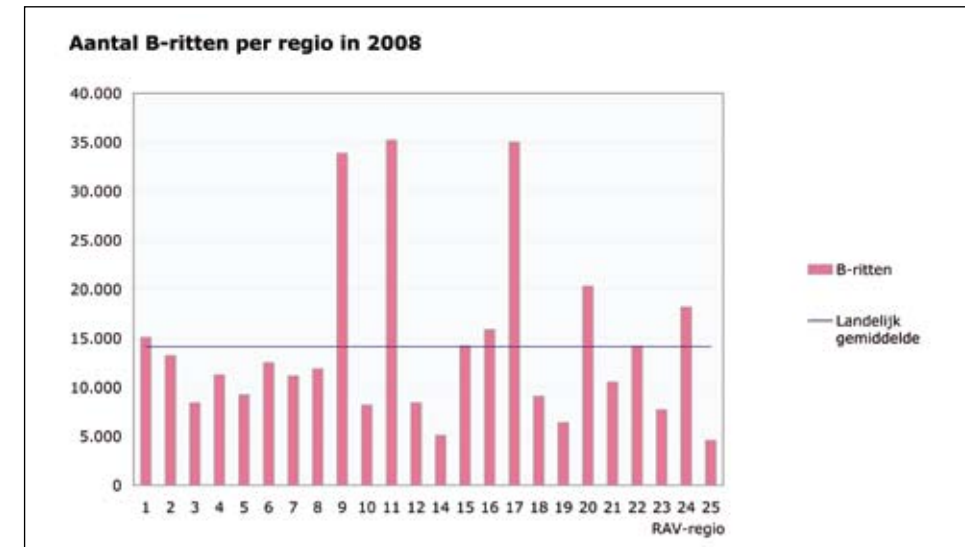
Een deel van de B-ritten wordt (al langere tijd) van te voren ingepland, een ander deel wordt in de loop van de dag aangevraagd. Het is niet altijd duidelijk wanneer iemand klaar is om opgehaald te worden, bijvoorbeeld bij bepaalde onderzoeken of behandelingen.

B-ritten worden beschouwd als planbare ambulancezorg. In de praktijk blijkt echter dat de B-ritten lang niet altijd planbaar zijn. Vanuit kwaliteitsoverwegingen is het niet wenselijk om patiënten na afloop van onderzoek of behandeling of na ontslag uit het ziekenhuis lang op vervoer te laten wachten. Ook is een groot deel van de B-ritten tijdgebonden: een patiënt gaat voor onderzoek naar het ziekenhuis waar specialistische apparatuur en personeel voor het onderzoek gereserveerd zijn. Met andere woorden: ook B-ritten dienen binnen een zekere termijn uitgevoerd te worden.

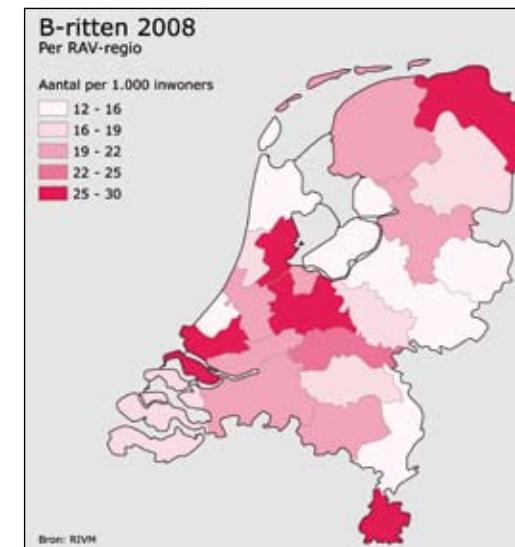
Voorbeelden van ambulanceritten met een B-urgentie zijn: een patiënt die voor een bestraling naar een bestralingscentrum wordt gebracht, een oudere met een gebroken heup die in een verpleeghuis wordt opgenomen, een patiënt met kanker die verzwakt is, koorts krijgt en daarom naar het ziekenhuis moet en een patiënt die in een ziekenhuis een specialistische ingreep heeft ondergaan en overgeplaatst wordt naar een perifeer of regionaal ziekenhuis voor verdere behandeling.

In 2008 zijn in Nederland 339.512 ritten met B-urgentie gereden. In 2007 waren dit er 341.270 en in 2006 326.746 ritten. Het aantal B-ritten is sinds 2006 met 3,9% toegenomen.

grafiek 3.1.13: aantal B-ritten per regio in 2008



kaart 3.1.4: aantal B-ritten per regio per 1.000 inwoners in 2008



B-ritten worden vooral op doordeweekse dagen uitgevoerd, slechts een klein percentage vindt in de week-enden en op feestdagen plaats.

grafiek 3.1.14: verdeling B-ritten over dagen van de week



B-ritten worden vooral overdag uitgevoerd (55%), maar in 2008 is ook een aanzienlijk deel van de B-ritten 's avonds uitgevoerd (31%). Ongeveer 14% van de B-ritten is tijdens de nachtelijke uren uitgevoerd, waar-schijnlijk vindt een deel hiervan in de vroege ochtenduren plaats.

Van de B-ritten heeft in 2008 60% plaatsgevonden in stedelijk gebied en 19% was in zogeheten platte-landsgebied.

brengen of halen?

Zoals aangegeven wordt alle ambulancezorg die geen spoedeisende ambulancezorg is, beschouwd als planbare ambulancezorg. Dit heeft tot gevolg dat de B-ritten een verzameling vormen van allerlei verschillende soorten ritten.

De sector ambulancezorg is gestart met het nader in beeld brengen van de B-ritten. Geconstateerd is dat er een onderscheid gemaakt kan worden tussen zogenaamde haalritten en brengritten. De ene keer spreekt de centralist af dat een patiënt op een bepaalde tijd wordt opgehaald, de andere keer wordt afgesproken dat een patiënt op een zeker tijdstip op de bestemming moet zijn.

In dit laatste geval wordt gesproken over een brengrit. In de meeste gevallen is het hierbij van belang dat de patiënt op tijd ergens wordt gebracht, bijvoorbeeld in verband met een behandeling in een ziekenhuis of bestralingscentrum. Wanneer de patiënt te laat is, kan dit gevolgen hebben voor het vervolgproces in de zorgketen en voor de processen in de betreffende zorginstelling.

Er is sprake van haalritten als een patiënt bijvoorbeeld wordt ontslagen uit het ziekenhuis en op (of vanaf) een bepaald tijdstip opgehaald kan worden om naar huis of naar een andere gezondheidszorginstelling (een verpleeghuis of revalidatiecentrum bijvoorbeeld) te gaan.

De sector is in 2008 voorzichtig gestart met het registreren van breng- en haalritten. De systemen zijn nog niet goed afgestemd op het onderscheid van haal- en brengritten, vandaar dat er nog geen cijfers beschikbaar zijn. Daarnaast blijkt dat de verschillende meldkamers heel verschillend werken. Zo zijn er meldkamers die alle aanvragen voor B-ritten vertalen naar brengritten of juist haalritten, terwijl ook een aantal meldkamers wel een onderscheid maakt tussen halen en brengen. Overigens is het niet zo dat er één goede werkwijze aangewezen kan worden.

Een interessant kwaliteitsaspect van de planbare ambulancezorg is de wachttijd van patiënten. Over het algemeen wordt voor de B-ritten met de patiënt een afspraak gemaakt over het tijdstip van het vervoer. Het kan echter voorkomen dat, vanwege de niet-planbare spoedeisende ambulancezorg, een spoedrit de afspraken over de planbare zorg doorkruist en de betreffende rit pas later uitgevoerd kan worden.

Of de ambulance loopt, om welke reden dan ook, vertraging op en is later bij de patiënt dan is afgesproken. De sector zoekt naar manieren om dit op een eenduidige manier in beeld te brengen. Daarnaast is het uiteraard van belang dat patiënten geïnformeerd worden over vertragingen.

3.1.5 ritten voor een andere regio

Uitgangspunt voor de ambulancezorg in Nederland is dat RAV-en verantwoordelijk zijn voor de ambulancezorg in de eigen regio. Dit betekent echter niet per definitie dat de RAV ook iedere rit moet uitvoeren die zich in de regio voordoet. Om verschillende redenen kan het beter passen dat de rit door een ambulance van een andere RAV-regio wordt uitgevoerd. Bijvoorbeeld omdat de ambulance van de andere regio eerder bij een spoedgeval aanwezig kan zijn.

In het landelijk referentiekader Spreiding & Beschikbaarheid is dit principe als uitgangspunt gehanteerd. De sector heeft hierover formele afspraken gemaakt in het kader van dynamisch ambulancemanagement.

Bovenstaande is vooral van toepassing op de spoedeisende ambulancezorg. Echter ook bij het B-vervoer maken RAV-regio's gebruik van elkaars ambulances om zo efficiënt te kunnen werken.

Het blijkt dat regio's in 2008 11.362 ritten voor elkaar hebben uitgevoerd, dit is ongeveer 1,1% van het totaal aantal ritten dat in 2008 is uitgevoerd.

Daarnaast hebben RAV-en en ambulanceorganisaties 65 ritten voor het buitenland (België en Duitsland) uitgevoerd (0,1% van het totaal aantal ritten).

Hiervan betreft 70% A1-ritten en 30% A2-ritten. Het zal niet verbazen dat ritten voor andere regio's vooral voor de omliggende regio's worden uitgevoerd. Buitenlandse ritten zijn vooral zichtbaar bij de regio's die gelegen zijn aan de grens met België, respectievelijk Duitsland.

tabel 3.1.6: aantallen ritten die RAV-regio's voor elkaar hebben verzorgd in 2008

	aantal ritten voor andere RAV-regio's
Groningen	545
Friesland	307
Drenthe	505
IJsselland	900
Twente	341
Noordoost Gelderland	278
Midden Gelderland	622
Gelderland Zuid	650
Utrecht	490
Noord-Holland Noord	84
Amsterdam/Waterland	739
Kennemerland	921
Gooi- en Vechtstreek	214
Haaglanden	805
Hollands Midden	491
Rotterdam-Rijnmond	538
Zuid-Holland Zuid	374
Zeeland	156
Midden West Brabant	586
Brabant Noord	947
Zuidoost Brabant	138
Noord- en Midden Limburg	539
Zuid Limburg	61
Flevoland	131
totaal 2008	11.362

De bovengenoemde ritten zijn onderdeel van het aantal A1-, A2- en B-ritten die in de vorige paragraaf benoemd zijn.

3.1.6 voorwaardenscheppende ritten

Een binnen de sector ambulancezorg bekende term is de voorwaardenscheppende rit. Een voorwaardenscheppende rit houdt in dat een ambulance naar een plaats wordt gestuurd om de beschikbaarheid van de ambulancezorg in een bepaald gebied te waarborgen.

Een concreet voorbeeld is een inzet in niet-stedelijk gebied. Het kan voorkomen dat de enige ambulance van de standplaats in een dorp uit een bepaald gebied wordt weggeroepen, waardoor het dorp en het omliggende gebied niet meer voldoende gedekt zijn. In dat geval wordt een andere ambulance, tussen twee standplaatsen in, voorwaardenscheppend geplaatst, om zo paraat te zijn voor calamiteiten het betreffende gebied.

Ook kan het zijn dat het op een zeker moment op de dag relatief rustig is en alle standplaatsen gevuld zijn. In dat geval kan een volgende vrije ambulance voorwaardenscheppend elders geplaatst worden.

De RAV-regio's gaan in de praktijk in de registratie heel verschillend om met voorwaardenscheppende ritten. In 2008 zijn 138.275 voorwaardenscheppende ritten geregistreerd.

Van belang is op te merken dat dit aantal voorwaardenscheppende ritten niet is opgenomen in de aantallen A1-, A2- en B-ritten die eerder in dit hoofdstuk zijn weergegeven.

3.1.7 MICU-ritten

Op 1 januari 2008 is de Tijdelijke Regeling MICU-coördinatiecentra en -transport in werking getreden, deze is geldig tot 1 januari 2011. Met de regeling wordt de organisatie van het interklinisch transport van intensive care patiënten door middel van een Mobiele Intensive Care Unit (MICU) geregeld. Deze MICU bestaat uit een MICU-trolley en een IC-ambulance. Alleen wanneer een RAV een vergunning heeft van het ministerie van VWS op basis van de Wet op Bijzondere Medische Verrichtingen mag de RAV MICU-transport uitvoeren.

In 2008 waren er zeven MICU-regio's, verbonden aan universitair medische centra: Amsterdam, Rotterdam, Nijmegen, Groningen, Maastricht en Utrecht. Op het moment dat deze regio's werden vastgesteld, waren er nog geen feitelijke gegevens beschikbaar om het aantal van zes centra en zeven vervoerders te onderbouwen. Het ministerie van VWS ging er vanuit dat met dit aantal op kwalitatief verantwoorde wijze aan de vraag kan worden voldaan. Na drie jaar zal, op basis van registratie van gegevens, worden vastgesteld of de beschikbaarheid van zes MICU-coördinatiecentra en zeven MICU-vervoerders aan de daadwerkelijke vraag voldoet.

Op 31 januari 2008 hadden de volgende RAV-en (RAV-regio's) een MICU-vergunning: Groningen, IJsselland, Gelderland Zuid, Utrecht, Amsterdam, Rotterdam-Rijnmond en Limburg Zuid. Zij hebben in 2008 nog niet allemaal MICU-ritten uitgevoerd conform de regeling van het ministerie van VWS. Dit heeft onder meer te maken met de benodigde tijd om een en ander te implementeren: zowel nieuw materieel als extra personeel is noodzakelijk. De regio's Groningen, IJsselland, Utrecht en Limburg Zuid zullen in 2009 starten met het uitvoeren van MICU-transport.

In 2008 zijn door drie RAV-en die een vergunning hebben voor het uitvoeren van MICU-transport 1.036 MICU-ritten uitgevoerd.

tabel 3.1.7: aantal MICU-ritten per MICU-regio in 2008

	aantal MICU-ritten
Groningen	0
IJsselland	0
Gelderland Zuid	146
Utrecht	0
Amsterdam/Waterland	377
Rotterdam-Rijnmond	513
Zuid Limburg	0
totaal	1.036

3.2 declarabele en overige inzetten

Naast het onderscheid in urgentie, wordt binnen de sector ook een onderscheid gemaakt naar de aard van de rit. Het gaat dan om declarabele ritten, om ritten waarbij ter plaatse eerste hulp wordt verleend maar waarbij de patiënt niet is vervoerd (EHGV-ritten) en om loze ritten.

Het totaal aantal declarabele, EHGV- en loze ritten komt overeen met het totaal aantal ritten dat met A1-, A2- en B-urgentie wordt gereden.

3.2.1 aantal ritten, totaaloverzicht

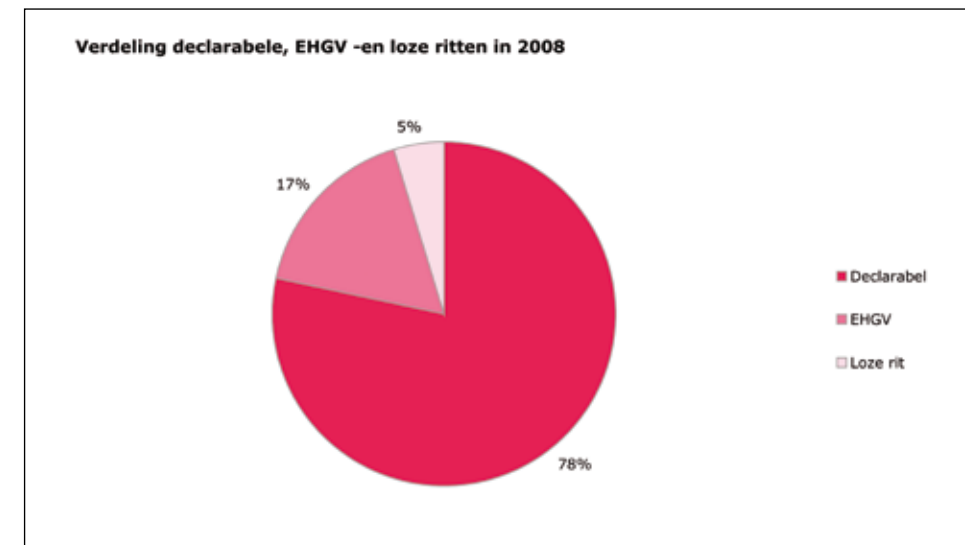
In 2008 hebben de RAV-en en ambulanceorganisaties in Nederland 1.003.050 ritten gereden. In 2007 waren dit er 977.660 en in 2006 931.478.

Onderstaande tabel en grafiek geven weer hoe deze productie is opgebouwd en in de loop der jaren groeit:

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

	2008	2007	2006
declarabele ritten	786.667	774.705	763.863
EHGV ritten	169.997	154.891	128.201
loze ritten	46.053	48.064	39.414
totaal	1.003.050	977.660	931.478

grafiek 3.2.1: verdeling gerealiseerde ritten in 2008



De volgende tabel geeft weer hoe de verschillende declarabele en overige ritten zijn verdeeld over de regio's, waarbij in de vijfde kolom het regionale totaal is uitgedrukt als percentage van het landelijke totaal. In de laatste twee kolommen zijn tevens de totaalcijfers per regio over 2007 en 2006 weergegeven:

tabel 3.2.2: aantal ritten per regio

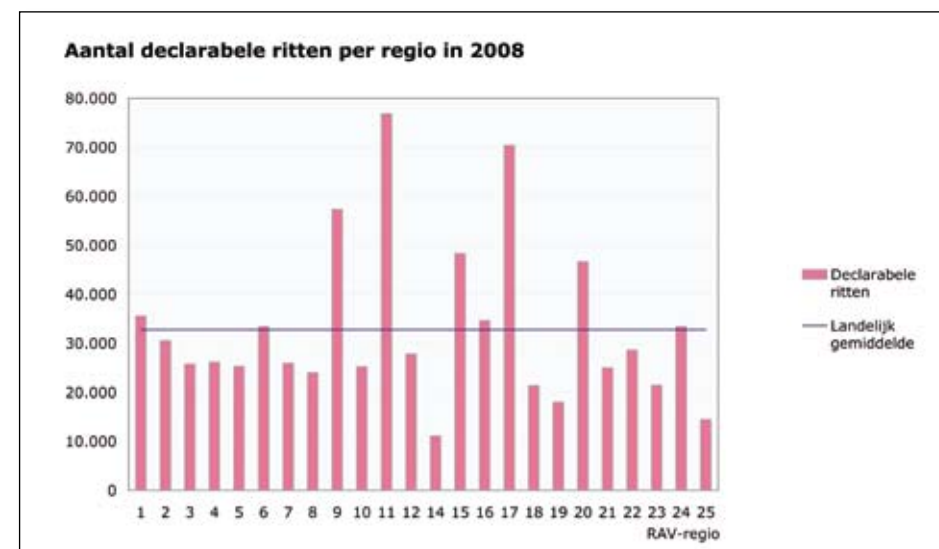
	2008				regionaal t.o.v landelijk	2007	2006
	aantal declara- ritten	aantal EHGV -ritten	aantal loze ritten	totaal		totaal 2007	totaal 2006
Groningen	35.518	6.330	1.766	43.614	4,4%	45.800	44.708
Friesland	30.485	5.061	1.439	36.985	3,7%	34.953	34.690
Drenthe	25.761	5.477	1.228	32.466	3,2%	29.796	28.431
IJsselland	26.136	4.564	1.558	32.258	3,2%	30.313	29.417
Twente	25.267	5.032	745	31.044	3,1%	30.032	29.301
Noordoost Gelderland	33.418	5.012	1.001	39.476	3,9%	39.173	39.764
Midden Gelderland	25.901	5.569	1.686	33.156	3,3%	30.639	25.597
Gelderland Zuid	23.974	5.386	1.863	31.223	3,1%	29.790	29.965
Utrecht	57.294	17.122	6.871	81.287	8,1%	76.354	73.248
Noord-Holland Noord	25.221	4.872	1.779	31.872	3,2%	31.403	30.544
Amsterdam/Waterland	76.799	16.821	2.124	95.744	9,6%	103.155	99.988
Kennemerland	27.801	7.977		35.778	3,6%	25.614	25.807
Gooi- en Vechtstreek	11.050	2.846	746	14.642	1,5%	14.245	13.745
Haaglanden	48.307	14.077	2.872	65.256	6,5%	75.136	59.330
Hollands Midden	34.614	8.215	2.211	45.328	4,5%	43.234	41.995
Rotterdam-Rijnmond	70.362	14.332	4.753	89.447	8,9%	86.375	83.470
Zuid-Holland Zuid	21.360	4.704	1.331	27.395	2,7%	25.581	24.861
Zeeland	17.968	2.916	764	21.648	2,2%	19.839	18.609
Midden West Brabant	46.637	8.154	2.462	57.253	5,7%	55.494	52.058
Brabant Noord	24.961	4.236	1.500	30.697	3,1%	28.091	27.611
Zuidoost Brabant	28.561	6.660	2.914	38.135	3,8%	37.807	35.907
Noord- en Midden Limburg	21.431	3.570	1.446	26.447	2,6%	24.775	24.746
Zuid Limburg	33.405	6.506	2.080	41.991	4,2%	40.814	39.016
Flevoland	14.436	4.558	914	19.908	2,0%	19.247	18.670
totaal 2008	786.667	169.997	46.053	1.003.050			
<i>totaal 2007</i>	<i>774.595</i>	<i>154.891</i>	<i>48.064</i>	<i>977.660</i>		977.660	
<i>totaal 2006</i>	<i>763.863</i>	<i>128.201</i>	<i>39.414</i>	<i>931.478</i>			931.478

3.2.2 declarabele ritten

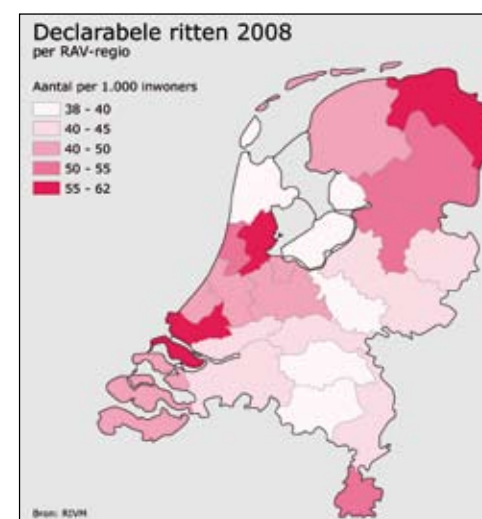
Ritten worden met een bepaalde urgentie -A1, A2 of B- door de MKA naar een patiënt gestuurd. Indien het ambulanceteam een patiënt aantreft, deze patiënt behandelt en de patiënt vervoert naar bijvoorbeeld een zorginstelling, is er sprake van een declarabele rit. Declarabele ritten kunnen met iedere urgentie (A1, A2 of B) zijn uitgereden.

In 2008 zijn in Nederland 786.667 declarabele ritten uitgevoerd. In 2007 waren dit er 774.595 en in 2006 763.863 ritten. Het aantal declarabele ritten is sinds 2006 met 3,1% toegenomen.

grafiek 3.2.2: aantal declarabele ritten per regio in 2008



kaart 3.2.1: aantal declarabele ritten per regio per 1.000 inwoners in 2008

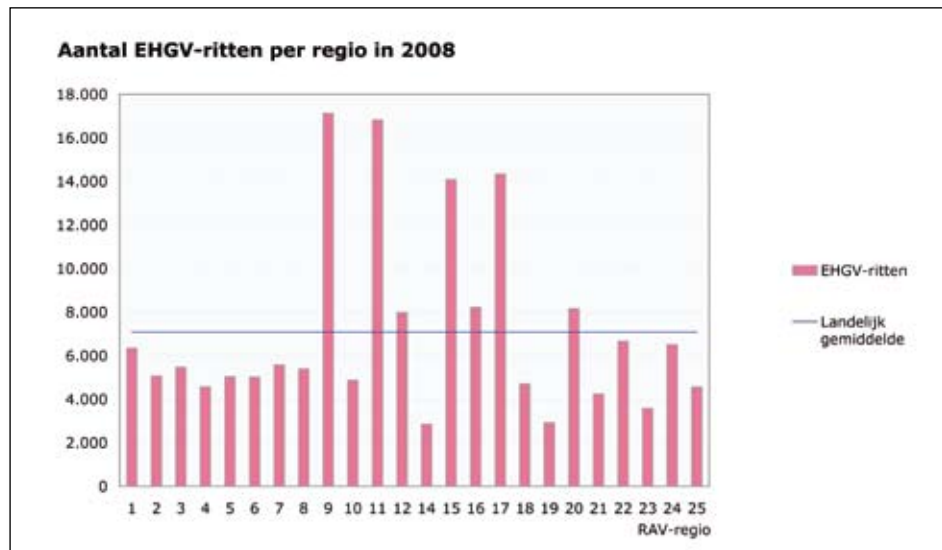


3.2.3 EHGv-ritten

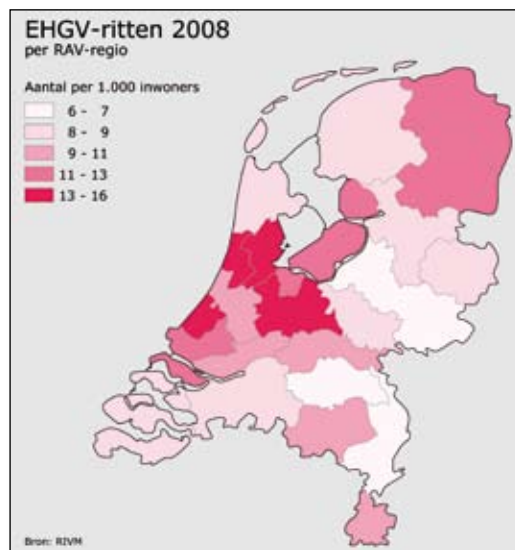
Een EHGv-rit is een inzet met de intentie tot hulpverlening en/of vervoer van één of meer patiënten. Ter plaatse blijkt echter dat (de noodzaak tot) vervoer van de patiënt niet noodzakelijk is. Bij een EHGv-rit is er altijd sprake van de aanwezigheid van en contact met een patiënt (EHGv=Eerste Hulp Geen Vervoer).

In 2008 zijn in Nederland 169.997 EHGv-ritten uitgevoerd. In 2007 waren dit er 154.891 en in 2006 128.201 ritten. Het aantal EHGv-ritten is sinds 2006 met 32,6% toegenomen.

grafiek 3.2.3: aantal EHGv-ritten per regio in 2008



kaart 3.2.2: aantal EHGv-ritten per regio per 1.000 inwoners in 2008



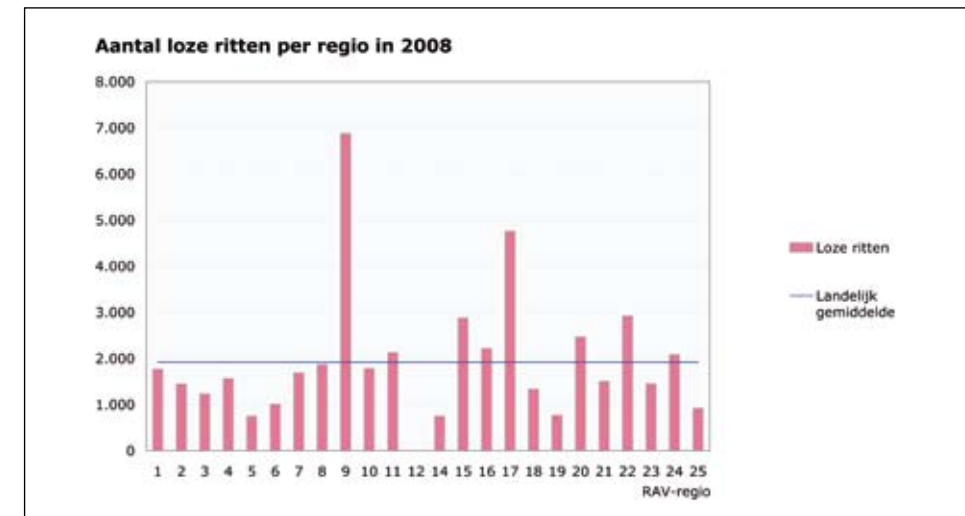
3.2.4 Loze ritten

Het kan ook voorkomen dat er geen patiënt wordt aangetroffen of dat de patiënt nog niet gereed is om vervoerd te worden. In dat geval wordt er gesproken van een loze rit. Een loze rit blijkt pas een loze rit te zijn als de ambulance is gearriveerd op de locatie waar de patiënt zou moeten zijn. Ook ritten die worden afgebroken, bijvoorbeeld een B-rit die wordt afgebroken ten behoeve van een spoedinzet, zijn in 2008 geregistreerd als loze ritten.

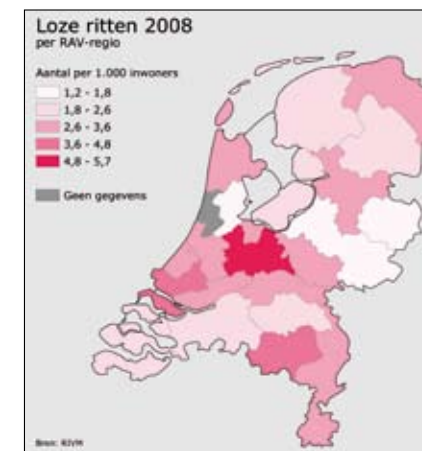
De loze rit wordt, evenals de EHGv-rit, uitgevoerd met de intentie tot hulpverlening en/of vervoer, maar ter plaatse blijkt dat de noodzaak tot geen van beiden (nog) aanwezig is.

In 2008 zijn in Nederland 46.053 loze ritten gereden. In 2007 waren dit er 48.064 en in 2006 39.414 ritten. Het aantal loze ritten is sinds 2006 met 16,8% toegenomen.

grafiek 3.2.4: aantal loze ritten per regio in 2008



kaart 3.2.3: aantal loze ritten per regio per 1.000 inwoners in 2008



3.2.5 productieafspraken

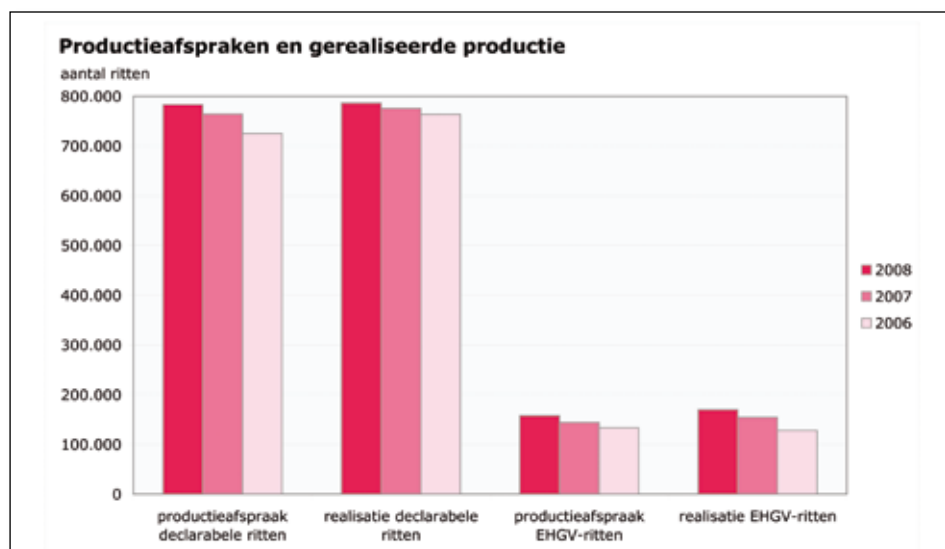
Ambulanceorganisaties maken met de zorgverzekeraars afspraken over onder andere het aantal declarabele ritten en de EHGVRitten (hoeveel ritten verwachten zij in het komende kalenderjaar te kunnen uitvoeren) en over het aantal kilometers dat door de ambulances wordt gereden. Op basis van de productieafspraken ontvangen de ambulanceorganisaties hun budget.

De onderstaande tabel geeft weer welke productieafspraken in de afgelopen jaren zijn gemaakt en welke aantallen ritten en kilometers vervolgens per jaar zijn gerealiseerd. Een en ander wordt tevens visueel gemaakt in de daaropvolgende grafiek:

tabel 3.2.3: productieafspraken en realisatie in 2008

	2008		2007		2006	
	afpraak	realisatie	afpraak	realisatie	afpraak	realisatie
declarabele ritten	789.610	786.667	764.554	775.705	725.534	763.863
EHGVRitten	157.857	169.997	144.256	154.891	133.499	128.201
kilometers	32.769.906	32.627.093	30.500.566	30.881.047	27.949.143	-

grafiek 3.2.5: productieafspraken en gerealiseerde productie



tabel 3.2.4a: regionale productieafspraken en realisatie in 2008: declarabele en EHGVRitten

	totaal aantal declarabele ritten			totaal aantal EHGVRitten		
	2008	2007	2006	2008	2007	2006
Groningen	35.802	34.579	29.963	5.552	5.516	4.133
Friesland	29.360	27.997	27.997	4.713	3.901	3.901
Drenthe	24.632	23.995	23.000	4.871	4.140	3.800
IJsselland	26.200	25.550	19.250	3.800	3.850	2.975
Twente	24.600	24.900	24.100	5.400	5.100	3.600
Noordoost Gelderland	33.650	34.004	34.620	4.685	4.378	3.881
Midden Gelderland	24.000	27.500	23.196	4.500	3.500	4.304
Gelderland Zuid	23.246	22.600	21.676	4.740	4.057	3.696
Utrecht	57.500	51.750	50.500	16.500	13.250	11.000
Noord-Holland Noord	25.941	24.959	22.185	5.945	5.041	4.348
Amsterdam/Waterland	79.600	78.200	78.200	17.513	16.300	16.300
Kennemerland	27.770	20.624	22.023	7.317	5.880	3.566
Gooi- en Vechtstreek	11.000	10.750	10.500	2.700	2.500	2.100
Haaglanden	48.116	55.000	44.567	11.595	13.050	12.741
Hollands Midden	36.000	33.000	33.150	8.455	7.850	4.550
Rotterdam-Rijnmond	70.484	68.431	65.342	12.342	11.982	13.611
Zuid-Holland Zuid	20.917	20.500	19.650	4.183	4.100	3.950
Zeeland	17.600	17.700	16.500	2.755	2.600	2.750
Midden West Brabant	45.962	43.678	41.883	7.300	6.253	5.850
Brabant Noord	24.018	23.541	21.753	4.028	3.572	3.189
Zuidoost Brabant	28.116	26.861	25.422	5.773	5.241	4.939
Noord- en Midden Limburg	21.140	20.625	19.249	3.020	2.945	2.565
Zuid Limburg	33.000	32.800	37.300	6.000	5.000	4.500
Flevoland	14.710	15.010	13.508	4.170	4.250	4.250
totaal	783.364	764.554	725.534	157.857	144.256	130.499
<i>gerealiseerd</i>	<i>786.667</i>	<i>775.705</i>	<i>763.863</i>	<i>169.997</i>	<i>154.891</i>	<i>128.201</i>

tabel 3.2.4b: regionale productieafspraken en realisatie in 2008: kilometers

	totaal aantal kilometers		
	2008	2007	2006
Groningen	1.640.000	1.544.336	1.296.916
Friesland	1.698.660	1.598.939	1.598.393
Drenthe	1.400.000	1.350.000	1.350.000
IJsselland	1.400.000	1.400.000	1.100.000
Twente	1.200.000	1.200.000	1.100.000
Noordoost Gelderland	1.581.000	1.519.000	1.484.137
Midden Gelderland	960.000	950.000	880.000
Gelderland Zuid	1.036.500	1.025.864	940.669
Utrecht	2.450.000	2.450.000	2.400.000
Noord-Holland Noord	1.354.000	1.035.000	1.237.348
Amsterdam/Waterland	2.684.000	2.605.000	2.605.000
Kennemerland	892.000	624.477	624.477
Gooi- en Vechtstreek	340.000	340.000	345.000
Haaglanden	1.067.220	1.080.803	1.254.640
Hollands Midden	1.307.700	1.280.000	1.200.000
Rotterdam-Rijnmond	2.609.275	2.533.528	2.490.000
Zuid-Holland Zuid	775.000	754.000	700.000
Zeeland	1.260.899	1.220.000	1.130.000
Midden West Brabant	1.852.119	1.746.547	1.722.637
Brabant Noord	1.113.406	1.093.361	959.158
Zuidoost Brabant	1.064.000	1.012.000	1.001.700
Noord- en Midden Limburg	1.243.100	1.212.900	1.195.000
Zuid Limburg	1.045.000	1.000.000	965.000
Flevoland	796.027	792.750	769.068
totaal	32.769.906	31.368.505	30.349.143
<i>gerealiseerd</i>	<i>32.627.093</i>	<i>30.881.047</i>	-

3.3 de medische inhoud van de ambulancezorg

De sector ambulancezorg is in 2008 gestart met het registreren van een beperkt aantal medisch-inhoudelijke gegevens conform afgesproken sectorale definities.

Het doel van het verzamelen van deze medisch-inhoudelijke informatie is om op transparante en eenduidige wijze inzicht te geven in de medisch-inhoudelijke processen binnen de ambulancezorg. Het toekomstperspectief waar in de komende periode naar toe wordt gewerkt is dat op samenhangende wijze in beeld wordt gebracht welk toestandbeeld van een patiënt door de centralist van de MKA is vastgesteld, de werkdiagnose die vervolgens ter plaatse door het ambulanceteam is geconstateerd en de einddiagnose die tenslotte door het ziekenhuis wordt gesteld.

Tevens is een aantal samenhangende gegevens geregistreerd.

Nog niet alle regio's waren in 2008 in staat om de gevraagde medisch-inhoudelijke informatie aan te leveren. Er is informatie ontvangen van 20 regio's. Deze informatie is echter niet voor alle regio's compleet, onder andere als gevolg van verschillende registratiesystemen.

3.3.1 relevante zaken met betrekking tot de patiënten van de ambulancezorg

Van 17 regio's is informatie ontvangen over aantal en geslacht van de patiënten van de ambulancezorg: 52% van de behandelde patiënten was man en 48% was vrouw.

Van vijftien regio's is informatie ontvangen over de leeftijd van patiënten. Er kunnen vier grote groepen patiënten onderscheiden worden als het om leeftijd gaat: pasgeborenen (van 0 uur tot en met 30 dagen), kinderen (van 1 maand tot 16 jaar), volwassenen (van 16 jaar tot en met 74 jaar) en ouderen (75 jaar en ouder). Het onderscheid in deze leeftijdsgroepen is relevant omdat deze groepen andere zorg vragen. Zo zijn er voor de behandeling en zorg aan kinderen aparte protocollen ontwikkeld en met name in de traumatologie zijn er voor ouderen accentverschillen in de te bieden zorg.

Uit de ontvangen informatie blijkt dat nog geen 1% van de in 2008 behandelde patiënten pasgeborene was, bijna 6% was kind, 62% van de patiënten was volwassene en 32% van de behandelde patiënten was ouder dan 75 jaar.

3.3.2 gestelde werkdiagnoses

Er is uitgebreide informatie beschikbaar over de werkdiagnose die het ambulanceteam heeft vastgesteld. Vooraf heeft de sector een zestal medische specialismen vastgesteld en voor iedere patiënt is bepaald bij welk specialisme het geconstateerde ziektebeeld ondergebracht dient te worden. De volgende medisch specialismen worden onderscheiden: traumatologie/heelkunde, interne geneeskunde, pulmonologie, cardiologie, neurologie en gynaecologie/obstetrie.

Van 20 regio's is informatie ontvangen over de door de ambulanceteams geconstateerde werkdiagnose. Meest voorkomend zijn cardiologische ziektebeelden (23%). 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.

Na cardiologie komen ziektebeelden, passend bij interne geneeskunde het meeste voor (20%). 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 produce-

ren, 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.

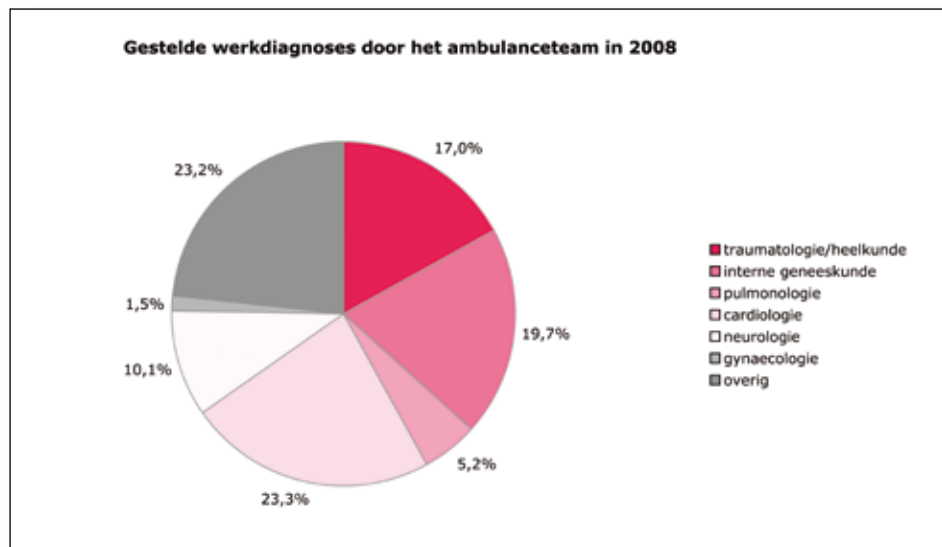
Ook traumatologie/heelkunde komt relatief vaak voor (17%). Enerzijds gaat het hierbij om de behandeling van verwondingen, tumoren en infecties, meestal middels operaties (heelkunde of chirurgie). Anderzijds gaat het om de medische hulp aan patiënten die betrokken zijn geweest bij een ongeval of ongeluk (n.b. traumatologie is een onderdeel van heelkunde). Voorbeelden hiervan zijn diverse vormen van verwondingen, verbrandingen of fracturen.

Neurologie en pulmonologie komen aanzienlijk minder vaak voor (respectievelijk 10% en 5%). 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 hersenbloeding 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, bij hyperventilatie en wanneer de patiënt schadelijke stoffen of rook heeft ingeademd.

Gynaecologie/obstetrie sluit het overzicht met nog geen 2%. Het gaat hierbij -in het kader van ambulancetzorg- vooral complicaties tijdens de zwangerschap of tijdens of vlak na de bevalling.

grafiek 3.3.1: werkdiagnoses ambulanceteam, ondergebracht binnen specialismen in 2008



Uit de grafiek blijkt dat er in bijna 25% van de gevallen is aangegeven dat er sprake is van een werkdiagnose die wordt ondergebracht bij een ander medisch specialisme dan de zes die de sector heeft geselecteerd. Dit is bijvoorbeeld het geval bij psychiatrische patiënten, bij patiënten die (met spoed) worden overgeplaatst naar een ander ziekenhuis, patiënten die gedurende de ambulancezorgverlening overlijden en patiënten waarbij het niet (goed) mogelijk is ter plaatse een werkdiagnose te stellen.

3.3.3 voorbehouden handelingen

De ambulanceverpleegkundige voert haar werk uit aan de hand van een landelijk protocol ambulancezorg. 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 door artsen 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 medische beoordeling en behandeling in te stellen 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 oefenen en borgt met registratie hiervan 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.

- 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 of bewustzijn en heeft betrekking op eventuele problemen en stoornissen van het bewustzijn

De in 2008 geregistreerde voorbehouden handelingen hebben betrekking op de ademhaling en de circulatie van patiënten.

(voorbehouden) handelingen met betrekking tot de ademhaling

Met betrekking tot de ademhaling zijn zowel voorbehouden als niet voorbehouden handelingen geregistreerd, dit om ook inzicht te kunnen geven in hoe vaak het ambulanceteam iets met airway management heeft moeten doen.

Van 19 regio's is informatie ontvangen over handelingen met betrekking tot de ademhaling. Er zijn ruim 165.000 geregistreerde handelingen met betrekking tot de ademhaling verricht door deze 19 regio's. Het grootste deel hiervan betrof niet voorbehouden handelingen maar risicovolle handelingen, zoals het toedienen van zuurstof (bijna 90%), maar ook het aanbrengen van mayotubes en masker-ballon beademingen.

In ruim 3,5% 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 en spoedthoraxdrainages.

Een **endotracheale intubatie** houdt in dat de luchtweg definitief wordt vrijgemaakt en vrijgehouden door middel van het inbrengen van een tube in de luchtpijp waardoor de patiënt beademd kan worden.

Een **coniotomie** is een methode om zuurstof toe te dienen wanneer het niet mogelijk de patiënt te intuberen of met een masker of ballon te beademen.

Een **spoedthoraxdrainage of liever een thoracentese** houdt in dat er via een infuusnaald een opening in de borstkas wordt gemaakt om lucht uit de pleuraholte, een structuur rondom de longen, af te voeren.

(voorbehouden) handelingen met betrekking tot de circulatie

De sectoraal geregistreerde voorbehouden handelingen met betrekking tot de circulatie betreffen het plaatsen van naalden, bijvoorbeeld ten behoeve van een infuus. In de landelijke registratieset wordt onderscheid gemaakt tussen intramusculaire naalden, intraveneuze naalden en intraossale naalden. Dit is echter geen uitputtend overzicht.

Een **intramusculaire** naald wordt ingebracht in een spier, een **intraveneuze** naald wordt geplaatst in een ader en een **intraossale** naald wordt in het bot aangebracht, alle drie met het doel om vocht en/of medicatie toe te dienen. Bij de laatste twee is het doel het plaatsen van een verblijfs catheter, bij de eerste is het doel het toedienen van medicatie.

Er zijn in 2008 in tenminste 19 regio's tenminste 165.000 geregistreerde naalden aangebracht. Dit waren vooral intraveneuze naalden (98%), het plaatsen van intramusculaire naalden is zeldzaam. Intraossale naalden, aangebracht door het ambulanceteam, worden gebruikt als een intraveneuze toegang niet lukt. In verschillende regio's worden intraossale naalden gebruikt bij reanimaties.

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 format, ontwikkeld door de Europese Reanimatie Raad, aan de hand waarvan kerngegevens over het proces en de resultaten van reanimaties geregistreerd kunnen worden. Overigens wordt de Utstein standaard nog niet volledig geregistreerd, maar is hier een aantal uit het oog springende items uit gedestilleerd 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. 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 en het initiële hartritme en anderzijds de overlevingskansen van een patiënt.

In 2008 zijn 6 regio's in staat gebleken om alle gevraagde gegevens met betrekking tot de Utstein standaard aan te leveren, 11 regio's konden deze informatie op een of meer aspecten aanleveren. Deze 17 regio's hebben in 2008 5.116 reanimaties geregistreerd. Reanimatie is volgens de definitie van de Nederlandse Reanimatie Raad het geheel van inspanningen dat gericht is op het herstel van circulatie en ademhaling. Over het algemeen gaat het hier om een combinatie van beademing met hartmassage.

De 6 regio's die de volledige Utstein template hebben geregistreerd hebben bijna 2.000 patiënten behandeld met een acute hartstilstand. Ruim 1.500 hiervan zijn gereanimeerd door het ambulanceteam. Ruim 700 van deze patiënten met een acute hartstilstand waren voorafgaand aan de komst van het ambulanceteam al door omstanders met een automatische externe defibrillator (AED) behandeld. Defibrilleren houdt in dat er inwendige of uitwendige elektroshocks worden toegediend, bijvoorbeeld met een AED, met het doel het hartritme te herstellen.

Bij ruim 600 patiënten met een acute hartstilstand was het eerste ritme defibrilleerbaar, dit houdt in dat de hartritme stoornis op deze manier behandeld kon worden. Bij de overige 1.000 patiënten was dit niet het geval en kon het hartritme niet middels defibrillatie hersteld worden. Dit vermindert de overlevingskansen aanzienlijk. Ongeveer 400 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.

overige cardiologische handelingen

Naast reanimatie en de Utstein template hebben 19 regio's overige cardiologische voorbehouden handelingen geregistreerd. Er zijn door deze 19 regio's in ieder geval bijna 500 uitgevoerde voorbehouden cardiologische handelingen geregistreerd. Bijna 40% hiervan waren cardioversies en ruim 60% waren transcutane pacebehandelingen.

Een **cardioversie** is een handeling die tot doel heeft een te snel hartritme (tachycardie) om te zetten in een normaal sinusritme. Bij een **transcutane pacebehandeling** wordt gebruik gemaakt van een pacemaker buiten het lichaam met als doel het hart weer tot een normaal ritme te brengen.

3.3.4 aanvullend op de ambulancezorg

inzet Mobiel Medisch Team

Voor aanvullende medische hulp in bijzondere situaties, zowel zeer ernstig gewonde patiënten of grootschalige ongevallen, kan het ambulanceteam een beroep doen op het Mobiel Medisch Team (MMT). Dit MMT bestaat uit een speciaal opgeleide arts uit het ziekenhuis en een gespecialiseerde verpleegkundige. 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). De teams van Nijmegen en Groningen zijn 24 uur per dag paraat. Het team van Nijmegen kan eventueel ook 's nachts vliegen. In de loop van 2008 hebben de teams van Amsterdam en Rotterdam hun paraatheid met de avond uitgebreid. De overige zeven traumacentra hebben een MMT dat vanuit beschikbaarheidsdienst (piket) kan worden opgeroepen. Een deel van het land wordt afgedekt door buitenlandse helikopters: Zeeuws Vlaanderen door België, Zuid Limburg en Twente door Duitsland. In 2008 is het MMT door 21 regio's die dit geregistreerd hebben ruim 6.000 keer ingezet in aanvulling op de reguliere ambulancezorg.

inzet rapid responder

Tenminste twaalf RAV-regio's werken met rapid responders. Een rapid responder 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 vervoer van de patiënt noodzakelijk is. Een rapid responder kan immers de patiënt niet vervoeren. In 2008 hebben deze 12 regio's bijna 24.000 inzetten van een rapid responder geregistreerd.

inzet first responder

Een first responder is een hulpverlener, anders dan een ambulancehulpverlener, 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 over het algemeen opgeleid op BLS-niveau (Basic Life Support) en 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. Acht regio's hebben in 2008 first responders ingezet en deze inzetten geregistreerd. In 2008 is door hen ruim 3.500 keer een first responder ingezet.

Kwaliteit van de ambulancezorg in 2008

Dit hoofdstuk gaat in op de kwaliteit van de ambulancezorg. De kwaliteit van de zorg wordt door een veelheid aan determinanten bepaald, waarvan de logistieke prestatie er één kan zijn. Andere aspecten zijn certificering van de zorg, de deskundigheid en bekwaamheid van medewerkers en het aantal klachten dat een RAV/ambulanceorganisatie ontvangt.

4.1 kwaliteitscertificaat

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

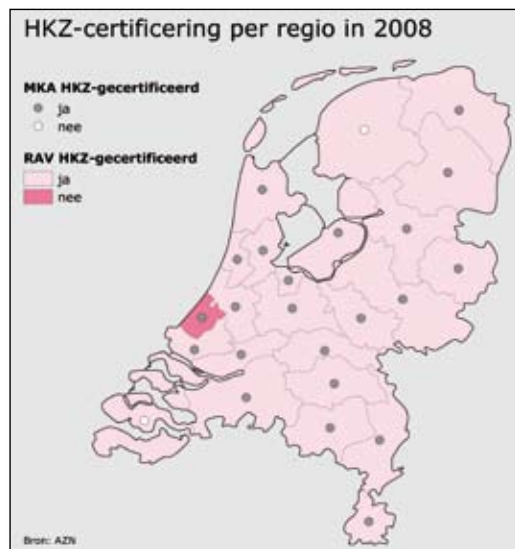
Toen de RAV-vorming van start ging, hebben de organisaties zich geëngageerd aan het voornemen om als volledige sector een HKZ-certificaat te behalen (Harmonisatie Kwaliteit Zorginstellingen). De sector was eind 2008 voor bijna 100% gecertificeerd, slechts één dienst en twee meldkamers waren op 31 december 2008 niet gecertificeerd.

Dit is een goed resultaat, zeker in vergelijking met andere sectoren in de zorg. Binnen de GGZ is inmiddels zo'n 90% van de instellingen gecertificeerd, binnen de gehandicaptenzorg 80%, van de apotheken slechts 38% en binnen de jeugdzorg 26% van de instellingen.

Tot 2007 werd gewerkt met verschillende certificaten voor MKA en ambulance-/rijdienst. In 2006 is gestart met het werken aan een geïntegreerd HKZ-schema voor de RAV, waar MKA en ambulance-/rijdienst integraal in zijn opgenomen. Dit nieuwe HKZ-schema is in 2007 gereed gekomen en organisaties kunnen zich sinds medio 2007 certificeren conform het nieuwe schema.

In onderstaande kaart is weergegeven welke regio's volledig HKZ-gecertificeerd waren op 31 december 2008. Indien in een regio waar nog geen RAV is één of meer organisaties geen HKZ-certificaat hadden, wordt de regio als niet-gecertificeerd beschouwd. De certificering van de MKA is apart aangegeven.

kaart 4.1.1: HKZ-certificering in 2008



4.2 deskundigheid en scholing

Het ambulanceteam is over het algemeen als eerste zorgverlener ter plaatse bij patiënten. Zij worden 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.

De ambulancechauffeur assisteert de verpleegkundige bij specifieke medische handelingen. 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 hulp 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.

Jaarlijks worden er ongeveer 240 ambulanceverpleegkundigen, ambulancechauffeurs en verpleegkundig centralisten opgeleid. Na diplomering krijgt een ambulancezorgverlener met permanente nascholing te maken om voldoende bekwaam en competent te blijven. Jaarlijks zijn er daardoor ongeveer 3.800 mensen een aantal dagen in training.

De initiële opleidingen voor ambulancechauffeurs, -verpleegkundigen en verpleegkundig centralisten werkzaam bij de meldkamer duren vier tot zes maanden. Mensen die deze opleiding volgen zijn al in dienst van een ambulanceorganisatie. Ambulancezorgverleners, zowel verpleegkundig centralisten als ambulanceverpleegkundigen en -chauffeurs, worden permanent na- en bijgeschoold.

Tijdens de scholing komen diverse medische onderwerpen, maar ook verschillende behandelmethoden aan de orde. Daarnaast wordt ook aandacht besteed aan relevante thema's. Chauffeurs hebben met regelmaat ook een vervoerstechnische scholingsdag. Belangrijk element in de bij- en nascholing is verder de zogenaamde profcheck, een soort praktisch examen dat iedere ambulancezorgverlener eens in de vijf jaar aflegt.

4.3 klachten

Een van de aspecten die betrekking heeft op de kwaliteit van een (ambulance) organisatie is het aantal klachten dat de organisatie ontvangt. Andere relevante aspecten zijn bijvoorbeeld de prestaties van de ambulanceorganisatie en de wijze waarop de organisatie omgaat met planbare ambulancezorg. Zo zijn er nog meer aspecten te benoemen, maar deze worden nog niet volgens landelijke definities geregistreerd. Wat wel door de gehele sector wordt bijgehouden, is het aantal klachten dat bij de organisatie is neergelegd. Onder klacht verstaat de sector ambulancezorg 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.

In totaal hebben de RAV-regio's in 2008 559 klachten geregistreerd. Onderstaande tabel laat het regionale beeld zien, waarbij het aantal klachten is omgerekend naar het aantal klachten per 1.000 ritten:

tabel 4.3.1: aantal klachten per regio in 2008

	aantal klachten per 1.000 ritten
Groningen	0,46
Friesland	-
Drenthe	0,34
IJsselland	0,40
Twente	0,68
Noordoost Gelderland	0,56
Midden Gelderland	0,69
Gelderland Zuid	0,54
Utrecht	1,14
Noord-Holland Noord	1,16
Amsterdam/Waterland	0,40
Kennemerland	0,14
Gooi- en Vechtstreek	0,41
Haaglanden	0,32
Hollands Midden	0,73
Rotterdam-Rijnmond	0,84
Zuid-Holland Zuid	0,18
Zeeland	-
Midden West Brabant	0,73
Brabant Noord	0,39
Zuidoost Brabant	0,26
Noord- en Midden Limburg	0,76
Zuid Limburg	0,36
Flevoland	1,00
totaal	12,50

Opmerking: door de regio's Friesland en Zeeland is het aantal klachten niet geregistreerd conform de AZN-kernset.

Medewerkers in de ambulancezorg in 2008

De ambulancezorg is, gezien het aantal medewerkers, een relatief kleine sector. Het grootste deel van de medewerkers is werkzaam binnen het primaire proces.

Dit hoofdstuk geeft inzicht in het aantal medewerkers dat in 2008 werkzaam was binnen de ambulancezorg. Er is daarnaast ook aandacht voor mobiliteit en ziekteverzuim.

Tenslotte gaat dit hoofdstuk in op agressie en geweld tegen ambulancemedewerkers.

5.1 formatie

In 2008 waren er 4.865 medewerkers (4.386 fte) werkzaam in de sector ambulancezorg. Een relatief kleine sector dus, waarin gespecialiseerd personeel werkzaam is.

Er worden binnen de ambulancezorg drie kernfuncties onderscheiden in het primaire proces: ambulanceverpleegkundige, ambulancechauffeur en (verpleegkundig) centralist van de meldkamer ambulancezorg (MKA).

Van de 4.865 medewerkers was ruim 85%, 4.267 medewerkers (3.884 fte) werkzaam in het primaire proces.

tabel 5.1.1: landelijke formatie in absolute aantallen in 2008

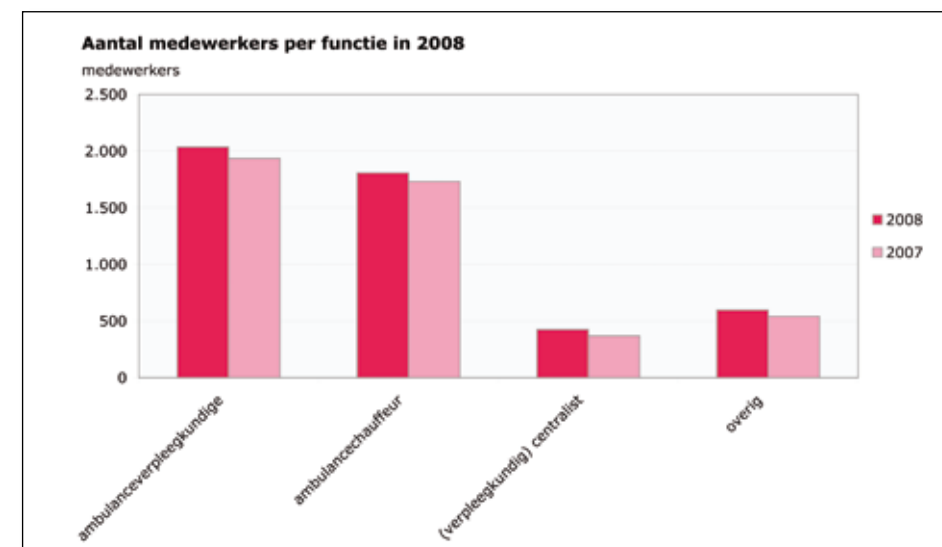
	2008			2007		
	man	vrouw	totaal	man	vrouw	totaal
ambulanceverpleegkundige	1.427	607	2.034	1.398	536	1.934
ambulancechauffeur	1.635	173	1.808	1.584	147	1.731
MKA verpleegkundig centralist	138	223	371	127	191	318
MKA niet-verpleegkundig centralist	39	15	54	32	19	51
overig	358	240	598	330	211	541
totaal	3.597	1.268	4.865	3.471	1.104	4.575

Vertaald naar fte's laat dit het volgende beeld zien:

tabel 5.1.2: landelijke formatie in fte in 2008:

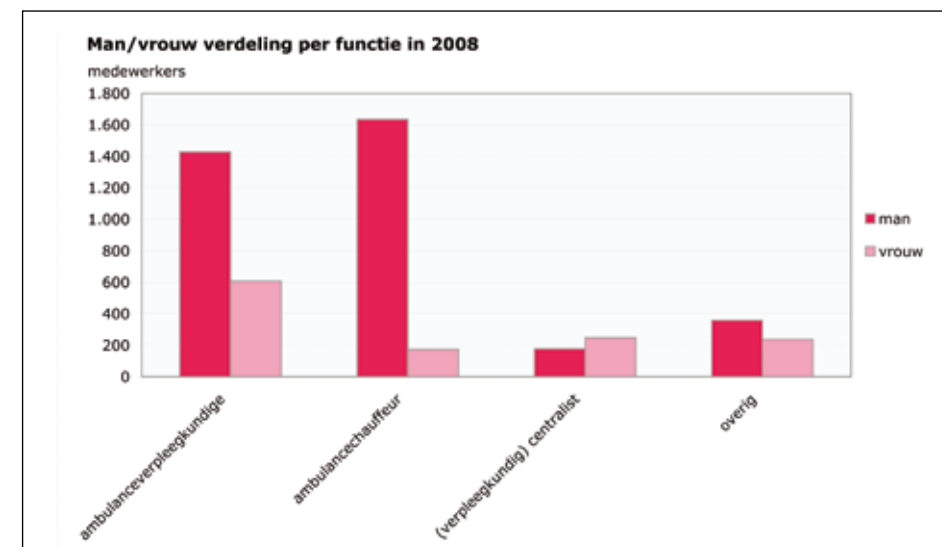
	2008			2007		
	man	vrouw	totaal	man	vrouw	totaal
ambulanceverpleegkundige	1.323	508	1.831	1.308	452	1.760
ambulancechauffeur	1.549	146	1.694	1.497	134	1.631
MKA verpleegkundig centralist	125	187	312	117	152	269
MKA niet-verpleegkundig centralist	35	12	47	29	15	44
overig en onbekend	323	179	502	311	158	469
totaal	3.354	1.033	4.386	3.262	911	4.173

grafiek 5.1.1: aantal medewerkers per functie



Uit de bovenstaande cijfers blijkt dat er binnen de sector ambulancezorg ongeveer driemaal zoveel mannen als vrouwen werkzaam zijn. De enige uitzondering wordt gevormd door de functie van centralist, zo blijkt uit de volgende grafiek.

grafiek 5.1.2: man-/vrouwverdeling per functie



Het aantal vrouwen binnen de sector neemt echter geleidelijk toe. In 2008 zijn er ook meer vrouwen in dienst van de ambulancezorg gekomen dan mannen.

Uit de regionale formatiegegevens in onderstaande tabel blijkt, evenals uit het aantal ritten in een eerder hoofdstuk, het verschil in omvang van de regio's. Verschillen in inwonertal leiden tot (grote) variatie in het volume van de geboden ambulancezorg, en daarmee in het aantal medewerkers.

tabel 5.1.3: regionale formatie in absolute aantallen in 2008

	amb.- verpleeg- kundig	amb.- chauff.	MKA verpleeg- kundig centralisten	MKA-niet verpleeg- kundig centralisten	overige mede- werkers	totaal	totaal 2007
Groningen	107	97	15	2	25	246	228
Friesland	110	108	12	10	17	257	230
Drenthe	81	69	7	5	36	198	197
IJsselland	81	73	14	3	21	192	192
Twente	86	71	18	0	33	208	204
Noordoost Gelderland	88	78	16	3	27	212	207
Midden Gelderland	68	66	21	3	14	172	123
Gelderland Zuid	71	67	14	1	16	169	154
Utrecht	135	96	20	0	59	310	295
Noord-Holland Noord	78	67	27	0	15	187	181
Amsterdam/Waterland	166	151	27	2	49	395	377
Kennemerland	75	60	22	0	16	173	125
Gooi- en Vechtstreek	30	24	10	1	11	76	73
Haaglanden	101	86	24	0	31	242	241
Hollands Midden	91	78	7	12	25	213	206
Rotterdam-Rijnmond	147	122	16	5	39	329	332
Zuid-Holland Zuid	59	55	10	2	13	139	134
Zeeland	64	64	0	0	16	144	137
Midden West Brabant	98	96	18	1	39	252	229
Brabant Noord	63	61	14	0	30	168	149
Zuidoost Brabant	73	63	17	0	14	167	153
Noord- en Midden Limburg	60	56	14	0	35	165	164
Zuid Limburg	58	57	14	2	10	141	133
Flevoland	44	43	14	2	7	110	111
totaal	2.034	1.808	371	54	598	4.865	4.575
<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>	

tabel 5.1.4: regionale formatie in fte in 2008

	amb.- verpleeg- kundig	amb.- chauff.	MKA verpleeg- kundig centralisten	MKA-niet verpleeg- kundig centralisten	overige mede- werkers	totaal	totaal 2007
Groningen	94	94	12	2	24	227	217
Friesland	103	107	13	10	18	251	219
Drenthe	76	68	6	4	33	187	187
IJsselland	74	68	11	3	18	174	171
Twente	74	63	14	0	27	178	172
Noordoost Gelderland	78	75	12	2	18	186	189
Midden Gelderland	60	51	15	1	11	137	110
Gelderland Zuid	66	63	12	1	15	156	144
Utrecht	125	92	16	0	52	285	273
Noord-Holland Noord	75	63	23	0	12	173	167
Amsterdam/Waterland	136	127	22	2	42	328	318
Kennemerland	62	56	20	0	16	154	104
Gooi- en Vechtstreek	25	23	7	1	9	65	58
Haaglanden	89	80	21	0	27	216	218
Hollands Midden	84	75	6	10	22	197	185
Rotterdam-Rijnmond	132	125	15	5	43	319	306
Zuid-Holland Zuid	51	47	9	2	13	121	118
Zeeland	57	56	0	0	15	128	131
Midden West Brabant	93	93	14	0	23	224	221
Brabant Noord	59	59	12	0	11	141	137
Zuidoost Brabant	68	62	14	0	12	156	148
Noord- en Midden Limburg	56	54	11	0	28	149	148
Zuid Limburg	53	52	12	1	8	127	122
Flevoland	42	42	14	2	8	108	109
totaal	1.831	1.694	312	47	502	4.386	4.172
<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>	

Het is duidelijk dat het aantal medewerkers in de sector, zowel in absolute zin als in fte's, is gegroeid in 2008. Voor deze groei kan een aantal factoren worden aangewezen die hierop van invloed zijn geweest:

- de autonome groei van de productie: het aantal ambulanceritten neemt in de loop der jaren steeds verder toe, en daarmee ook de behoefte aan meer inzetbaar personeel;
- de invoering van de MICU, waarvoor extra personeel aangetrokken moest worden;
- de effectuering van de tweede tranche van de extra middelen voor spreiding & beschikbaarheid die vanaf 2005 beschikbaar zijn gekomen, maar voor verschillende regio's pas in 2008 inzetbaar zijn geworden (uitbreiding van de paraatheid vraagt om een uitbreiding van de formatie).

5.2 loopbaanmobiliteit

Kenmerkend voor de ambulancezorg zijn de beperkte mogelijkheden tot loopbaanmobiliteit binnen de sector. Er is een beperkt aantal functies binnen het primaire proces en differentiatie was in 2008 eigenlijk nog niet mogelijk.

Wel wordt binnen de sector zichtbaar dat er op lokaal niveau steeds meer bewegingen ontstaan richting de inzet van verpleegkundigen in soloconstructies, de zogenaamde rapid responder. Ook het MICU-transport biedt mogelijkheden tot (functie-)differentiatie, en ook wordt in toenemende mate gebruik gemaakt van BLS-ambulances (Basic Life Support).

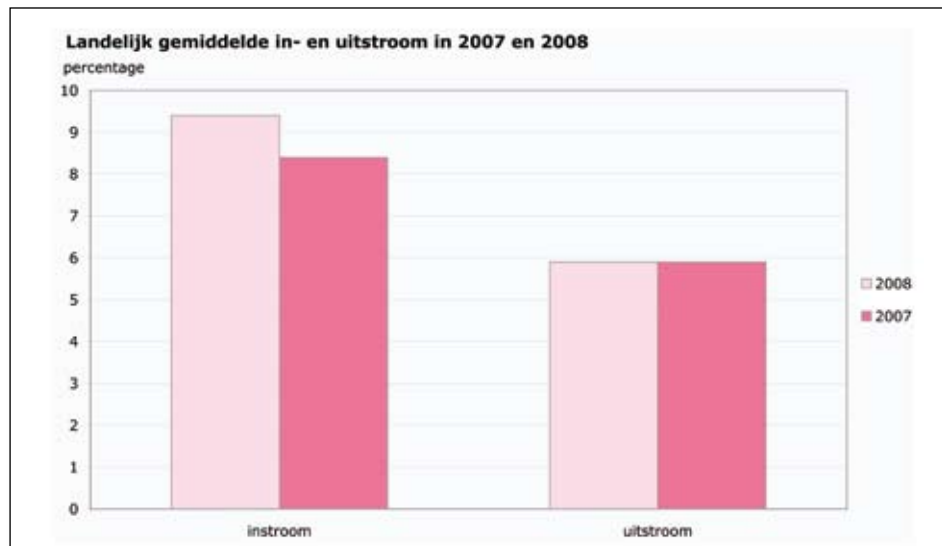
landelijk gemiddeld in- en uitstroompercentage

Het landelijk gemiddelde instroompercentage is gestegen ten opzichte van 2007 en was in 2008 9,4%, gezien de toename van het aantal medewerkers ligt dit ook in de lijn der verwachting.

Het landelijk gemiddelde uitstroompercentage is gelijk gebleven ten opzichte van 2007 en lag op 5,9%.

Over het algemeen kan gesteld worden dat dit een goed en acceptabel uitstroompercentage is. Ambulanceorganisaties investeren aanzienlijk in (nieuwe) medewerkers als het gaat om bijvoorbeeld kennis. Om te voorkomen dat er ongewenste hiaten ontstaan in de kennis, is het niet wenselijk een uitstroompercentage te hebben dat veel hoger ligt.

grafiek 5.2.1: landelijk gemiddelde in- en uitstroom in 2008 en 2007



Uit een vergelijking met andere zorgsectoren -waar het uitstroompercentage behoorlijk hoog is- blijkt het uitstroompercentage binnen de ambulancezorg relatief laag te zijn.

tabel 5.2.1: uitstroom ambulancezorg vergeleken met andere zorgsectoren

	uitstroompercentage 2007
welzijn	16,1%
thuiszorg	15,7%
verpleging & verzorging	14,1%
kinderopvang	13,4%
jeugdzorg	12,9%
gehandicaptenzorg	12,8%
GGZ	10,9%
ziekenhuizen	9,7%
ambulancezorg 2008 en 2007	5,9%

Ook kan hieruit geconcludeerd worden dat de ambulancezorg een aantrekkelijke werkgever is.

Onderstaande tabel geeft de regionale in- en uitstroompercentages in 2008 en 2007 weer. Het idee bestaat dat de mobiliteit begint toe te nemen, al kan dat nog niet onderbouwd worden door de cijfers.

Uit de tabel blijkt dat er regionaal behoorlijke verschillen zijn. Waar de regio's met een publieke RAV c.q. (een) publieke dienst(en) mee te kampen hebben, zijn de medewerkers die uittreden op basis van de FLO-regeling. Voor deze medewerkers geldt dat zij niet meer actief zijn, maar nog wel op de loonlijst staan.

De verwachting is dat niet alle regio's deze medewerkers op dezelfde manier registreren, wat gevolgen kan hebben voor het opgegeven uitstroompercentage. Dit zal voor 2009 een aandachtspunt zijn.

tabel 5.2.2: regionale in- en uitstroompercentages

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

instroom in kernfuncties ambulancezorg

Vanaf 2008 is meer informatie over de in- en uitstroom van medewerkers in de ambulancezorg in de gegevens opgenomen. Hierbij is ingezoomd op de kernfuncties in de formatie, de overige functies zijn nog buiten beschouwing gelaten.

In 2008 zijn ruim 430 medewerkers in een van de kernfuncties in dienst van de sector gekomen. Hiervan is 50% ambulanceverpleegkundige, 40% ambulancechauffeur en 10% centralist.

Het aantal niet-verpleegkundig centralisten neemt binnen de sector steeds verder af. Sinds 2005 is het ook expliciet beleid van de sector om ook op de meldkamer verpleegkundigen in dienst te hebben. Dit blijkt onder meer uit het feit dat in 2008 slechts 4 niet-verpleegkundig centralisten in dienst zijn gekomen (nauwelijks 1% van de totale instroom). Niet-verpleegkundig centralisten worden met name ingezet op logistieke werkzaamheden -zoals uitgifte van ritten- en niet voor triage.

Het lijkt er op dat potentiële medewerkers de toekomstige functie binnen de ambulancezorg erg aantrekkelijk vinden en dat ook de ambulanceorganisatie zelf tot de verbeelding spreekt. Dit betekent echter niet dat de markt onbegrensd is, het is in de praktijk in sommige delen van het land niet eenvoudig om voldoende nieuwe medewerkers te kunnen werven.

Ongeveer twee derde van de nieuwe ambulanceverpleegkundigen en verpleegkundig centralisten is afkomstig uit het ziekenhuis, bijvoorbeeld van de intensive care, de CCU (coronary care unit) of vanuit de anaesthesiologie. De overige nieuwe verpleegkundigen deels afkomstig van een andere RAV. Instroom direct vanuit school komt eigenlijk niet voor.

De achtergrond van nieuwe ambulancechauffeurs is uiterst divers en daardoor voor ruim de helft van hen niet in algemene termen te vatten. Een klein deel van hen heeft voorheen als chauffeur gewerkt binnen of buiten de ambulancezorg of bijvoorbeeld bij defensie. Nieuwe chauffeurs hebben slechts zelden een zorg-achtergrond, al heeft de sector over het algemeen wel de voorkeur voor een achtergrond in de zorg.

uitstroom uit kernfuncties ambulancezorg

In 2008 hebben bijna 280 medewerkers de sector ambulancezorg verlaten, 259 van hen waren werkzaam in een van de kernfuncties binnen het primaire proces. De uitstroom had vooral betrekking op de functies ambulanceverpleegkundige en ambulancechauffeur (respectievelijk 45 en 40%).

De redenen voor uitstroom waren vrij divers:

- bijna 22% van de medewerkers is met pensioen of met de VUT gegaan,
- ruim 20% heeft een andere functie binnen de sector aanvaard en
- ongeveer 20% heeft een andere functie buiten de sector aanvaard,
- ontslag en beëindiging van de arbeidsovereenkomst voor bepaalde tijd waren beide in ongeveer 8% van de gevallen reden voor uitstroom,
- overlijden en arbeidsongeschiktheid kwamen nauwelijks voor en schommelen rond 1%.

In bijna de helft van de gevallen zijn oud-medewerkers vertrokken naar een andere RAV of ambulanceorganisatie (26%) of naar het ziekenhuis (20%).

5.3 arbeidsduur

Medewerkers in de ambulancezorg zijn vaak gemiddeld lang werkzaam binnen de sector. Het lage uitstroompercentage bevestigt dit. Het werk is aantrekkelijk en hieruit kan ook afgeleid worden dat de medewerkerstevredenheid hoog is.

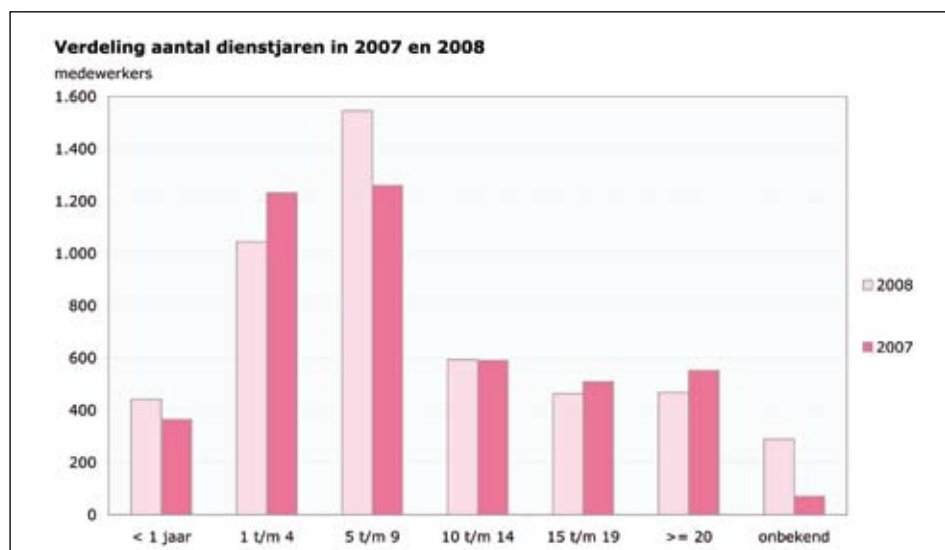
tabel 5.3.1: dienstjarenverdeling medewerkers ambulancezorg

aantal dienstjaren	2008		2007	
	medewerkers	%	medewerkers	%
< 1 jaar	441	9,1	364	8
1 t/m 4 jaar	1.045	21,5	1.231	26,9
5 t/m 9 jaar	1.545	31,8	1.259	27,5
10 t/m 14 jaar	593	12,2	590	12,9
15 t/m 19 jaar	463	9,5	209	11,1
≥ 20 jaar	467	9,6	552	12,1
aantal dienstjaren onbekend	311	6,4	70	1,5
totaal	4.865	100	4.575	100

De grootste groep medewerkers is tussen de 5 en 10 jaar in dienst van de sector, maar over het algemeen al veel langer werkzaam binnen de zorg.

Het aantal medewerkers dat 20 jaar of langer in dienst is van de sector, is aan het afnemen. Naar alle waarschijnlijkheid heeft dit ook met de FLO-regeling te maken.

grafiek 5.3.1: aantal jaren dat medewerkers in dienst zijn in 2008 (landelijk)



tabel 5.3.2: aantal jaren dat medewerkers in dienst zijn per regio in 2008

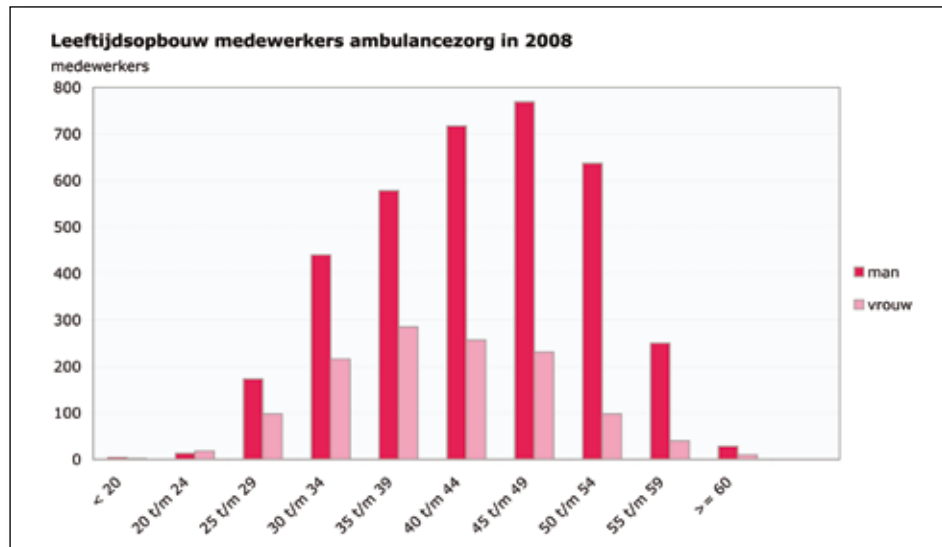
	< 1 jaar	1 t/m 4 jaren	5 t/m 9 jaren	10 t/m 14 jaren	15 t/m 19 jaren	≥ 20 jaren	aantal dienstjaren onbekend	totaal
Groningen	30	50	83	24	19	40		246
Friesland	7	52	60	36	13	21	68	257
Drenthe	10	30	87	28	20	23		198
IJsselland	7	52	57	22	28	26		192
Twente	8	48	63	44	20	25		208
Noordoost Gelderland	7	65	62	20	28	30		212
Midden Gelderland	11	31	42	35	25	28		172
Gelderland Zuid	29	25	87	11	7	10		169
Utrecht	47	82	88	38	49	6		310
Noord-Holland Noord	16	106	37	10	8	10		187
Amsterdam/Waterland	37	81	157	31	49	40		395
Kennemerland	13	17	38	4	4	6	91	173
Gooi- en Vechtstreek	46	15	5	5	5	0		76
Haaglanden	26	52	78	28	18	32		242
Hollands Midden	19	32	37	36	38	51		213
Rotterdam-Rijnmond	27	60	86	54	58	44		329
Zuid-Holland Zuid	8	20	40	46	14	11		139
Zeeland						0	144	144
Midden West Brabant	20	72	142	11	2	5		252
Brabant Noord	22	33	113	0	0	0		168
Zuidoost Brabant	28	34	42	39	11	13		167
Noord- en Midden								
Limburg	11	35	48	31	13	27		165
Zuid Limburg	3	25	44	27	24	18		141
Flevoland	9	28	49	13	10	1		110
totaal	441	1.045	1.545	593	463	467	357	4.865
<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 leeftijdsgroep van 45 tot 50 jaar is de grootste groep medewerkers binnen de ambulancezorg (20,9%). Er zijn relatief weinig jongeren in de sector werkzaam. Dit heeft mede te maken met het feit dat medewerkers al een carrière elders achter de rug hebben voor zij instromen binnen de ambulancezorg. Dit geldt bijvoorbeeld voor ambulanceverpleegkundigen. Tot op heden komt het eigenlijk niet voor dat zij rechtstreeks vanuit de schoolbanken de ambulancezorg instromen, maar al jaren in vooral ziekenhuizen hebben gewerkt op bijvoorbeeld de afdelingen spoedeisende hulp, intensive care en/of cardiologie. Dit heeft te maken met de functie-eisen die door de sector worden gesteld. Vaak treden medewerkers rond hun 30^e levensjaar in dienst van een RAV of ambulanceorganisatie.

Overigens verschilt de leeftijdsverdeling onder de vrouwen binnen de sector nogal van die onder de mannen, dit wordt zichtbaar in onderstaande grafiek:

grafiek 5.4.1: leeftijdsopbouw medewerkers ambulancezorg in 2008 (landelijk)



Voor de mannen geldt dat de leeftijdsgroep van 45 tot 50 jaar het meest voorkomt, conform het landelijke beeld binnen de sector. Bij de vrouwen is de groep van 35 tot 40 jaar de grootste groep. Dit laatste houdt ook verband met de arbeidsduur, vrouwen zijn verhoudingsgewijs nog minder lang in dienst van de sector. De instroom van vrouwen is in de laatste jaren toegenomen.

tabel 5.4.1: leeftijdsopbouw medewerkers ambulancezorg in 2008

geslacht	2008				2007	
	man	vrouw	totaal	% totaal	totaal	% totaal
< 20 jaar	4	2	6	0,1%	0	0,2%
20 t/m 24 jaar	13	19	32	0,6%	24	0,9%
25 t/m 29 jaar	173	98	271	5,6%	265	3,0%
30 t/m 34 jaar	440	216	656	13,5%	589	14,2%
35 t/m 39 jaar	578	285	863	17,7%	810	18,2%
40 t/m 44 jaar	717	257	974	20,0%	955	21,9%
45 t/m 49 jaar	769	231	1.000	20,4%	923	20,7%
50 t/m 54 jaar	637	98	735	15,1%	715	17,2%
55 t/m 59 jaar	250	40	290	5,9%	227	3,1%
>= 60 jaar	28	10	38	0,7%	30	0,7%
leeftijd onbekend				0,8%	37	0,8%
totaal	3.609	1.256	4.865	100%	4575	100%

Overigens wijkt het sectorale beeld met betrekking tot de leeftijdsopbouw wel enigszins af van het landelijke beeld:

tabel 5.4.2: leeftijdsopbouw ambulancezorg ten opzichte van landelijke werkzame beroepsbevolking

leeftijd	ambulancezorg	landelijk
15 t/m 24 jaar	0,7%	11,7%
25 t/m 34 jaar	19,1%	22,8%
35 t/m 44 jaar	37,7%	28,1%
45 t/m 54 jaar	35,7%	24,6%
55 t/m 64 jaar	6,7%	12,7%

Onder de landelijke werkzame beroepsbevolking zijn de leeftijdscategorieën van 25 tot en met 54 jaar min of meer gelijk verdeeld. Binnen de ambulancezorg zijn er aanzienlijk minder medewerkers werkzaam van 25 tot en met 34 jaar werkzaam en evenredig meer medewerkers van 35 tot en met 54 jaar. Dit is vooral verklaarbaar vanuit het feit dat veel medewerkers in de ambulancezorg al een carrière elders (binnen de zorg) achter de rug hebben, alvorens zij binnen de sector aan de slag gaan. Het minimale aantal medewerkers van 15 tot en met 24 jaar, en het grote verschil met het landelijke percentage, hangt hier ook mee samen.

Ook in vergelijking met andere zorgsectoren blijkt het aantal 50-plussers dat binnen de sector werkzaam is, relatief laag te zijn:

tabel 5.4.3: aantal 50-plussers werkzaam in verschillende zorgsectoren in 2007

	aantal 50+ medewerkers	% 50+ medewerkers
welzijn	34.675	32,7%
GGZ	22.780	30,6%
thuiszorg	44.310	30,4%
verpleging & verzorging	74.705	28,5%
ziekenhuizen	42.070	25,4%
gehandicaptenzorg	31.580	22,7%
jeugdzorg	5.020	22,5%
ambulancezorg 2008	1.053	21,7%
ambulancezorg 2007	1.072	21,0%
kinderopvang	9.920	14,4%

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

Uit de onderstaande tabel blijkt dat binnen de meeste regio's het landelijke beeld met betrekking tot de leeftijdsverdeling wel bevestigd wordt.

tabel 5.4.4: leeftijdsopbouw per regio in 2008

	< 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	totaal
Groningen	0	2	19	45	46	46	29	35	22	2	246
Friesland	0	0	16	42	56	44	47	23	25	4	257
Drenthe	0	5	13	28	36	50	39	16	9	2	198
IJsselland	0	1	3	21	37	43	39	23	23	2	192
Twente	0	2	14	15	34	54	49	30	9	1	208
Noordoost Gelderland	0	1	15	26	40	45	33	38	12	2	212
Midden Gelderland	0	0	14	36	28	32	36	18	7	1	172
Gelderland Zuid	0	1	7	19	34	40	36	21	11	0	169
Utrecht	0	3	13	33	51	78	78	49	4	1	310
Noord-Holland Noord	0	1	10	33	31	29	31	34	18	0	187
Amsterdam/Waterland	0	2	14	52	55	73	95	70	30	4	395
Kennemerland	0	4	8	30	27	28	46	22	7	1	173
Gooi- en Vechtstreek	0	0	5	12	17	6	16	15	3	2	76
Haaglanden	0	0	15	36	52	40	43	34	18	4	242
Hollands Midden	0	1	15	33	34	45	38	38	8	1	213
Rotterdam-Rijnmond	0	1	37	23	62	45	90	44	24	3	329
Zuid-Holland Zuid	0	2	6	15	15	28	30	31	11	1	139
Zeeland	0	2	5	14	26	26	29	33	9	0	144
Midden West Brabant	3	1	11	39	41	56	42	51	6	2	252
Brabant Noord	3	1	3	24	35	34	31	27	8	2	168
Zuidoost Brabant	0	0	13	26	32	40	35	19	2	0	167
Noord- en Midden											
Limburg	0	2	7	21	34	39	31	20	10	1	165
Zuid Limburg	0	0	5	19	21	28	28	28	10	2	141
Flevoland	0	0	3	14	19	25	29	16	4	0	110
totaal	6	32	271	656	863	974	1.000	735	290	38	4.865
<i>totaal in 2007</i>	0	24	265	589	810	955	923	715	227	30	4.575

5.5 ziekteverzuim

Vanaf 2008 is het spectrum aan verschillende ziekteverzuimpercentages, dat door de sector landelijk wordt geregistreerd, compleet. Tot 2008 werden alleen het algemene ziekteverzuimpercentage en twee soorten langdurig ziekteverzuim (tussen 13 weken en 6 maanden en langer dan 6 maanden) in beeld gebracht. Nu zijn het kortdurend ziekteverzuim (maximaal een week), het middellangdurend ziekteverzuim (tot 6 weken) en het langdurend ziekteverzuim tussen 6 en 13 weken hieraan toegevoegd.

Het gemiddelde ziekteverzuim is in 2008 ten opzichte van het voorgaande jaar verder gedaald van 4,8% naar 4,5%. Het blijkt dat het langdurend ziekteverzuim beperkt is binnen de sector ambulancezorg en in de meeste gevallen tot hooguit 3 maanden beperkt blijft.

tabel 5.5.1: gemiddeld ziekteverzuim in 2008

	2008	2007	2006
gemiddeld ziekteverzuim	4,5%	4,8%	5,1%
kortdurend ziekteverzuim	1,2%		
middellangdurend ziekteverzuim	1,2%		
langdurend ziekteverzuim 1	1,1%		
langdurend ziekteverzuim 2	0,6%	0,8%	0,9%
langdurend ziekteverzuim 3	0,6%	1,1%	1,9%

N.b.: idealiter is het zo dat de optelsom van de afzonderlijke ziekteverzuim-percentages automatisch leidt tot het gemiddelde ziekteverzuimpercentage. Dat dit hier niet lukt, komt doordat nog niet alle regio's de verschillende onderliggende ziekteverzuimpercentages (kunnen) berekenen. De in de tabel opgenomen percentages zijn gewogen gemiddelden van hetgeen door de regio's is aangereikt.

Onderstaand wordt het ziekteverzuim in de ambulancezorg per regio in beeld gebracht.

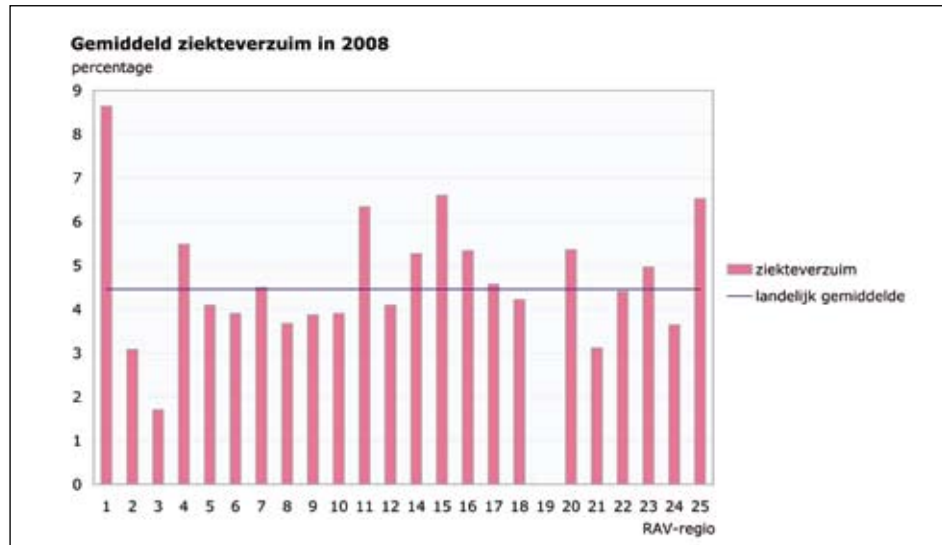
N.b.: in nog niet alle regio's wordt het ziekteverzuim tot in detail uitgewerkt en gespecificeerd. De gemiddelden zijn daarom ook gewogen gemiddelden.

tabel 5.5.2: gemiddeld ziekteverzuim per regio in 2008

	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	8,64	1,11	1,79	2,09	1,74	1,91
Friesland	3,08	3,52	1,89	1,00	1,76	1,87
Drenthe	1,70	0,53	0,80	0,32	0,00	0,00
IJsselland	5,48	1,01	0,80	1,29	1,31	1,09
Twente	4,09	1,13	1,46	1,00	0,39	0,10
Noordoost Gelderland	3,90	-	-	-	-	-
Midden Gelderland	4,50	1,24	1,64	0,58	0,83	0,40
Gelderland Zuid	3,67	1,15	1,26	0,45	0,34	0,47
Utrecht	3,87	1,00	1,01	0,17	0,87	0,82
Noord-Holland Noord	3,90	-	-	-	-	-
Amsterdam/Waterland	6,34	0,88	1,65	0,41	0,93	2,47
Kennemerland	4,09	1,00	1,00	2,00	0,00	0,09
Gooi- en Vechtstreek	5,27	1,40	1,46	1,40	0,77	0,98
Haaglanden	6,60	3,40	1,20	0,80	0,20	1,00
Hollands Midden	5,34	1,70	1,80	1,05	0,35	0,44
Rotterdam-Rijnmond	4,57	0,86	1,00	2,71	0,00	0,00
Zuid-Holland Zuid	4,22	0,55	1,14	0,44	0,33	1,74
Zeeland	-	-	-	-	-	-
Midden West Brabant	5,36	0,87	0,89	3,14	0,46	0,00
Brabant Noord	3,11	0,83	1,20	1,09	0,00	0,00
Zuidoost Brabant	4,41	1,06	2,55	0,76	0,00	0,00
Noord- en Midden Limburg	4,96	1,18	1,45	0,93	0,72	0,68
Zuid Limburg	3,64	1,16	1,49	0,99	0,00	0,00
Flevoland	6,52	0,80	1,10	4,60	0,00	0,00
gewogen gemiddeld	4,46	1,16	1,20	1,13	0,55	0,62
<i>gewogen gemiddeld in 2007</i>	<i>4,8</i>				<i>0,8</i>	<i>1,1</i>
<i>gewogen gemiddeld in 2006</i>	<i>5,1</i>				<i>0,9</i>	<i>1,9</i>

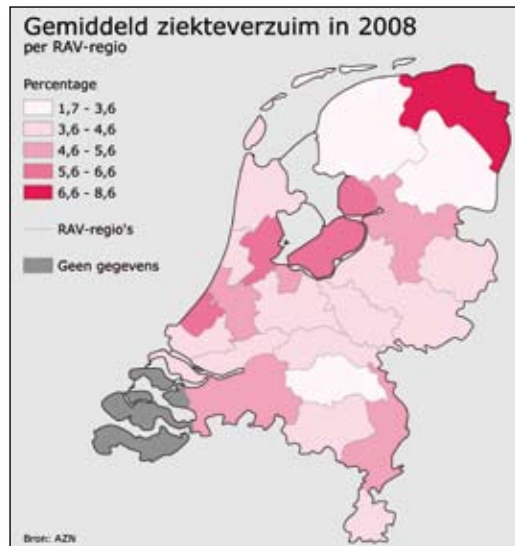
Opmerking: De regio Zeeland heeft geen ziekteverzuimcijfers aangeleverd. De regio's Noordoost Gelderland en Noord-Holland Noord hebben alleen het algemene ziekteverzuimpercentage aangeleverd.

grafiek 5.5.1: gemiddeld ziekteverzuimpercentage per regio in 2008



kaart 5.5.1: gemiddeld ziekteverzuim per regio in 2008

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



5.6 agressie & geweld

Onder agressie & geweld wordt door de sector ambulancezorg, conform de Arbowet (artikel 4 lid 2) verstaan: 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 verwachten. Het actieprogramma is eind 2006 ondertekend door onder andere AZN. Andere ondertekenaars zijn het ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties, het Openbaar Ministerie en alle partijen die mensen met een hulpverlenende taak vertegenwoordigen.

In dit convenant zijn afspraken gemaakt over hoe om te gaan met agressie-incidenten:

- grenzen stellen die duidelijk worden gemaakt aan iedereen die met hulpverleners te maken krijgt
- maatregelen nemen die voorkomen dat werknemers met een publieke taak met agressie of geweld geconfronteerd worden
- alle incidenten met agressie en geweld registreren
- altijd aangifte doen bij schade of letsel door agressie of geweld
- het door agressie of geweld verkregen voordeel altijd terughalen
- de kosten van de schade en het letsel altijd verhalen op de dader

Naar aanleiding van het derde punt heeft Ambulancezorg Nederland in 2007 afspraken gemaakt over het registreren van agressie-incidenten waarbij medewerkers van de ambulancezorg betrokken zijn. De resultaten van deze registratie over 2008 worden in deze paragraaf beschreven.

ongewenst gedrag besproken

In het kader van het actieprogramma 'geweld tegen werknemers met een publieke taak' is een onderzoek uitgevoerd naar de aard en omvang van geweld tegen werknemers met een publieke taak. Dit onderzoek, 'Ongewenst gedrag besproken', had de status van nulmeting. Ook de beroepsgroep ambulancemedewerkers is betrokken bij dit onderzoek. Er is een steekproef van 1.000 vragenlijsten binnen de sector uitgezet, hier is door 178 medewerkers op gereageerd (respons = 17,8%).

Over het algemeen is met dit onderzoek gesteld dat ambulancepersoneel vaak te maken heeft met ongewenst gedrag. Vooral verbale agressie is veelvoorkomend. Het ongewenste gedrag komt vaker 's avonds en 's nachts voor dan overdag.

Ook wordt geconstateerd dat ongewenst gedrag door externen nauwelijks voorkomen kan worden door aan individuele, werk- of organisatiefactoren te werken.

De resultaten van 'Ongewenst gedrag besproken' zijn overigens niet vergelijkbaar met de onderstaande resultaten van de agressieregistratie door de sector ambulancezorg.

geregistreerde agressie-incidenten in 2008

In 2009 hebben 20 regio's gewerkt met het sectorale systeem voor registratie van agressie- en gewelds-incidenten.

5.6.1 aantal en aard incidenten

In deze 20 regio's zijn in 2008 121 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. Verbale en fysieke agressie en geweld kwamen het meeste voor, in respectievelijk 41 en 36% van de gevallen.

tabel 5.6.1: aantal incidenten in 2008

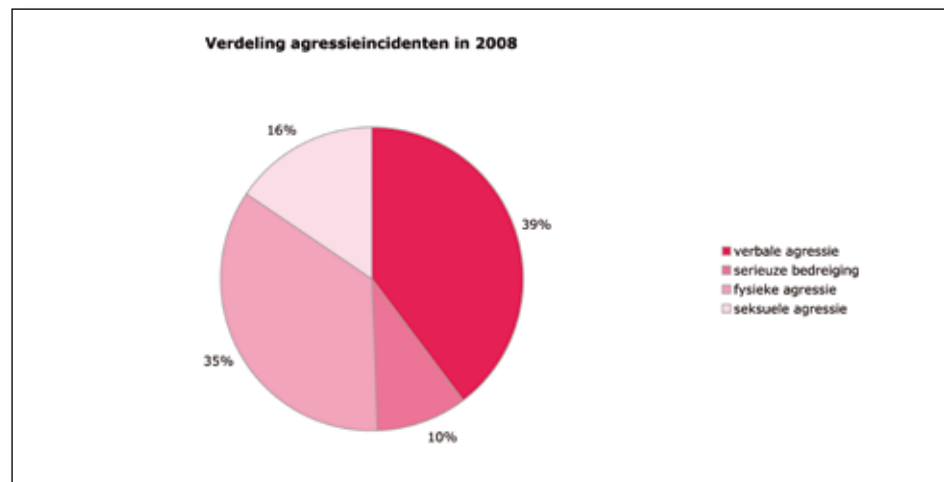
	2008	
	aantal	%
verbale agressie en geweld	50	41%
serieuze bedreiging	11	10%
fysieke agressie en geweld	44	36%
seksuele intimidatie, agressie en geweld	13	13%
totaal	121	100%

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.

grafiek 5.6.1: aard van de incidenten in 2008

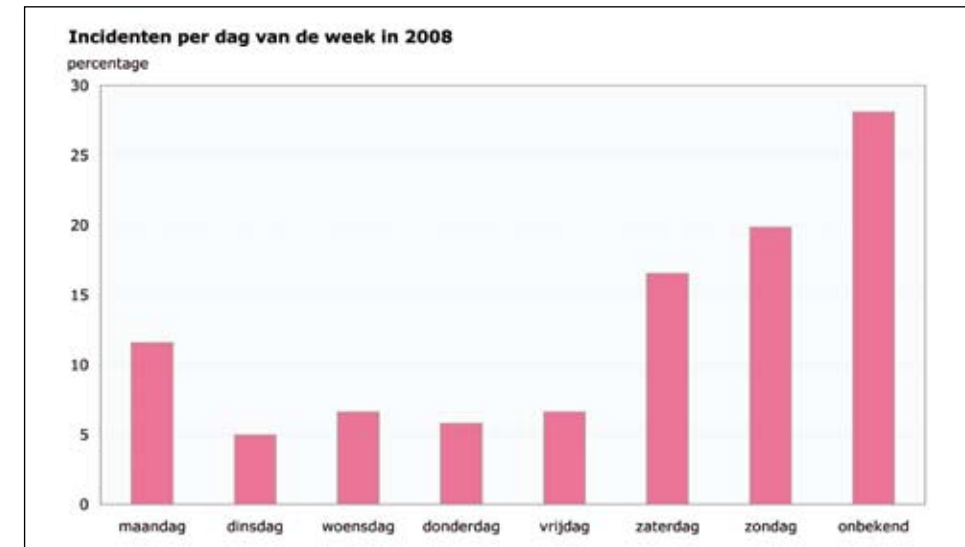


5.6.2 tijdstip

Van de 121 geregistreerde incidenten in 20 regio's is van 87 incidenten bekend wanneer deze hebben plaatsgevonden: de meeste incidenten vonden plaats in het weekend (circa 50%).

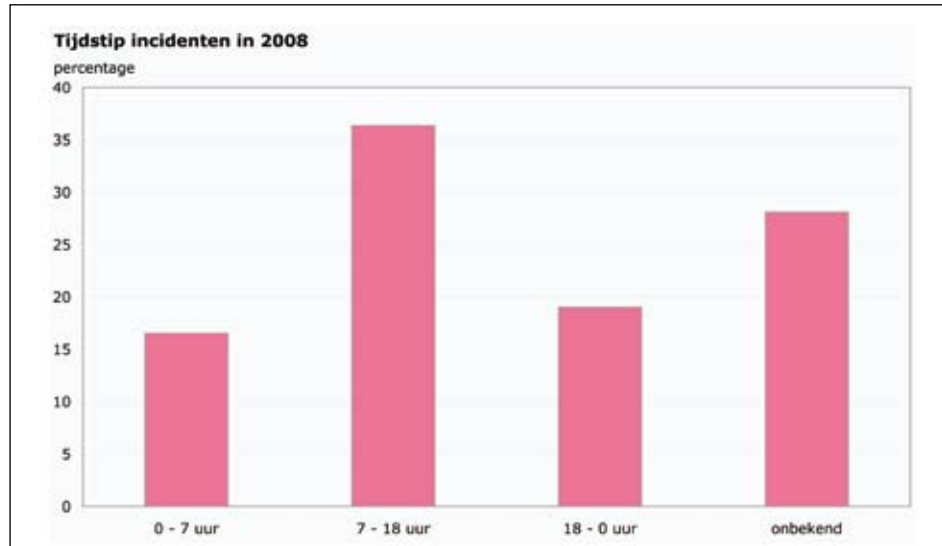
Daarnaast is opvallend dat in 2008 op maandag tweemaal zoveel incidenten hebben plaatsgevonden als op de overige werkdagen.

grafiek 5.6.2: dag waarop incidenten plaatsvonden in 2008



Er is niet alleen bijgehouden op welke dag de incidenten hebben plaatsgevonden, maar ook het tijdstip. Het blijkt dan in 2008 ook ruim de helft van de incidenten overdag, tussen 7.00 en 18.00 uur, heeft plaatsgevonden.

grafiek 5.6.3: tijdstip incidenten in 2008



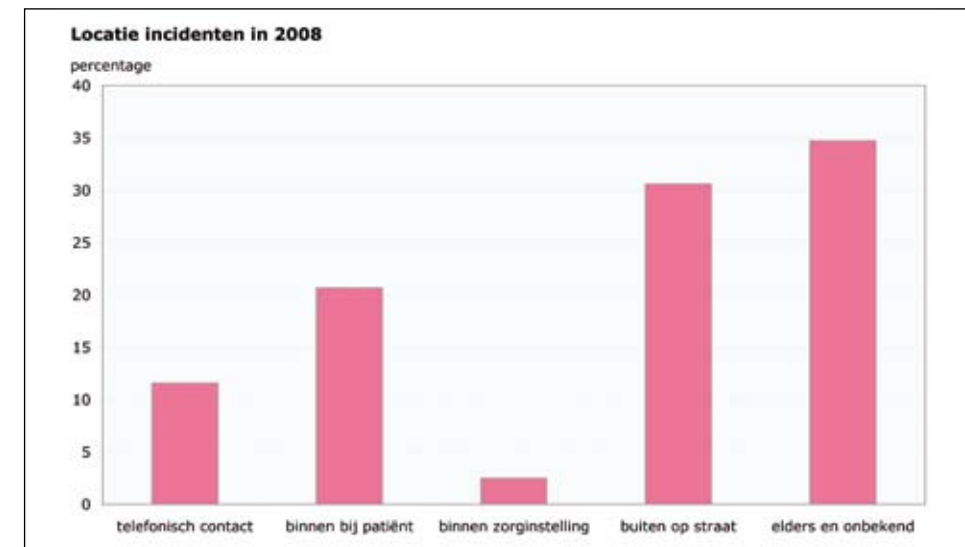
5.6.3 locatie van het incident

Van 94 van de 121 geregistreerde incidenten is bekend waar deze hebben plaatsgevonden. Verreweg de meeste incidenten vonden plaats op straat (30,6%). Ook vond een behoorlijk aantal incidenten thuis bij de patiënt plaats (19,8%).

In 41% van de incidenten was er sprake van verbale agressie, zo is al eerder beschreven. Een deel van deze incidenten vond plaats tijdens het telefonische contact met de patiënt (11,6%).

In bijna 15% van de gevallen heeft het incident ergens anders plaatsgevonden: 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 2008

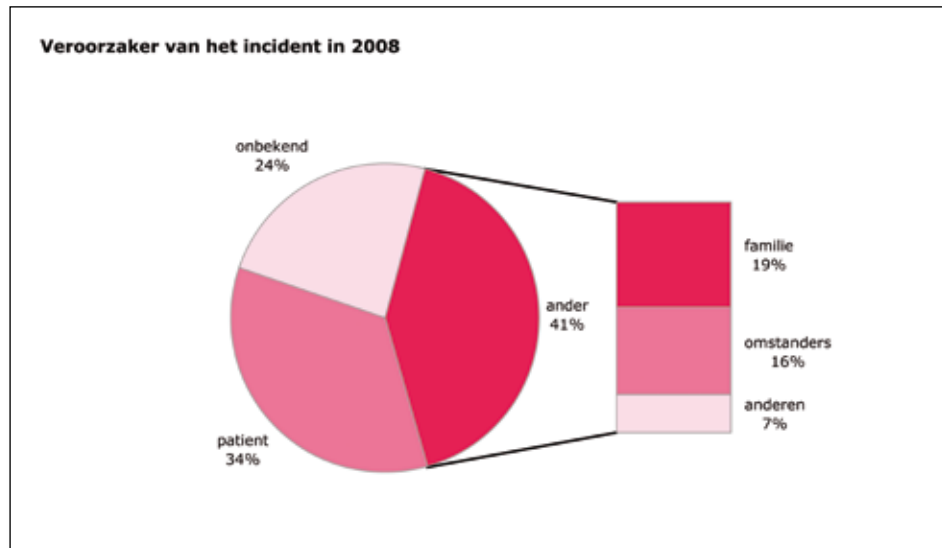


5.6.4 veroorzaker van het incident

In 92 van de 121 geregistreerde incidenten is ook vastgelegd door wie het incident veroorzaakt is. De patiënt zelf is in 42 gevallen geregistreerd als de dader, 50 x waren anderen dan de patiënt dader van het incident.

In 41% van de geregistreerde incidenten was niet de patiënt maar een ander de veroorzaker van het incident. Het waren dan vooral familieleden of direct betrokkenen (19%), op de voet gevolgd door omstanders (16%). In 2 gevallen was een andere hulpverlener de dader van het incident.

grafiek 5.6.5: veroorzaker van het incident ijn 2008

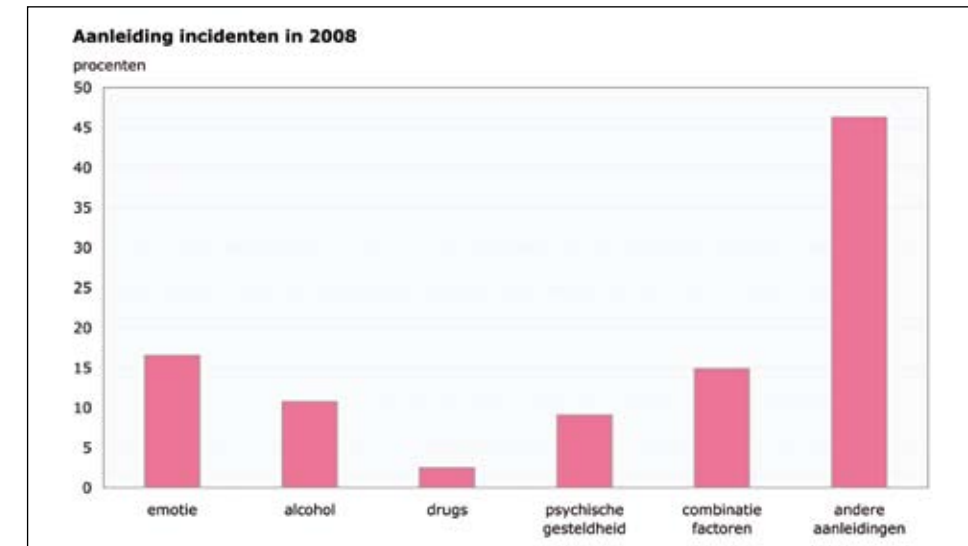


5.6.5 aanleiding van het incident

In 72 van de 121 incidenten is ook de aanleiding van het incident bekend en geregistreerd. Emotie (17%) en alcoholgebruik (11%) zijn over het algemeen de grootste veroorzakers, daarnaast speelt de psychische gesteldheid van de patiënt ook geregeld een rol (9%).

Een combinatie van factoren komt in bijna 15% van de gevallen voor. Ook hier worden alcohol en/of emotie geregeld genoemd als factoren die een rol hebben gespeeld.

grafiek 5.6.6: aanleiding incidenten in 2008

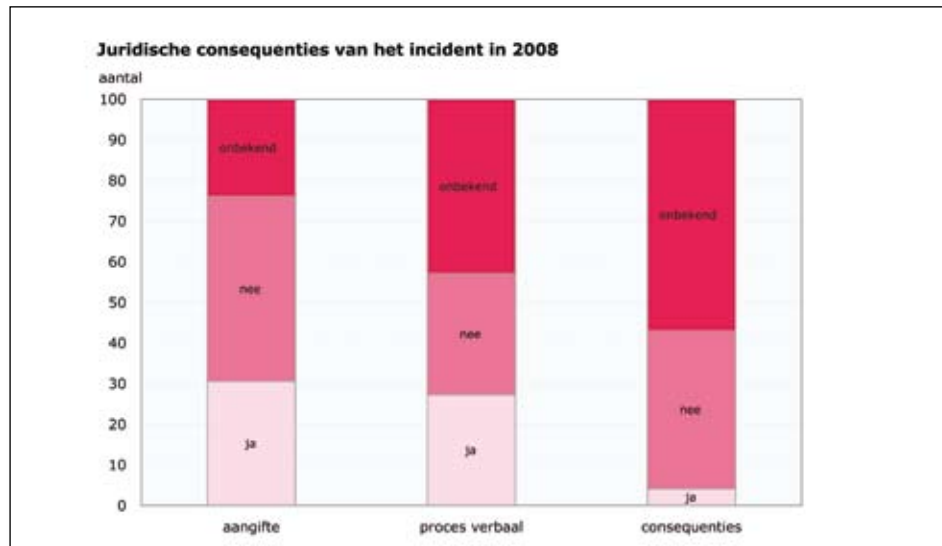


5.6.6 juridische consequenties

Bekend is dat in 37 gevallen aangifte is gedaan van het incident, in 55 gevallen is dit niet gedaan. In 33 gevallen is proces verbaal opgemaakt.

Van 5 incidenten is bekend dat er strafrechtelijke consequenties verbonden waren aan het incident. Zo zijn er in ieder geval 2 boetes en 1 taakstraf uitgedeeld.

grafiek 5.6.7: juridische consequenties incidenten in 2008



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 2008 is eerste opvang geboden en ook kan het bedrijfsopvangteam (BO-team) zijn ingeschakeld. Daarnaast is in 2008 in tenminste 13 gevallen ondersteuning geboden bij het doen van de aangifte en in 3 gevallen heeft de RAV externe opvang van de medewerkers geregeld.

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 en anderzijds op het afhandelen van incidenten en de nazorg aan de medewerkers die geconfronteerd zijn met de agressie.

Randvoorwaarden voor ambulancezorg en toekomstperspectie

In de voorgaande hoofdstukken is aandacht geweest voor de uitgevoerde ambulancezorg in diverse denkbare facetten. En in het vorige hoofdstuk is het personeel van de ambulancezorg belicht.

In dit hoofdstuk is aandacht voor de overige randvoorwaarden voor het kunnen bieden ambulancezorg in de vorm van diverse soorten capaciteiten.

Tenslotte wordt de blik gericht op de veranderingen die de toekomst voor de ambulancezorg in petto heeft.

6.1 praktische randvoorwaarden: ambulances en standplaatsen

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

aantal ambulances

De ambulancezorg werd in 2008 geregeld op grond van de Wet Ambulancevervoer uit 1971. 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 2008 hadden de RAV- regio's in Nederland tenminste 676 ambulances beschikbaar voor het verlenen van ambulancezorg.

Dit betekent echter niet dat er dagelijks ook 676 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.

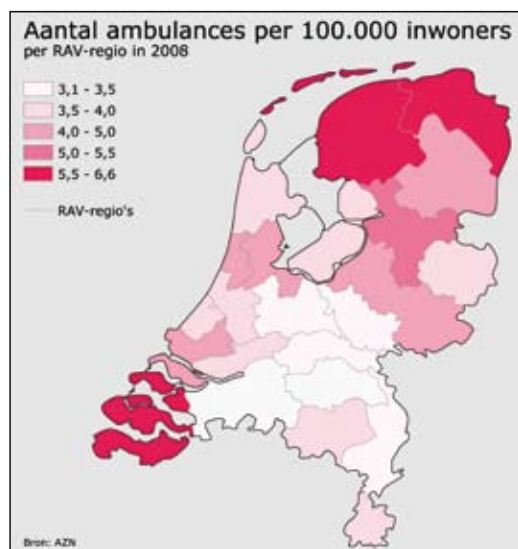
Op 31 december 2007 waren er 677 ambulances beschikbaar en op 31 december 2006 673 voertuigen.

In onderstaande tabel is weergegeven 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 6.1.1: aantal ambulances per regio in 2008

	2008	2007	2006
Groningen	38	38	37
Friesland	38	40	39
Drenthe	22	22	22
IJsselland	28	28	23
Twente	23	22	22
Noordoost Gelderland	33	33	34
Midden Gelderland	20	20	20
Gelderland Zuid	18	17	17
Utrecht	41	41	41
Noord-Holland Noord	24	24	24
Amsterdam/Waterland	61	67	68
Kennemerland	23	17	17
Gooi- en Vechtstreek	11	11	11
Haaglanden	37	41	40
Hollands Midden	29	28	28
Rotterdam-Rijnmond	55	55	55
Zuid-Holland Zuid	17	17	17
Zeeland	23	22	23
Midden West Brabant	35	35	35
Brabant Noord	21	21	21
Zuidoost Brabant	26	24	24
Noord- en Midden Limburg	17	17	17
Zuid Limburg	22	22	22
Flevoland	14	15	16
totaal	676	677	673

kaart 6.1.1: aantal ambulances per 1.000 inwoners per regio in 2008



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 2008 waren er 198 standplaatsen. Op 31 december 2007 waren dit er eveneens 198 en op 31 december 2006 waren er nog 190 standplaatsen.

De (theoretisch) meest gewenste locaties van de standplaatsen is vastgelegd in het referentiekader Spreiding & Beschikbaarheid. Het actuele referentiekader, dat in 2008 geldig was, stamt uit 2004. In onderstaande tabel is het aantal standplaatsen per regio in de afgelopen jaren weergegeven, afgezet tegen het theoretische aantal conform het landelijk referentiekader 2004.

tabel 6.1.2: standplaatsen per regio in 2008

	2008	2007	2006	standplaatsen of referentiekader 2004
Groningen	11	11	11	14
Friesland	17	17	17	16
Drenthe	11	11	10	10
IJsselland	10	10	10	10
Twente	9	9	9	9
Noordoost Gelderland	9	9	9	9
Midden Gelderland	7	7	7	7
Gelderland Zuid	8	8	8	8
Utrecht	11	11	11	11
Noord-Holland Noord	9	9	9	8
Amsterdam/Waterland	8	9	8	9
Kennemerland	4	3	3	3
Gooi- en Vechtstreek	3	3	3	2
Haaglanden	9	9	9	6
Hollands Midden	9	9	8	7
Rotterdam-Rijnmond	9	9	9	9
Zuid-Holland Zuid	6	6	6	6
Zeeland	9	9	7	9
Midden West Brabant	9	9	7	11
Brabant Noord	6	6	6	7
Zuidoost Brabant	7	7	7	7
Noord- en Midden Limburg	7	7	7	7
Zuid Limburg	4	4	3	4
Flevoland	6	6	6	6
totaal	198	198	190	195

kaart 6.1.2: standplaatsen in Nederland in 2008



Standplaatsen zijn een middel om ambulances optimaal te spreiden over de regio, maar het begrip dient ook enigszins gerelativeerd te worden. Het RIVM heeft reeds in 2001 onderzoek gedaan naar de doelmatigheid van de ambulancezorg ('Niet zonder zorg'). Uit dit onderzoek is gebleken dat wanneer regiogrenzen als open worden beschouwd, meer mensen kunnen worden bereikt. Dit effect wordt versterkt door werken met zogenaamde mobiele paraatheid, dus wanneer een ambulance niet meer vanaf een vast standplaats vertrekt, maar door de regio rijdt of op een strategische plaats is opgesteld. Deze inzichten hebben geleid tot het zogenaamde dynamische ambulancemanagement.

6.2 spreiding & beschikbaarheid

In de voorgaande paragraaf is al kort verwezen naar het landelijk referentiekader Spreiding & Beschikbaarheid (S&B). Het referentiekader S&B uit 2004 was in 2008 het actuele referentiekader op basis waarvan standplaatsen en ambulances tussen en binnen regio's waren verdeeld. Het referentiekader kan worden omschreven als een modelmatige beschrijving van de spreiding en beschikbaarheid van ambulancezorg op landelijk niveau. Het vormt tevens de grondslag voor de regionale verdeling van budgetten en het landelijke macrobudget.

Het referentiekader uit 2004 was opgesteld naar aanleiding van het onderzoek 'Ambulances in zicht' van het RIVM. Uitgangspunt voor de spreiding van S&B 2004 was een aanrijtijd voor ambulances van 13 minuten.

Met onder andere de nieuwe Wet Ambulancezorg in zicht, heeft het ministerie van VWS eind 2007 het RIVM opdracht gegeven het referentiekader S&B in 2008 te actualiseren. Dit heeft geleid tot een nieuw landelijk referentiekader S&B 2008, dit is op 5 juni 2008 aangeboden aan de minister van VWS.

Het nieuwe referentiekader Spreiding & Beschikbaarheid was nog niet van toepassing in 2008. Het jaar 2008 is deels besteed aan het tot stand brengen van het referentiekader en vervolgens aan de financiële

vertaling ervan. De middelen die naar aanleiding hiervan door de minister van VWS beschikbaar zijn gesteld, worden vanaf 2009 vrijgegeven.

uitgangspunten S&B 2008

Het nieuwe referentiekader 2008 is gebaseerd op een aantal andere uitgangspunten dan de vorige versie uit 2004. De belangrijkste uitgangspunten van S&B 2008 zijn:

- 97% van de inwoners van iedere RAV-regio in Nederland moet, wanneer er sprake is van een rit met A1-urgentie, binnen 15 minuten bereikt kunnen worden (dekkingsgraad);
- er worden berekeningen gemaakt om te bepalen waar standplaatsen gewenst zijn, gecombineerd met het noodzakelijke aantal ambulances. Binnen deze theoretische berekeningen wordt uitgegaan van 3 minuten voor het proces van melding en uitrukken (in 2004 waren dit nog 2 minuten) en 12 minuten om naar de patiënt te rijden (dit waren in 2004 13 minuten);
- het model heeft uitsluitend betrekking op de reguliere ambulancezorg, er wordt geen rekening gehouden met bijvoorbeeld GHOR-inzetten, ritten voor huisartsenposten, MMT-inzetten en buitenlandse assistentie;
- RAV-regio's staan elkaar bij: wanneer ergens spoedeisende hulp noodzakelijk is, wordt deze door de dichtstbijzijnde ambulance verleend al heeft deze een standplaats in een andere regio.

totstandkoming referentiekader S&B 2008

Het bestaande referentiekader S&B 2004 is geactualiseerd, dat betekent dat uitgangspunten wel enigszins gewijzigd kunnen zijn, maar niet fundamenteel zijn veranderd. De basis voor de berekeningen waren de werkelijke cijfers uit 2006 voor het aantal gereden ritten.

Er is een rijtijdenmodel gemaakt, waarbij gerekend is met de daadwerkelijke aanrijtijden zoals deze gedurende een representatieve periode in 2007 waren.

Er is ook een beschikbaarheidsmodel doorgerekend. Dit model heeft voor iedere regio (24), voor iedere dagsoort (3) en voor ieder dagdeel (3) berekend welke ambulancecapaciteit noodzakelijk is om spoedvervoer (A1 en A2) te kunnen bieden, alsmede om besteld vervoer (B) te kunnen bieden en om te zorgen dat de geografische paraatheid gewaarborgd is. Deze geografische paraatheid houdt in dat het gebied optimaal gedekt is.

Een en ander heeft geleid tot wijzigingen in zowel het aantal standplaatsen als het aantal ambulances ten opzichte van het vorige referentiekader.

wijzigingen in standplaatsen en ambulances

Het vorige referentiekader ging uit van 195 standplaatsen in 24 RAV-regio's. Dit worden er 206, met andere woorden een uitbreiding van 11 standplaatsen.

Een en ander heeft ook duidelijk gevolgen voor de dekking. Was in het vorige referentiekader de landelijke dekking nog uitgangspunt, nu is gekozen voor een regionale dekking. Conform het referentiekader S&B 2004 was de regionale variatie in spreiding aanzienlijk, onder het nieuwe referentiekader ligt de regionale dekking veel dichter bij elkaar.

Deze nieuwe standplaatsen zijn met name wenselijk in Friesland (4), Kennemerland (2), Zeeland (2) en Midden West Brabant (2). Overigens raakt volgens S&B 2008 ook een aantal regio's een standplaats kwijt.

In onderstaande tabel zijn het aantal standplaatsen en de dekking per regio conform beide referentiekaders tegen elkaar afgezet. Ook het aantal standplaatsen in 2008 is in de tabel opgenomen:

tabel 6.2.1: aantal standplaatsen en dekking per regio conform S&B

	S&B 2008		aantal		S&B 2004
	standplaatsen	dekking	stand- plaatsen 2008	stand- plaatsen	dekking
Groningen	13	99,1	11	14	97,9
Friesland	20	98,0	17	16	89,6
Drenthe	11	97,9	11	10	97,1
IJsselland	10	97,9	10	10	97,9
Twente	9	99,8	9	9	99,8
Noordoost Gelderland	10	97,3	9	9	94,9
Midden Gelderland	7	99,0	7	7	98,7
Gelderland Zuid	8	98,6	8	8	98,6
Utrecht	11	99,9	11	11	99,9
Noord-Holland Noord	8	98,7	9	8	98,6
Amsterdam & Zaanstreek/Waterland	6	100,0	8	9	100,0
	4	99,2			95,1
Kennemerland	4	100,0	4	3	97,6
Gooi- en Vechtstreek	2	99,1	3	2	99,1
Haaglanden	6	100,0	9	6	100,0
Hollands Midden	7	99,9	9	7	99,9
Rotterdam-Rijnmond	9	99,2	9	9	99,2
Zuid-Holland Zuid	6	98,2	6	6	97,1
Zeeland	11	97,1	9	9	92,7
Midden West Brabant	13	98,2	9	11	95,7
Brabant Noord	7	99,7	6	7	99,7
Zuidoost Brabant	7	98,1	7	7	98,1
Noord- en Midden Limburg	7	98,0	7	7	98,0
Zuid Limburg	4	97,7	4	4	97,7
Flevoland	6	100,0	6	6	100,0
totaal	206	98,9	198	195	97,9

Afhankelijk van de dag van de week en het dagdeel zijn er 270 tot 494 ambulances in heel Nederland nodig. Dit betekent dat er landelijk 19 tot 47 ambulances meer nodig zijn dan nu beschikbaar zijn. De belangrijkste oorzaak van de capaciteitsuitbreiding heeft te maken met de uitbreiding van het aantal standplaatsen en de toename van het aantal ritten. De capaciteitsuitbreiding is met name noodzakelijk in de regio's Friesland, Utrecht en Rotterdam-Rijnmond.

financiële vertaling

Het nieuwe referentiekader met de geschetste uitbreidingen brengt kosten met zich mee. De tweede helft van 2008 is door onder andere het ministerie van VWS, de Nederlandse Zorgautoriteit en Ambulancezorg Nederland besteed aan de financiële vertaling van S&B 2008.

De minister heeft besloten het macrokader voor de ambulancezorg te verhogen, met €12 miljoen in 2009 en vanaf 2010 structureel €18 miljoen. Een en ander betekent dat implementatie ook pas vanaf 2009 kan plaatsvinden. De ervaring, vanuit financiële vertaling van het vorige referentiekader, leert dat effecten hiervan pas in de loop van de volgende jaren echt zichtbaar zullen worden.

6.3 financiën

Onder de Wet Ambulancevervoer, die in 2008 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 2008 een macrobudget beschikbaar van bijna €363 miljoen. Omgekeerd naar het aantal inwoners in Nederland (bijna 16,5 miljoen op 31 december 2008) betekent dit dat er jaarlijks ongeveer €22 per inwoner beschikbaar is voor ambulancezorg.

De begroting van het ministerie van VWS voor de totale gezondheidszorg, waar de ambulancezorg onderdeel van uitmaakt, bedroeg in 2008 bijna €7 miljard (per inwoner van Nederland €425 per jaar). Ook dit bevestigt weer de relatief kleine omvang van de sector (5%).

De NZa heeft voor het MICU transport per vergunning een bedrag van €226.859 vastgesteld.

Onder de toekomstige Wet Ambulancezorg zal hier het een en ander in veranderen, verderop meer hierover.

6.4 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, direct gecombineerd met werkbare uren.

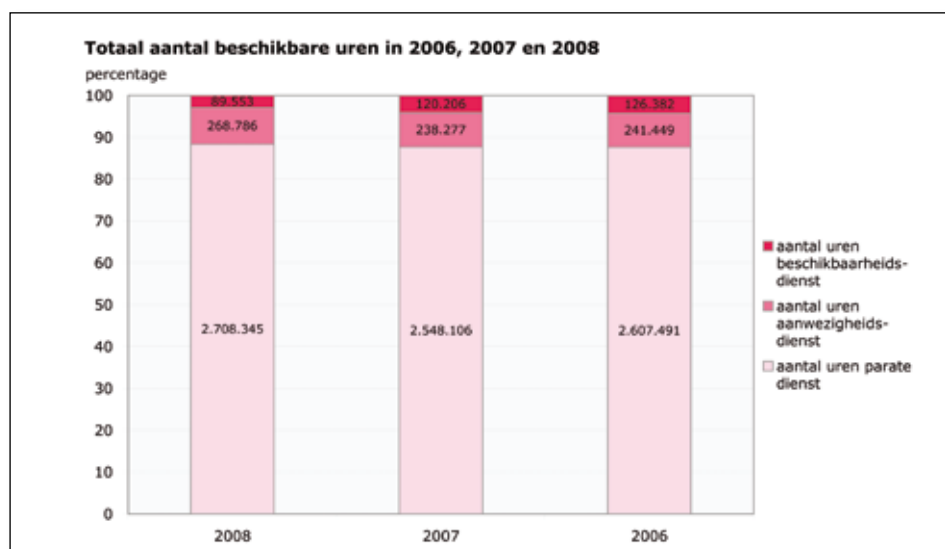
Binnen de sector wordt onderscheid gemaakt in drie soorten diensten: parate diensten, aanwezigheidsdiensten en beschikbaarheidsdiensten. De parate dienst is de meest voorkomende dienstsoort. Toepassing van de overige dienstsoorten varieert per regio en hangt onder meer samen met de stedelijkheid van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

In 2008 waren gedurende 3.066.684 uren ambulanceteams beschikbaar voor het verlenen van ambulancezorg. Dit betrof voor 88% parate dienst, voor 9% aanwezigheidsdienst en voor 3% beschikbaarheidsdiensten.

tabel 6.4.1: beschikbare uren in 2008

	2008		2007		2006	
parate diensten	2.708.345	88%	2.548.106	88%	2.532.737	88%
aanwezigheidsdiensten	268.786	9%	238.277	8%	241.449	8%
beschikbaarheidsdiensten	89.553	3%	120.206	4%	126.382	4%
totaal	3.066.684		2.906.589		2.900.658	

grafiek 6.4.1: totaal aantal beschikbare uren in 2008 (landelijk)

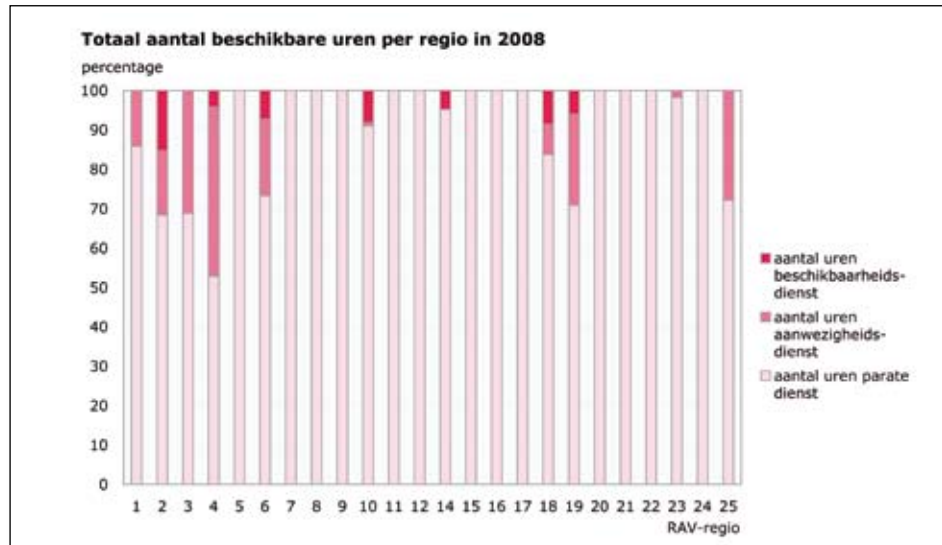


Dertien regio's werken met uitsluitend parate diensten, in onderstaande tabel wordt zichtbaar dat dit vooral regio's met veel stedelijk gebied zijn.

tabel 6.4.2: beschikbare uren per dienstsoort per regio in 2008

	aantal uren paraat	aantal uren aanwezig	aantal uren piket	totaal 2008	totaal 2007	totaal 2006
Groningen	139.457	22.995	0	162.452	162.929	163.000
Friesland	193.070	45.954	43.324	282.348	217.300	217.300
Drenthe	94.035	42.705	0	136.740	121.122	118.944
IJsselland	64.752	52.560	5.215	122.527	125.141	114.700
Twente	102.177	0	0	102.177	101.923	87.130
Noordoost Gelderland	97.593	25.858	9.758	133.209	131.559	130.547
Midden Gelderland	82.711	0	0	82.711	78.184	76.254
Gelderland Zuid	92.300	0	0	92.300	85.118	87.509
Utrecht	188.368	0	0	188.368	170.284	167.960
Noord-Holland Noord	100.993	828	9.144	110.965	112.250	112.069
Amsterdam/Waterland	178.048	0	0	178.048	193.024	193.024
Kennemerland	100.256	0	0	100.256	67.808	67.808
Gooi- en Vechtstreek	37.128	0	1.872	39.000	33.540	33.540
Haaglanden	127.710	0	0	127.710	128.800	128.800
Hollands Midden	117.902	0	0	117.902	112.730	112.730
Rotterdam-Rijnmond	174.464	0	0	174.464	168.600	168.768
Zuid-Holland Zuid	69.100	6.310	7.100	82.510	79.800	79.800
Zeeland	153.036	49.770	13.140	215.946	215.946	215.946
Midden West Brabant	143.635	0	0	143.635	139.184	136.399
Brabant Noord	88.090	0	0	88.090	84.910	83.841
Zuidoost Brabant	80.434	0	0	80.434	84.496	80.870
Noord- en Midden Limburg	78.382	1.422	0	79.804	79.853	97.421
Zuid Limburg	151.872	0	0	151.872	138.872	153.088
Flevoland	52.832	20.384	0	73.216	73.216	73.120
totaal	2.708.345	268.786	89.553	3.066.684		
<i>totaal in 2007</i>	2.548.106	238.277	120.206		2.906.589	
<i>totaal in 2006</i>	2.532.737	241.449	126.382			2.900.568

grafiek 6.4.2: totaal aantal beschikbare uren per regio in 2008



6.5 RAV-vorming en Wet Ambulancezorg

een sector in ontwikkeling

Uit dit sectorrapport is wel duidelijk geworden dat de ambulancezorg een sector in beweging is. Uit de geschiedenis blijkt dat er al in de 17^e eeuw sprake was van een zekere vorm van ziekenvervoer, al is dit geenszins vergelijkbaar met de huidige ambulancezorg.

In de tweede helft van de 20^e 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:

In de eerste plaats door de Wet Ambulancevervoer (WAV) die in 1971 in het Staatsblad is verschenen en vanaf 1973 in fasen is ingevoerd (volledige invoering vanaf 1979). Het doel van de Wet Ambulancezorg was het brengen van samenhang en coördinatie in de toen nogal versnipperde ambulancewereld. Eisen aan organisatie, beschikbaarheid en kwaliteit van het ambulancevervoer werden in de 60-er jaren noodzakelijk als gevolg van een toename van (de kans op) letsel bij en door ongevallen.

Op grond van de WAV zijn veertig Centrale Posten Ambulancevervoer (CPA) opgericht. Deze CPA's moeten het ambulancevervoer in het eigen gebied regelen, ambulancevervoer buiten de CPA om is niet mogelijk.

De WAV heeft tevens de provinciale overheden verantwoordelijk gemaakt voor de spreiding en beschikbaarheid van ambulances (waar moeten hoeveel ambulances gestationeerd worden?).

In de tweede plaats heeft op verschillende fronten professionalisering van de sector plaatsgevonden:

- er worden eisen gesteld aan personeel, materieel en inrichting en uitrusting van de ambulance;
- eind jaren '80 is een landelijke ambulanceopleiding gekomen;
- sinds eind jaren '80 wordt gewerkt met protocollen, die aangeven hoe het ambulanceteam in bepaalde gevallen moet handelen. Het protocol is sinds 1992 landelijk en wordt regelmatig geactualiseerd;
- rond 1996 is gestart met het aanstellen van Regionale Opleidingscoördinatoren (ROC-en) en het opstellen van regionale opleidingsplannen;
- de sector ambulancezorg is inmiddels voor bijna 100% HKZ-gecertificeerd;
- er is een juridisch kader ontwikkeld waarin de noodzaak van de verpleegkundig centralist is vastgelegd en naar aanleiding waarvan ondermeer de inhoud en positie van het medisch management sectoraal worden geregeld.

Tenslotte is in de loop der jaren het aantal ambulancediensten aanzienlijk afgenomen. Zo waren er in 1976 nog 236 diensten met 767 ambulances, in 1995 waren dit 129 diensten met 641 ambulances en anno 2008 zijn er in Nederland 34 ambulancebedrijven met 676 ambulances.

Tot halverwege de jaren '90 waren veel van de 236 diensten in particuliere handen. In de volgende jaren zijn verschillende ambulancediensten overgenomen door de overheid en onderdeel van de GGD geworden. In 2008 was dat het geval voor bijna de helft van de ambulanceorganisaties.

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. Ook is hierin voor het eerst de term ambulancezorg genoemd. In 'Met zorg verbonden' is vastgelegd dat de ambulancezorg op regionale schaal georganiseerd moet worden in de vorm van regionale ambulancevoorzieningen (RAV-en). Een RAV wordt gevormd door de ambulancedienst(en) en de meldkamer ambulancezorg.

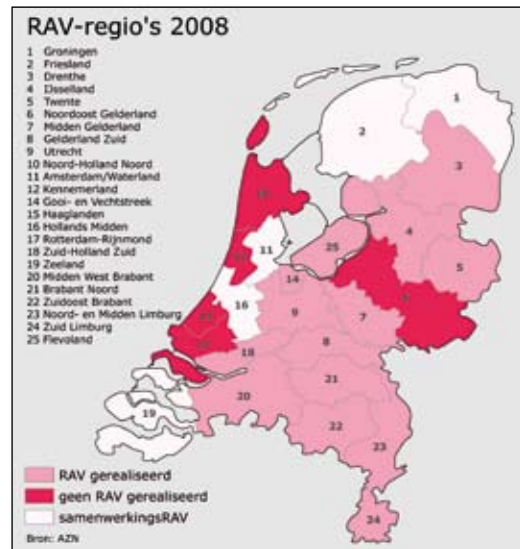
In maart 2000 publiceerde het ministerie van VWS samen met het ministerie van BZK een circulaire, waarin werd aangekondigd dat wet- en regelgeving voorbereid zou worden om de regionale ambulancevoorziening en het regionaal ambulanceplan wettelijk te verankeren.

In 2000 heeft het ministerie van VWS onderzoek laten doen naar de kwaliteit en doelmatigheid van de ambulancezorg in Nederland. Dit heeft geresulteerd in het RIVM-rapport 'Niet zonder zorg'. Naar aanleiding van dit onderzoek is in 2003 het Project Versterking Ambulancezorg (PVAZ) van start gegaan. Dit project was gericht op de RAV-en, het optimaliseren van de spreiding van standplaatsen van ambulances en de diensten naar een hoger doelmatigheidsniveau te brengen. Het verbeteren van de aanrijtijden was een belangrijk onderdeel van PVAZ.

Vooruitlopend op de nieuwe Wet Ambulancezorg (WAZ) zijn in steeds meer regio's partijen zich gaan organiseren in RAV-en. In de WAZ is vastgelegd dat de RAV de rechtspersoon is waaraan de vergunning tot het verlenen van ambulancezorg is verleend.

Er zijn 24 RAV-regio's. In de meeste regio's was in 2008 inmiddels een RAV gerealiseerd, echter nog niet overall. 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 6.5.1: RAV-en en regio's in Nederland in 2008



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 gecoloeerde 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 6.5.2: MKA onderdeel van de RAV in 2008



Wet Ambulancezorg

Op 28 oktober 2004 heeft de toenmalige minister van VWS, de heer Hoogervorst, 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.

De Eerste Kamer heeft sindsdien een aantal malen (schriftelijke) vragen gesteld aan de minister van VWS. Het wetsvoorstel is lange tijd aangehouden door de Eerste Kamer, in afwachting van de behandeling van het wetsvoorstel Veiligheidsregio's door de Tweede Kamer. Uiteindelijk is het wetsvoorstel door de Eerste Kamer behandeld en aangenomen op 2 december 2008.

Het doel van de Wet Ambulancezorg (WAZ) is een verhoging van de kwaliteit, de doelmatigheid en de toegankelijkheid van de ambulancezorg. Een niet onbelangrijk nevendoeel is een betere afstemming met het openbaar bestuur.

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, onder andere door deze in één hand te brengen;
- een betere positionering van de ambulancezorg in de keten van de spoedeisende zorg, onder andere door de sturing en financiering van de ambulancezorg op eenzelfde manier te regelen als voor de ketenpartners in de acute zorg;
- de meldkamer krijgt een centrale positie binnen de RAV, een goed functionerende meldkamer is cruciaal voor het functioneren van de RAV;
- duidelijkheid over de positie van de burgemeester in relatie tot de meldkamer, wanneer de openbare orde en veiligheid in het geding is, voert de burgemeester -vanuit zijn GHOR-verantwoordelijkheid- de regie over de inzet van de ambulancezorg,

Vanaf 1 januari 2011 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 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 niet langer bij de provincies, maar bij de minister van VWS, die verantwoordelijk is voor de (gezondheids)zorg in Nederland. De financiering van de ambulancezorg vindt plaats vanuit premiemiddelen, 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 ambulancezorg biedt. Ambulancezorg die begint bij het aannemen van de telefoon in de meldkamer ambulancezorg en die eindigt als de patiënt is overgedragen in het ziekenhuis. De RAV is van begin tot eind verantwoordelijk voor alle facetten van dit proces. Daarnaast biedt de wet de mogelijkheid tot innoveren en differentiëren. Dit is een kans waar de ambulancebedrijven al jaren op wachten.

De wet zal ingaan op 1 januari 2011. Dit betekent dat de jaren 2009 en 2010 in het teken zullen staan van de voorbereidingen op de WAZ, in de breedste zin van het woord. Zo zal in de eerste helft van 2009 de nadruk liggen op het ontwerpen van de procedure van vergunningverlening en het opstellen van het Programma van Eisen door het ministerie van VWS. Verwacht wordt dat in het najaar van 2009 organisaties zich kunnen gaan inschrijven voor de vergunning.

6.6 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. Er zijn ook B3-stichtingen, dit zijn geprivatiseerde organisaties die tot voor kort wel CAR-UWO van de publiekrechtelijke ambulanceorganisaties volgden.

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 2008 grofweg als volgt uit: bijna 50% was publiekrechtelijk georganiseerd, bijna 40% was privaatrechtelijk georganiseerd en de laatste 15% betreft de B3-stichtingen.

Een en ander heeft gevolgen voor de arbeidsvoorwaarden binnen de sector ambulancezorg. In 2008 waren er vier verschillende CAO's:

- de privaatrechtelijke RAV-en volgen de CAO Ambulancezorg
- de publiekrechtelijke RAV-en volgen de gemeentelijke CAR-UWO
- de B3-stichtingen hebben eind 2007 een onderhandelaarsakkoord gesloten en zijn in 2008 de nieuwe eigen CAR-B4 gaan volgen
- 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.

6.7 ambulancezorg, speler in twee ketens

De ambulancezorg is speler in twee ketens: de keten van acute zorg en de keten van openbare orde en veiligheid.

keten van acute zorg

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

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 Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi) en de bijbehorende beleidsregels is expliciet geregeld dat er binnen de acute zorg sprake moet zijn van goede samenwerking in de vorm van een regionale organisatie en regionale afspraken.

Voor de 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 WTZi.

keten van openbare orde en veiligheid

RAV-en werken ook nauw samen met partners in de keten van openbare orde en veiligheid, zoals politie, brandweer en GHOR. 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.

bijlagen

Bijlage 1 Kernset en definities 2008

Bijlage 2 Nadere toelichting en verklaring

Bijlage 3 Verantwoording RIVM

Bijlage 4 Gebruikte afkortingen

Bijlage 5 Leden AZN

Bijlage 6 Standplaatsen in Nederland

Bijlage 1 Kernset 2008 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 2008
	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-ritten

PP-A1	1.1	aantal A1-ritten een A1-rit is een spoedeisende rit in opdracht van de centralist 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-ritten De tijdsduur vanaf het begin van de aanname (= het opnemen van de telefoon) door de centralist tot het moment waarop de centralist de ritopdracht heeft verstrekt aan het uitvoerende ambulanceteam.
PP-A1	2.2	uitruktijd A1-ritten 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 + ambulance-verpleegkundige) 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	responstijd A1-ritten 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-ritten binnen 15 minuten na start melding ter plekke
PP-A1	3.2	% A1-ritten binnen 15 na start melding ter plekke
PP-A1	4.1	aantal A1-ritten binnen 8 minuten na start melding ter plekke
PP-A1	4.2	% A1-ritten binnen 8 minuten na start melding ter plekke

PP-A2 A2-ritten

PP-A2	1.1	aantal A2-ritten Een A2-rit is een rit 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-ritten met gebruik van optische en geluidssignalen
PP-A2	1.1.2	aantal A2-ritten zonder gebruik van optische en geluidssignalen
PP-A2	2.1	tijdsduur aanname en uitgifte A2-ritten

PP-A2	2.2	uitruktijd A2-ritten
PP-A2	2.3	aanrijtijd A2-ritten
PP-A2	2.4	responstijd A2-ritten
PP-A2	3.1	aantal A2-ritten binnen 15 minuten na start melding ter plekke
PP-A2	3.2	% A2-ritten binnen 15 na start melding ter plekke
PP-A2	4.1	aantal A2-ritten binnen 8 minuten na start melding ter plekke
PP-A2	4.2	% A2-ritten binnen 8 minuten na start melding ter plekke

PP-B B-ritten

PP-B	1.1	aantal B-ritten Een B-rit is een rit 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-ritten

PP-E	1.1	aantal EHGv-ritten (Eerste Hulp Geen Vervoer) Een EHGv-rit is een rit 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-ritten ten behoeve van andere regio's
PP-DAM	2.1	aantal A2-ritten ten behoeve van andere regio's
PP-DAM	3.1	aantal B-ritten 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 ritten A1 + A2 + B
PR	1.2	afspraken 2008: totaal aantal EHGv-ritten
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 HZK-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 / toestandsbeeld

MI-WdM/

WdA	1	Toestandsbeeld Meldkamer Ambulancezorg (MKA)/werkdiagnose ambulanceteam
		aantal patiënten:
	1.1	traumatologie/heelkunde <i>Chirurgie of heelkunde</i> is een medisch specialisme dat zich bezighoudt met het behandelen van verwondingen, tumoren en infecties, met name door het uitvoeren van operaties. <i>Traumatologie</i> is een aandachtsgebied binnen de algemene heelkunde en heeft met name betrekking op medische hulp aan patiënten die betrokken zijn geweest bij een ongeval/ongeluk.
	1.2	interne geneeskunde <i>Interne geneeskunde</i> is een medisch specialisme dat zich bezighoudt met aandoeningen van de inwendige organen (zoals nieren en lever), orgaansystemen (hormoonproducerende organen) en algemene systemen in het lichaam (afweer, stofwisseling, bloeddrukregulatie en bloedstolling).
	1.3	pulmonologie <i>Pulmonologie</i> is het medisch specialisme dat zich bezighoudt met longziekten en -aandoeningen en de behandeling daarvan.
	1.4	cardiologie <i>Cardiologie</i> is het medisch specialisme dat zich bezighoudt met het opsporen, diagnosticeren en behandelen van ziekten van het hart.
	1.5	neurologie <i>Neurologie</i> is het medisch specialisme dat zich met name bezighoudt met de diagnostiek en behandeling van ziekten van de hersenen, het ruggenmerg en de zenuwen. Ook spierziekten vallen vaak onder het domein van de neurologie.
	1.6	gynaecologie/obstetrie <i>Gyneacologie/obstetrie</i> is het medisch specialisme dat zich bezighoudt met afwijkingen en ziekten van de vrouwelijke geslachtsorganen, zwangerschap en bevalling en fertiliteitstoornissen.
	1.7	overig

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 Een <i>endotracheale intubatie</i> is het definitief vrijmaken en vrijhouden van de luchtweg door middel van het inbrengen van een tube.
MI-HA	1.4	aantal coniotomieën <i>Coniotomie</i> is een percutane transtracheale beademing: een methode om zuurstof toe te dienen wanneer intubatie of masker-ballonbeademing niet mogelijk is
MI-HA	1.5	aantal ontlastingen spanningspneumothorax Bij een gesloten <i>spanningspneumothorax</i> is drainage mogelijk door een chirurgische opening -thoracotomie- te maken in de aangedane thoraxhelft.
MI-HA	1.6	aantal zuurstoftoedieningen

MI-HC Circulatie

MI-HC	1.1	aantal intramusculaire naalden Een <i>intramusculaire naald</i> betreft het aanbrengen van een naald ten behoeve bijvoorbeeld vocht- of medicatietoediening langs intramusculaire weg.
MI-HC	1.2	aantal intraveneuze naalden Een <i>intraveneuze naald</i> betreft het aanbrengen van een naald ten behoeve bijvoorbeeld vocht- of medicatietoediening langs intraveneuze weg.
MI-HC	1.3	aantal intraossale naalden Een <i>intraossale naald</i> betreft het aanbrengen van een naald ten behoeve bijvoorbeeld vocht- of medicatietoediening langs intraossale weg.

MI-HCa Cardiologische handelingen

MI-HCa	1	<i>handelingen met betrekking tot reanimatie</i>
MI-HCa	1.1	aantal patiënten met een acute hartstilstand Bij een <i>acute hartstilstand</i> heeft de patiënt geen circulatie en ademhaling en is bewusteloos.
MI-HCa	1.2	aantal reanimaties <i>Reanimatie</i> is het geheel van inspanningen dat gericht is op het herstel van circulatie en ademhaling (Nederlandse Reanimatie Raad)

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 Het <i>eerste ritme</i> is het hartritme van de patiënt op het moment dat de ambulance is gearriveerd. Onder <i>defibrilleerbaar ritme</i> wordt verstaan dat de hartritmestoornis te behandelen is door middel van defibrilleren (ventrikelfibrilleren of polsloze ventrikeltachycardie).
MI-HCa	1.4.2	aantal patiënten met een acute hartstilstand waarbij het eerste ritme niet defibrilleerbaar was Onder <i>niet-defibrilleerbaar ritme</i> wordt verstaan dat de hartritmestoornis niet te behandelen is door middel van defibrilleren (asystolie of PEA).
MI-HCa	1.5	aantal patiënten met een acute hartstilstand met ROSC bij aankomst ziekenhuis <i>ROSC is return of spontaneous circulation</i> , dit houdt in dat er een output producerend ritme is gedurende tenminste 30 seconden.
MI-HCa	2	overige cardiologische handelingen
MI-HCa	2.1	aantal cardioversies <i>Cardioversie</i> is een techniek die wordt toegepast bij tachycardieën met brede en smalle complexen die daadwerkelijk tot een insufficiënte circulatie leiden.
MI-HCa	2.2	aantal transcutane pacebehandelingen Een pacemaker geeft elektrische impulsen af aan het hart, waardoor het hart tot depolarisatie en contractie komt.

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 (heli en grondgebonden) Een <i>Medisch Mobiel Team</i> (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 <i>first responder</i> 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 <i>rapid responder</i> 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	<i>beschikbaar personeel in fte</i>
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 centralisten MKA verpleegkundigen
	1.2.4	waarvan: aantal centralisten MKA niet-verpleegkundigen
	1.3.1	waarvan: aantal overig
P&O-F	2	<i>beschikbaar personeel in fte</i>
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	waarvan: aantal centralisten MKA verpleegkundigen
	2.2.4	waarvan: aantal centralisten MKA niet-verpleegkundigen
	2.3.1	waarvan: aantal overig

P&O-L Leeftijden

P&O-L	1	<i>aantal werkzame personen RAV:</i>
	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 uitstroombesluit (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	centralisten MKA verpleegkundige
	1.1.4	centralisten MKA niet-verpleegkundige
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 zorgberoep overige redenen
P&O-M	1.3	instroomrichtingen ambulanceverpleegkundigen en centralisten MKA (niet-) verpleeg- kundigen
	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	centralisten MKA verpleegkundige
	2.1.4	centralisten MKA niet-verpleegkundige

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 deel van de arbeidscapaciteit in een bepaalde periode dat wegens ziekteverzuim verloren is gegaan
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 43 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.x.1	tussen 0.00 en 7.00 uur
	1.x.2	tussen 7.00 en 18.00 uur
	1.x.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*

- 1.1 aantal incidenten veroorzaakt door: 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 Nadere toelichting en verklaring

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

Eenzijds blijkt dat de 15-minuten norm in Nederland steeds verder is aangescherpt. In het voormalige Eisenbesluit ambulancevervoer was vastgelegd dat een ambulance onder normale omstandigheden binnen 15 minuten na de opdracht door de MKA (toen nog CPA) ter plaatse moet kunnen zijn. Dit had te maken met het feit dat de vervoerder indertijd niet verantwoordelijk was voor de MKA en ook geen invloed kon uitoefenen op het presteren van de MKA.

Met de invoering van de RAV is de vergunninghouder integraal verantwoordelijk voor zowel de meldkamer ambulancezorg als voor het aanrijden van de ambulance. De norm is hierdoor sinds de nota 'Met zorg verbonden' uit 1997 verschoven naar binnen 15 minuten na melding bij de MKA ter plaatse kunnen zijn. Het begrip 'na melding bij de MKA' bleek in de praktijk voor verschillende interpretaties vatbaar te kunnen zijn. Sinds 2005 heeft de sector ambulancezorg de responstijd eenduidig gedefinieerd, en daarmee ook de 15-minutennorm. Een en ander houdt in dat een ambulance -in geval van een rit met A1-urgentie- binnen 15 minuten nadat de centralist van de meldkamer ambulancezorg de telefoon heeft aangenomen aanwezig dient te zijn.

Anderzijds heeft de minister van VWS in 2000 geconstateerd dat er in het buitenland een grote diversiteit is aan normen voor het aanrijden van ambulances. Nederland valt hierbij niet uit de toon.

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 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: Per regio zijn de ritgegevens en de stamtabellen ingelezen in een database. Hierbij zijn onder andere alle stamtabellen vergeleken met de versies uit 2006 die waren verkregen uit het onderzoek Landelijk Referentiekader. Als een verschil is geconstateerd zijn de stamtabellen nader onderzocht.

In de uitwerking van de AZN-meetplannen zijn de stamtabellen van groot belang. De stamtabellen 'Organisatie' of 'Vervoerder', 'Standplaats', 'Soort vervoer' en 'Wagen' (of 'ambulancenummer') bepalen in een eerste selectie of de rit een ambulancerit is. De stamtabellen 'Organisatie' en 'Vervoerder' geven codes die aangeven of een rit is uitgevoerd door en voor de eigen RAV. De stamtabel 'Standplaats' bepaalt door welke standplaats de rit is uitgevoerd. Soms wordt een rit door een standplaats uit een andere regio uitgevoerd, deze worden dan niet bij de betreffende regio meegenomen. Een aantal regio's maken geen gebruik van de standplaats codering, maar in plaats daarvan de wagennummer, of ambulancenummer. In de analyse van 2008-gegevens is ook gebruik gemaakt van de codering van ambulances, dit gaf tevens de mogelijkheid om 'Rapid Responders' te identificeren. Bij 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 bepalen dat een rit niet wordt geselecteerd:

- ritten zonder vervoerscode ('geen code')
- stand-by ritten,
- voorwaardenscheppende ritten
- andere vervoerder (een vervoerder anders dan van de eigen RAV, hieronder vallen ook buitenlandse vervoerders)
- coördinator gewonden vervoer
- dienstrit of ritten zonder opdracht,
- dubbele rit
- officier van dienst GGD
- testrit, oefenrit, dummyritten, sociaal vervoer en ritten ten behoeve van onderhoud ambulance
- inzet huisarts of HAP of schouwarts,
- inzet heli of MMT
- overige niet declarabele ritten en ritten zonder factuur
- vanuit CPA verkeerd gekoppelde ritten, of CPA-doorverwijzingen
- first-responder inzetten

Deze selectiecriteria op basis van de stamtabellen 'Organisatie'/'Vervoerder', 'Standplaats' en 'Soort vervoer' zijn in detail teruggekoppeld aan de RAV-en tijdens het onderzoek Landelijk Referentiekader. Daarbij

zijn ook ritaantallen vermeld. De enige onzekerheid in deze selecties was de soms onduidelijke registratie van rapid-responders (zogenaamde solo-ambulances of motorambulances). In een aantal gevallen worden deze inzetten als OvDG-inzet gecodeerd, of anders zodat deze code buiten de selectie valt. In deze gevallen is maatwerk toegepast en zijn de Rapid-Responder ritten toegevoegd. Zoals eerder genoemd is hierbij ook gebruik gemaakt van de codering van ambulances. 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.

Er is geconstateerd dat de regio's stamtabellen op verschillende manieren hanteren waardoor maatwerk per regio noodzakelijk is.

Grensoverschrijdende assistentie

In de AZN-meetplannen wordt voor het spoedvervoer uitgegaan van het geografische gebied van de RAV en worden spoedritten aan de RAV toegewezen waarin de rit heeft plaatsgevonden. Dit betekent dat RAV-cijfers voor spoedvervoer worden gecorrigeerd voor grensoverschrijdende assistentie. Ritten van andere RAV-en naar een eigen regio worden wel meegeteld, ritten van eigen regio naar een andere RAV niet. Dit is geoperationaliseerd door te selecteren op de locatie van het incident, de 'afhaalplaats'. Probleem hierbij is dat de afhaalplaats niet altijd (correct) is ingevuld. Als deze niet is geregistreerd wordt de 4-posities postcode ontleend aan ander velden, zoals de plaatsnaam of gemeentenaam (we nemen dan de centroïde). In het geval er geen informatie over de locatie incident geregistreerd is, wordt de rit toegewezen aan de RAV. In die gevallen is correctie op grensoverschrijdende assistentie niet mogelijk.

Wijzigingen in grensgebieden door aanpassingen in de congruentie naar veiligheidsregio's zijn meegenomen.

Selectie van het aantal ritten

In de implementatie van de AZN-meetplannen worden ritten geselecteerd in een aantal stappen.

Stap 1 Selecties op basis van de stamtabellen 'Organisatie'/'Vervoerder', 'Standplaats', 'Wagen' (of 'ambulancenummer') en 'Soort vervoer' (zie eerder). Dit sluit inzetten uit voor bijvoorbeeld OvDG, GHOR, HAPS, MMT, testritten, stand-by. Tevens vindt selectie plaats op RAV-gebied voor spoedvervoer (correctie van grensoverschrijdende ritten op basis van afhaalplaats).

Analyse tijdenregistratie spoedvervoer

De aantallen spoedritten worden vervolgens verder gefilterd ten behoeve van de analyse van de geregistreerde tijden.

Volgens de meetplannen worden de volgende ritten van de meting uitgesloten:

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

Bij het meetplan voor het aantal A1-ritten binnen 15 minuten ter plaatse en voor het overschrijdingspercentage is punt 11 omschreven als 'overige niet-gedefinieerde uitsluitingen' (kernset 2008).

Opmerkingen bij deze criteria:

Ad 1, 5, 6 en 7: Deze selectie is al uitgevoerd stap 1.

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. Met deze criteria kan het RIVM niets in de analyses.

Ad 4 en 8: In de analyse van tijdenregistratie worden alleen ritten geselecteerd met een soort vervoer 'EH/geen vervoer'; 'Opname', 'Poliklinisch' en 'SEH-presentatie'. Loze ritten, ontslagritten, interklinische ritten, overplaatsingen, worden niet meegenomen (vws, standby en ritten zonder codering werden er al uitgefilterd in stap 1).

Stap 2 in de selecties is gebaseerd op de criteria 4 en 8, selectie van soort vervoer waarop de tijdenanalyse is gebaseerd.

Stap 3 controleert de tijdstippen (a) 'melding op meldkamer', (b) 'opdracht ambulance', (c) 'vertrek ambulance' en (d) 'aankomst patiënt', deze zijn niet leeg en hebben een correct formaat.

Stap 4 controleert de juiste volgorde van de tijdstippen (a) 'melding op meldkamer', (b) 'opdracht ambulance', (c) 'vertrek ambulance' en (d) 'aankomst patiënt'. Dit komt overeen met de eis dat de meldtijd, de uitruktijd en de aanrijtijd altijd groter of gelijk aan nul is. Alle berekeningen worden op het niveau van seconden uitgevoerd. Bijvoorbeeld valt een aantal ritten af omdat het tijdstip 'opdracht ambulance' vóór de meldtijd ligt, of tijdstip 'vertrek ambulance' vóór het tijdstip 'opdracht ambulance'.

In de laatste stap 5 kijken we naar dubbele ritten, meerinzetten en ritten met plotfouten. Een dubbele rit is een inzet die meer dan éénmaal in de rittendatabase voorkomt. Meerinzetten kunnen alleen indirect worden geïdentificeerd in de ritgegevens, omdat er geen codering of definitie is voor een meerinzet. Er is ervoor gekozen om een meerinzet te definiëren als een inzet naar eenzelfde huisadres, waarvoor binnen 30 minuten opdracht wordt gegeven. Ritten met onjuiste tijdsregistratie zijn ook niet direct identificeerbaar, althans in de meeste regio's niet. Een aantal regio's hanteert een (eigen) codering, definitie of filter voor een rit met onjuiste tijdsregistratie. Hiervan is op de volgende manier gebruik gemaakt:

1) Eerst is de eigen regionale definitie of filter toegepast, vervolgens is

2) een nieuw filter voor plotfouten landelijk toegepast.

Het filter onder punt 2 is tot stand gekomen na analyse van een aantal ritten met onjuiste tijdsregistratie.

Deze ritten waren op grond van een specifieke codering in een aantal regio's te identificeren. Het filter gaat uit van de volgende definitie. Een rit heeft onjuiste tijdsregistratie ('plotfout') indien

a. de meldtijd of uitruktijd of rijtijd nul seconde is; of

b. de behandeltime minder dan 5 minuten is, in combinatie met een rijtijd van meer dan 30 minuten bij A1-vervoer, of 60 minuten bij A2-vervoer; of

c. meldtijd groter dan 10 minuten bij A1-vervoer, of 20 minuten bij A2-vervoer; of

d. uitruktijd groter dan 10 minuten bij A1-vervoer of 20 minuten bij A2-vervoer; of

e. rijtijd groter dan 30 minuten bij A1-vervoer of 60 minuten bij A2-vervoer.

De definitie van een plotfout zoals toegepast in punt 1 is die van de RAV-regio, de definitie van een plotfout zoals in punt 2 is tot stand gekomen na overleg met de AZN-werkgroep 'Betrouwbaarheid'. In het

eerste geval neemt het RIVM de verantwoording voor de toepassing van het filter, niet voor de inhoud, de regionale definitie van een plotfout. Hiervan zijn verschillen varianten die zijn gebaseerd zijn op specifieke regionale registratieproblemen. In het tweede geval neemt het RIVM verantwoording voor zowel de toepassing als de inhoud van het filter.

Bij de inhoud van het filter, zoals beschreven in de bovenstaande punten a tot en met e, 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: van een aantal regio's wordt het overschrijdingspercentage te hoog geschat, van een aantal te laag.

Het feit dat het filter soms zijn doel niet haalt en soms zijn doel voorbij schiet is inherent aan het karakter van een plotfout. Deze fouten in tijdsregistratie kunnen zo divers zijn dat ze heel erg moeilijk, zo niet onmogelijk, in een filter op basis van meld-, uitruk- en aanrijtijd te definiëren is.

Slotopmerkingen bij de gegevens, analyses en resultaten

In de analyse van de tijdsregistratie van het spoedvervoer stuitte het RIVM op verschillende gevoelige punten van de beschikbare gegevens en van de implementatie van de AZN meetplannen. Daarnaast hebben een aantal regio's aandachtspunten aangegeven bij de kwaliteit van de door hun aangeleverde ritgegevens.

Analyses en resultaten

Bij de uitwerking van de meetplannen bleek dat een aantal definities van termen in de meetplannen niet vastgelegd waren. De definities van meerinzetten en plotfouten zijn hiervan een voorbeeld. Regio's hebben verschillende definities voor een meerinzet en voor een plotfout. Het RIVM heeft voor deze ritten eigen definities gekozen, in overleg met de AZN-werkgroep 'betrouwbaarheid'.

Daarnaast worden meetplannen door regio's verschillend geïnterpreteerd. Bijvoorbeeld kunnen loze ritten wel in de meting worden meegenomen omdat op het moment van uitrijden nog niet duidelijk is dat het een loze rit betreft, en er dus even snel moet worden uitgerukt als bij een 'normale' spoedrit.

Een aantal regio's controleert de te analyseren ritten, naast de gebruikelijke filters, ook op 'statusfouten', urgentiewijzigingen, foutieve invoer en dergelijke, op een manier die op landelijk niveau niet mogelijk is omdat bij de regio meer gedetailleerde informatie beschikbaar is. Hierdoor kunnen de resultaten in dit rapport afwijken van de cijfers uit de jaarverslagen.

Bijlage 4 Gebruikte afkortingen

BKZ	=	ministerie van Binnenlandse Zaken
CPA	=	Centrale Post Ambulancezorg
EHGV	=	Eerste Hulp Geen Vervoer
FLO	=	Functioneel Leeflijds Ontslag
GGD	=	Gemeentelijke Gezondheidsdienst
GHOR	=	Geneeskundige Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen
HKZ	=	Harmonisatie Kwaliteit Zorginstellingen
IC	=	intensive care
MICU	=	Mobiele Intensive Care Unit
MKA	=	Meldkamer Ambulancezorg
MMT	=	Mobiel Medisch Team
NZa	=	Nederlandse Zorgautoriteit
RAV	=	Regionale Ambulancevoorziening
VWS	=	ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport
WAV	=	Wet Ambulancevervoer
WAZ	=	Wet Ambulancezorg
WTZi	=	Wet Toelating Zorginstellingen

Bijlage 5 Leden AZN

RAV-regio	leden
1 Groningen	AmbulanceZorg Groningen BV AmbulanceZorg Groningen, Meldkamer Ambulancedienst GGD 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 IJssel-Vecht BV RAV IJssel-Vecht BV
5 Twente	Ambulance Oost
6 Noord-Oost 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 Zuid Oost Brabant	Hulpverleningsdienst Zuidoost Brabant
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 6 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
Wolvega

3 Drenthe

Annen
Assen
Beilen
Borger
Coevorden
Dwingeloo
Emmen
Hoogeveen
Klazienaveen
Meppel
Roden

4 IJsselland

Zwolle
Deventer
Kampen
Raalte
Steenwijk
Hardenberg
Zwartsluis
Lichtmis
Balkbrug
Ommen

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 - Vader Rijndreef Maarsssen Utrecht - Diaconessen Ziekenhuis Nieuwegein Vinkeveen Woerden Amersfoort Centrum Amersfoort Noord Zeist Doorn Veenendaal			Zoetermeer Blauwroodlaan Delft Engelsestraat Naaldwijk Westland Zuideinde	
			16	Hollands Midden	Leiden Leiderdorp Katwijk de Zilk Alphen Ter Aar Gouda Moordrecht Nederlek	
10	Noord-Holland Noord	VR NHN Den Helder VR NHN Hoorn/Wonun VR NHN Den Burg VR NHN Hoogkarspel VR NHN Wieringerwerf AD KL Alkmaar Noord AD KL Alsmar Zuid AD KL De Mossel AD KL Schagen		17	Rotterdam-Rijnmond	Capelle aan den IJssel Rotterdam Centrum Rotterdam Noord Barendrecht Schiedam Spijkenisse Haringvlietdam Noord (Hellevoetsluis) Brielle Dirksland
11	Amsterdam/Waterland	GGD Amsterdam GGD Zuid Oost VZA Amsterdam VZA Amstelveen VZA Aalsmeer VZA Monnickendam VZA Purmerend VZA Zaandam		18	Zuid-Holland Zuid	Dordrecht Gorinchem Klaaswaal Meerkerk Papendrecht Zwijndrecht
12	Kennemerland	Heemskerk, Lijnbaan Velsen, Amsterdamseweg Haarlem, Zijlweg Hoofddorp, Jacobus Spijkerdreef		19	Zeeland	Middelburg Goes Rilland Tholen / St Maartensdijk Zierikzee Vrouwenpolder / Neeltje Jans Terneuzen Oostburg Hulst
14	Gooi- en Vechtstreek	post Zuid post Noord post Vechtstreek				
15	Haaglanden	Mangaanstraat Zichtenburglaan Forepark Moldau Centrum Westeinde Mariahoeve Bezuidenhoutseweg Wassenaar Hofkampweg		20	Midden West Brabant	Bergen op Zoom Roosendaal Breda zuid (ulvenhout) Breda Noord Tilburg Noord

		Tilburg Zuid Waalwijk Oosterhout Giessen
21	Brabant Noord	s Hertogenbosch Boxtel Oss Haps Uden Veghel
22	Zuidoost Brabant	Eindhoven Helmond post Best Eersel Deurne Valkenswaard Maarheeze
23	Noord- en Midden Limburg	Venlo Helden Venray Bergen Roermond Echt Weert
24	Zuid Limburg	Heerlen Maastricht Geleen Gulpen
25	Flevoland	Lelystad Dronten Emmeloord Abtsweg Almere Zeewolde