

Ambulances in-zicht 2012

'de highlights'





Voorwoord

2012 markeert een bijzonder jaar voor de ambulancezorg. Na jarenlange voorbereiding werd de Tijdelijke wet ambulancezorg in de Staten-Generaal vastgesteld. Wellicht op het eerste gezicht niet een in het oog springende gebeurtenis. Maar wie iets verder kijkt, ziet dat hiermee een periode van onzekerheid over de toekomstige inrichting is gemarkeerd. Een helder vergunningstelsel van de overheid en Regionale Ambulancevoorzieningen per regio met een monopoliepositie, die aan hoge kwaliteitseisen moeten voldoen. Kortom, een situatie die de komende jaren rust en stabiliteit geeft. Daarnaast is het een goede basis om gezamenlijk de periode te verkennen na de vijf jaar waarin de tijdelijke wet functioneert.

In 2012 was er pessimisme en somberheid over de zorg. Het is echter goed deze geluiden te relativeren met de bijzondere prestaties die iedere dag in de zorg geleverd worden. Zo bieden onze ambulanceorganisaties iedere dag gedurende duizenden ritten, planbaar en acuut, vakbekwame zorg. En er zijn volop nieuwe kansen en perspectieven. In 2012 is begonnen met een fundamentele herschikking van de activiteiten in de meldkamers. Ook werd in 2012 duidelijk dat ingrijpende wijzigingen gaan plaatsvinden in het zorglandschap. Allen met implicaties voor de mobiele zorg, de ambulancesector dus. Ten slotte is de sector in 2012 gestart met vooruit kijken naar een meer definitieve wetgeving in de ambulancezorg.

Wij hopen dat deze korte versie van het sectorrapport 2012 u inspireert uw bijdrage aan het debat over de toekomst te leveren. Meer dan vroeger moet elke sector in de zorg het van samenwerking hebben. We kunnen leren van 'over de schutting' kijken. Daarom hopen we dat dit rapport ook nuttig is voor al diegenen die buiten de mobiele zorg werkzaam zijn.

Hans Simons

voorzitter Ambulancezorg Nederland



Leeswijzer

'Ambulances in-zicht 2012, de highlights' is de korte versie van 'Ambulances in-zicht 2012'. 'De highlights' brengt de meest in het oog springende en belangrijkste onderwerpen uit het uitgebreide sectorrapport voor het voetlicht. 'De highlights' zoomt in op de landelijke cijfers, een aantal afbeeldingen biedt visueel inzicht in regionale verschillen.

Negentien thema's

'De highlights' kent negentien thema's. Elk thema heeft een eigen kleur. Dit is zichtbaar in de inhoudsopgave en onderaan iedere pagina. Ieder thema start met een informatieve illustratie op de ene bladzijde en op de andere pagina staat een toelichting.

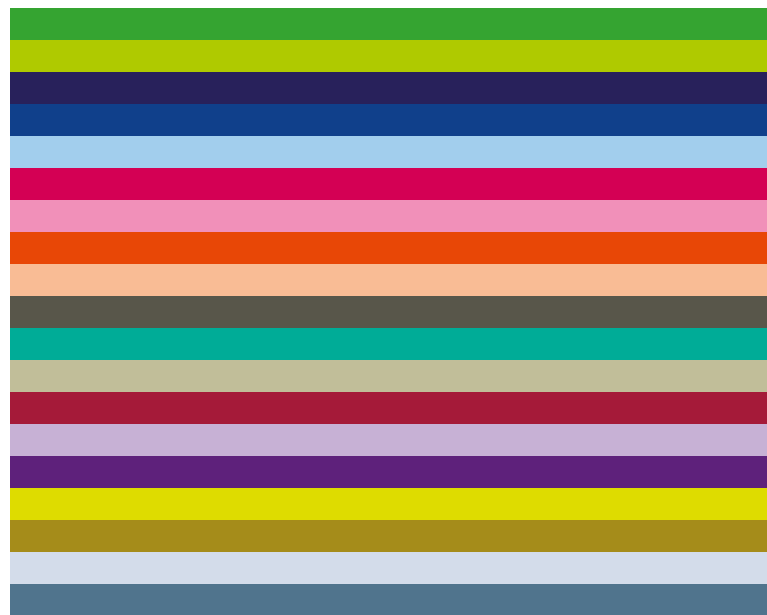
Uitgebreide versie

De uitgebreide versie, 'Ambulances in-zicht 2012', kunt u vanaf augustus 2013 inzien en downloaden van www.ambulancezorg.nl. Dit uitgebreide rapport bevat veel achtergrondinformatie en biedt inzicht in de regionale verschillen in de vorm van cijfermatige overzichten. De uitgebreide versie verschijnt alleen digitaal.

Meer informatie vindt u op: www.ambulancezorg.nl.

Inhoudspagina

	Ambulancezorg	6
	Ambulancezorg: wettelijk kader	8
	Ambulancezorg: financieel kader	10
	Ambulances & standplaatsen	12
	Meldkamer ambulancezorg	14
	Ambulance-inzetten in 2012	16
	Drukke en rustige dagen	18
	Bereikbaarheid, spreiding & beschikbaarheid	20
	A1-inzetten	22
	Responstijd A1-inzetten	24
	A2-inzetten	26
	Responstijd A2-inzetten	28
	B-inzetten	30
	Ambulance-inzetten in 2012, anders benaderd	32
	Ambulancezorg: medisch inhoudelijk	34
	Formatie ambulancezorg in 2012	36
	Ziekteverzuim	38
	Kwaliteit van ambulancezorg	40
	Ambulancezorg is ketenpartner	42



aanwijzing

ambulancezorg

RAV

gezondheidsschade

beperken

TWAZ

hulp

minister van VWS

vervoer

voorkomen

ziekenhuis

zorg

acut

patiënt

letsel

gewond

ziek

verwijzing

meldkamer ambulancezorg

Ambulancezorg

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

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

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

Regionale Ambulancevoorziening (RAV)

De ambulancezorg is per regio georganiseerd in Regionale Ambulancevoorzieningen (RAV's). De RAV is door de minister van VWS wettelijk aangewezen als de rechtspersoon die ambulancezorg mag verlenen.

Meldkamer ambulancezorg

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



Ambulancezorg: wettelijk kader



Actueel in 2012

2012 was het laatste jaar waarin de Wet ambulancevervoer (Wav) uit 1971 geldig was. Op grond van de Wav kreeg een ambulanceorganisatie een vergunning van de provincie om ambulances te laten rijden. De provincie bepaalde de spreiding en beschikbaarheid van de ambulancezorg, oftewel hoe de ambulances over de standplaatsen verdeeld moesten worden, en hoeveel ambulances er moesten en mochten rijden.

In aanloop naar nieuwe wetgeving heeft de minister van VWS de afgelopen jaren de verantwoordelijkheid voor de spreiding en beschikbaarheid van ambulancezorg op zich genomen. Dit gebeurt via het Landelijk referentiekader Spreiding en Beschikbaarheid. Hierin ligt vast wat (theoretisch) de meest geschikte locaties voor de standplaatsen zijn. In 2011 heeft de minister van VWS het RIVM opdracht gegeven het huidige referentiekader te herijken. Het resultaat hiervan wordt in 2013 verwacht.

Tijdelijke wet ambulancezorg

Na een lange voorbereidingsperiode is op 1 januari 2013 de Tijdelijke wet ambulancezorg (Twaz) als opvolger van de Wav in werking getreden. Centraal in de Twaz staat dat in iedere regio één aanbieder van ambulancezorg wordt aangewezen om ambulancezorg te verlenen.

Om aan de Twaz te kunnen voldoen, heeft de ambulancezorg zich per regio georganiseerd in Regionale Ambulancevoorzieningen (RAV's). Op 1 december 2011 moest de RAV-vorming formeel zijn afgerond. Sinds die datum is er in iedere RAV-regio één rechtspersoon die verantwoordelijk is voor de ambulancezorg.

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

‘2012 markeert een bijzonder jaar voor de ambulancezorg. Na jarenlange voorbereiding is de Tijdelijke wet ambulancezorg in de Staten Generaal vastgesteld.’

Hans Simons, voorzitter AZN

Ambulancezorg: financieel kader

zorgverzekeraars

kostenonderzoek

24/7

Spreiding & Beschikbaarheid

Rijksbegroting

nieuwe systematiek

€26 per inwoner

NZa

€439 miljoen 2012

macrobudget

convenant

Zorgverzekeraars en Nederlandse Zorgautoriteit

In Nederland zijn de zorgverzekeraars verantwoordelijk voor de financiering van de ambulancezorg. De zorgverzekeraars verdelen het landelijke macrobudget. De verdeling vindt plaats op basis van de beleidsregels, die de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) vaststelt. Als gevolg van het convenant dat de minister van VWS en Ambulancezorg Nederland (AZN) in 2010 sloten, blijft het macrobudget tot en met 2013 gelijk.

Macrobudget 2012

In de rijksbegroting 2012 was €438,5 miljoen opgenomen voor de ambulancesector. Omgerekend naar het aantal inwoners van Nederland, dit waren er eind 2012 16.778.025, betekent dit dat in 2012 voor iedere inwoner €26,14 voor ambulancezorg beschikbaar was. Hiervoor is ambulancezorg 24 uur per dag zeven dagen per week beschikbaar en zijn in 2012 1.100.419 inzetten uitgevoerd.

Naar een nieuwe financierings- en bekostigingssystematiek

In 2012 heeft de minister van VWS de Nederlandse Zorgautoriteit opdracht gegeven een advies uitbrengen over de toekomstige financiering en bekostiging van de ambulancesector. Belangrijke pijlers zullen de resultaten van een kostenonderzoek zijn en het nieuwe referentiekader Spreiding

en Beschikbaarheid. De NZa heeft eind 2012 het kostenonderzoek uitgevoerd. De resultaten hiervan zijn begin 2013 beschikbaar gekomen. De nieuwe systematiek van financiering en bekostiging moet in 2014 ingevoerd worden.



Ambulances & standplaatsen

standplaats

beschikbaarheid

spoed

spreiding

ambulance



(aantal ambulances per regio)

Ambulances

In Nederland zijn zeven dagen per week 24 uur per dag ambulances en ambulancemedewerkers beschikbaar om ambulancezorg te kunnen verlenen. Uitgangspunt is dat een ambulance, in geval van spoed, onder normale omstandigheden gemiddeld 95% van de Nederlandse bevolking binnen vijftien minuten na het begin van de melding bij de meldkamer ambulancezorg kan bereiken. Dit is ook vastgelegd in de Twaz.

Op 31 december 2012 hadden de RAV's in Nederland 725 ambulances beschikbaar, op 31 december 2011 waren dit er 711. In de praktijk zijn er niet voortdurend 725 ambulances op de weg. De beschikbare capaciteit wordt ook gedeeltelijk gereserveerd voor grootschalige ongevallen of rampen of wordt ingezet tijdens onderhoud of schade aan voertuigen en tijdens overlappende diensten.

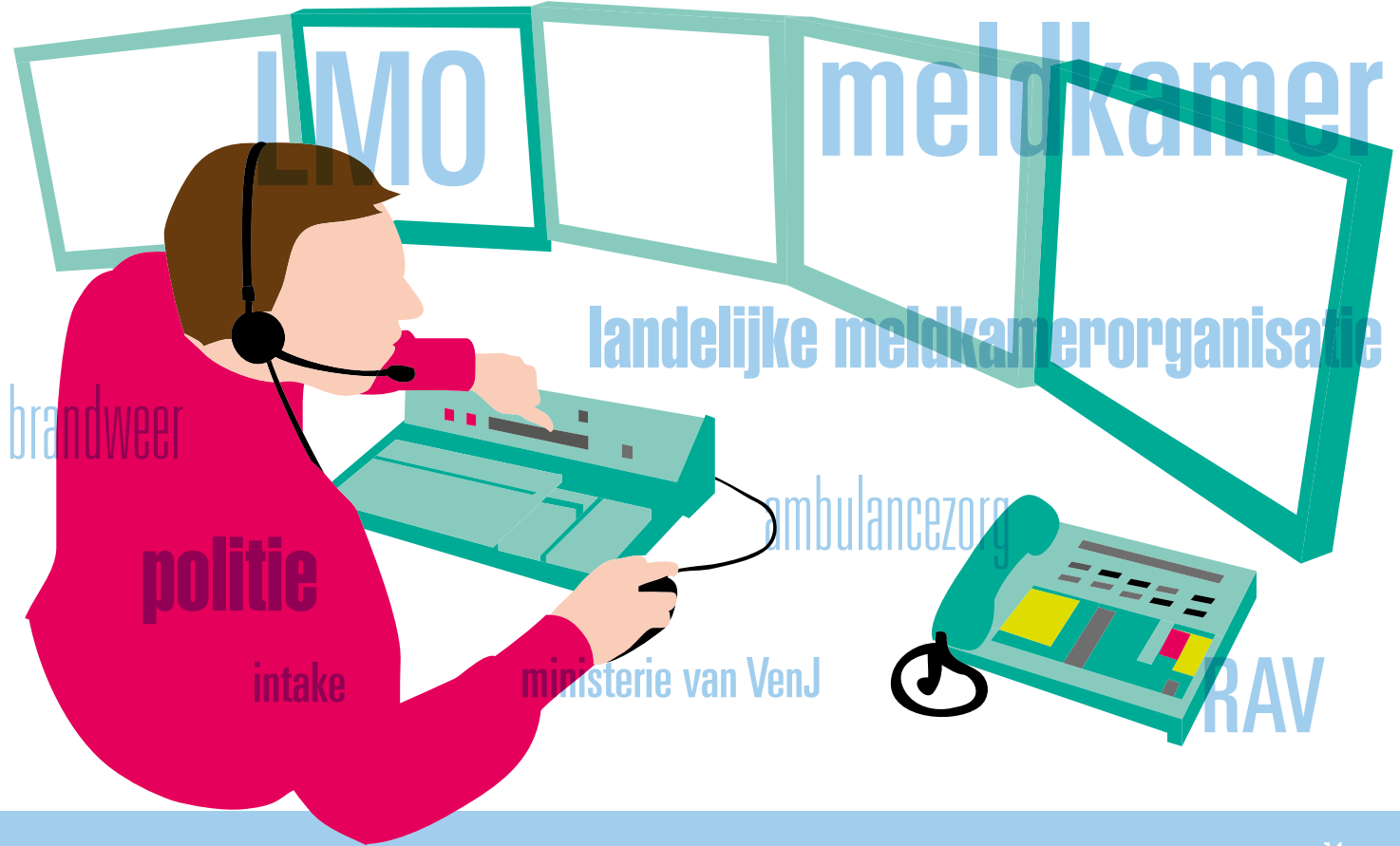
Standplaatsen

Om de beschikbare ambulances optimaal over de regio te spreiden, beschikt iedere RAV over een aantal standplaatsen. Net als in 2011 waren er op 31 december 2012 207 standplaatsen in Nederland.

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



Meldkamer ambulancezorg



Taak en rol van de meldkamer ambulancezorg

De meldkamer ambulancezorg (MKA) speelt een centrale rol in het proces van ambulancezorg. De MKA stelt vast of ambulancezorg noodzakelijk of gewenst is en met welke urgentie, en zorgt ervoor dat de juiste (ambulance)zorg op het juiste moment en op de juiste plaats wordt ingezet. Indien noodzakelijk geeft de MKA de melder instructies hoe te handelen tijdens het wachten op de ambulance. Tot slot ondersteunt de MKA de ambulance-eenheid onderweg en ter plaatse. De MKA is hiermee de regisseur van de ambulancezorg en heeft een poortwachtersfunctie bij de toegang tot de acute zorg.

De RAV is verantwoordelijk voor de kwaliteit en de doelmatigheid van de ambulancezorg. De meldkamerprocessen zijn integraal onderdeel van het ambulanceproces.

Regeerakkoord: één landelijke meldkamerorganisatie

In het regeerakkoord van het eerste kabinet Rutte (2010-2012) staat dat de minister van Veiligheid & Justitie (VenJ) wil komen tot één landelijke meldkamerorganisatie met drie locaties. Dit voornemen heeft betrekking op de meldkamers van zowel politie, brandweer als ambulancezorg omdat deze drie in nagenoeg alle locaties gecoloeerd samenwerken in een gemeenschappelijke meldkamer. In 2011 heeft het ministerie van VenJ hiertoe een voorstel voorbereid en in februari 2012 heeft

minister Opstelten de Tweede Kamer een brief gestuurd. Hierin is vastgelegd in welke richting de meldkamer van de toekomst zich zal ontwikkelen. Er worden maximaal tien bovenregionale meldkamers gerealiseerd, die zullen vallen onder één landelijke beheerorganisatie. In december 2012 zijn de acht locaties bekendgemaakt waar op dat moment overeenstemming over bestond. Twee van deze locaties waren toen reeds enige tijd in gebruik: de Meldkamer Noord-Nederland in Drachten en de Meldkamer Oost-Nederland in Apeldoorn.

Transitieperiode

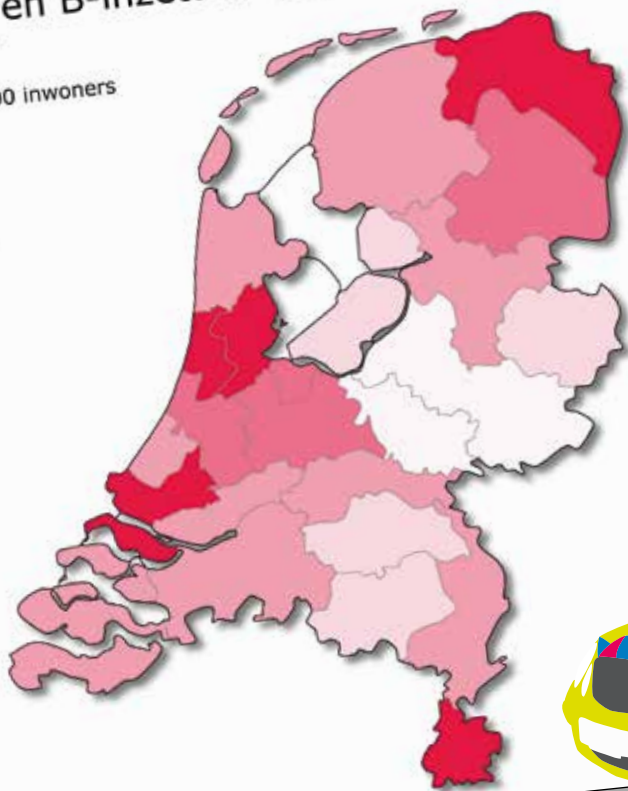
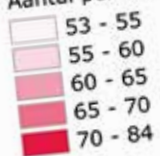
Voordat de nieuwe Landelijke Meldkamerorganisatie (LMO) een feit is, vindt eerst een transitieperiode plaats waarin een en ander wordt voorbereid. De nieuwe organisatie moet vorm en inhoud krijgen en verschillende verantwoordelijkheden worden dan overgedragen aan de LMO. In 2012 is gestart met het voorbereiden van een transitieakkoord. Het streven is dit akkoord in de loop van 2013 vast te stellen en door de betrokken partijen te laten ondertekenen.

Het transitieakkoord gaat onder meer in op de taken en verantwoordelijkheden van de LMO en van de betrokken organisaties (zowel tijdens de transitie als in de eindsituatie), de aansturing en positionering van de LMO, het personeel tijdens de transitieperiode, de locatiekeuze en de financiën.

Ambulance-inzetten in 2012

A1-, A2- en B-inzetten 2012
per RAV-regio

Aantal per 1.000 inwoners



Bron: RIVM



Spoedeisende en planbare ambulancezorg

In Nederland is er onderscheid in spoedeisende en planbare ambulancezorg. Bij deze indeling gaat het om de urgentie waarmee een ambulance naar een patiënt wordt gestuurd.

Bij spoedeisende zorg (A1- en A2-urgentie) moet een ambulance zo spoedig mogelijk bij de patiënt zijn, planbare ambulancezorg (B-urgentie) is niet spoedeisend en vindt vaak plaats op afspraak over bestemming en tijdstip.

De spoedeisende ambulancezorg omvat al jaren ongeveer tweederde deel van de totale ambulancezorg.

Ruim 1,1 miljoen inzetten

In 2012 zijn in Nederland 1.100.419 keer ambulances ingezet. Dit aantal is sinds 2008 met gemiddeld 1,9% gegroeid. Het aantal inzetten verschilt sterk per regio. Dat heeft te maken met bijvoorbeeld de omvang van een regio, het aantal inwoners, de

bevolkingsdichtheid in de verschillende gebieden, de mate van stedelijkheid en de aanwezigheid en aard van instellingen voor gezondheidszorg in de betreffende regio.

In 2012 waren er 500.835 A1-inzetten, 273.692 A2-inzetten en 325.892 B-inzetten.

Ambulancezorg verdeeld over de dag

Ambulancezorg vindt vooral overdag plaats, in 2012 was 53,8% van de inzetten overdag. 's Avonds is 32,2% van de inzetten uitgevoerd en 14,0% 's nachts.

Ambulancezorg in verschillende gebieden

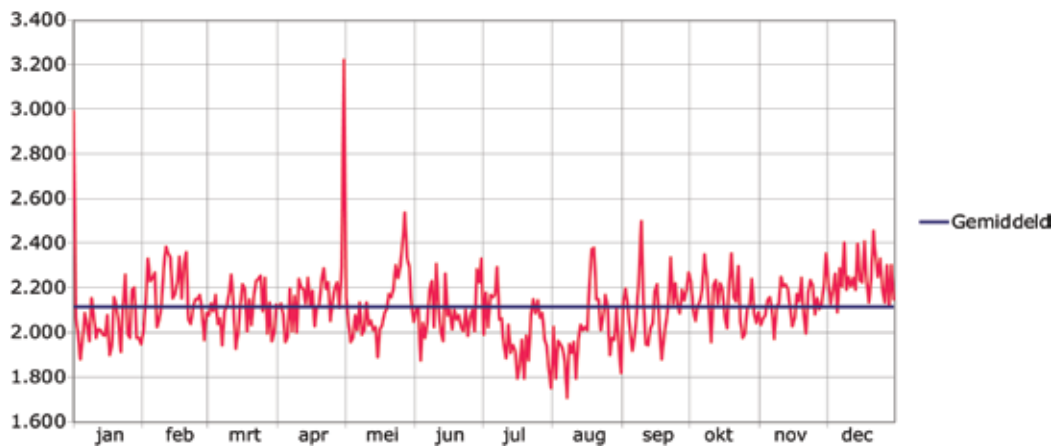
De meeste ambulance-inzetten vinden plaats binnen stedelijk gebied of richting stedelijk gebied. In 2012 vond 52,5% plaats in stedelijk gebied, 18,2% in matig stedelijk gebied en 29,3% in de perifere gebieden.

aantal inzetten	2012	2011	2010	2009	2008
A1-inzetten	500.835	478.331	463.913	454.309	439.725
A2-inzetten	273.692	263.257	247.008	239.572	223.813
B-inzetten	325.892	342.838	350.347	348.085	339.512
alle inzetten	1.100.419	1.084.426	1.061.268	1.041.966	1.003.050



Drukke en rustige dagen

Aantal A1- en A2-inzetten per dag in 2012



Een gemiddelde dag in 2012

Op een gemiddelde dag in 2012 vonden er 3.015 inzetten plaats. Er waren dan gemiddeld 1.372 A1-inzetten, 750 A2-inzetten en 893 B-inzetten. Gemiddeld waren er 66 inzetten per 1.000 inwoners.

Drukke en rustige dagen

De meeste ambulance-inzetten vonden in 2012 plaats op vrijdag 21 december. De rustigste dag was zaterdag 11 augustus.

De spoedeisende ambulance-inzetten zijn min of meer evenwichtig verdeeld over alle weekdays, de planbare ambulancezorg vindt met name op werkdagen plaats. In de loop der jaren is overigens wel een voorzichtige verschuiving zichtbaar en worden ook meer planbare inzetten op zaterdag uitgevoerd.

Spoedeisende ambulancezorg en dagen van de week

Op maandag 30 april hebben de meeste spoedeisende inzetten van 2012 plaatsgevonden, gevolgd door zondag 1 januari en zondag 27 mei. Dit waren allemaal feestdagen (Pinksteren viel in 2012 op 27 en 28 mei).

De minste spoedeisende inzetten in 2012 waren op dinsdag 7 augustus, gevolgd door dinsdag 31 juli en donderdag 19 juli. Dit zijn data midden in de zomer en de vakantieperiode.

Planbare ambulancezorg en dagen van de week

De piekdagen voor de planbare ambulancezorg zijn heel andere dan voor de spoedeisende ambulancezorg. De spoedeisende ambulancezorg vond vooral plaats op feestdagen, dagen waarop de planbare ambulancezorg minimaal is. Gemiddeld worden op vrijdag de meeste B-inzetten uitgevoerd (18,8%). De meeste planbare inzetten in 2012 waren op vrijdag 17 februari, de rustigste dag was zondag 8 juli.

Top 3 drukke dagen:

1. 30 april
2. 1 januari
3. 27 mei

Bereikbaarheid, spreiding & beschikbaarheid



Wettelijke eisen

In de Tijdelijke wet ambulancezorg (Twaz) is vastgelegd dat de RAV zich houdt aan het Landelijk referentiekader Spreiding en Beschikbaarheid. Daarin staat waar de standplaatsen zich in Nederland moeten bevinden en hoe de beschikbare ambulances over de standplaatsen verdeeld moeten worden. De RAV moet de ambulances zo spreiden in de regio dat ten minste 97% van de bevolking binnen vijftien minuten responstijd door een ambulance bereikt kan worden. Daarnaast moet de RAV zorgen voor voldoende ambulances, zodat onder normale omstandigheden een ambulance in ten minste 95% van de A1-inzetten binnen vijftien minuten na de aanname van de melding ter plaatse is.

Deze laatste norm (95% binnen 15 minuten) is naast een wettelijke eis ook de vertaling van een kwaliteitsnorm die de ambulancesector zichzelf heeft opgelegd. De sector streeft naar een korte responstijd: in geval van spoedeisende medische hulpverlening dient de ambulancezorg de patiënt zo spoedig mogelijk bereikt te hebben. Voor A2-inzetten streeft de ambulancesector er naar binnen dertig minuten bij de patiënt te arriveren.

Vervoers- en zorgnormen

De ambulancezorg heeft zich in de loop der jaren ontwikkeld van een vervoerder tot een mobiele zorgverlener die hooggekwalificeerde zorg ter plaatse biedt. De gehanteerde normen zijn

echter nog vooral van logistiek aard, terwijl er meer aspecten zijn die kunnen bijdragen aan de gezondheidswinst en het terugdringen van de mortaliteit.

Vijftienminutennorm

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

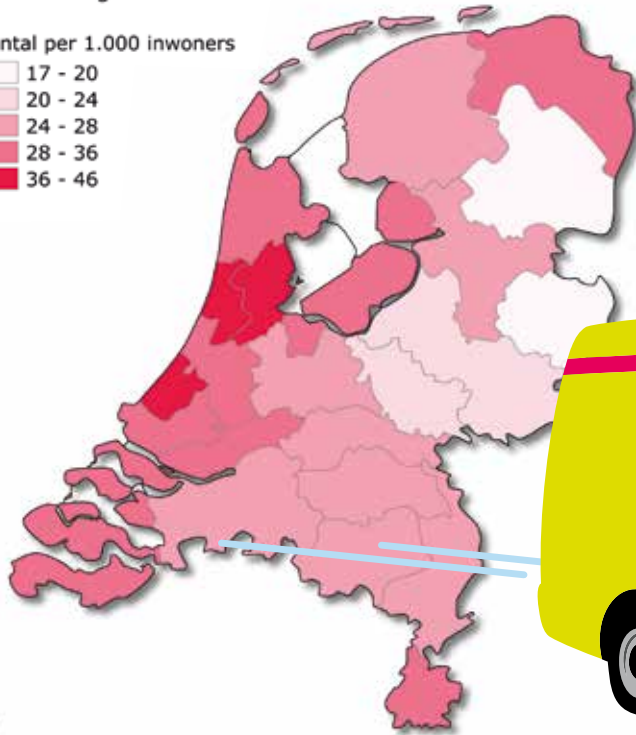
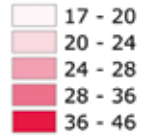
Een absolute maximum responstijd van vijftien minuten kan echter in geen geval gegarandeerd worden. Een ambulance is in Nederland een schaars goed en als gevolg van gelijktijdigheid van inzetten kan het zijn dat er bijvoorbeeld tijdelijk geen ambulance beschikbaar is, of dat de responstijd langer duurt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

'Ambulances zijn een schaars goed'

A1-inzetten

A1-inzetten 2012 per RAV-regio

Aantal per 1.000 inwoners



A1-inzet

Een inzet met A1-urgentie is een spoedeisende rit in opdracht van de centralist van de meldkamer ambulancezorg. Er is sprake van een acute bedreiging van de vitale functies van de patiënt of dit kan pas na beoordeling door het ambulanceteam ter plaatse worden uitgesloten. De rit wordt zo snel mogelijk uitgegeven en het ambulanceteam dient zo spoedig mogelijk bij de patiënt ter plaatse te zijn. De ambulance maakt altijd gebruik van optische en geluidssignalen (zwaailichten en sirene). Voorbeelden van inzetten met A1-urgentie zijn patiënten met pijn op de borst, patiënten die onwel zijn geworden en slachtoffers van verkeersongevallen.

Aantal A1-inzetten

In 2012 waren in Nederland 500.835 inzetten met A1-urgentie. Dit is 45,5% van het totaal aantal ambulance-inzetten in 2012. Het aantal A1-inzetten is in 2012 gestegen met 22.504 inzetten ten opzichte van 2011. Het totaal aantal A1-inzetten is sinds 2008 met 13,9% gestegen, dit is gemiddeld 2,8% per jaar.

A1-inzetten verdeeld over de dag

In 2012 waren er geen duidelijke pieken zichtbaar met tijdstippen waarop de meeste A1-inzetten plaatsvonden, het is overdag van acht tot en met zes uur structureel druk met A1-inzetten. De rustigste uren zijn van twee tot zes uur 's nachts.



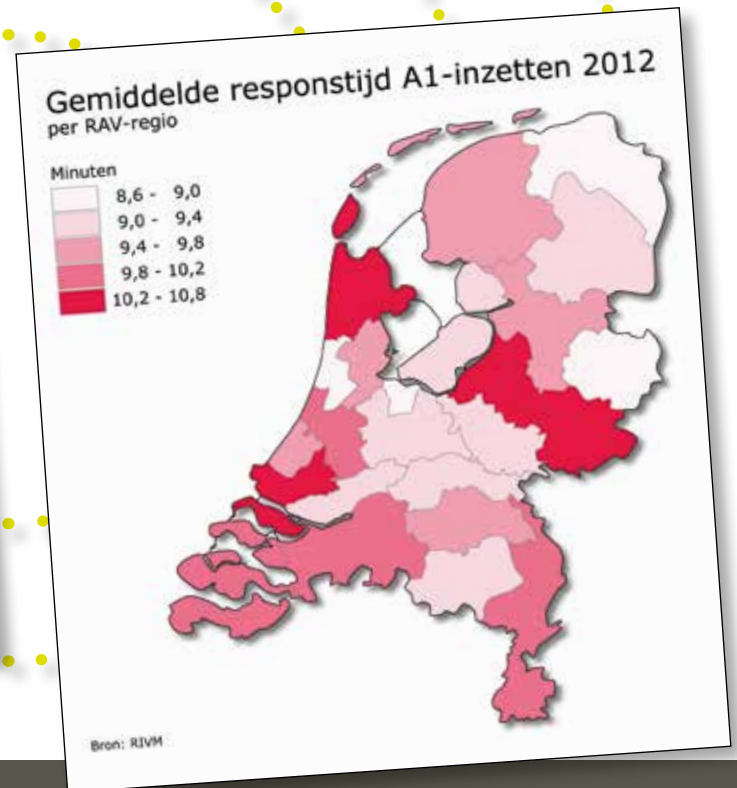
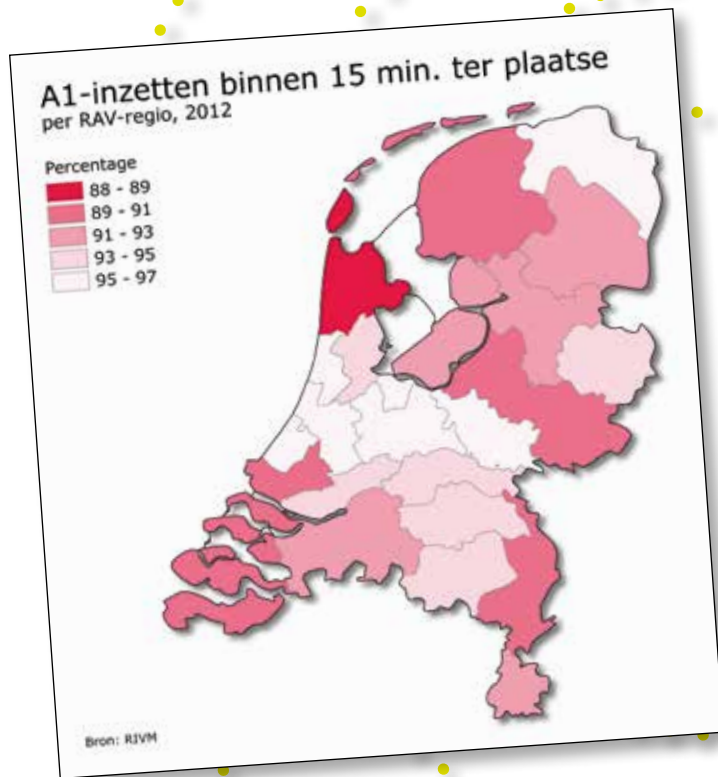
‘Bij een A1-inzet gebruikt de ambulance zwaailichten en sirene’

In 2012 vonden de meeste A1-inzetten (42,7%) overdag plaats, 37,6% vond 's avonds plaats en 19,7% 's nachts.

A1-inzetten per gebied

De meeste A1-inzetten zijn in stedelijk gebied uitgevoerd, namelijk 51,6%. 16,4% vond plaats in matig stedelijk gebied en 32% in perifeer gebied.

Responstijd A1-inzetten



Responstijd

De responstijd bestaat uit drie onderdelen: de tijdsduur aanname en uitgifte, de uitruktijd en de aanrijtijd. De responstijd begint op het moment dat de centralist van de meldkamer ambulancezorg de telefoon aanneemt en eindigt wanneer de ambulance arriveert bij de plaats waar de patiënt zich bevindt of waar de ambulance nog kan komen. De aard van het gebied (stedelijk, matig stedelijk of platteland) is van invloed op de responstijd, evenals weersomstandigheden, verkeersproblemen of bijvoorbeeld onvoldoende beschikbaarheid door gelijktijdigheid van meldingen.

Landelijk gemiddelde responstijd

De landelijk gemiddelde responstijd van A1-inzetten bedroeg in 2012 9:40 minuten en is daarmee 8 seconden langer dan de 9:32 minuten in 2011.

De landelijk gemiddelde responstijd van A1-inzetten varieert per jaar. Samengevat voor de periode 2008 - 2012:

- de langste gemiddelde responstijd van 9:47 minuten is geregistreerd in 2008;
- de kortste gemiddelde responstijd van 9:32 minuten is in 2012 gerealiseerd;
- een responstijd van 9:10 minuten kwam in 2012 het meest voor.

responstijd	2012	2011	2010	2009	2008
<i>tijdsduur aanname &</i>					
<i>uitgifte</i>	1:58 min.	1:52 min.	1:51 min.	1:52 min.	1:53 min.
<i>uitruktijd</i>	1:01 min.	1:02 min.	1:02 min.	1:09 min.	1:17 min.
<i>aanrijtijd</i>	6:39 min.	6:36 min.	6:45 min.	6:42 min.	6:36 min.
responstijd	9:40 min.	9:32 min.	9:40 min.	9:44 min.	9:47 min.

A1-inzetten binnen vijftien minuten bij de patiënt

De landelijk gemiddelde responstijd van 9:40 minuten in 2012 ligt ruim onder de vijftienminutennorm.

Van alle A1-ritten die in 2012 werden gemaakt, was de ambulance in 92,9% binnen vijftien minuten na het begin van de melding bij de patiënt aanwezig. Dit is een daling ten opzichte van 2011, toen het percentage 93,3% was. 95% van de A1-inzetten was binnen 17 minuten aanwezig.

Over de afgelopen jaren is enige variatie zichtbaar in het percentage A1-inzetten dat binnen vijftien minuten aanwezig is:

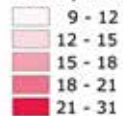
responstijd	2012	2011	2010	2009	2008
% A1-inzetten ≤ 15 minuten	92,9%	93,3%	92,3%	92,0%	92,1%

Over het algemeen is te zien dat overschrijdingen zich beperken tot hooguit enkele minuten, hoewel er uiteraard altijd uitzonderingen zijn.

A2-inzetten

A2-inzetten 2012 per RAV-regio

Aantal per 1.000 inwoners



A2-inzet

Een inzet met A2-urgentie is een (spoedeisende) rit in opdracht van de centralist van de meldkamer ambulancezorg. Uit de zorgvraag blijkt dat er geen sprake is van direct levensgevaar. Er kan echter wel sprake zijn van (ernstige) gezondheidsschade. Net als bij een inzet met A1-urgentie dient de ambulance ook bij een inzet met A2-urgentie zo snel mogelijk ter plaatse te zijn. Indien wenselijk kan gebruikgemaakt worden van optische en geluidsignalen. Dit is in 2012 bij ongeveer 8% van de A2-inzetten gebeurd.

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

Aantal A2-inzetten

In 2012 waren in Nederland 273.692 inzetten met A2-urgentie. Dit is 24,9% van het totaal aantal ambulance-inzetten in 2012. Het aantal A2-inzetten is in 2012 toegenomen met 10.435 inzetten ten opzichte van 2011. Het aantal A2-inzetten is sinds 2008 met 22,3% gestegen, dit is gemiddeld 4,5% per jaar.



*‘Geen direct levensgevaar,
mogelijk wel gezondheidsschade’*

A2-inzetten verdeeld over de dag

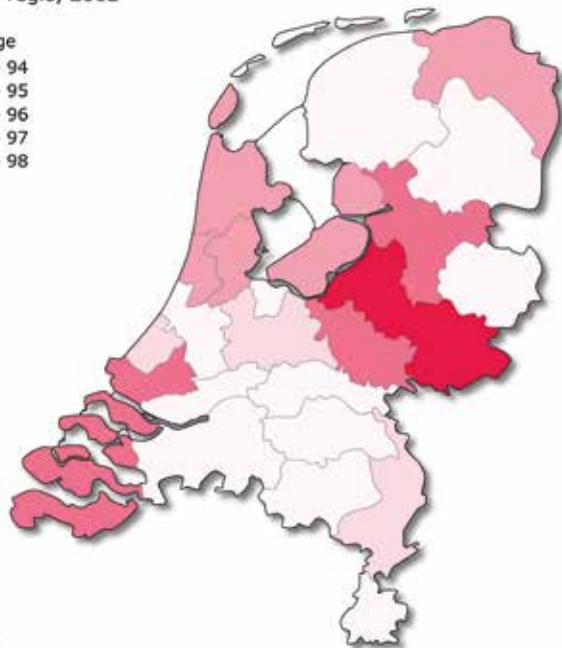
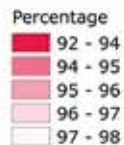
De meeste A2-inzetten vonden in 2012 overdag plaats (50,8%) met een piek op werkdagen tussen elf en twee uur. Van elf uur 's nachts tot zeven uur 's ochtends vinden relatief weinig A2-inzetten plaats. 34,8% van de inzetten vond 's avonds plaats en 14,5% 's nachts.

A2-inzetten per gebied

De meeste A2-inzetten zijn in stedelijk gebied uitgevoerd, namelijk 45,5%. 19,1% vond plaats in matig stedelijk gebied en 35,4% in perifeer gebied.

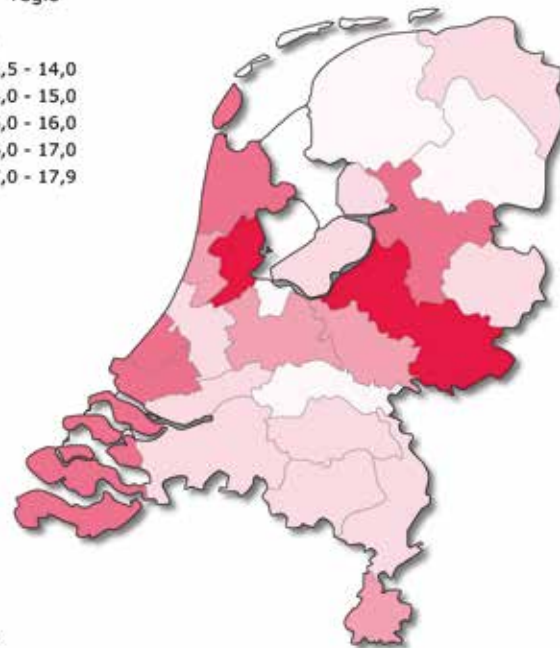
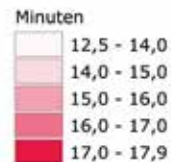
Responstijd A2-inzetten

A2-inzetten binnen 30 min. ter plaatse
per RAV-regio, 2012



Bron: RIVM

Gemiddelde responstijd A2-inzetten 2012
per RAV-regio



Bron: RIVM

De landelijk gemiddelde responstijd van A2-inzetten bedroeg in 2012 15:15 minuten en is daarmee 10 seconden korter dan de 15:25 minuten in 2011.

responstijd	2012	2011	2010	2009	2008
<i>tijdsduur aanname a</i>					
<i>uitgifte</i>	3:11 min.	3:14 min.	3:25 min.	3:22 min.	3:14 min.
<i>uitruktijd</i>	1:17 min.	1:19 min.	1:20 min.	1:39 min.	1:57 min.
<i>aanrijtijd</i>	10:32 min.	10:37 min.	10:51 min.	10:51 min.	10:41 min.
responstijd	15:15 min.	15:25 min.	15:51 min.	16:15 min.	15:53 min.

De landelijke gemiddelde responstijd van A2-inzetten varieert per jaar. Samengevat voor de periode 2008 - 2012:

- de langste gemiddelde responstijd van 16:15 minuten is geregistreerd in 2009;
- de kortste gemiddelde responstijd van 15:15 minuten is in 2012 gerealiseerd;
- een responstijd van 13:59 minuten kwam in 2012 het meest voor.

A2-inzetten binnen dertig minuten bij de patiënt

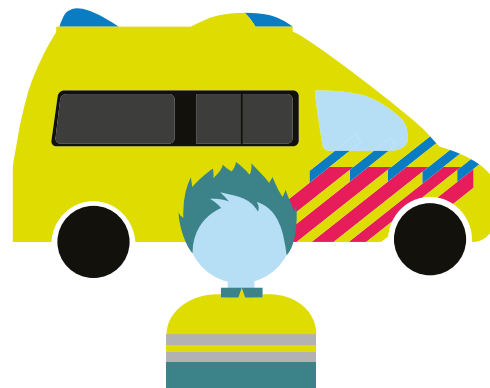
In 2012 was de ambulance bij 96,3% van de A2-inzetten binnen dertig minuten na het begin van de melding bij de patiënt

aanwezig. Dit is een verbetering ten opzichte van 2011, toen het percentage 96,0% was. 95% van de A2-inzetten was binnen 29 minuten aanwezig.

Over de afgelopen jaren is een verbetering zichtbaar van het percentage A2-inzetten dat binnen dertig minuten aanwezig is:

responstijd	2012	2011	2010	2009	2008
% A2-inzetten ≤ 30 minuten	96,3%	96,0%	95,5%	94,5%	96,2%

Over het algemeen is te zien dat overschrijdingen zich beperken tot hooguit enkele minuten, hoewel er uiteraard altijd uitzonderingen zijn.

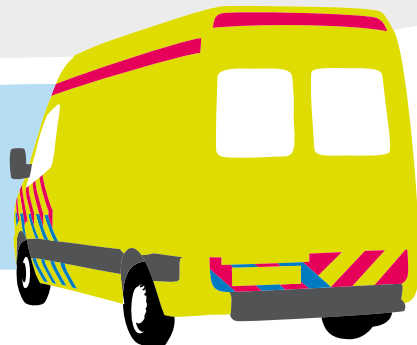
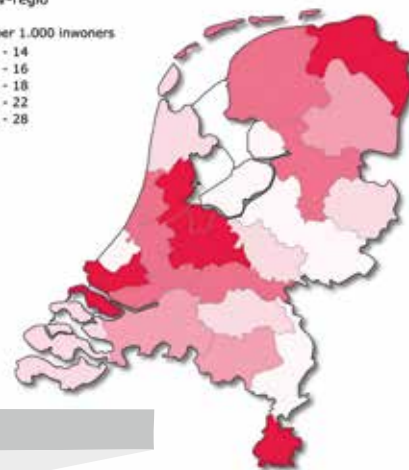


B-inzetten

ZIEKENHUIS

B-inzetten 2012
per RAV-regio

Aantal per 1.000 inwoners



B-inzet

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

Vanuit het oopunt van zorg is het niet wenselijk dat een patiënt lang op vervoer moet wachten. In de praktijk is het plannen van B-inzetten echter niet altijd even gemakkelijk. Zo is het vooraf niet altijd duidelijk wanneer een patiënt klaar is voor vervoer. B-inzetten zijn echter voor een deel ook tijdgebonden omdat sommige patiënten op een bepaald moment in een ziekenhuis moeten zijn, bijvoorbeeld voor MRI-onderzoek.

Aantal B-inzetten

In 2012 hebben in Nederland 325.892 inzetten met B-urgentie plaatsgevonden. Dit is 29,6% van het totaal aantal ambulance-inzetten in 2012.

Het aantal B-inzetten is in 2012 gedaald ten opzichte van 2011 met 16.946 inzetten. Het aantal B-inzetten is sinds 2008 met 4,0 % gedaald, dit is gemiddeld 0,8% per jaar.

B-inzetten verdeeld over de dag

De B-inzetten vinden minder gelijkmatig verdeeld over de dagen van de week plaats dan de spoedeisende ambulancezorg. B-inzetten vinden in mindere mate in de weekenden plaats. Voor de B-inzetten zijn twee pieken zichtbaar. De eerste piek is op werkdagen rond tien uur 's ochtends en de tweede piek is op werkdagen rond één uur 's middags.

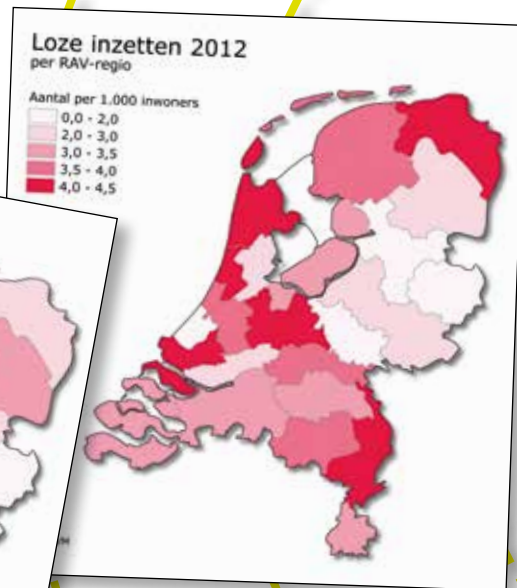
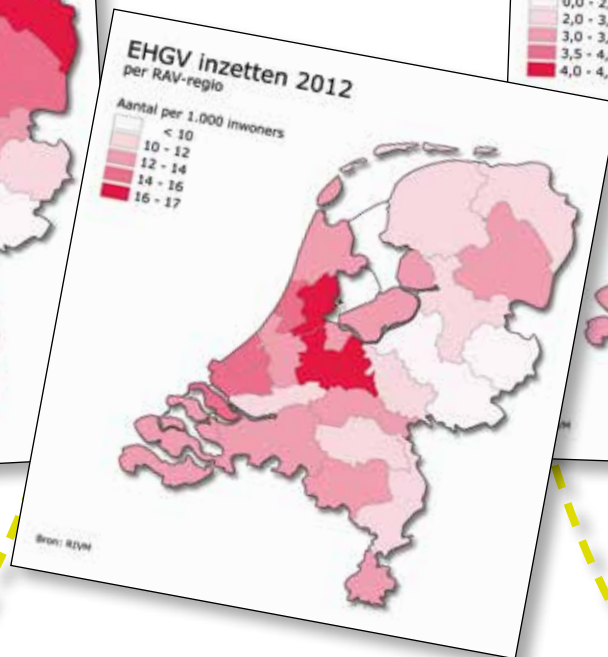
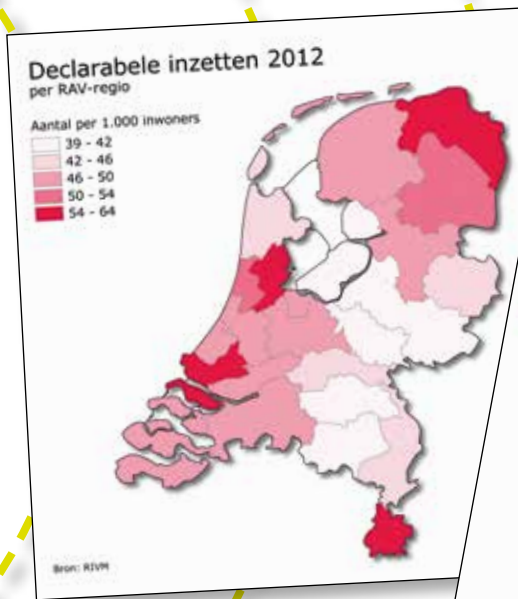
In 2012 hebben de meeste B-inzetten overdag plaatsgevonden, 73,3%. Een klein deel heeft 's avonds plaatsgevonden, 21,7%. Het aantal B-inzetten gedurende de nacht is minimaal en betrof in 2012 5,0%, dit waren met name inzetten tijdens de vroege ochtenduren.

B-inzetten per gebied

Vooraf voor B-inzetten geldt dat deze vooral in stedelijk gebied plaatsvinden (59,9%). B-inzetten zijn vooral inzetten tussen, naar en vanuit instellingen voor gezondheidszorg, en die bevinden zich voornamelijk in steden. 20,1% van de B-inzetten vond plaats in matig stedelijk gebied en 20,0% in perifeer gebied.



Ambulance-inzetten in 2012, anders benaderd



Declarabele en overige inzetten

Naast onderscheid in inzetten met verschillende urgentie maakt de Nederlandse ambulancezorg ook onderscheid in de aard van de inzetten. Er zijn declarabele inzetten (kenmerkend is dat er een patiënt wordt vervoerd), er zijn EHGv-inzetten (Eerste Hulp Geen Vervoer: de patiënt wordt niet vervoerd) en er zijn loze ritten (er is geen patiënt). Het totaal aantal declarabele inzetten plus EHGv-inzetten plus loze inzetten is gelijk aan het totaal van alle A1-, A2- en B-inzetten.

Declarabele inzetten

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

In 2012 hebben in Nederland 829.271 declarabele inzetten plaatsgevonden. Dit is een stijging met 3.078 inzetten ten opzichte van 2011. Het aantal declarabele inzetten is sinds 2008 met 5,4 % gestegen, dit is gemiddeld 1,1% per jaar.

EHGv-inzetten

EHGv betekent Eerste Hulp Geen Vervoer.

Een ambulance wordt altijd ingezet met de intentie tot hulpverlening en/of vervoer van een patiënt. Er is sprake van een EHGv-inzet als ter plaatse, na onderzoek en/of behandeling

van de patiënt, blijkt dat vervoer niet noodzakelijk is. Bij een EHGv-inzet is sprake van zorgverlening aan een patiënt. Echter, ook als een patiënt behandeling weigert of als de patiënt al is overleden, is er sprake van een EHGv-inzet.

In 2012 hebben in Nederland 219.464 EHGv-inzetten plaatsgevonden. Dit is een stijging met 9.682 inzetten ten opzichte van 2011. Het aantal EHGv-inzetten is sinds 2008 met 29,1% gestegen, dit is gemiddeld 5,8% per jaar.

Loze inzetten

Het kan voorkomen dat er geen patiënt wordt aangetroffen of dat de patiënt nog niet gereed is voor vervoer. In deze gevallen is er sprake van een loze rit. Een rit is pas tevergeefs op het moment dat de ambulance is gearriveerd op de locatie waar de patiënt zou moeten zijn. Evenals een EHGv-inzet wordt een loze inzet uitgevoerd met de intentie tot hulpverlening en/of vervoer. Ter plaatse blijkt echter geen van beide (nog) noodzakelijk te zijn.

In 2012 hebben in Nederland 51.684 loze inzetten plaatsgevonden. Dit is een stijging met 3.233 inzetten ten opzichte van 2011. Het aantal loze inzetten is sinds 2008 met 12,2% gestegen, dit is gemiddeld 2,4% per jaar.



Ambulancezorg: medisch-inhoudelijk



De inhoud van ambulancezorg

Ambulancezorg omvat alle denkbare medische specialismen. Na aankomst bij de patiënt onderzoekt de ambulanceverpleegkundige de patiënt, stelt een werkdiagnose en behandelt de patiënt. De patiënt wordt pas vervoerd als dit verantwoord is. Ook tijdens het vervoer vinden behandeling en verzorging plaats. De behandeling van de patiënt gebeurt aan de hand van een landelijk vastgesteld protocol.

Patiënten

De ambulancesector onderscheidt vijf verschillende leeftijdsgroepen. Dit onderscheid is relevant, omdat per leeftijdsgroep de benodigde zorg verschilt. Voor de behandeling en zorg aan kinderen zijn aparte protocollen ontwikkeld en de zorg aan zuigelingen is heel anders dan die aan een adolescent. Daarnaast zijn er vooral in de traumatologie accentverschillen in de zorg aan ouderen. Er doen ieder jaar ongeveer even veel mannen als vrouwen een beroep op de ambulancezorg.



Voorbehouden handelingen

In de gezondheidszorg is sprake van voorbehouden handelingen. Deze mogen normaliter alleen door artsen of verloskundigen uitgevoerd worden, of door een verpleegkundige in opdracht van een arts. Ambulanceverpleegkundigen zijn echter bevoegd om op basis van een toestandsbeeld aan de hand van het protocol een behandeling op straat of in de auto te starten of uit te voeren, zonder dat hierbij direct een arts betrokken is. Voorbeelden van voorbehouden handelingen door ambulanceverpleegkundigen zijn intubaties en het plaatsen van infusen.

Werkdiagnoses

Bij de patiënt aangekomen, stelt de ambulanceverpleegkundige een werkdiagnose om vervolgens de behandeling te starten. Ambulance-eenheden treffen in de praktijk vooral veel cardiologische ziektebeelden aan en ziektebeelden die betrekking hebben op de interne geneeskunde. Ook komen ambulance-eenheden veel met traumapatiënten in aanraking.

leeftijden		2012	2011	2010	2009	2008
<i>pasgeboren of zuigeling</i>	t/m 30 dagen/ 1 maand tot 1 jaar	1,3%	1,5%	2,0%	1,6%	2,1%
<i>kind</i>	1 jaar tot 16 jaar	3,7%	3,7%	3,5%	4,1%	4,0%
<i>volwassene</i>	16 t/m 74 jaar	59,4%	59,8%	58,2%	60,3%	61,0%
<i>oude</i>	75 jaar en ouder	35,6%	35,0%	36,3%	34,0%	32,9%

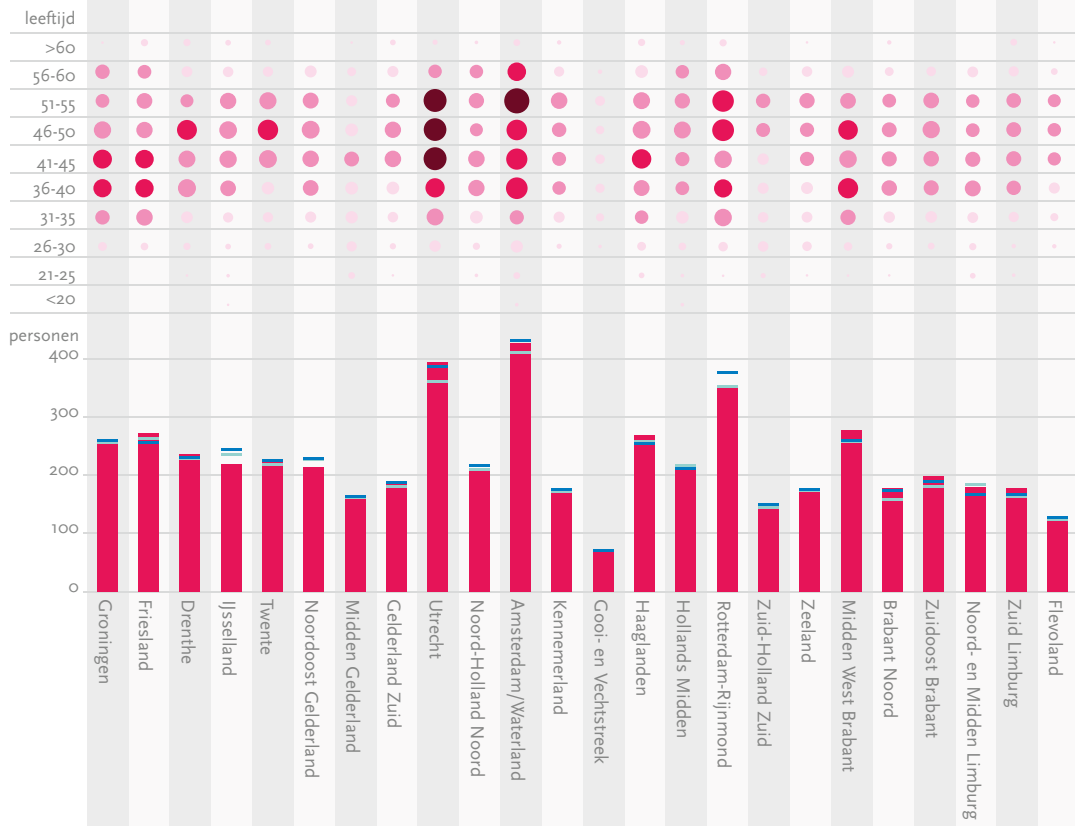
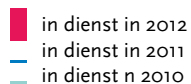
Formatie ambulancezorg in 2012

AMBULANCEPERSONEEL

Aantal personen van bepaalde leeftijd per regio



Aantal personen in dienst in 2012 vergeleken met 2011 en 2010



Formatie

In 2012 waren 5.328 medewerkers, verdeeld over 4.843 fte, werkzaam binnen de sector ambulancezorg. Het aantal medewerkers is toegenomen van 4.865 in 2008 tot 5.328 in 2012. Dit is een stijging van 9,0% (gemiddeld 1,9% per jaar). Deze toename betreft vooral de drie kernfuncties in het primaire proces.

Kernfuncties en differentiatie

Het primaire proces van de ambulancezorg kent drie kernfuncties: ambulanceverpleegkundige, ambulancechauffeur en (verpleegkundig) centralist van de meldkamer ambulancezorg. Van de 5.328 medewerkers in 2012 was 86% werkzaam in het primaire proces. Dit zijn 4.581 medewerkers, verdeeld over 4.217 fte.

De ambulancesector is een compacte sector. Er zijn veel gespecialiseerde medewerkers die direct gelieerd zijn aan het

primaire proces werkzaam. Er zijn relatief weinig staf- en overige medewerkers.

Wel ontstaat meer zorgdifferentiatie, wat ertoe leidt dat zich binnen de sector naast de traditionele drie kernfuncties anderzortige functies ontwikkelen. Zo stijgt bijvoorbeeld het aantal solo-eenheden (motor, fiets, rapid responder). Hierdoor loopt de formatie ambulanceverpleegkundige en ambulancechauffeur niet meer parallel. Ook komt het vaker voor dat functies in combinatie worden uitgeoefend, zoals verpleegkundigen die in de meldkamer én als ambulanceverpleegkundige actief zijn.

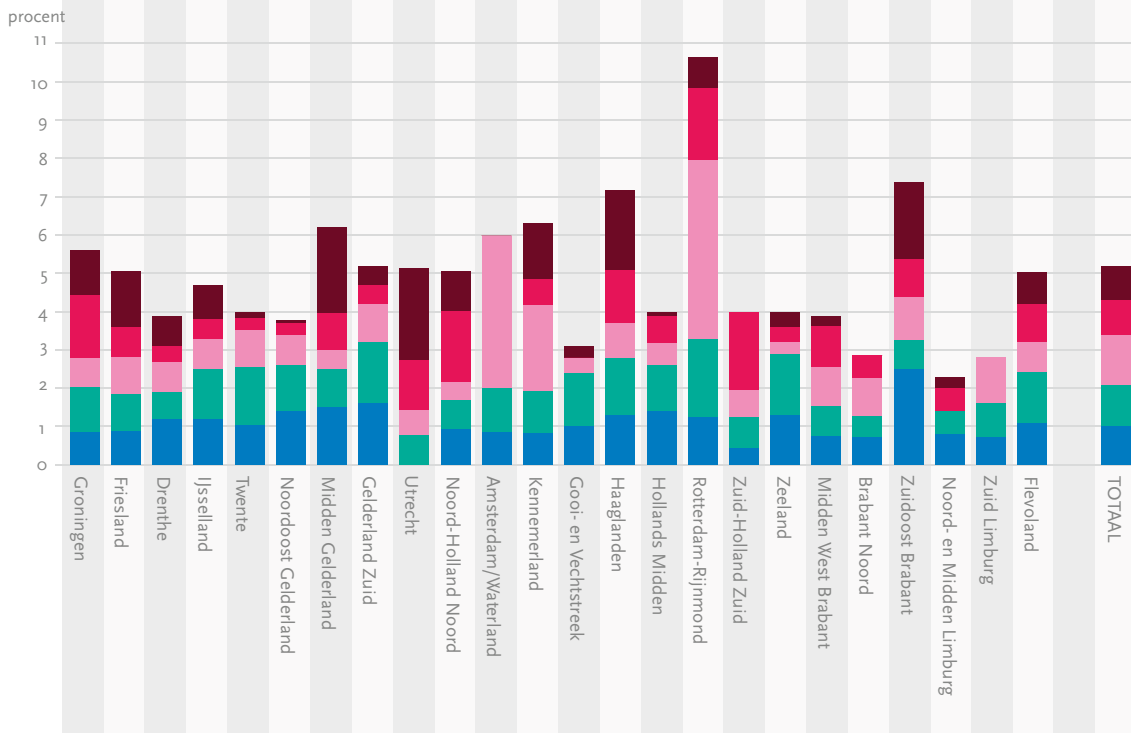
Man-vrouwverhouding

Van oudsher zijn in de ambulancesector gemiddeld driemaal zo veel mannen als vrouwen werkzaam. In de laatste jaren is deze verhouding aan het verschuiven. In 2012 was 70% man en 30% vrouw.

formatie en groei	2012			2011			2010		
	man	vrouw	totaal	man	vrouw	totaal	man	vrouw	totaal
<i>ambulanceverpleegkundige</i>	1.445	773	2.218	1.439	775	2.214	1.432	721	2.153
<i>ambulancechauffeur</i>	1.712	237	1.949	1.720	229	1.949	1.729	223	1.952
<i>MKA verpleegkundig centralist</i>	134	243	377	133	253	386	142	245	387
<i>MKA niet-verpleegkundig centralist</i>	29	8	37	40	11	51	40	21	61
<i>overig</i>	414	333	747	429	296	725	390	266	656
totaal	3.734	1.594	5.328	3.761	1.564	5.325	3.733	1.476	5.209

Ziekteverzuim

ZIEKTEVERZUIM 2012



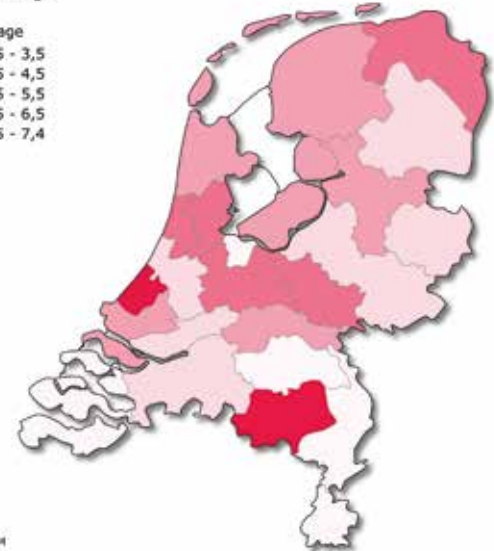
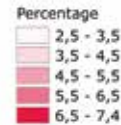
Gemiddeld ziekteverzuim

Het ziekteverzuimpercentage in de ambulancesector schommelt de afgelopen jaren rond de 5,0%: stijgingen in 2010 en 2011 en weer een daling in 2012 naar 5,0%. Het hogere percentage wordt veroorzaakt door de toename van het langdurig ziekteverzuim. Deze toename is op zich gering, maar de ambulancesector is beperkt in omvang en de toename drukt daardoor relatief zwaar op het landelijk gemiddelde.

WIA-instroom

In 2012 zijn zeven personen ingestroomd in de Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen (WIA), dit is 0,13% (in 2011 waren dit zeven personen, 0,15%). Ook in de jaren daarvoor was de WIA-instroom laag. Hieruit kan afgeleid worden dat het verzuimbeleid en de mogelijkheden om tijdig te anticiperen op langdurige uitval als gevolg van ziekte, goed zijn ontwikkeld binnen de ambulancesector.

Gemiddeld ziekteverzuim in 2012
per RAV-regio



Bron: RIVM

ziekteverzuim	2012	2011	2010	2009	2008
<i>gemiddeld ziekteverzuim</i>	5,0%	5,2%	4,8%	4,3%	4,5%
<i>gemiddeld kortdurend ziekteverzuim (tot 1 week)</i>	1,0%	1,0%	1,0%	1,2%	1,2%
<i>gemiddeld middellangdurend ziekteverzuim (1 tot 6 weken)</i>	1,1%	1,3%	1,5%	1,2%	1,2%
<i>gemiddeld langdurend ziekteverzuim 1 (6 tot 13 weken)</i>	1,3%	1,3%	1,2%	1,1%	1,1%
<i>gemiddeld langdurend ziekteverzuim 2 (3 tot 6 maanden)</i>	0,9%	0,7%	0,5%	0,4%	0,6%
<i>gemiddeld langdurend ziekteverzuim 2 (> 6 maanden)</i>	0,9%	0,9%	0,6%	0,4%	0,6%

A word cloud of terms related to ambulance care quality. The words are arranged in various sizes and orientations, with some in blue and others in yellow. The background is white with a light blue header and footer.

tevreden
scholing
certificering
samenwerking
INK
deskundig
WKCZ
betrokken
bekwaam
innovatie
klachtenreglement
patiëntveiligheid
HKZ

Indicatoren voor kwaliteit

De kwaliteit van ambulancezorg wordt in hoge mate bepaald door deskundige, bekwame en betrokken medewerkers. Andere aspecten die een indicatie van de kwaliteit kunnen geven zijn tevreden cliënten, samenwerking met ketenpartners, mate van zorginnovatie en een goede bedrijfsvoering. De ambulance-sector werkt continu aan verbetering op al deze punten. Op 31 december 2012 was de sector weer honderd procent HKZ-gecertificeerd (Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector). HKZ stelt dat een organisatie met dit keurmerk intern de zaken goed op orde heeft, de klant principieel centraal stelt en voortdurend werkt aan verbetering van de zorg- en dienstverlening.

Deskundigheid en scholing

Ambulancemedewerkers worden met veel verschillende omstandigheden en heel uiteenlopende typen patiënten geconfronteerd. Voor alle kernfuncties geldt dat medewerkers een specifieke opleiding gevolgd hebben bij de Academie voor Ambulancezorg. Medewerkers werkzaam in de ambulancezorg worden permanent bij- en nageschoold, zowel landelijk als regionaal.

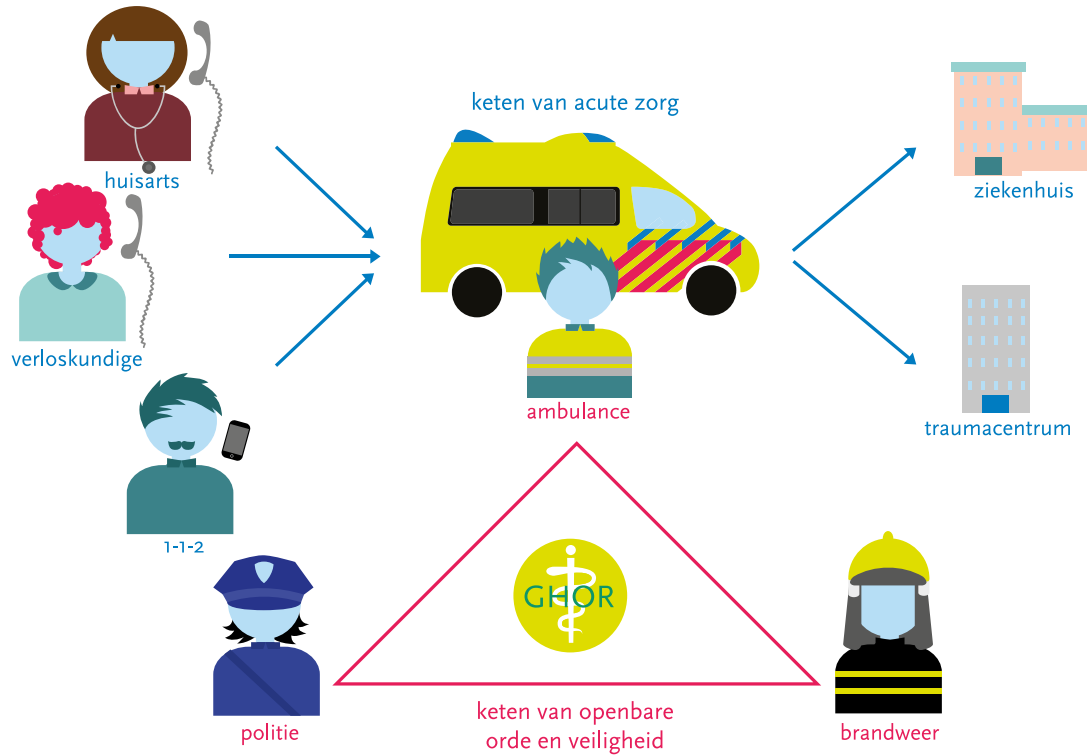
Klachten

In 2012 ontving de ambulancesector 0,64 klachten per 1.000 inzetten, ofwel één klacht per 1.552 inzetten. In 2011 waren dit



0,48 klachten per 1.000 inzetten. Op grond van de Wet Klacht-recht Cliënten Zorginstellingen beschikken alle individuele RAV's over een klachtenreglement. Afhandeling van de klachten vindt per RAV plaats op basis van het klachtenreglement.

Ambulancezorg is ketenpartner



Ambulancezorg is ketenzorg

RAV's zijn onderdeel van de keten van acute zorg én van de keten van openbare orde en veiligheid.

Acute zorg: samen met de ketenpartners

Voor de dagelijkse ambulancezorg vormt de ambulancesector de verbindende schakel tussen en werkt samen met huisartsen, huisartsenposten, verloskundigen, ziekenhuizen en traumacentra. De meest voor de hand liggende samenwerkingspartner binnen het ziekenhuis is de afdeling Spoedeisende Hulp. Een belangrijke partij in de keten van acute zorg is het Regionaal Overleg Acute Zorg (ROAZ). In het ROAZ maken de aanbieders van acute zorg in regionaal verband afspraken over een betere samenwerking. De kwaliteit van de acute zorg wordt namelijk bepaald door de mate waarin zorgaanbieders met elkaar samenwerken, elkaar informeren en op de hoogte zijn van elkaars expertise en mogelijkheden.

Verschillende RAV's hebben aanvullende afspraken gemaakt, bijvoorbeeld dat patiënten met bepaalde cardiologische aandoeningen rechtstreeks naar de benodigde afdeling gebracht worden zonder tussenkomst van de SEH.

Acute zorg: aanvullend op ambulancezorg

Voor aanvullende medische hulp in bijzondere situaties, zoals zeer ernstig gewonde patiënten of grootschalige incidenten,

kunnen zowel de meldkamer ambulancezorg als de ambulance-eenheid een beroep doen op het Mobiel Medisch Team (MMT). Het MMT is in 2012 5.489 keer ingezet door twintig regio's als aanvulling op de reguliere ambulancezorg. Het MMT wordt per auto of met de traumahelikopter vervoerd.

Openbare orde en veiligheid: ongevallen en rampen

RAV's werken nauw samen met partners in de keten van openbare orde en veiligheid zoals politie, brandweer en de Geneeskundige Hulpverleningsorganisatie in de regio (GHOR). De samenwerking vindt plaats onder normale omstandigheden, maar ook als er sprake is van een grootschalig ongeval of een ramp. Het treinongeluk in Amsterdam in april 2012 valt onder deze laatste categorie, maar ook het Project X-feest in Haren in september 2012.

Openbare orde en veiligheid: evenementen

In het kader van de GHOR-werkzaamheden zijn ambulances vaak aanwezig tijdens grote evenementen zoals bevrijdingsfestivals, Koninginnedagvieringen en wielerrondes. Bij deze evenementen zijn ambulances stand-by aanwezig om, indien noodzakelijk, ingezet te kunnen worden.

openbare orde
en veiligheid

acute zorg

Colofon

Ambulancezorg Nederland

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

Aan 'Ambulances in-zicht 2012, de highlights' is meegewerkt door:
cijfers: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, Bilthoven
(ritgegevens) & AZN, Zwolle (overige gegevens)
grafieken: RIVM & Studio Lakmoes, Arnhem
illustraties: Anne van den Berg Illustraties, Arnhem &
Studio Lakmoes
kaarten: RIVM
tekst: AZN & redactiecommissie
redactie: Beste Teksten, Assen
eindredactie: AZN

vormgeving: Vormix, Maarssen
druk: HSGB, Tiel

Verantwoording

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

De RAV's zijn verantwoordelijk voor de betrouwbaarheid van de gegevens.

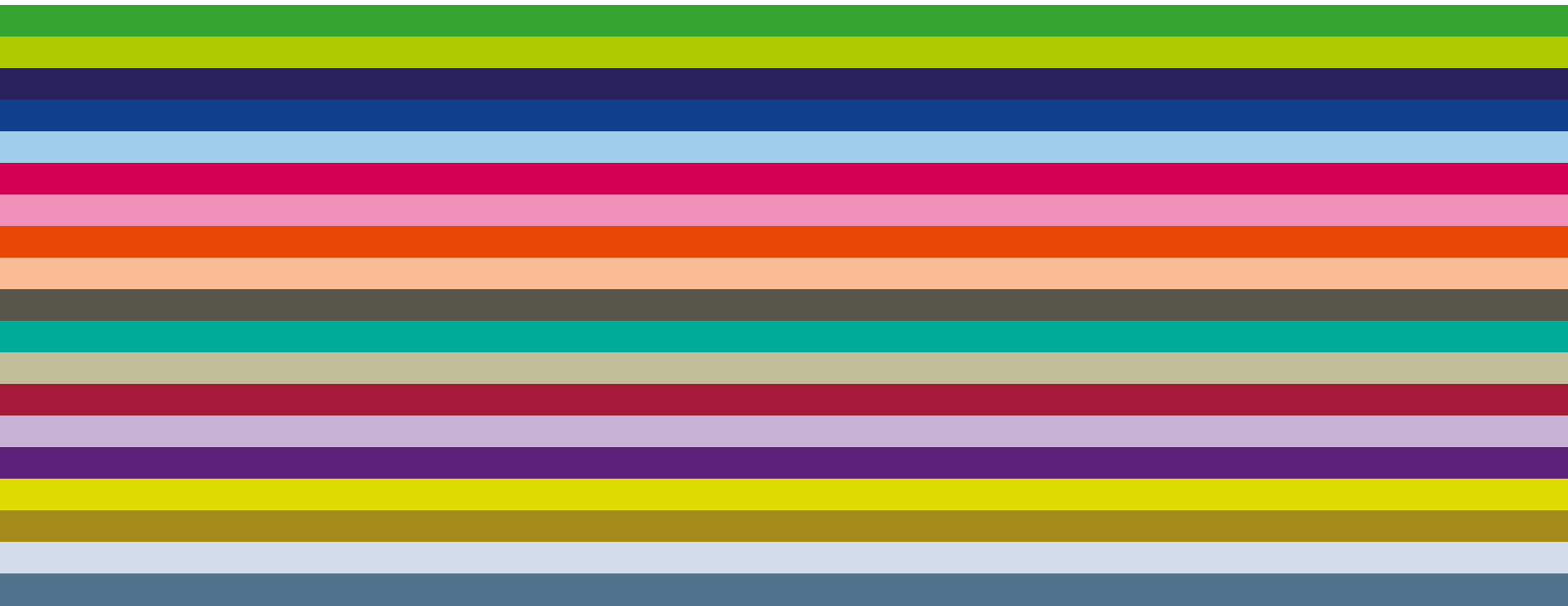
Het RIVM is verantwoordelijk voor de inhoud van de tabellen en grafieken met betrekking tot productie en prestatie (pagina 16 t/m 33).

Ambulancezorg Nederland is verantwoordelijk voor de inhoud van de overige tabellen en grafieken (pagina 6 t/m 15 en 34 t/m 44).

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

Ambulancezorg Nederland is verantwoordelijk voor de teksten en analyses.





Ambulances in-zicht 2012 *'de highlights'*