



# Ambulances in-zicht 2012



# Colofon

## Ambulancezorg Nederland

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

## Tekst

Ambulancezorg Nederland, Zwolle

## Redactiecommissie

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

## Redactie en eind redactie

Beste Teksten, Assen  
AZN, Zwolle

## Cijfers

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

## Grafieken

RIVM, Bilthoven  
Studio Lakmoes, Arnhem

## Kaarten

RIVM, Bilthoven

## Illustraties

Anne van den Berg Illustraties, Arnhem  
Studio Lakmoes, Arnhem

## Vormgeving

Vormix, Maarssen

## Druk

HSGB, Tiel

## Met dank aan

Anne van den Berg, Marjolein Bosman, Geert Jan Kommer, Maarten Mulder, Marjolein Pijnappels,  
Ronald de Vos, Luppode Vries

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

# Voorwoord

2012 markeert een bijzonder jaar voor de ambulancezorg. Na jarenlange voorbereiding stelde de Staten-Generaal de Tijdelijke wet op de ambulancezorg vast. Dit is op het eerste oog niet een in het oog springende gebeurtenis. Het markeerde echter voor de ambulancesector een periode van onzekerheid over de toekomstige inrichting. De overheid heeft een helder vergunningenstelsel ingericht. Er zijn Regionale Ambulancevoorzieningen die in de regio een monopoliepositie hebben en tegelijkertijd aan hoge kwaliteitseisen moeten voldoen. Er is een situatie ontstaan die de komende jaren rust en stabiliteit geeft. Een goede basis om gezamenlijk de periode te verkennen na de vijf jaar waarin de tijdelijke wet functioneert.

In 2012 klonk somberheid en pessimisme over de zorg. Maar we mogen ook tegen elkaar uitspreken dat Nederland het goed doet als het gaat om kwaliteit, toegankelijkheid en solidariteit. Dit blijkt immers uit internationale vergelijkende studies. Niet om hiermee relevante kritiek te smoren of af te doen, maar om deze te relativieren met de bijzondere prestaties die iedere dag in de zorg geleverd worden. RAV's bieden iedere dag vakbekwame zorg, u kunt zich er bij lezing van dit verslag over 2012 van overtuigen. In dit voorwoord geen verdere toelichting op de cijfers en statistieken, maar een enkele opmerking over verdere kwaliteitsverbetering: kansen en nieuwe perspectieven!

Ik zie een aantal belangrijke ontwikkelingen, zonder uitputtend te zijn. In 2012 startte een vrij fundamentele herschikking van alle activiteiten in onze meldkamers, waarbij kwaliteitsverhoging en schaalvergroting hand in hand gaan. Onze directeuren moeten verantwoordelijkheid kunnen dragen vanaf de indicatiestelling tot aan het moment waarop een patiënt daadwerkelijk is overgedragen. Daarnaast voert de bedrijfstak een volwassen debat over de meest betrouwbare en veilige triage. Het ziet er naar uit dat in de jaren tot 2015 een stevige herstructurering gaat plaatsvinden, waarbij we dankbaar gebruik kunnen maken van ervaringen die inmiddels in een aantal regio's zijn opgedaan.

Mede dankzij het meerjarig akkoord van de ziekenhuissector werden in 2012 de contouren van de ingrijpende wijzigingen in het zorglandschap zichtbaar: echte doorbraken naar een sterkere eerste lijn, taakverdeling en concentratie in ziekenhuizen en forse verschuivingen van de AWBZ naar zorg bij gemeenten. Deze ontwikkelingen hebben ieder op termijn grote implicaties voor de mobiele zorg, voor de ambulancesector. Mobiele hoogwaardige zorg kan er in alle bescheidenheid aan bijdragen dat gewenste ombuigingen en veranderingen elders zonder risico's verlopen en (soms) ook aan kwaliteit kunnen winnen.

De mobiele zorg is van een goed niveau en wordt tegen redelijke kosten iedere dag geboden, maar dit is geen reden om niet vooruit te kijken. We zijn in 2012 gestart met een project toekomstvisie. Onze branche wil in de komende jaren het gesprek voeren over de toekomst met allen die het aangaat. Vraagstukken van kwaliteit, organisatie, schaal, financiering en bekostiging vragen om samenhang. Zo kunnen we hoop ik ook de basis leggen voor een meer definitieve wetgeving voor de ambulancezorg.

Wij hopen dat het sectorrapport 2012 u inspireert uw bijdrage aan het debat over de toekomst te leveren. Uw bijdrage is welkom! Elke zorgsector moet het, nog meer dan vroeger, van samenwerking hebben, we kunnen leren van 'over de schutting kijken'. Daarom hopen we dat dit verslag ook nuttig is voor al diegenen die buiten de mobiele zorg werkzaam zijn.

Hans Simons, voorzitter Ambulancezorg Nederland

# Inhoudsopgave

Voorwoord	3
Verantwoording	7
Inleiding & leeswijzer	8
Facts & figures ambulancezorg 2012	9

## DEEL A DE BASIS VAN AMBULANCEZORG 11

1	Ambulancezorg	12
2	Ambulancezorg: wettelijk kader	13
3	Ambulancezorg: financieel kader	14
4	Ambulances & standplaatsen	15
4.1	Ambulances	15
4.2	Standplaatsen	17
5	Meldkamer van de toekomst	19

## DEEL B PRODUCTIE EN PRESTATIE AMBULANCEZORG 21

6	Volume groei ambulancezorg	22
6.1	Inzicht in regionale verschillen in volume	24
6.2	Ambulancezorg per inwoner	26
7	Spoedeisende en planbare ambulancezorg	28
7.1	Verhouding spoedeisend en planbaar	29
7.2	Spoedeisende ambulancezorg: A1 ten opzichte van A2	31
7.3	Drukke en rustige dagen	33
7.4	Ambulancezorg per gebied	35
8	Responstijden	36
8.1	Normen binnen de ambulancezorg	36
8.2	Opbouw responstijd	37
9	A1-inzetten	39
9.1	A1-inzet	39
9.2	Het aantal A1-inzetten in 2012	40
9.2.1	A1-inzetten en dag van de week	40
9.2.2	A1-inzetten en aard van het gebied	41
9.3	Prestaties A1-inzetten in 2012	41
9.3.1	Responstijd A1-inzetten	43
9.3.2	Aanname en uitgifte A1-inzetten	50
9.3.3	Uitruktijd A1-inzetten	51
9.3.4	Aanrijtijd A1-inzetten	52
10	A2-inzetten	54
10.1	A2-inzet	54
10.2	Het aantal A2-inzetten in 2012	55
10.2.1	A2-inzetten en dag van de week	56
10.2.2	A2-inzetten en aard van het gebied	56

10.3	Prestaties A2-inzetten in 2012	56
10.3.1	Responstijd A2-inzetten	58
10.3.2	Aanname en uitgifte A2-inzetten	65
10.3.3	Uitruktijd A2-inzetten	66
10.3.4	Aanrijtijd A2-inzetten	67
11	B-inzetten	69
11.1	B-inzet	69
11.2	Het aantal B-inzetten in 2012	70
11.2.1	B-inzetten en dag van de week	71
11.2.2	B-inzetten en aard van het gebied	71
12	Spoedeisende ambulancezorg: rapid responder	72
13	MICU-inzetten	73
14	Ambulance-inzetten naar aard van de inzet	74
14.1	Declarabele inzetten	77
14.2	EHGV-inzetten	78
14.3	Loze inzetten	79
15	Ambulance-inzetten voor andere regio's	80
16	Productieafspraken	82
17	Ambulancezorg vanuit medisch-inhoudelijk perspectief	86
17.1	De beperkingen van de huidige registratie	86
17.2	De patiënten van ambulancezorg	87
17.3	De werkdiagnose van de ambulance-eenheid	88
17.4	De uitgevoerde voorbehouden handelingen	89
17.5	Reanimatie	90

## DEEL C KWALITEIT VAN AMBULANCEZORG 91

18	Kwaliteitscertificering	92
19	Deskundigheid en scholing	92
20	Patiëntveiligheid	93
21	Klachten	94

## DEEL D MEDEWERKERS VAN AMBULANCEZORG 95

22	CAO Ambulancezorg	96
23	Formatie	96
23.1	Formatie naar functie in aantallen	97
23.2	Formatie naar functie in fte	100
23.3	Formatie naar leeftijden	102
23.4	Formatie naar arbeidsduur	104
24	Beschikbare uren voor ambulancezorg	105
25	Loopbaanmobiliteit	108
25.1	In- en uitstroom	108
25.2	Achtergronden bij instroom	110
25.3	Achtergronden bij uitstroom	110

<b>26</b>	<b>Ziekteverzuim</b>	<b>111</b>
26.1	Landelijk gemiddeld ziekteverzuim	111
26.2	Ziekteverzuim per regio	113
26.3	WIA-instroom	114
<b>27</b>	<b>Agressie &amp; geweld</b>	<b>115</b>
27.1	Inleiding	115
27.2	Aantal en aard van de incidenten	115
27.3	Dag en tijdstip	117
27.4	Locatie	118
27.5	Veroorzakers	119
27.6	Aanleiding	120
27.7	Juridische consequenties	120
27.8	Opvang door de RAV	121

## **DEEL E AMBULANCEZORG is KETENPARTNER** **123**

<b>28</b>	<b>De keten van acute zorg</b>	<b>124</b>
28.1	Aanvullend op ambulancezorg: MMT	125
28.2	Aanvullend op ambulancezorg: first responder	125
<b>29</b>	<b>De keten van openbare orde en veiligheid</b>	<b>127</b>
29.1	Incidenten jaarwisseling	127
29.2	Landelijke grootschalige incidenten en evenementen	127

## **BIJLAGEN** **129**

Bijlage 1:	Vergelijkbaarheid cijfers van de verschillende jaren en andere aspecten met betrekking tot de betrouwbaarheid	130
Bijlage 2:	Toelichting op aanrijtijdnormen binnen de ambulancezorg (hoofdstuk 8 t/m 10)	132
Bijlage 3:	Toelichting op de gebruikte medische terminologie (hoofdstuk 17)	133
Bijlage 4:	Toelichting op Actieprogramma Veilige Publieke Taak (hoofdstuk 27)	135
Bijlage 5:	Kernset 2012	136
Bijlage 6:	(relevante) Definities	146
Bijlage 7:	Verantwoording RIVM	151
Bijlage 8:	Gebruikte afkortingen	155
Bijlage 9:	Relevante documenten	156
Bijlage 10:	Leden Ambulancezorg Nederland	157
Bijlage 11:	Standplaatsen in Nederland	159

# Verantwoording

*De vergunninghouders van de individuele RAV-regio's zijn verantwoordelijk voor:*  
de betrouwbaarheid van de gegevens.

De vergunninghouders leveren hun rittendatabases aan bij het RIVM. Het RIVM berekent vervolgens de productie- en prestatiecijfers. Berekeningen zijn gebaseerd op de meetplannen, die zijn vastgesteld door het Algemeen Bestuur van Ambulancezorg Nederland. Het RIVM past de meetplannen op eenduidige en uniforme wijze voor alle regio's toe. De werkgroep betrouwbaarheid houdt zich binnen AZN bezig met de constante verbetering van de kwaliteit van de meetplannen en daarmee de betrouwbaarheid van de gegevens.

*Het RIVM is verantwoordelijk voor:*

de inhoud van de tabellen en grafieken met betrekking tot productie en prestatie.

*Ambulancezorg Nederland is verantwoordelijk voor:*

de inhoud van de overige tabellen en grafieken.

*Het RIVM is verantwoordelijk voor:*

de samenstelling en lay-out van de kaarten.

*Ambulancezorg Nederland is verantwoordelijk voor:*

de teksten en beleidsanalyses.

# Inleiding & leeswijzer

Ambulances in-zicht is het jaarlijkse sectorrapport van de ambulancesector en geeft inzicht in de Nederlandse ambulancezorg. Dit is de zevende editie over het jaar 2012. Deze digitale versie ondersteunt 'Ambulances in-zicht 2012, de highlights', de beknopte gedrukte versie.

## opbouw Ambulances in-zicht 2012

'Ambulances in-zicht 2012' is als volgt opgebouwd:

- deel A, 'De basis van ambulancezorg' legt uit wat ambulancezorg is en gaat onder andere in op de wettelijke en financiële randvoorwaarden voor het kunnen verlenen van ambulancezorg;
- 'Productie en prestatie ambulancezorg' is deel B en beschrijft enerzijds de aantallen inzetten in 2012 en anderzijds de resultaten die in 2012 behaald zijn;
- Het derde deel, 'Kwaliteit van ambulancezorg' gaat in op kwaliteitsaspecten met betrekking tot ambulancezorg;
- Deel D, 'Medewerkers van ambulancezorg' gaat in op diverse thema's met betrekking tot de medewerkers die werkzaam zijn binnen de ambulancezorg. Hoofdstuk 27 doet verslag van de registratie van agressie-incidenten;
- Ambulances in-zicht 2012 eindigt met deel E, 'Ambulancezorg is ketenpartner', dat de rol van de ambulancesector beschrijft in zowel de keten van acute zorg als de keten van openbare orde en veiligheid.

Conform de Tijdelijke wet ambulancezorg zijn er in Nederland 25 RAV-regio's. In de tabellen, grafieken en afbeeldingen in dit rapport zijn 24 regio's weergegeven: de twee regio's Amsterdam en Zaanstreek-Waterland worden cijfermatig als één regio beschouwd.

# Facts & figures ambulancezorg 2012

Onderstaand worden de belangrijkste facts en figures met betrekking tot de Nederlandse ambulancezorg in 2012 weergegeven. Alle onderwerpen worden in het sectorrapport nader uitgewerkt (in de laatste kolom staat weergegeven in welk hoofdstuk).

## basisgegevens ambulancezorg

aantal RAV-regio's op 31 december 2012	25 regio's	1
aantal RAV's op 31 december 2012	25 RAV's	1
aantal ambulances op 31 december 2012	725	4.1
aantal standplaatsen op 31 december 2012	207	4.2
macro-budget voor de ambulancezorg in 2012	€438,5 miljoen	3
actueel wettelijk kader in 2012	Wet Ambulancevervoer	2
inwerkingtreding Tijdelijke wet ambulancezorg	1 januari 2013	2

## proces & product ambulancezorg

aantal A1-inzetten in 2012	500.835	9.2
gemiddelde responstijd A1-ritten in 2012	9:23 minuten	9.3
% A1-inzetten binnen 15 minuten ter plaatse in 2012	92,9%	9.3
aantal A2-inzetten in 2012	273.692	10.2
gemiddelde responstijd A2-inzetten in 2012	15:15 minuten	10.3
% A2-inzetten binnen 30 minuten ter plaatse in 2012	96,3%	10.3
aantal B-inzetten in 2012	325.892	11.2
<b>totaal aantal inzetten in 2012</b>	<b>1.100.419</b>	<b>6</b>
aantal declarabele inzetten in 2012	829.271	14.1
aantal EHG-inzetten in 2012	219.464	14.2
aantal loze inzetten in 2012	51.684	14.3
<b>totaal aantal inzetten in 2012</b>	<b>1.100.419</b>	<b>14</b>
<b>volumegroei 2012 tov 2011</b>	<b>1,5%</b>	<b>6, 14</b>
<b>gemiddelde volumegroei per jaar in de periode 2008-2012</b>	<b>1,9%</b>	<b>6, 14</b>
aantal regio's dat reanimaties heeft geregistreerd in 2012	17 regio's	17.5
aantal reanimaties in 2012	5.277	17.5
aantal MICU-regio's in 2012	7 regio's	13
aantal MICU-inzetten in 2012	1.243	13

aantal regio's dat inzetten rapid responder heeft geregistreerd in 2012	22	12
aantal inzetten rapid responder in 2012	53.946	12
aantal regio's dat MMT-inzetten heeft geregistreerd in 2012	20 regio's	28.1
aantal MMT-inzetten in 2012	5.489	28.1
aantal regio's dat inzetten first responder heeft geregistreerd in 2012	9 regio's	28.2
aantal inzetten first responder in 2012	2.449	28.2
aantal klachten in 2012	709	21
aantal klachten per 1.000 ambulance-inzetten in 2012	0,64	21
<b>medewerkers ambulancezorg</b>		
aantal medewerkers op 31 december 2012	5.328	23.1
aantal medewerkers in de drie kernfuncties op 31 december 2012	4.581	23.1
aantal fte's op 31 december 2012	4.843 fte	23.2
aantal fte's in de drie kernfuncties op 31 december 2012	4.217 fte	23.2
aantal beschikbare uren voor het verlenen van ambulancezorg in 2012	3.089.688	24
gemiddeld instroompercentage in 2012	6,0%	25.1
gemiddeld uitstroompercentage in 2012	4,2%	25.1
gemiddeld ziekteverzuim in 2012	5,0%	26
aantal regio's dat agressie-incidenten heeft geregistreerd in 2012	24 regio's	27
aantal geregistreerde incidenten in 2012	500	27.1

# Deel A: de basis van ambulancezorg



# 1 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 acute 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.

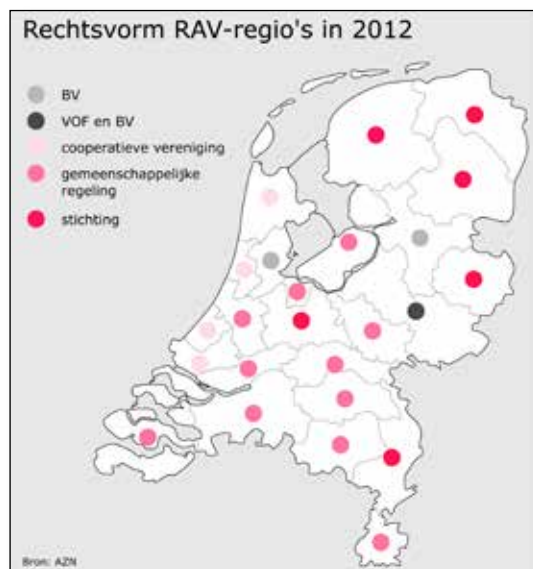
De ambulancezorg is per regio georganiseerd in Regionale Ambulancevoorzieningen (RAV's). De RAV is sinds 1 januari 2013 conform de Tijdelijke wet ambulancezorg (Twaz) wettelijk aangewezen als de rechtspersoon die ambulancezorg mag verlenen en de meldkamer ambulancezorg in stand moet houden. De rechtsvorm van RAV's verschilt per regio: er zijn stichtingen, gemeenschappelijke regelingen, coöperatieve verenigingen, Besloten Vennootschappen en een vennootschap onder firma (vof).

Integraal onderdeel van de RAV is de meldkamer ambulancezorg. De RAV is verantwoordelijk voor de instandhouding van deze meldkamer. 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.

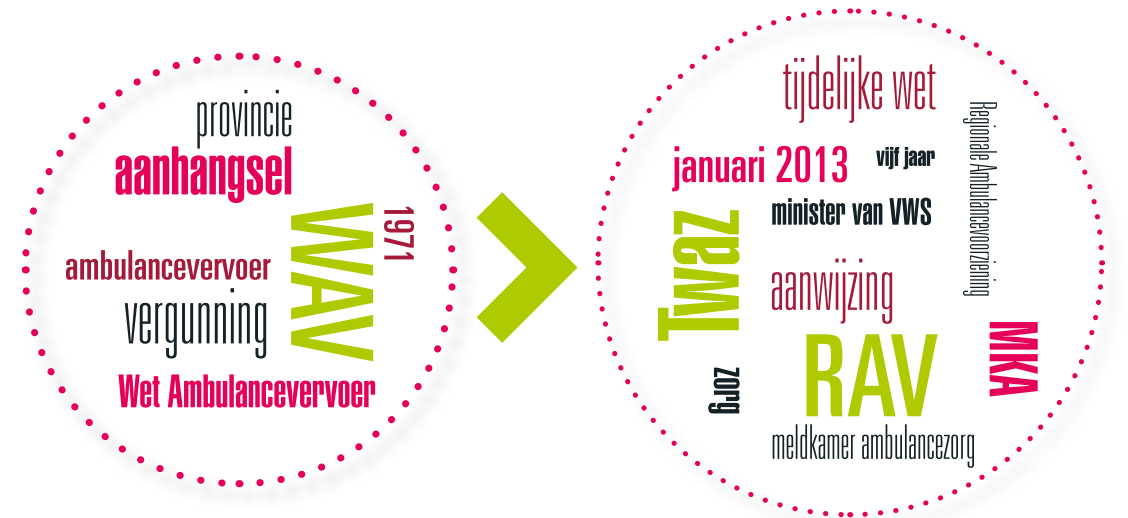
De meldkamer ambulancezorg (MKA) speelt een centrale rol in het proces van ambulancezorg. De MKA stelt vast of ambulancezorg noodzakelijk of gewenst is en met welke urgentie, en zorgt ervoor dat de juiste (ambulance)zorg op het juiste moment en op de juiste plaats wordt ingezet. Indien noodzakelijk geeft 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.

In verschillende meldkamers ambulancezorg is sprake van een scheiding van de zorginhoudelijke en logistieke werkzaamheden. Dit hangt samen met de schaalvergroting binnen het meldkamer domein, maar ook met het toenemende gebruik van gestandaardiseerde uitvraagprotocollen.

kaart 1.1: RAV-regio's, RAV's en rechtsvorm



# 2 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 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 overgenomen van de provincies. Dit gebeurt via het Landelijk referentiekader Spreiding en Beschikbaarheid. Hierin ligt vast wat (theoretisch) de meest geschikte locaties voor de standplaatsen zijn en hoeveel ambulances er per tijdseenheid beschikbaar moeten zijn. In 2011 heeft de minister van VWS het RIVM opdracht gegeven het huidige referentiekader te herijken. Medio 2013 heeft de minister van VWS het nieuwe referentiekader vastgesteld.

## Tijdelijke wet ambulancezorg (Twaz)

De minister van VWS heeft op 8 augustus 2011 de Tijdelijke wet ambulancezorg (Twaz) als wetsvoorstel bij de Tweede Kamer ingediend. De Twaz is in het voorjaar van 2012 door de Tweede en Eerste Kamer aangenomen en op 1 januari 2013 in werking getreden. Centraal in de Twaz staat dat in iedere regio één aanbieder van ambulancezorg wordt aangewezen om ambulancezorg te verlenen. Deze aanwijzing kan beschouwd worden als 'uitvoeringsplicht'.

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.

Om aan de Twaz te kunnen voldoen, heeft de ambulancezorg zich per regio georganiseerd in Regionale Ambulancevoorzieningen (RAV's). Hier is de sector al aan het begin van de eeuw mee gestart.

Op 1 december 2011 was de RAV-vorming formeel afgerond, zoals geëist werd vanuit het ministerie van VWS.



### 3 Ambulancezorg: financieel kader



#### 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.

In 2010 hebben de minister van VWS en AZN een convenant gesloten in het kader van de voorbereiding op de Wet Ambulancezorg. De looptijd van dit convenant is 2010-2013. Vanuit een verwachte groei van het volume van 2,5% per jaar is afgesproken dat het macrobudget tot en met 2013 gelijk zou blijven.

#### Macrobudget 2012

In de rijksbegroting 2012 was voor de ambulancesector €438,5 miljoen opgenomen. Eind 2012 had Nederland 16.778.025 inwoners. De ambulancezorg kostte in 2012 dus €26,14 per inwoner. Hiervoor is ambulancezorg 24 uur per dag zeven dagen per week beschikbaar en zijn in 2012 1.100.419 inzetten uitgevoerd.

#### Richting een nieuwe financierings- en bekostigingssystematiek

In 2012 heeft de minister van VWS aan de NZa 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 moet in 2014 ingevoerd worden.

### 4 Ambulances & standplaatsen

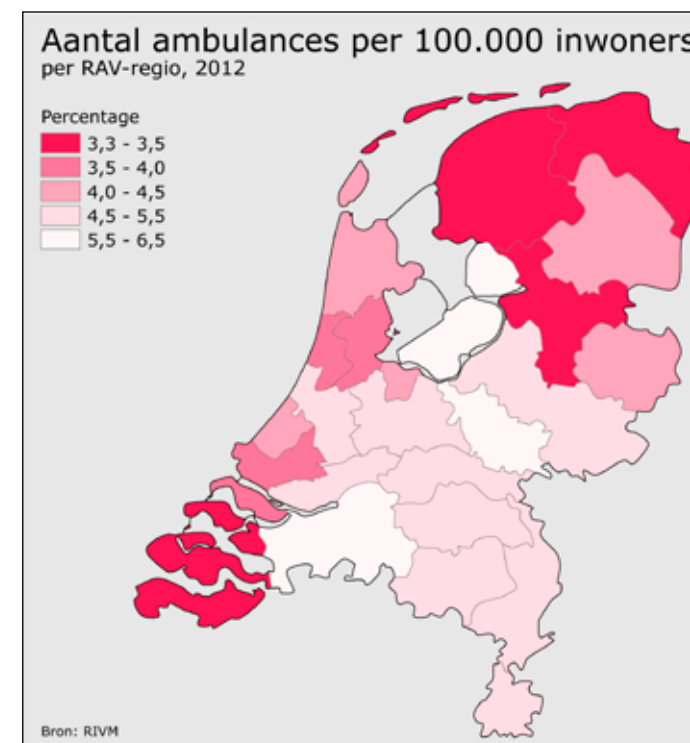
#### 4.1 Ambulances

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, gemiddeld 95% van de Nederlandse bevolking bereikt binnen vijftien minuten na het begin van de melding bij de meldkamer ambulancezorg. Dit geldt onder normale omstandigheden. Een en ander 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 rampen of calamiteiten of is nodig tijdens onderhoud of schade aan voertuigen en tijdens overlappende diensten.

kaart 4.1: aantal ambulances in 2012





tabel 4.1: aantal ambulances per regio in 2012

	2012	2011	2010	2009	2008
Groningen	38	38	38	38	38
Friesland	38	38	38	38	38
Drenthe	22	22	22	22	22
IJsselland	29	29	28	28	28
Twente	26	26	26	26	23
Noordoost Gelderland	32	32	32	32	33
Gelderland Midden	23	23	23	23	20
Gelderland Zuid	21	21	21	18	18
Utrecht	46	46	42	42	41
Noord-Holland Noord	26	26	26	24	24
Amsterdam/Waterland	67	67	65	65	61
Kennemerland	24	24	24	24	23
Gooi- en Vechtstreek	10	11	11	11	11
Haaglanden	46	37	36	37	37
Hollands Midden	30	30	30	29	29
Rotterdam-Rijnmond	60	60	55	55	55
Zuid-Holland Zuid	18	18	17	17	17
Zeeland	24	24	24	23	23
Midden West Brabant	37	37	37	37	35
Brabant Noord	23	22	22	22	21
Zuidoost Brabant	29	26	26	26	26
Limburg Noord	19	17	17	17	17
Zuid Limburg	24	24	24	22	22
Flevoland	13	13	13	13	14
<b>totaal</b>	<b>725</b>	<b>711</b>	<b>697</b>	<b>689</b>	<b>676</b>

Het aantal ambulances van een regio hangt samen met diverse regionale factoren, zoals het aantal inwoners, de mate van stedelijkheid en de beschikbare financiële middelen. RAV's maken hier afspraken over met de zorgverzekeraar.

## 4.2 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 terugkeert naar een standplaats, maar op de weg blijft. Bij een nieuwe inzet van deze ambulance is dan geen sprake van uitruktijd.

kaart 4.2: standplaatsen in 2012



tabel 4.2: aantal standplaatsen per regio in 2012

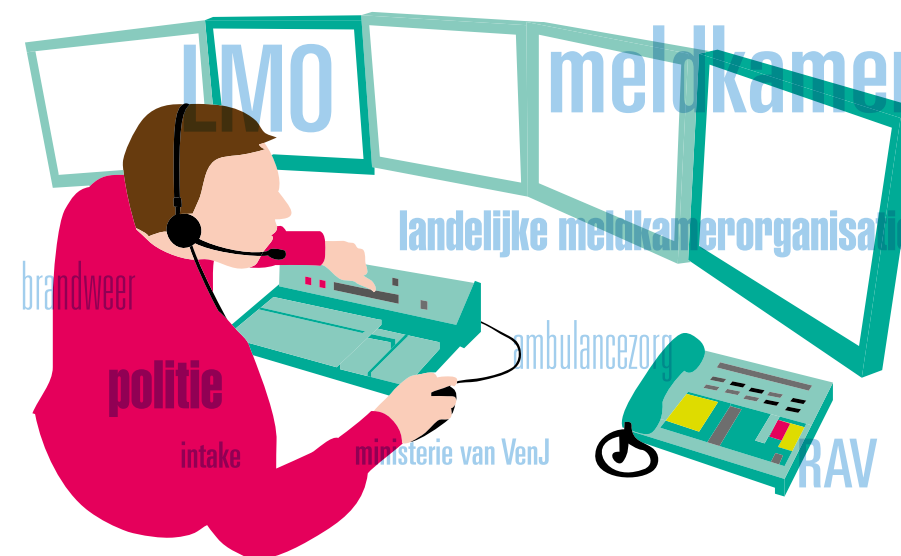
	2012	2011	2010	2009	2008	standplaatsen conform referentiekader 2008
Groningen	11	11	11	11	11	13
Friesland	18	18	18	17	17	20
Drenthe	13	13	12	12	11	11
IJsselland	10	10	10	10	10	10
Twente	9	9	9	9	9	9
Noordoost Gelderland	9	9	9	9	9	10
Gelderland Midden	7	7	7	7	7	7
Gelderland Zuid	8	8	8	8	8	8
Utrecht	11	11	11	11	11	11
Noord-Holland Noord	9	9	9	9	9	8
Amsterdam/Waterland	9	9	9	9	8	9
Kennemerland	4	4	4	4	4	4
Gooi- en Vechtstreek	3	3	3	3	3	2
Haaglanden	8	8	8	9	9	6
Hollands Midden	9	10	9	9	9	7
Rotterdam-Rijnmond	9	9	9	9	9	9
Zuid-Holland Zuid	6	6	6	6	6	6
Zeeland	11	11	11	10	9	11
Midden West Brabant	10	9	9	9	9	9
Brabant Noord	6	7	7	7	6	7
Zuidoost Brabant	7	7	7	7	7	7
Limburg Noord	10	9	7	7	7	7
Zuid Limburg	4	4	3	4	4	3
Flevoland	6	6	6	6	6	6
<b>totaal</b>	<b>207</b>	<b>207</b>	<b>202</b>	<b>202</b>	<b>198</b>	<b>200</b>

Evenals het aantal ambulances varieert ook het aantal standplaatsen per regio. Het aantal standplaatsen blijft over het algemeen redelijk stabiel. Het is immers niet eenvoudig om zonder meer een standplaats te verplaatsen, op te heffen of een nieuwe standplaats te realiseren.

In het Landelijk Referentiekader Spreiding & Beschikbaarheid is berekend wat (in theorie) de optimale spreiding van standplaatsen is om te kunnen voldoen aan het uitgangspunt dat onder normale omstandigheden in geval van spoed 95% van de bevolking binnen vijftien minuten na de start van de melding bij de meldkamer ambulancezorg bereikt moet worden. Ook is vastgelegd hoeveel ambulances per tijdseenheid beschikbaar moeten zijn.

In de tabel is naast het feitelijke aantal standplaatsen per regio ook het theoretische aantal standplaatsen conform het referentiekader 2008 aangegeven.

## 5 Meldkamer van de toekomst



### Regeerakkoord: één landelijke meldkamerorganisatie

In het regeerakkoord van het eerste kabinet Rutte (2010-2012) staat dat de minister van Veiligheid en 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. 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 al enige tijd in gebruik: de Meldkamer Noord-Nederland in Drachten en de Meldkamer Oost-Nederland in Apeldoorn.

### Transitieperiode en transitieakkoord

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 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. De RAV is verantwoordelijk voor de kwaliteit en de doelmatigheid van de ambulancezorg.

# Deel B: Productie en prestatie ambulancezorg

# B



## 6 Volumegroei ambulancezorg

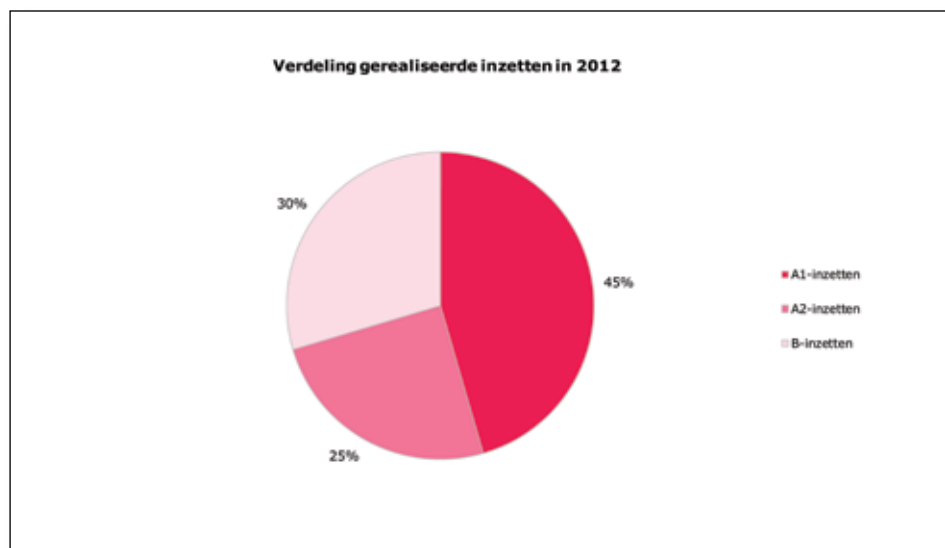
In 2012 hebben in Nederland 1.100.419 ambulance-inzetten plaatsgevonden.

tabel 6.1: volume ambulancezorg 2008-2012

	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
<b>alle inzetten</b>	<b>1.100.419</b>	<b>1.084.426</b>	<b>1.061.268</b>	<b>1.041.966</b>	<b>1.003.050</b>

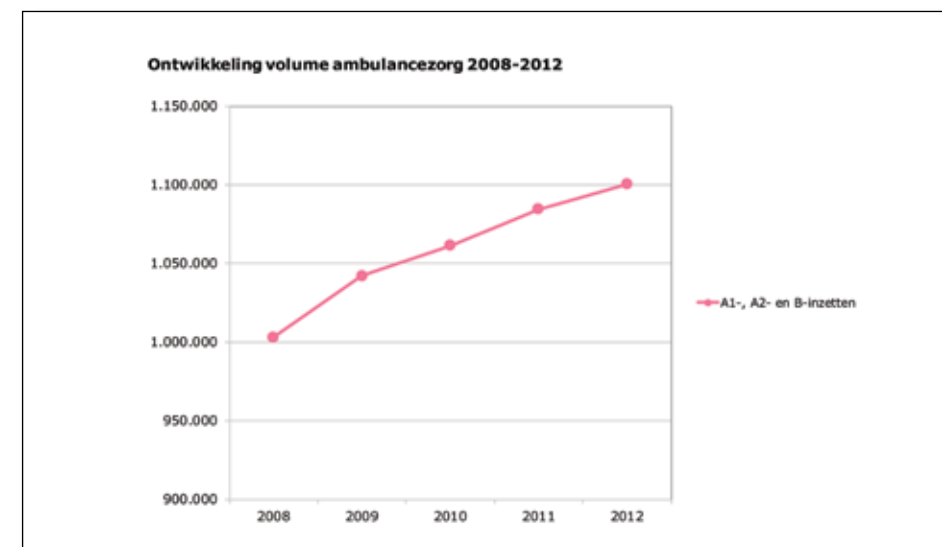
In Nederland is er onderscheid in spoedeisende (A1 en A2) en planbare (B) ambulancezorg. Dit gaat over de urgentie waarmee een ambulance naar een patiënt wordt gestuurd (zie de hoofdstukken 9 tot en met 11). In 2012 waren er 500.835 A1-inzetten, 273.692 A2-inzetten en 325.892 B-inzetten (vanaf hoofdstuk 9 wordt nader ingegaan op wat A1-, A2- en B-inzetten zijn).

grafiek 6.1: verdeling gerealiseerde inzetten in 2012

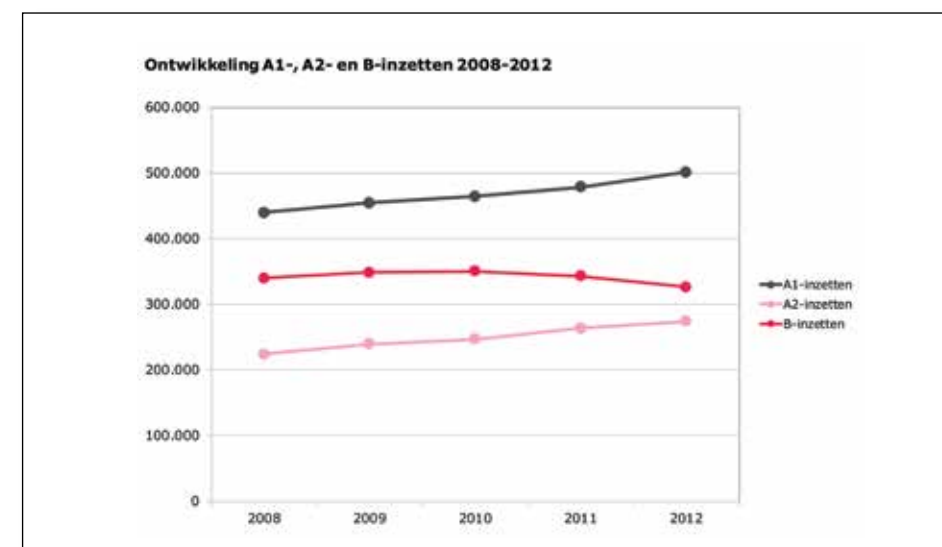


Tussen 2008 en 2013 is het aantal inzetten gegroeid van 1.003.050 in 2008 tot 1.100.419 inzetten in 2013. Dit is een groei met 97.369 inzetten, of 9.7%. Het aantal inzetten groeit jaarlijks met gemiddeld 1,9%.

grafiek 6.2: ontwikkeling volume ambulancezorg 2008 - 2012



grafiek 6.3: ontwikkeling volume A1-, A2- en B-inzetten 2008 - 2012

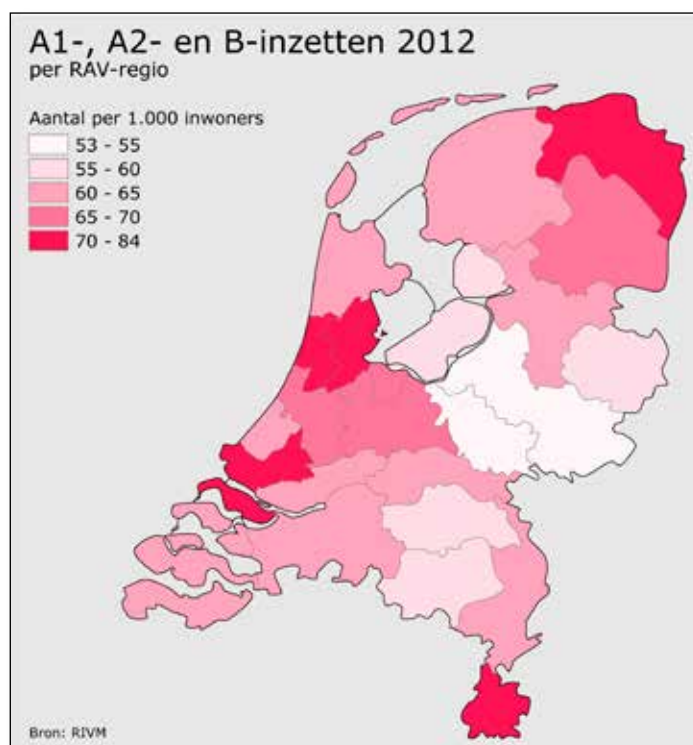


## 6.1 Inzicht in regionale verschillen in volume

Het aantal inzetten verschilt regionaal sterk en heeft te maken met bijvoorbeeld de omvang en oppervlakte van een regio, het aantal inwoners, de bevolkingsdichtheid, de mate van stedelijkheid, de aanwezigheid en de aard van instellingen voor gezondheidszorg in de betreffende regio.

Onderstaande kaart geeft per regio weer hoeveel inzetten in 2012 per 1.000 inwoners zijn uitgevoerd:

kaart 6.1: aantal A1-, A2- en B-inzetten per regio per 1.000 inwoners in 2012



Uit onderstaande tabel blijken de verschillen in aantallen inzetten per urgentie per regio in 2012. De tabel is aangevuld met:

- in de vierde kolom het totaal aantal inzetten van de regio;
- in de vijfde kolom het regionale aandeel in het landelijke totaal aantal inzetten;
- in de zesde tot en met de laatste kolom het totaal aantal inzetten in de jaren 2008 tot en met 2011.

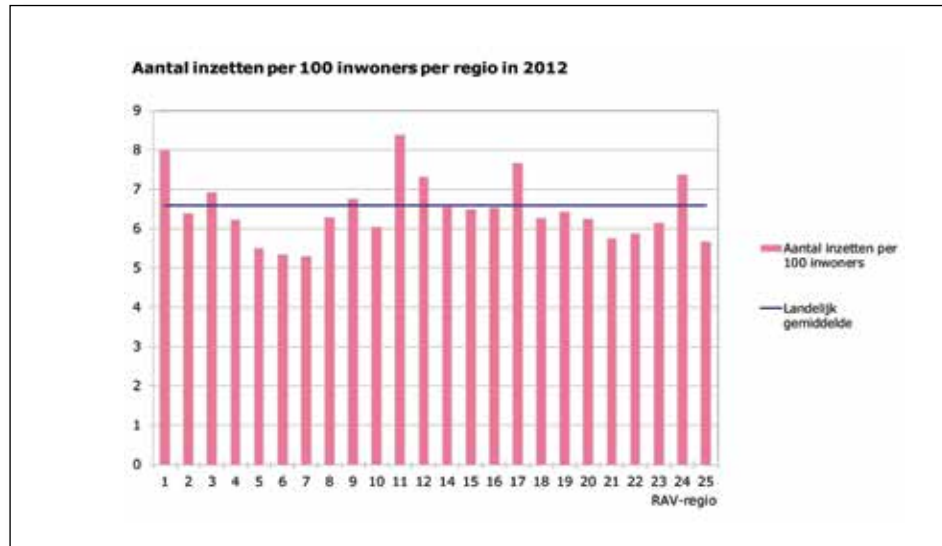
tabel 6.2: aantallen inzetten per regio in 2012

	aantal A1- inzetten	aantal A2- inzetten	2012 aantal B- inzetten	totaal	regio- naal t.o.v. landelijk	2011	2010	2009	2008
Groningen	20.181	10.574	15.640	46.395	4,2%	46.542	46.015	44.157	43.614
Friesland	16.095	13.247	11.966	41.308	3,8%	40.409	39.680	38.439	36.985
Drenthe	9.787	15.354	8.826	33.967	3,1%	34.762	33.451	32.385	32.466
IJsselland	12.353	9.426	9.960	31.739	2,9%	32.354	32.572	31.636	32.258
Twente	10.943	13.667	9.859	34.469	3,1%	33.718	31.948	31.583	31.044
Noordoost Gelderland	18.410	13.995	10.837	43.242	3,9%	42.894	41.785	39.923	39.476
Gelderland Midden	15.736	9.833	9.452	35.021	3,2%	34.431	34.225	32.516	33.156
Gelderland Zuid	14.191	8.960	10.547	33.698	3,1%	31.968	32.309	31.809	31.223
Utrecht	29.745	22.375	31.493	83.613	7,6%	83.732	85.152	87.333	81.287
Noord-Holland Noord	21.731	7.586	9.626	38.943	3,5%	36.970	33.461	35.273	31.872
Amsterdam/Waterland	59.397	12.575	36.294	108.266	9,8%	103.973	101.472	100.831	95.744
Kennemerland	21.836	6.016	10.562	38.414	3,5%	39.031	37.924	38.094	35.778
Gooi- en Vechtstreek	8.036	2.148	5.849	16.033	1,5%	16.075	15.580	15.832	14.642
Haaglanden	39.283	14.462	13.530	67.275	6,1%	66.160	64.338	64.828	65.256
Hollands Midden	25.540	9.353	15.036	49.929	4,5%	49.786	47.529	47.467	45.328
Rotterdam-Rijnmond	44.162	20.013	32.671	96.846	8,8%	98.101	97.681	93.579	89.447
Zuid-Holland Zuid	13.819	7.186	9.198	30.203	2,7%	29.913	30.059	28.638	27.395
Zeeland	12.040	6.749	5.725	24.514	2,2%	23.747	23.042	22.887	21.648
Midden West Brabant	28.578	20.157	18.612	67.347	6,1%	65.444	64.226	60.879	57.253
Brabant Noord	15.723	11.784	9.380	36.887	3,4%	35.008	33.514	32.320	30.697
Zuidoost Brabant	19.105	11.090	13.351	43.546	4,0%	41.946	41.001	38.967	38.135
Limburg Noord	14.063	10.384	7.150	31.597	2,9%	28.979	29.110	27.486	26.447
Zuid Limburg	17.714	11.048	15.978	44.740	4,1%	46.962	44.310	44.539	41.991
Flevoland	12.367	5.710	4.350	22.427	2,0%	21.521	20.884	20.565	19.908
<b>totaal 2012</b>	<b>500.835</b>	<b>273.692</b>	<b>325.892</b>	<b>1.100.419</b>	<b>100%</b>				
<i>totaal 2011</i>	<i>478.331</i>	<i>263.257</i>	<i>342.838</i>	<i>1.084.426</i>		<i>1.084.426</i>			
<i>totaal 2010</i>	<i>463.913</i>	<i>247.008</i>	<i>350.347</i>	<i>1.061.268</i>			<i>1.061.268</i>		
<i>totaal 2009</i>	<i>454.309</i>	<i>239.572</i>	<i>348.085</i>	<i>1.041.966</i>				<i>1.041.966</i>	
<i>totaal 2008</i>	<i>439.725</i>	<i>223.813</i>	<i>339.512</i>	<i>1.003.050</i>					<i>1.003.050</i>

## 6.2 Ambulancezorg per inwoner

Gemiddeld zijn in 2012 66 inzetten per 1.000 inwoners uitgevoerd, 46 inzetten per 1.000 inwoners hadden een A1-, of A2-urgentie.

grafiek 6.4: aantal inzetten per 1.000 inwoners per regio in 2012



In het Nationaal Kompas Volksgezondheid<sup>1</sup> heeft het RIVM vastgesteld dat het zorggebruik ambulancezorg in Nederland per 1.000 inwoners in de periode van 2001 tot en met 2010 met bijna 27% is toegenomen (van 50,5 inzetten per 1.000 inwoners in 2001 tot 64 inzetten per 1.000 inwoners in 2010). Dit is een gemiddelde toename van 2,7% per jaar. In de afgelopen jaren was deze gemiddelde toename vrijwel gelijk aan de jaarlijkse gemiddelde volumegroei ambulancezorg. Naar verwachting is de toename van het zorggebruik ambulancezorg ook enigszins gedaald.

<sup>1</sup> Bron: Nationaal Kompas Volksgezondheid, versie 4.11, 28 maart 2013, RIVM, Bilthoven (<http://www.nationaalkompas.nl/zorg/ambulancezorg/vraag-gebruik-trend>)

Onderstaande tabel legt een relatie tussen het aantal inzetten -spoedeisend, planbaar en totaal- en het aantal inwoners van een regio (aantallen en percentages per 1.000 inwoners):

tabel 6.3: percentage inwoners dat gebruik maakt van ambulancezorg ten opzichte van het aantal inzetten per regio in 2012

	aantal inwoners	aantal spoede-ritten	% inwoners (spoed)	aantal B-inzetten	% inwoners (B)	totaal inzetten	% inwoners (totaal)
Groningen	581.192	30.755	5,3%	15.640	2,7%	46.395	8,0%
Friesland	647.239	29.342	4,5%	11.966	1,8%	41.308	6,4%
Drenthe	489.870	25.141	5,1%	8.826	1,8%	33.967	6,9%
IJsselland	530.000	21.779	4,1%	9.960	1,9%	31.739	6,0%
Twente	637.844	24.610	3,9%	9.859	1,5%	34.469	5,4%
Noordoost Gelderland	811.312	32.405	4,0%	10.837	1,3%	43.242	5,3%
Gelderland Midden	662.733	25.569	3,9%	9.452	1,4%	35.021	5,3%
Gelderland Zuid	546.388	23.151	4,2%	10.547	1,9%	33.698	6,2%
Utrecht	1.237.117	52.120	4,2%	31.493	2,5%	83.613	6,8%
Noord-Holland Noord	660.521	29.317	4,4%	9.626	1,5%	38.943	5,9%
Amsterdam/Waterland	1.279.012	71.972	5,6%	36.294	2,8%	108.266	8,5%
Kennemerland	525.479	27.852	5,3%	10.562	2,0%	38.414	7,3%
Gooi- en Vechtstreek	245.298	10.184	4,2%	5.849	2,4%	16.033	6,5%
Haaglanden	1.044.762	53.745	5,1%	13.530	1,3%	67.275	6,4%
Hollands Midden	766.219	34.893	4,6%	15.036	2,0%	49.929	6,5%
Rotterdam-Rijnmond	1.284.732	64.175	5,0%	32.671	2,5%	96.846	7,5%
Zuid-Holland Zuid	483.319	21.005	4,3%	9.198	1,9%	30.203	6,2%
Zeeland	382.000	18.789	4,9%	5.725	1,5%	24.514	6,4%
Midden West Brabant	1.083.249	48.735	4,5%	18.612	1,7%	67.347	6,2%
Brabant Noord	642.656	27.507	4,3%	9.380	1,5%	36.887	5,7%
Zuidoost Brabant	742.274	30.195	4,1%	13.351	1,8%	43.546	5,9%
Limburg Noord	515.861	24.447	4,7%	7.150	1,4%	31.597	6,1%
Zuid Limburg	606.200	28.762	4,7%	15.978	2,6%	44.740	7,4%
Flevoland	398.250	18.077	4,5%	4.350	1,1%	22.427	5,6%
<b>totaal 2012</b>	<b>16.503.527</b>	<b>774.527</b>	<b>4,7%</b>	<b>325.892</b>	<b>2,0%</b>	<b>1.100.419</b>	<b>6,7%</b>
<i>totaal 2011</i>	<i>16.717.778</i>	<i>741.588</i>	<i>4,4%</i>	<i>342.838</i>	<i>2,1%</i>	<i>1.084.426</i>	<i>6,5%</i>
<i>totaal 2010</i>	<i>16.616.284</i>	<i>710.921</i>	<i>4,3%</i>	<i>350.347</i>	<i>2,1%</i>	<i>1.061.268</i>	<i>6,4%</i>

## 7 Spoedeisende en planbare ambulancezorg

Het Nederlandse onderscheid tussen spoedeisende en planbare ambulancezorg gaat over de urgentie waarmee een ambulance naar een patiënt wordt gestuurd.

### Spoedeisende ambulancezorg

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

### Planbare ambulancezorg

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

### Spoedeisende versus planbare ambulancezorg

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

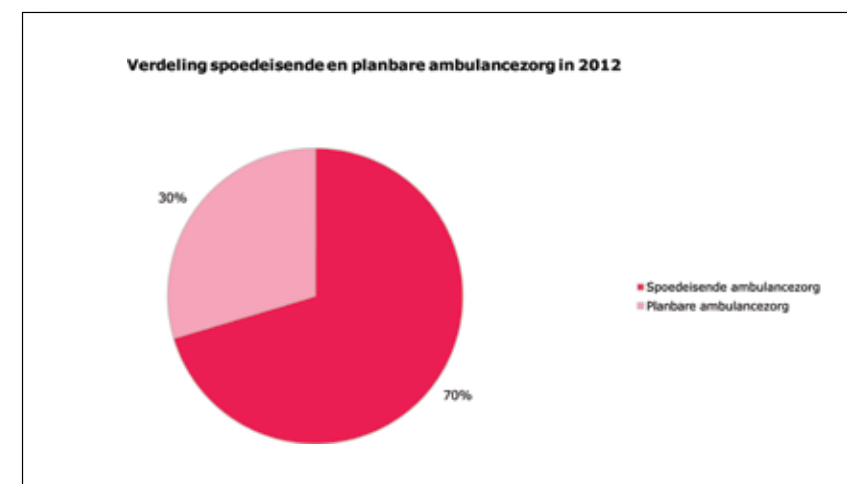
### Complexiteit van zorg

De mate van urgentie (spoedeisend of een planbaar) zegt niets over de complexiteit van de zorg. Deze varieert van hoog- tot laagcomplex bij zowel planbare als spoedeisende ambulancezorg. MICU-ritten vormen een voorbeeld van hoogcomplexie planbare zorg.

## 7.1 Verhouding spoedeisend en planbaar

De spoedeisende ambulancezorg bedraagt al jaren ongeveer tweederde deel van de totale ambulancezorg. In 2012 was 70,4% spoedeisende en 29,6% planbare ambulancezorg. De onderstaande grafiek geeft het landelijk gemiddelde weer.

grafiek 7.1: verdeling spoedeisende en planbare ambulancezorg in 2012



Regionaal varieerde in 2012 de verhouding tussen spoedeisende en planbare ambulancezorg van 62,3% tot 80,6% spoedeisende ambulancezorg en van 19,4% tot 37,7% planbare ambulancezorg.

Dit regionale verschil heeft onder andere te maken met het aantal grote gespecialiseerde ziekenhuizen in een regio. Deze verschillen worden zichtbaar in onderstaande grafiek:

grafiek 7.2: spoedeisende ten opzichte van planbare ambulancezorg per regio in 2012





De voorgaande grafiek is een vertaling van de navolgende tabel:

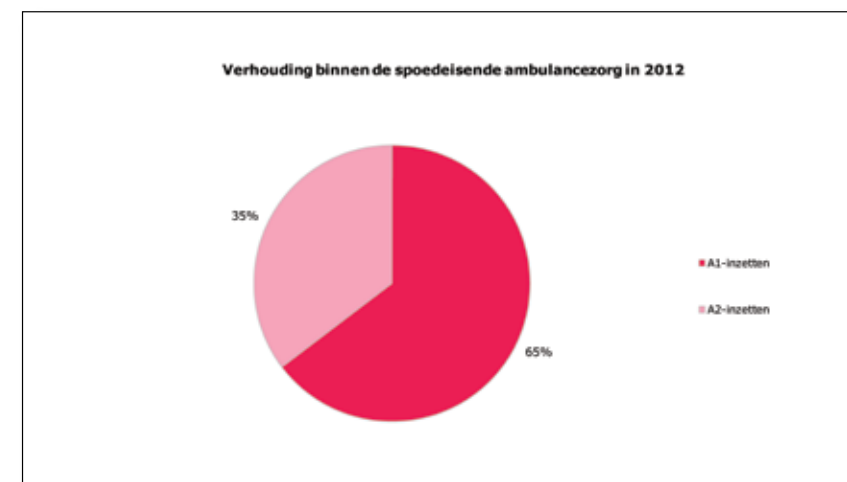
tabel 7.1: spoedeisende ten opzichte van planbare ambulancezorg per regio in 2012

	% spoedeisende ambulancezorg tov totaal	% planbare ambulancezorg tov totaal
Groningen	66,3%	33,7%
Friesland	71,0%	29,0%
Drenthe	74,0%	26,0%
IJsselland	68,6%	31,4%
Twente	71,4%	28,6%
Noordoost Gelderland	74,9%	25,1%
Gelderland Midden	73,0%	27,0%
Gelderland Zuid	68,7%	31,3%
Utrecht	62,3%	37,7%
Noord-Holland Noord	75,3%	24,7%
Amsterdam/Waterland	66,5%	33,5%
Kennemerland	72,5%	27,5%
Gooi- en Vechtstreek	63,5%	36,5%
Haaglanden	79,9%	20,1%
Hollands Midden	69,9%	30,1%
Rotterdam-Rijnmond	66,3%	33,7%
Zuid-Holland Zuid	69,5%	30,5%
Zeeland	76,6%	23,4%
Midden West Brabant	72,4%	27,6%
Brabant Noord	74,6%	25,4%
Zuidoost Brabant	69,3%	30,7%
Limburg Noord	77,4%	22,6%
Zuid Limburg	64,3%	35,7%
Flevoland	80,6%	19,4%
<b>totaal 2011</b>	<b>70,4%</b>	<b>29,6%</b>
<i>totaal 2011</i>	<i>68,4%</i>	<i>31,6%</i>
<i>totaal 2010</i>	<i>67,0%</i>	<i>33,0%</i>
<i>totaal 2009</i>	<i>66,6%</i>	<i>33,4%</i>
<i>totaal 2008</i>	<i>66,2%</i>	<i>33,8%</i>

## 7.2 Spoedeisende ambulancezorg: A1 ten opzichte van A2

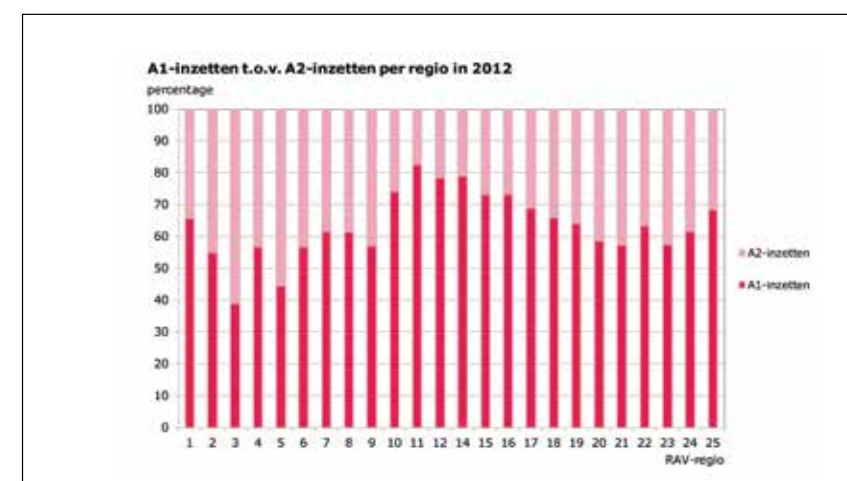
Het aandeel A1-inzetten is al jaren circa tweederde van het totaal aantal spoedeisende inzetten: 64,7% A1-inzetten en 35,3% A2-inzetten.

grafiek 7.3: verhouding binnen de spoedeisende ambulancezorg in 2012



Deze verhouding 65-35 is een landelijk gemiddelde. Regionaal varieerde het percentage A1-inzetten in 2012 van 38,9% tot 82,5% en daarmee het percentage A2-inzetten van 17,5% tot 61,1%. Dit is zichtbaar in de volgende grafiek:

grafiek 7.4: A1-inzetten ten opzichte van A2-inzetten per regio in 2012



De grafiek is een vertaling van de volgende tabel:

tabel 7.2: A1-inzetten ten opzichte van A2-inzetten per regio in 2012

	% A1-inzetten tov spoedeisend	% A2-inzetten tov spoedeisend
Groningen	65,6%	34,4%
Friesland	54,9%	45,1%
Drenthe	38,9%	61,1%
IJsselland	56,7%	43,3%
Twente	44,5%	55,5%
Noordoost Gelderland	56,8%	43,2%
Gelderland Midden	61,5%	38,5%
Gelderland Zuid	61,3%	38,7%
Utrecht	57,1%	42,9%
Noord-Holland Noord	74,1%	25,9%
Amsterdam/Waterland	82,5%	17,5%
Kennemerland	78,4%	21,6%
Gooi- en Vechtstreek	78,9%	21,1%
Haaglanden	73,1%	26,9%
Hollands Midden	73,2%	26,8%
Rotterdam-Rijnmond	68,8%	31,2%
Zuid-Holland Zuid	65,8%	34,2%
Zeeland	64,1%	35,9%
Midden West Brabant	58,6%	41,4%
Brabant Noord	57,2%	42,8%
Zuidoost Brabant	63,3%	36,7%
Limburg Noord	57,5%	42,5%
Zuid Limburg	61,6%	38,4%
Flevoland	68,4%	31,6%
<b>totaal 2012</b>	<b>64,7%</b>	<b>35,3%</b>
<i>totaal 2011</i>	<i>64,5%</i>	<i>35,5%</i>
<i>totaal 2010</i>	<i>65,3%</i>	<i>34,5%</i>
<i>totaal 2009</i>	<i>65,5%</i>	<i>34,5%</i>
<i>totaal 2008</i>	<i>66,3%</i>	<i>33,7%</i>

## 7.3 Drukke en rustige dagen

### Een gemiddelde dag

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, waarvan 46 spoedeisende inzetten (A1 en A2).

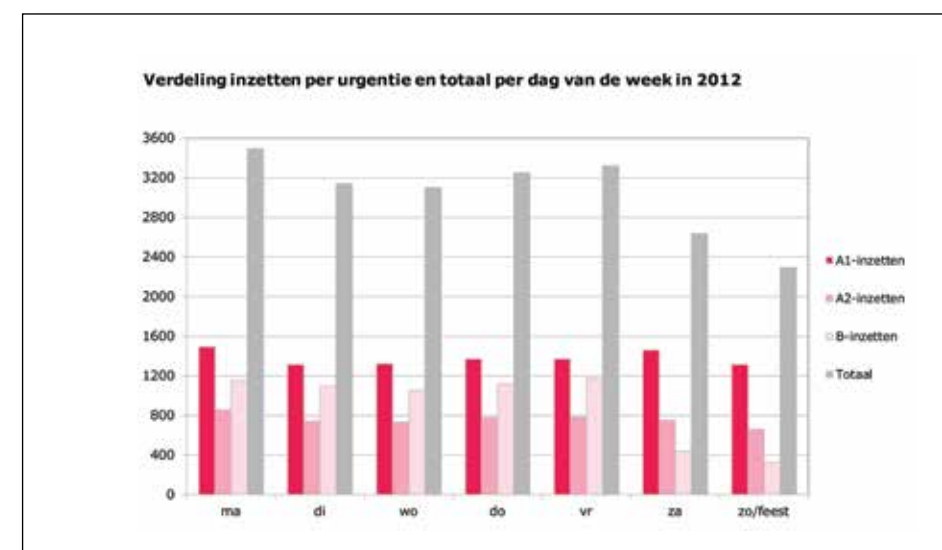
### Drukke en rustige dagen

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

### Ambulancezorg en dagen van de week

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 zijn er ook meer planbare inzetten op zaterdag.

grafiek 7.5: verdeling inzetten per urgentie en totaal per dag van de week in 2012

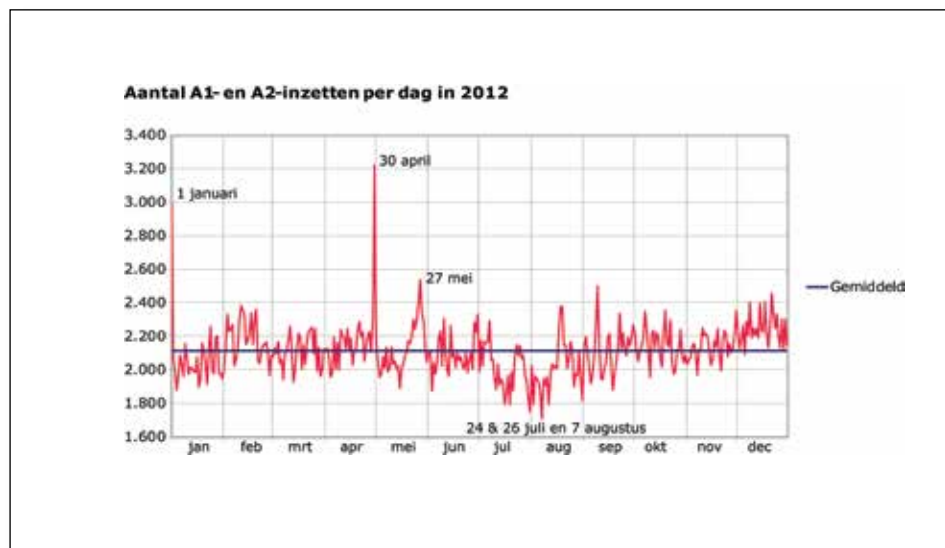


## Spoedeisende ambulancezorg en dagen van de week

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 augustus en donderdag 19 juli. Dit zijn data midden in de zomer en in de vakantieperiode.

grafiek 7.6: aantal A1- en A2-inzetten per dag in 2012



Deze drukke en rustige dagen weerspiegelen het gemiddelde in Nederland.

## Planbare ambulancezorg en dagen van de week

De piekdagen voor de planbare ambulancezorg zijn heel andere dan voor de spoedeisende ambulancezorg. Deze laatste vonden 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.

## 7.4 Ambulancezorg per gebied

De meeste inzetten vinden plaats binnen stedelijk gebied of richting stedelijk gebied (52,5%).

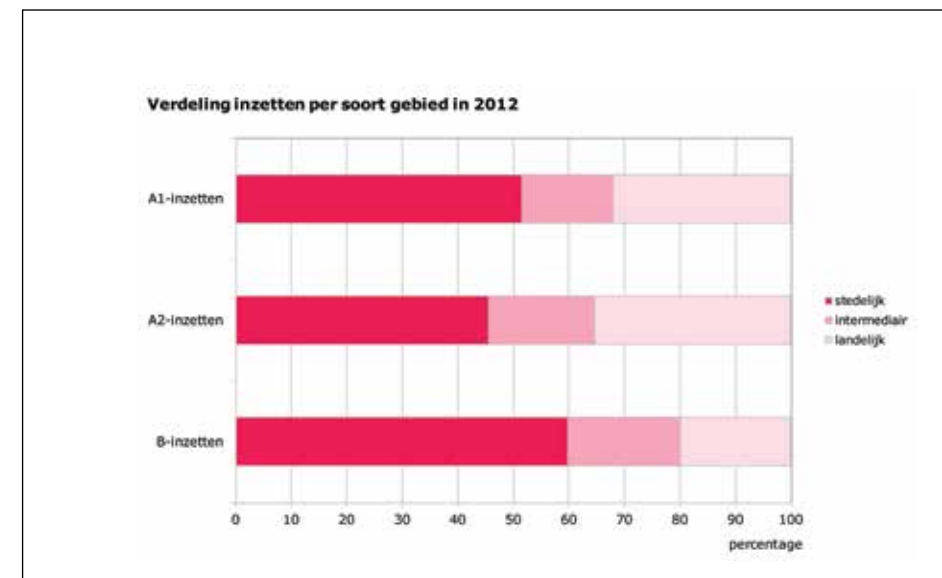
Dit geldt vooral voor de B-inzetten (59,9%). Dit zijn veelal inzetten tussen, naar en vanuit instellingen voor gezondheidszorg.

De verdeling van inzetten over de verschillende soorten gebieden ziet er als volgt uit:

tabel 7.3: verdeling inzetten per soort gebied in 2012

	stedelijk gebied	matig stedelijk gebied	perifeer gebied
A1-inzetten	51,6%	16,5%	32,0%
A2-inzetten	45,5%	19,1%	35,4%
B-inzetten	59,9%	20,1%	20,0%
<b>totaal 2012</b>	<b>52,5%</b>	<b>18,2%</b>	<b>29,3%</b>
<i>totaal 2011</i>	<i>52,8%</i>	<i>18,5%</i>	<i>28,7%</i>
<i>totaal 2010</i>	<i>53,2%</i>	<i>18,3%</i>	<i>28,5%</i>

grafiek 7.7: verdeling inzetten per soort gebied in 2012



## 8 Responstijden

De responstijd van een inzet heeft betrekking op het eerste deel van een inzet en betreft de tijd tussen het aannemen van de telefoon door de centralist van de meldkamer ambulancezorg tot en met de aankomst van de ambulance bij de patiënt. Wanneer dit noodzakelijk of wenselijk is, wordt deze tijd benut om eerste hulp ter plaatse te verlenen door de inzet van first of rapid responders of het geven van adviezen aan de melder door de meldkamer ambulancezorg. Het moment van aankomst van de first responder telt niet mee voor de responstijd, die van de rapid responder en de reguliere ambulance wel.

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

### 8.1 Normen binnen de ambulancezorg



#### Responstijd

In de Kwaliteitswet Zorginstellingen is vastgelegd dat instellingen aan een aantal eisen moeten voldoen om zorg van goede kwaliteit te kunnen bieden. Instellingen moeten verantwoorde zorg leveren. Een zorginstelling moet zelf, of op koepelniveau, een visie op het begrip verantwoorde zorg ontwikkelen. De ambulancesector doet dit op sectoraal niveau en heeft een en ander vastgelegd in de Nota Verantwoorde Ambulancezorg. In februari 2013 is een vernieuwde editie van de Nota Verantwoorde Ambulancezorg vastgesteld.

De ambulancesector stelt zichzelf voor de kwaliteitsnorm 'korte responstijd': in geval van spoedeisende medische hulpverlening dient de ambulancezorg de patiënt zo spoedig mogelijk bereikt te hebben. Een en ander betekent dat de sector ambulancezorg ernaar streeft om onder normale omstandigheden in geval van een spoedeisende situatie in maximaal vijftien minuten na het begin van de melding op de meldkamer ambulancezorg (dit is het opnemen van de telefoon door de centralist van de Meldkamer Ambulancezorg) bij de patiënt aanwezig te zijn.

#### Vervoers- en zorgnormen

Ook al is de ambulancezorg een onderdeel van de zorgsector, de gehanteerde normen zijn nog vooral logistieke normen. De sector streeft ernaar in de (nabije) toekomst adequate zorginhoudelijke normen te kunnen ontwikkelen. Naast responstijd zijn er immers meer aspecten die kunnen bijdragen aan de gezondheidswinst en het terugdringen van de mortaliteit. Daarnaast is het zo dat sneller niet altijd per definitie gelijk is aan beter.

#### Vijftien minuten: rekenkundige en planningsnorm

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.

De vijftienminutennorm is daarnaast ook een planningsnorm die wordt gebruikt voor het opstellen en actualiseren van het Landelijk Referentiekader Spreiding & Beschikbaarheid. Dit kader beschrijft het aantal benodigde ambulances, het aantal standplaatsen en de meest geschikte locaties van de standplaatsen. In 2013 wordt het nieuwe landelijk referentiekader vastgesteld.

### 8.2 Opbouw responstijd

#### Vooraf

Voor de volgende hoofdstukken (9 tot en met 17) geldt dat de RAV-regio het uitgangspunt is voor de regionale cijfers en nadrukkelijk niet de (individuele) RAV. Inzetten die een RAV heeft uitgevoerd in een andere dan de eigen regio, worden aan deze andere regio toegerekend. Deze keuze heeft te maken met het feit dat de RAV verantwoordelijk is voor de totale ambulancezorg binnen de RAV-regio, ook als de verleende ambulancezorg door een andere RAV is uitgevoerd.

#### Responstijd

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

Het begrip responstijd is van toepassing op de spoedeisende ambulancezorg en wordt niet toegepast voor de planbare ambulancezorg.

De responstijd is gelijk aan het totaal van de tijdsduur aanname en uitgifte, de uitruktijd en de aanrijtijd. De aard van het gebied (stedelijk, matig stedelijk of platteland) is van invloed op de responstijd, evenals weersomstandigheden of bijvoorbeeld onvoldoende beschikbaarheid door gelijktijdigheid van meldingen of verkeersproblemen.

### Tijdsduur aanname en uitgifte

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

### Uitruktijd

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

### Aanrijtijd

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

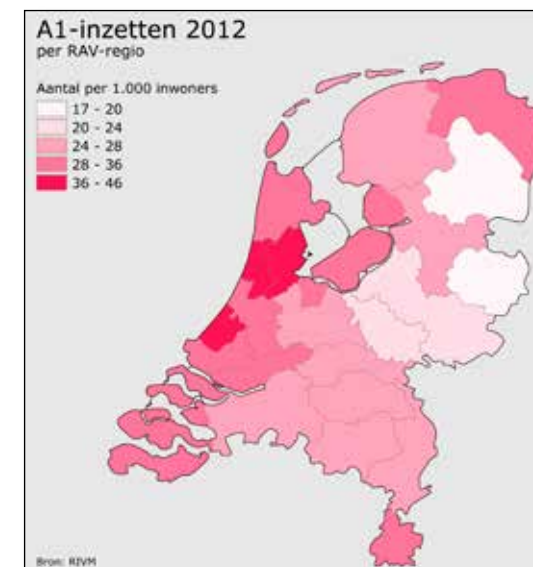
## 9 A1-inzetten



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

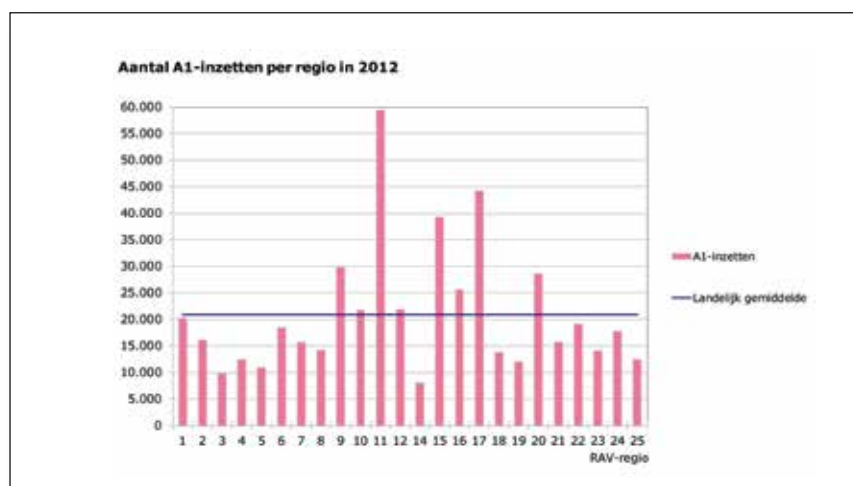
kaart 9.1: aantal A1-inzetten per regio per 1.000 inwoners in 2012



## 9.2 Het aantal A1-inzetten in 2012

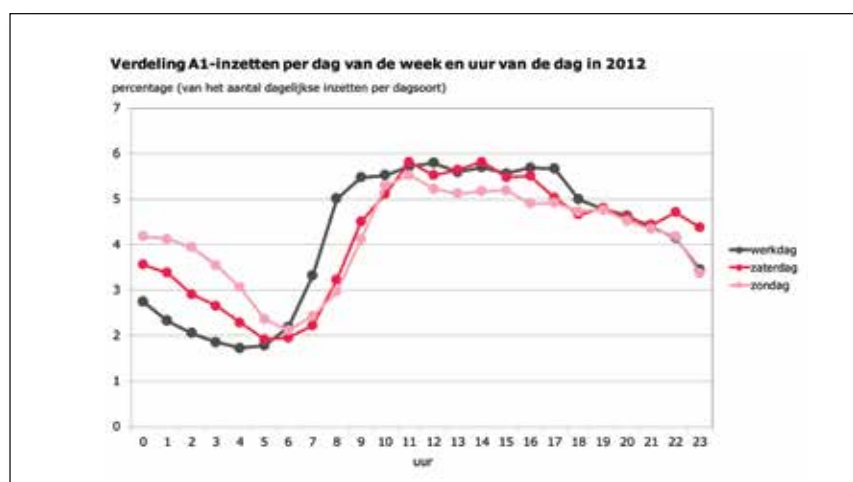
In 2012 waren in Nederland 500.385 inzetten met A1-urgentie. Dit is 45,5% van het totaal aantal ambulance-inzetten in 2012. Het aantal A1-inzetten is in 2012 gestegen met 22.504 inzetten ten opzichte van 2011. Het totaal aantal A1-inzetten is sinds 2008 met 13,9 % gestegen, dit is gemiddeld 2,8% per jaar.

grafiek 9.1: aantal A1-inzetten per regio in 2012



### 9.2.1 A1-inzetten en dag van de week

grafiek 9.2: verdeling A1-inzetten per dag van de week en uur van de dag in 2012



Tot en met 2010 waren er pieken zichtbaar met tijdstippen waarop de meeste A1-inzetten op een dag plaatsvonden. Sinds 2011 is dit niet meer het geval. Het was in 2012 overdag vanaf ongeveer acht uur tot en met zes uur structureel druk met A1-inzetten. De rustigste uren zijn van twee tot zes uur 's nachts. In 2012 vonden de meeste A1-inzetten (42,7%) overdag plaats, 37,6% vond 's avonds plaats en 19,7% 's nachts.

### 9.2.2 A1-inzetten en aard van het gebied

De meeste A1-inzetten zijn in stedelijk gebied uitgevoerd, namelijk 51,6%. 16,4% vond plaats in matig stedelijk gebied en 32,0% in perifeer gebied.

## 9.3 Prestaties A1-inzetten in 2012

In acute, spoedeisende situaties moet men zo spoedig mogelijk zorg ter plaatse kunnen verlenen, de ambulance moet daarom binnen maximaal vijftien minuten na het begin van de melding bij de patiënt arriveren.

Samengevat was de responstijd van een gemiddelde A1-inzet in 2012 als volgt opgebouwd:

- tijdsduur aanname en uitgifte: 1:58 minuten
- uitruktijd: 1:01 minuten
- aanrijtijd: 6:39 minuten
- responstijd: 9:40 minuten

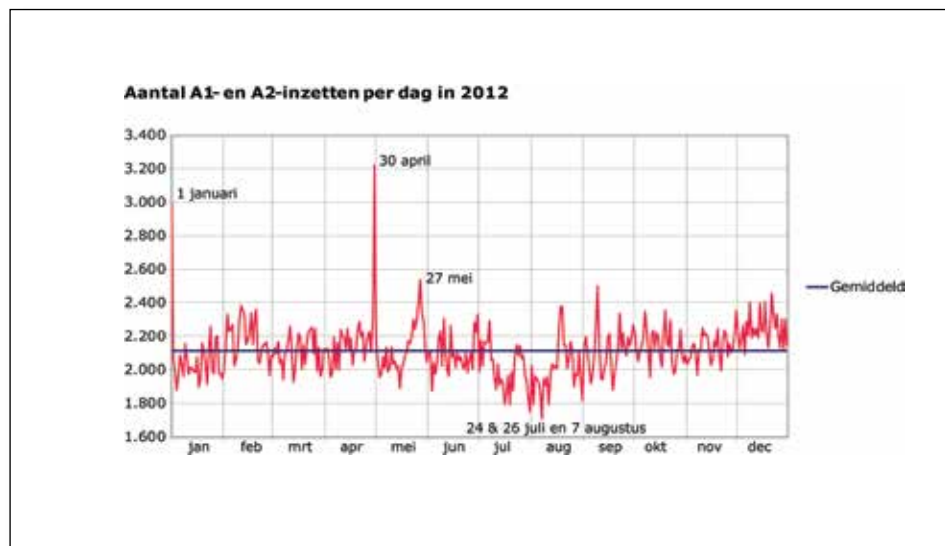
In gemiddeld 92,9% van de A1-inzetten is in 2012 de ambulance binnen 15 minuten na het begin van de melding bij de patiënt gearriveerd.

tabel 9.1: landelijk gemiddelde tijdsduren A1-inzetten in 2012

	2012	2011	2010	2009	2008
tijdsduur aanname en uitgifte	<b>1:58 min.</b>	1:52 min.	1:51 min.	1:52 min.	1:53 min.
uitruktijd	<b>1:01 min.</b>	1:02 min.	1:02 min.	1:09 min.	1:17 min.
aanrijtijd	<b>6:39 min.</b>	6:36 min.	6:45 min.	6:42 min.	6:36 min.
responstijd	<b>9:40 min.</b>	9:32 min.	9:40 min.	9:40 min.	9:47 min.
inzetten binnen 15 minuten bij de patiënt	<b>92,9 %</b>	93,3 %	92,3 %	92,0%	92,1%

Naast een snelle responstijd zijn er meer factoren die kunnen bijdragen aan de gezondheidswinst van patiënten en het terugdringen van de mortaliteit. Het is daarom ook interessant om te weten hoeveel A1-inzetten korter of langer dan vijftien minuten hebben geduurd. De volgende grafiek laat het beeld van de afgelopen jaren zien:

grafiek 9.3: landelijke curve gemiddelde responstijd A1-inzetten 2008-2012



### 9.3.1 Responstijd A1-inzetten

#### Landelijk gemiddelde responstijd A1-inzetten

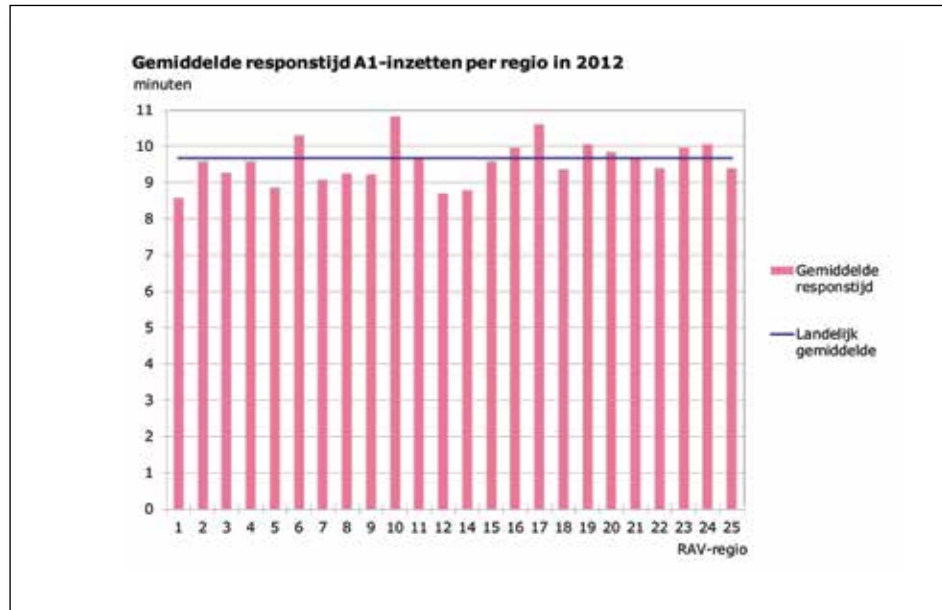
De landelijk gemiddelde responstijd van A1-inzetten bedroeg in 2012 9:40 minuten en was daarmee acht seconden korter dan de 9:32 minuten in 2011.

tabel 9.2: gemiddelde responstijd A1-inzetten per regio (in min:sec)

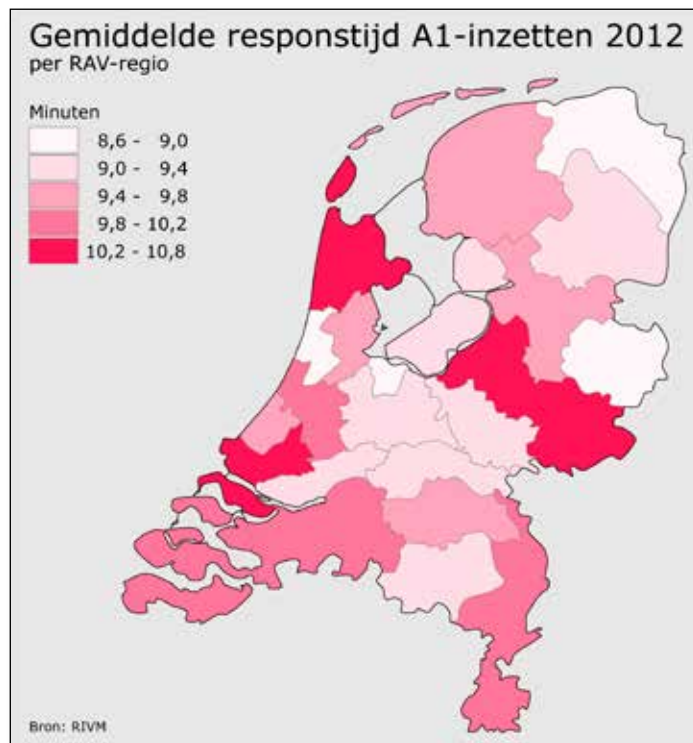
	2012	2011	2010	2009	2008
Groningen	8:34	8:34	8:43	8:54	9:15
Friesland	9:35	9:57	9:48	9:51	9:48
Drenthe	9:16	9:05	9:08	8:54	8:47
IJsselland	9:35	9:37	9:28	9:11	9:20
Twente	8:52	9:02	9:13	9:10	8:55
Noordoost Gelderland	10:18	10:12	10:09	10:25	10:47
Gelderland Midden	9:05	9:02	9:13	9:55	10:38
Gelderland Zuid	9:14	9:32	9:41	10:13	10:36
Utrecht	9:13	9:01	9:16	9:11	9:42
Noord-Holland Noord	10:49	10:11	10:16	9:56	9:55
Amsterdam/Waterland	9:42	9:32	9:44	10:04	9:52
Kennemerland	8:41	8:07	8:37	8:38	8:58
Gooi- en Vechtstreek	8:48	9:02	9:24	9:20	9:20
Haaglanden	9:35	9:32	9:42	9:39	9:31
Hollands Midden	9:57	9:35	9:16	9:16	9:14
Rotterdam-Rijnmond	10:36	10:29	10:21	10:24	10:14
Zuid-Holland Zuid	9:22	9:25	9:41	9:29	9:15
Zeeland	10:03	10:09	10:46	11:16	11:12
Midden West Brabant	9:51	9:37	10:04	9:56	9:52
Brabant Noord	9:42	9:25	9:43	9:54	9:47
Zuidoost Brabant	9:23	9:20	9:19	9:17	9:09
Limburg Noord	9:57	9:52	10:06	10:32	10:42
Zuid Limburg	10:04	9:52	10:07	10:08	10:42
Flevoland	9:23	9:23	9:32	9:49	9:47
<b>gewogen landelijk gemiddelde</b>	<b>9:40</b>	<b>9:32</b>	<b>9:40</b>	<b>9:44</b>	<b>9:47</b>



grafiek 9.4: gemiddelde responstijd A1-inzetten per regio in 2012



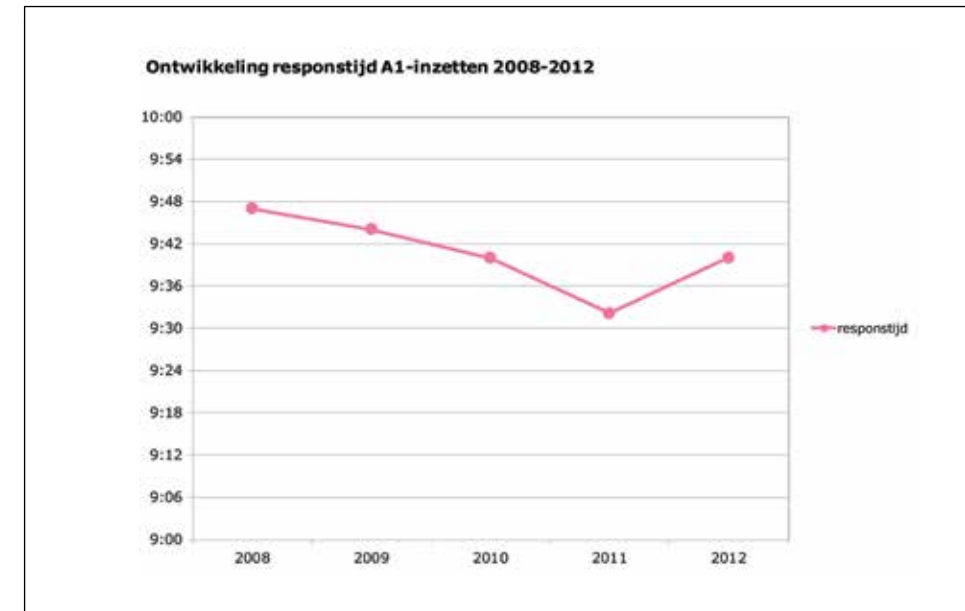
kaart 9.2: gemiddelde responstijd A1-inzetten per regio in 2012



Over de jaren 2008-2012 is de volgende variatie zichtbaar in de landelijk gemiddelde responstijd van A1-inzetten:

- de langste landelijk gemiddelde responstijd van 9:47 minuten is geregistreerd in 2008
- de kortste landelijk gemiddelde responstijd van 9:32 minuten is in 2011 gerealiseerd
- een responstijd van 9:10 minuten kwam in 2012 het meest voor

grafiek 9.5: ontwikkeling responstijd A1-inzetten 2008-2012



## A1-inzetten en vijftien minuten

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

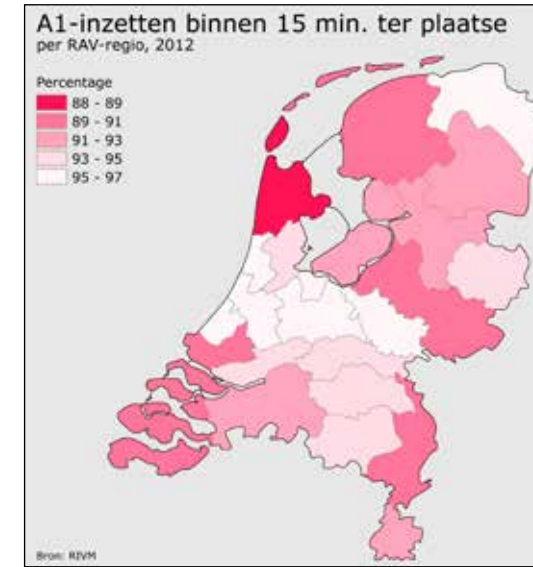
Van alle A1-ritten die in 2012 werden gemaakt, was de ambulance in 92,9% binnen vijftien minuten na het begin van de melding bij de patiënt aanwezig. Dit is een daling van 0,4% ten opzichte van 2011, toen het percentage 93,3% was.

tabel 9.3: A1-inzetten binnen 15 minuten bij de patiënt per regio

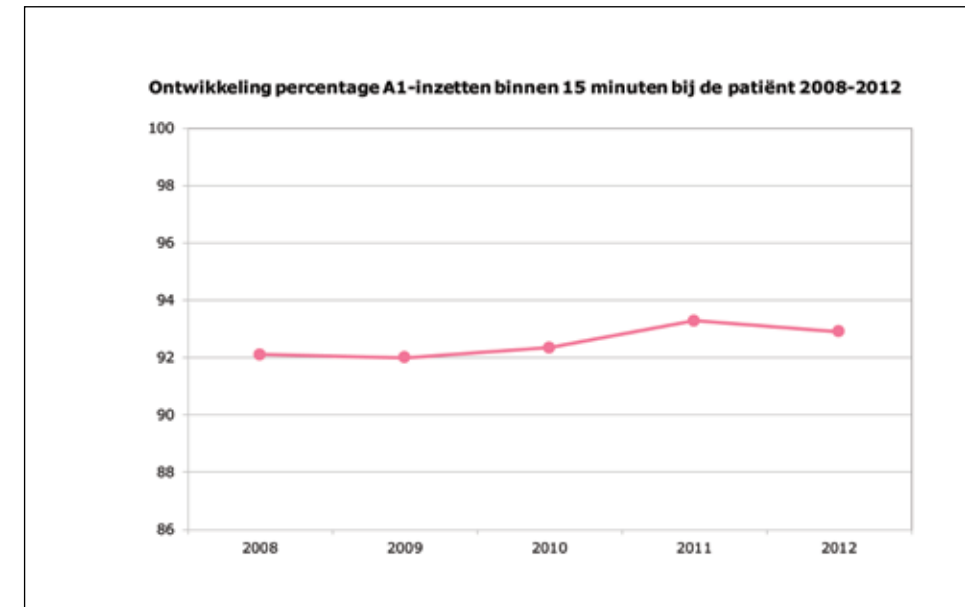
	2012		2011		2010		2009		2008	
	aantal	%	aantal	%	aantal	%	aantal	%	aantal	%
Groningen	17.248	95,5%	17.769	95,6%	16.875	94,7%	16.627	94,1%	16.015	93,2%
Friesland	12.249	90,2%	12.842	88,5%	13.575	89,5%	13.117	88,7%	12.592	89,8%
Drenthe	7.991	92,6%	8.591	93,7%	11.250	91,8%	11.203	93,4%	12.506	93,9%
IJsselland	9.378	93,0%	7.774	92,5%	8.587	93,3%	8.132	93,6%	7.643	94,1%
Twente	10.091	94,7%	9.499	94,3%	9.379	93,2%	8.997	93,7%	8.459	95,0%
Noordoost Gelderland	15.470	89,8%	14.544	89,8%	13.422	89,3%	12.659	87,5%	12.098	85,9%
Gelderland Midden	13.684	95,1%	12.258	95,0%	11.716	94,7%	11.704	91,1%	10.336	88,1%
Gelderland Zuid	12.293	94,5%	10.429	93,4%	10.322	92,2%	10.121	89,8%	8.025	87,8%
Utrecht	23.710	95,4%	22.843	95,9%	18.005	95,0%	22.193	95,8%	20.253	94,3%
Noord-Holland Noord	15.938	87,6%	15.011	90,0%	14.305	89,6%	15.753	90,3%	12.626	91,7%
Amsterdam/Waterland	45.137	93,3%	43.651	94,3%	42.878	93,2%	39.383	91,7%	34.283	93,1%
Kennemerland	12.043	95,2%	17.659	95,8%	17.136	95,0%	16.883	94,7%	5.015	94,6%
Gooi- en Vechtstreek	6.457	96,9%	6.465	96,1%	6.227	94,9%	6.501	94,7%	5.693	94,6%
Haaglanden	34.086	95,9%	34.128	97,0%	31.195	97,0%	31.997	97,0%	26.737	95,0%
Hollands Midden	21.755	95,5%	22.128	95,5%	22.427	95,8%	21.634	95,7%	19.889	95,6%
Rotterdam-Rijnmond	33.291	89,1%	35.422	90,3%	35.375	88,9%	33.330	89,7%	29.203	91,3%
Zuid-Holland Zuid	11.437	93,9%	11.017	93,8%	10.507	92,3%	9.874	92,5%	9.408	93,1%
Zeeland	9.203	89,3%	8.603	88,2%	7.786	84,6%	7.433	81,5%	6.914	82,7%
Midden West Brabant	23.379	92,0%	18.493	92,3%	17.061	89,3%	15.664	90,5%	13.767	91,2%
Brabant Noord	13.225	93,6%	10.345	94,0%	9.100	92,5%	8.292	91,9%	7.789	93,8%
Zuidoost Brabant	14.932	93,4%	13.886	92,4%	13.297	92,5%	12.878	92,1%	12.272	92,8%
Limburg Noord	10.448	89,5%	9.318	89,8%	8.875	87,7%	8.483	85,9%	8.246	85,7%
Zuid Limburg	14.583	91,9%	14.215	91,8%	12.790	90,6%	12.344	90,9%	11.172	91,4%
Flevoland	10.707	92,5%	10.245	92,6%	9.534	92,4%	8.993	91,5%	8.222	92,5%
<b>gewogen landelijk gemiddelde</b>	<b>398.735</b>	<b>92,9%</b>	<b>387.135</b>	<b>93,3%</b>	<b>371.624</b>	<b>92,3%</b>	<b>364.195</b>	<b>92,0%</b>	<b>319.163</b>	<b>92,1%</b>

Over de afgelopen vijf jaren is, met uitzondering van een afvlakking in 2012, een verbetering van het percentage A1-inzetten binnen vijftien minuten bij de patiënt zichtbaar:

kaart 9.3: A1-inzetten binnen 15 minuten bij de patiënt per regio



grafiek 9.6: ontwikkeling percentage A1-inzetten binnen 15 minuten bij de patiënt 2008-2012



## Differentiatie in responstijden A1-inzetten

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

92,9% van de A1-inzetten was binnen vijftien minuten aanwezig,  
95% van de A1-inzetten was in 2012 binnen zeventien minuten aanwezig.

tabel 9.4: percentage A1-inzetten binnen 14, 15 en 16 minuten bij de patiënt per regio in 2012

	% A1-inzetten bij de patiënt binnen:			95% ter plaatsse in:
	14 min	15 min	16 min	
Groningen	93,0	95,5	96,7%	15 minuten
Friesland	86,7	90,2	92,9%	18 minuten
Drenthe	89,8	92,6	94,8%	17 minuten
IJsselland	89,1	93,0	94,9%	17 minuten
Twente	92,0	94,7	96,3%	16 minuten
Noordoost Gelderland	84,6	89,8	92,6%	18 minuten
Gelderland Midden	92,7	95,1	96,6%	15 minuten
Gelderland Zuid	91,0	94,5	96,4%	16 minuten
Utrecht	92,5	95,4	96,9%	15 minuten
Noord-Holland Noord	82,8	87,6	90,6%	19 minuten
Amsterdam/Waterland	90,3	93,3	95,3%	16 minuten
Kennemerland	93,1	95,1	96,5%	15 minuten
Gooi- en Vechtstreek	92,7	96,9	97,8%	15 minuten
Haaglanden	91,7	95,8	97,1%	15 minuten
Hollands Midden	91,2	95,5	96,6%	15 minuten
Rotterdam-Rijnmond	83,9	89,1	91,5%	19 minuten
Zuid-Holland Zuid	90,7	93,9	95,7%	16 minuten
Zeeland	85,3	89,2	92,1%	18 minuten
Midden West Brabant	87,7	91,9	94,2%	17 minuten
Brabant Noord	88,5	93,5	95,3%	16 minuten
Zuidoost Brabant	90,1	93,4	95,6%	16 minuten
Limburg Noord	85,7	89,5	92,2%	18 minuten
Zuid Limburg	88,7	91,9	94,1%	17 minuten
Flevoland	88,9	92,5	93,4%	18 minuten
<b>gewogen landelijk gemiddelde 2012</b>	<b>89,2</b>	<b>92,9</b>	<b>94,8%</b>	<b>17 minuten</b>
<i>gewogen landelijk gemiddelde 2011</i>	<i>90</i>	<i>93</i>	<i>95%</i>	<i>16 minuten</i>
<i>gewogen landelijk gemiddelde 2010</i>	<i>89</i>	<i>92</i>	<i>94%</i>	<i>17 minuten</i>
<i>gewogen landelijk gemiddelde 2009</i>	<i>76</i>	<i>88</i>	<i>92%</i>	<i>17 minuten</i>
<i>gewogen landelijk gemiddelde 2008</i>	<i>75</i>	<i>88</i>	<i>92%</i>	<i>19 minuten</i>

## Responstijd A1-inzetten en aard van het gebied

In 2012 is 51,6% van de A1-inzetten in stedelijk gebied uitgevoerd, 16,4% vond plaats in matig stedelijk gebied en 32,0% in het perifeer gebied. De aard van het gebied is van invloed op de responstijden, de verschillen worden zichtbaar in onderstaande tabel:

tabel 9.5: responstijden A1-inzetten in stedelijk en niet-stedelijk gebied in 2012

	stedelijk gebied	matig stedelijk gebied	plattelands- gebied	totaal
10 minuten	68,6%	58,9%	44,3%	59,1%
12 minuten	84,3%	77,4%	66,4%	77,3%
14 minuten	92,9%	89,8%	83,1%	89,2%
15 minuten	95,4%	93,6%	88,6%	92,9%
16 minuten	96,6%	95,4%	91,6%	94,8%
18 minuten	98,1%	97,5%	95,6%	97,2%
20 minuten	98,8%	98,6%	97,6%	98,4%
<b>2012: 15 minuten</b>	<b>95,4%</b>	<b>93,6%</b>	<b>88,6%</b>	<b>92,9%</b>

### 9.3.2 Aanname en uitgifte A1-inzetten

De landelijk gemiddelde tijdsduur aanname en uitgifte van A1-inzetten bedroeg in 2012 1:58 minuten en was daarmee zes seconden langer dan de 1:52 minuten in 2011

tabel 9.6: gemiddelde tijdsduur aanname en uitgifte A1-inzetten per regio (in min:sec)

	2012	2011	2010	2009	2008
Groningen	1:41	1:47	1:46	1:51	1:59
Friesland	1:50	1:52	1:48	1:51	1:49
Drenthe	1:44	1:27	1:27	1:24	1:18
IJsselland	2:01	2:04	1:53	1:34	1:34
Twente	1:34	1:35	1:41	1:37	1:33
Noordoost Gelderland	1:58	2:00	1:49	1:57	2:11
Gelderland Midden	1:31	1:31	1:33	1:42	1:53
Gelderland Zuid	1:34	1:44	1:37	1:39	1:50
Utrecht	1:40	1:50	1:54	1:47	1:58
Noord-Holland Noord	2:15	1:37	1:36	1:27	1:25
Amsterdam/Waterland	2:28	2:34	2:32	2:44	2:52
Kennemerland	1:26	1:05	1:25	1:26	1:28
Gooi- en Vechtstreek	1:32	1:41	1:46	1:40	1:32
Haaglanden	2:22	2:08	2:06	1:54	1:42
Hollands Midden	2:23	2:01	1:41	1:44	1:41
Rotterdam-Rijnmond	2:17	2:07	2:05	2:11	2:06
Zuid-Holland Zuid	1:31	1:24	1:29	1:24	1:14
Zeeland	1:31	1:37	1:47	1:52	1:56
Midden West Brabant	2:02	1:40	1:45	1:45	1:38
Brabant Noord	1:55	1:30	1:33	1:33	1:33
Zuidoost Brabant	1:55	2:00	1:52	1:47	1:44
Limburg Noord	1:26	1:24	1:24	1:37	1:39
Zuid Limburg	1:58	1:45	1:49	1:50	1:48
Flevoland	1:34	1:38	1:40	1:47	1:48
<b>gewogen landelijk gemiddelde</b>	<b>1:58</b>	<b>1:52</b>	<b>1:51</b>	<b>1:52</b>	<b>1:53</b>

### Ontwikkeling tijdsduur aanname en uitgifte

Over de jaren 2008 tot en met 2012 is de volgende variatie zichtbaar in de landelijk gemiddelde tijdsduur aanname en uitgifte van A1-inzetten:

- de langste landelijk gemiddelde tijdsduur aanname en uitgifte van 1:58 minuten is geregistreerd in 2012
  - de kortste landelijk gemiddelde tijdsduur aanname en uitgifte van 1:51 minuten is in 2010 gerealiseerd
- Een en ander is visueel weergegeven in grafiek 9.7 op pagina 53.

### 9.3.3 Uitrustijd A1-inzetten

De landelijk gemiddelde uitrustijd van A1-inzetten bedroeg in 2012 1:01 minuten en is daarmee één seconde korter dan de 1:02 minuten in 2011.

tabel 9.7: gemiddelde uitrustijd A1-inzetten per regio (in min:sec)

	2012	2011	2010	2009	2008
Groningen	0:43	0:41	0:43	0:44	1:00
Friesland	0:54	0:55	0:54	0:57	1:09
Drenthe	0:49	0:46	0:44	0:43	0:49
IJsselland	0:35	1:01	1:02	1:25	1:23
Twente	0:45	0:46	0:43	0:56	0:56
Noordoost Gelderland	0:52	0:51	0:54	1:08	1:24
Gelderland Midden	0:37	0:41	0:45	1:08	1:32
Gelderland Zuid	0:49	0:44	0:48	1:04	1:07
Utrecht	1:05	0:54	0:57	1:09	1:16
Noord-Holland Noord	0:51	0:49	0:51	0:54	1:01
Amsterdam/Waterland	1:10	1:10	1:12	1:16	1:12
Kennemerland	0:55	0:51	0:53	1:01	1:17
Gooi- en Vechtstreek	0:55	0:53	0:52	0:56	1:10
Haaglanden	1:23	1:32	1:31	1:30	1:47
Hollands Midden	1:04	1:07	1:05	1:12	1:20
Rotterdam-Rijnmond	1:36	1:34	1:26	1:24	1:34
Zuid-Holland Zuid	1:02	1:07	1:21	1:28	1:30
Zeeland	0:58	0:59	1:07	1:34	1:45
Midden West Brabant	0:41	0:42	0:40	0:46	0:49
Brabant Noord	0:37	0:38	0:41	0:53	1:00
Zuidoost Brabant	0:55	0:54	0:49	0:55	0:52
Limburg Noord	1:02	0:57	0:49	1:02	1:26
Zuid Limburg	1:00	0:58	1:01	1:10	1:29
Flevoland	0:58	1:08	1:09	1:37	1:50
<b>gewogen landelijk gemiddelde</b>	<b>1:01</b>	<b>1:02</b>	<b>1:02</b>	<b>1:09</b>	<b>1:17</b>

### Ontwikkeling uitrustijden

Over de jaren 2008 tot en met 2012 is de volgende variatie zichtbaar in de landelijk gemiddelde uitrustijd van A1-inzetten:

- de langste landelijk gemiddelde uitrustijd van 1:17 minuten is geregistreerd in 2008
  - de kortste landelijk gemiddelde uitrustijd van 1:01 minuten is in 2012 gerealiseerd
- Een en ander is visueel weergegeven in grafiek 9.7 op pagina 53.

### 9.3.4 Aanrijtijd A1-inzetten

De landelijk gemiddelde aanrijtijd van A1-inzetten bedroeg in 2012 6:39 minuten en was drie seconden langer dan de 6:36 minuten in 2011.

tabel 9.8: gemiddelde aanrijtijd A1-inzetten per regio (in min:sec)

	2012	2011	2010	2009	2008
Groningen	6:09	6:04	6:13	6:17	6:15
Friesland	6:45	7:01	6:59	6:58	6:49
Drenthe	6:37	6:48	6:53	6:44	6:39
IJsselland	6:48	6:28	6:20	6:22	6:22
Twente	6:32	6:41	6:48	6:34	6:25
Noordoost Gelderland	7:24	7:21	7:23	7:18	7:11
Gelderland Midden	6:56	6:49	6:53	7:02	7:12
Gelderland Zuid	6:51	7:04	7:16	7:33	7:38
Utrecht	6:28	6:17	6:25	6:26	6:27
Noord-Holland Noord	7:38	7:42	7:50	7:34	7:29
Amsterdam/Waterland	6:08	5:53	6:01	5:58	5:46
Kennemerland	6:15	6:05	6:14	6:11	6:12
Gooi- en Vechtstreek	6:22	6:26	6:46	6:47	6:37
Haaglanden	5:55	5:55	6:08	6:12	6:01
Hollands Midden	6:29	6:26	6:29	6:20	6:12
Rotterdam-Rijnmond	6:31	6:37	6:47	6:43	6:34
Zuid-Holland Zuid	6:48	6:58	6:51	6:38	6:30
Zeeland	7:29	7:27	7:45	7:42	7:30
Midden West Brabant	7:04	7:12	7:36	7:29	7:24
Brabant Noord	7:08	7:15	7:27	7:25	7:12
Zuidoost Brabant	6:33	6:23	6:34	6:34	6:32
Limburg Noord	7:26	7:29	7:50	7:49	7:36
Zuid Limburg	6:58	7:00	7:09	6:59	6:49
Flevoland	6:49	6:36	6:43	6:19	6:08
<b>gewogen landelijk gemiddelde</b>	<b>6:39</b>	<b>6:36</b>	<b>6:45</b>	<b>6:42</b>	<b>6:36</b>

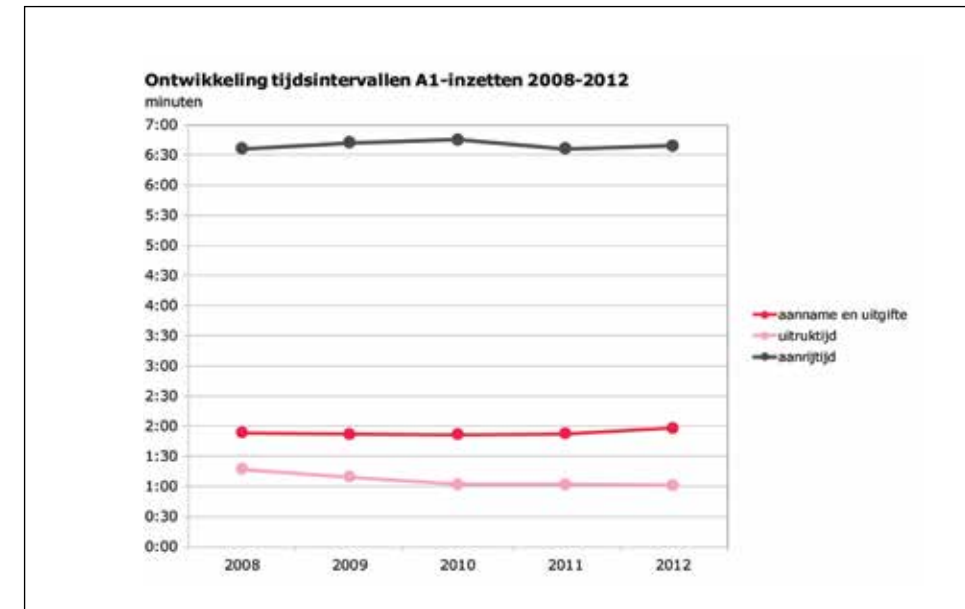
### Ontwikkeling aanrijtijden

Over de jaren 2008 tot en met 2012 is de volgende variatie zichtbaar in de landelijk gemiddelde aanrijtijd van A1-inzetten:

- de langste landelijk gemiddelde aanrijtijd van 6:45 minuten is geregistreerd in 2010
- de kortste landelijk gemiddelde aanrijtijd van 6:36 minuten is zowel in 2008 als in 2010 gerealiseerd

Onderstaand is de ontwikkeling van de tijdsduur aanname en uitgifte, de uitruktijd en de aanrijtijd van A1-inzetten over de jaren 2008 tot en met 2012 visueel weergegeven.

grafiek 9.7: ontwikkeling tijdsintervallen A1-inzetten 2008-2012



# 10 A2-inzetten

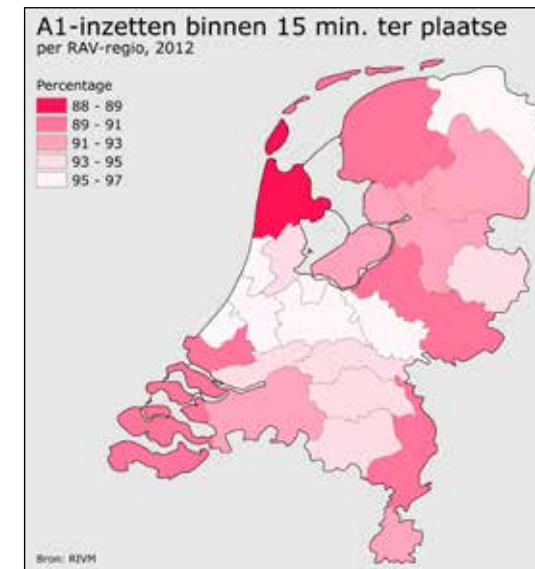


## 10.1 A2-inzet

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

Voorbeelden van inzetten met A2-urgentie zijn patiënten met blindedarmonsteking 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.

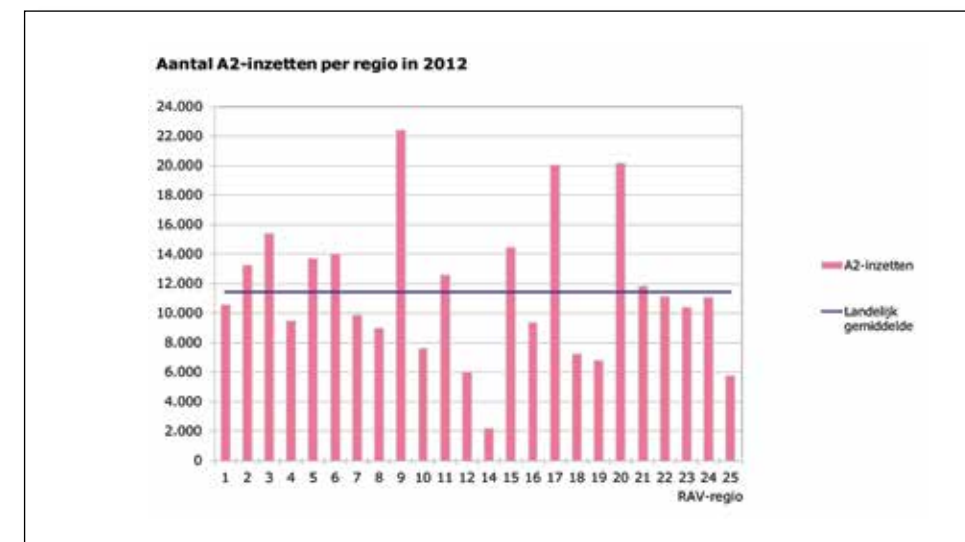
kaart 10.1: aantal A2-inzetten per regio per 1.000 inwoners in 2012



## 10.2 Het aantal A2-inzetten in 2012

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 totaal aantal A2-inzetten is sinds 2008 met 22,3% gestegen, dit is gemiddeld 4,5% per jaar.

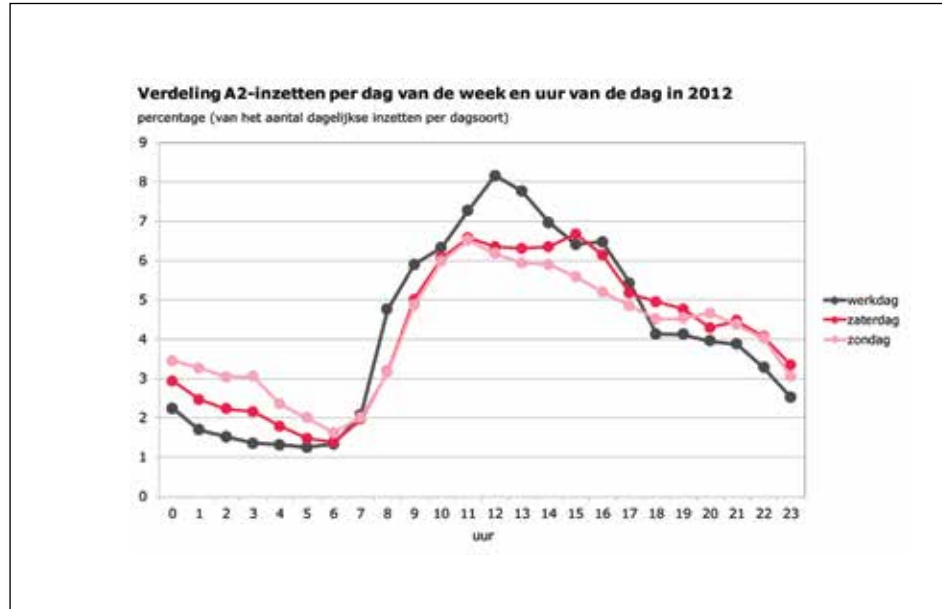
grafiek 10.1: aantal A2-inzetten per regio in 2012





## 10.2.1 A2-inzetten en dag van de week

grafiek 10.2: verdeling A2-inzetten per dag van de week en uur van de dag in 2012



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.

## 10.2.2 A2-inzetten en aard van het 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.

## 10.3 Prestaties A2-inzetten in 2012

In acute, spoedeisende situaties moet men zo spoedig mogelijk zorg ter plaatse kunnen verlenen. In de praktijk wordt ernaar gestreefd dat de ambulance in het geval van een A2-inzet zo spoedig mogelijk en binnen maximaal dertig minuten na het begin van de melding bij de patiënt arriveert.

Samengevat was de responstijd van een gemiddelde A2-inzet in 2012 als volgt opgebouwd:

- tijdsduur aanname en uitgifte: 3:11 minuten
- uitruktijd: 1:17 minuten
- aanrijtijd: 10:32 minuten
- responstijd: 15:15 minuten

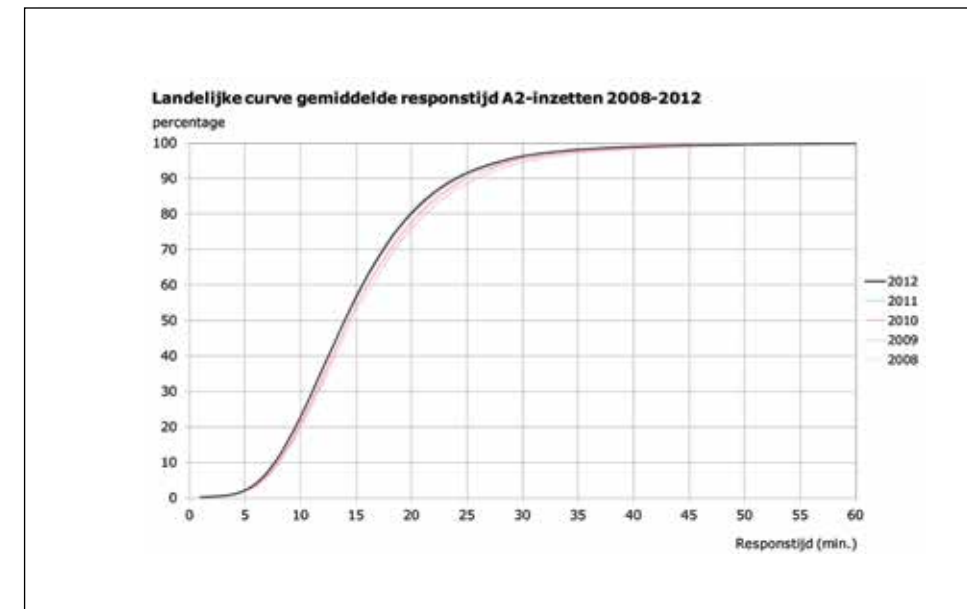
In gemiddeld 96,3% van de A2-inzetten is in 2012 de ambulance binnen dertig minuten na het begin van de melding bij de patiënt gearriveerd.

tabel 10.1: landelijk gemiddelde tijdsduren A2-inzetten in 2012

	2012	2011	2010	2009	2008
tijdsduur aanname en uitgifte	3:11 min.	3:14 min.	3:25 min.	3:22 min.	3:14 min.
uitruktijd	1:17 min.	1:19 min.	1:20 min.	1:39 min.	1:57 min.
aanrijtijd	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.	15:15 min.	15:53 min.
inzetten binnen 30 minuten bij de patiënt	96,3%	96,0%	95,5%	94,5%	96,2%

Naast een snelle responstijd zijn er meer factoren die kunnen bijdragen aan de gezondheidswinst van patiënten en het terugdringen van de mortaliteit. Het is daarom ook interessant om te weten hoeveel A2-inzetten korter of langer dan dertig minuten hebben geduurd. De volgende grafiek laat het beeld van de afgelopen jaren zien:

grafiek 10.3: landelijke curve gemiddelde responstijd A2-inzetten 2008-2012





### 10.3.1 Responstijd A2-inzetten

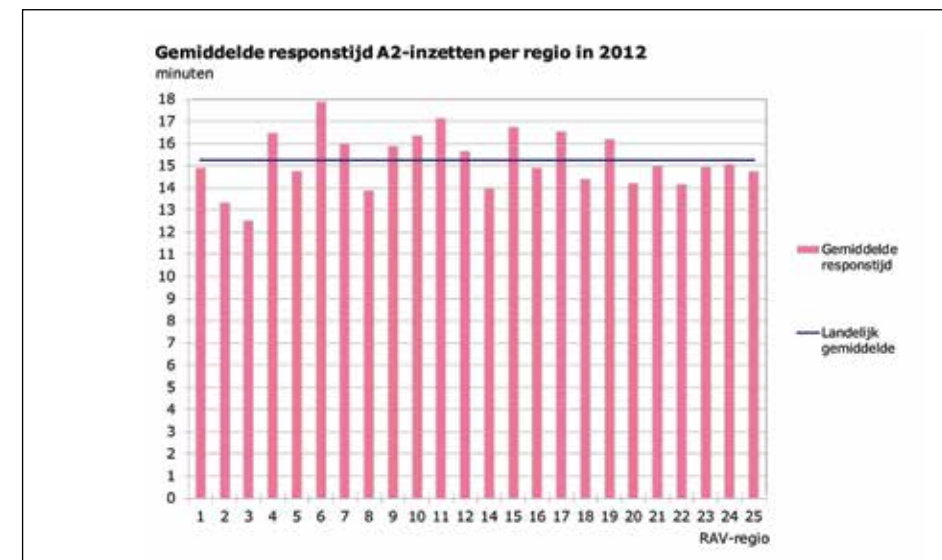
#### Landelijk gemiddelde responstijd A2-inzetten

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

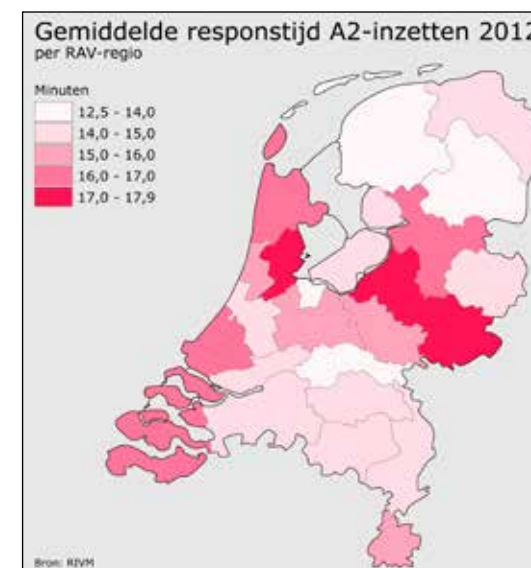
tabel 10.2: gemiddelde responstijd A2-inzetten per regio (in min:sec)

	2012	2011	2010	2009	2008
Groningen	14:53	15:47	16:11	17:12	16:18
Friesland	13:19	14:07	14:41	14:36	14:42
Drenthe	12:29	12:58	14:27	14:02	13:40
IJsselland	16:28	16:21	15:22	15:19	14:38
Twente	14:44	15:14	16:01	15:52	15:09
Noordoost Gelderland	17:51	17:59	17:38	19:23	18:19
Gelderland Midden	15:59	15:57	16:17	16:41	17:25
Gelderland Zuid	13:52	14:37	14:53	15:56	16:01
Utrecht	15:51	15:29	16:07	16:28	17:46
Noord-Holland Noord	16:21	16:21	16:12	16:00	15:45
Amsterdam/Waterland	17:07	17:16	17:46	19:53	18:38
Kennemerland	15:38	14:21	15:18	15:27	16:16
Gooi- en Vechtstreek	13:58	14:22	14:56	15:47	15:40
Haaglanden	16:44	17:22	17:43	18:18	15:37
Hollands Midden	14:53	15:14	15:05	15:06	15:06
Rotterdam-Rijnmond	16:33	16:38	17:04	17:31	17:05
Zuid-Holland Zuid	14:24	14:53	15:29	15:13	14:25
Zeeland	16:12	16:01	16:19	17:31	16:34
Midden West Brabant	14:12	14:12	14:40	14:42	14:32
Brabant Noord	14:58	14:54	15:16	15:49	15:39
Zuidoost Brabant	14:09	14:09	13:55	14:13	13:46
Limburg Noord	14:55	14:52	15:07	15:44	16:05
Zuid Limburg	15:02	14:50	15:30	15:24	15:19
Flevoland	14:45	15:09	15:17	15:07	14:06
<b>gewogen landelijk gemiddelde</b>	<b>15:15</b>	<b>15:25</b>	<b>15:51</b>	<b>16:15</b>	<b>15:53</b>

grafiek 10.4: gemiddelde responstijd A2-inzetten per regio in 2012



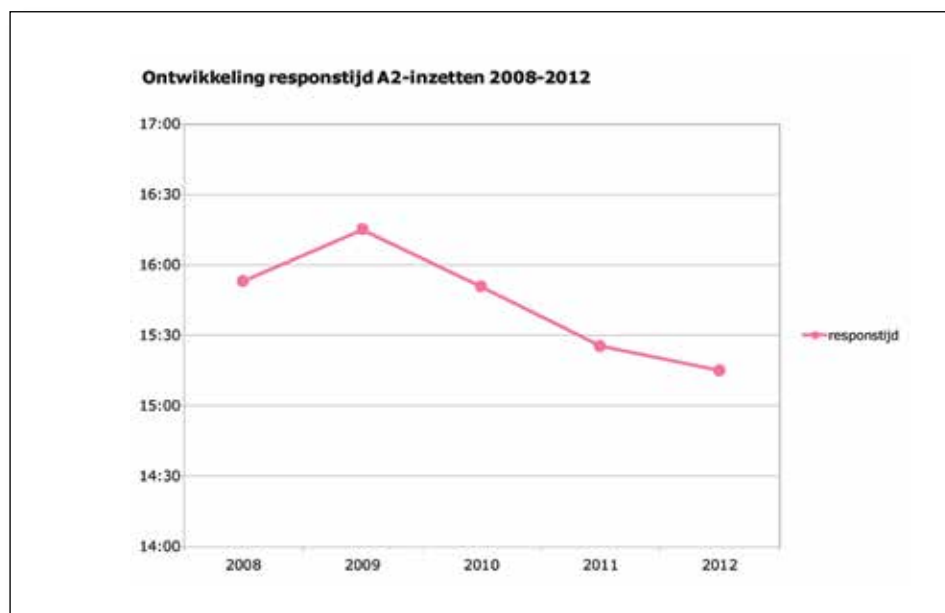
kaart 10.2: gemiddelde responstijd A2-inzetten per regio in 2012



Over de jaren 2008 tot en met 2012 is de volgende variatie zichtbaar in de landelijk gemiddelde responstijd van A2-inzetten:

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

grafiek 10.5: ontwikkeling responstijd A2-inzetten 2008-2012



### A2-inzetten en dertig minuten

De landelijk gemiddelde responstijd van 15:15 minuten in 2012 ligt ruim onder de veldnorm van dertig minuten.

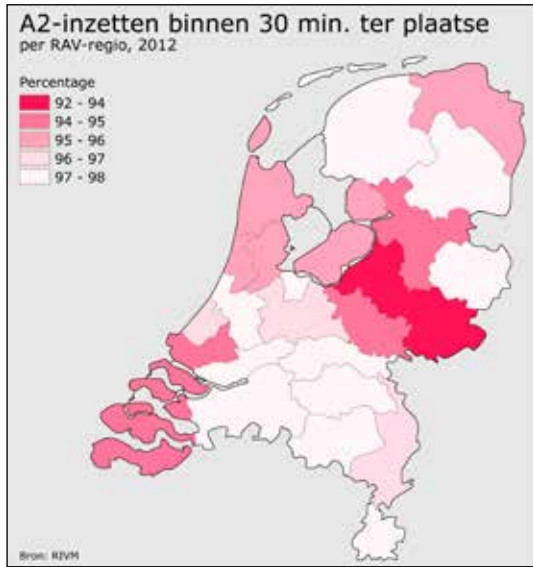
Van alle A2-inzetten die in 2012 werden uitgevoerd, was de ambulance in 96,3% binnen dertig minuten na het begin van de melding bij de patiënt aanwezig. Dit betekent een verbetering van 0,3% ten opzichte van 2011, toen het percentage 96,0% was.

tabel 10.3: A2-inzetten binnen 30 minuten bij de patiënt per regio

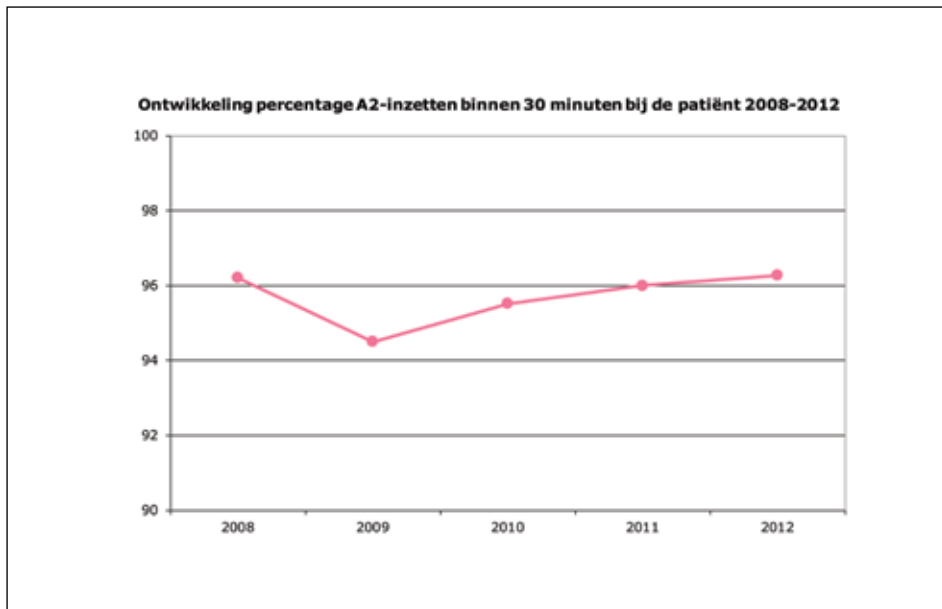
	2012		2011		2010		2009		2008	
	aantal	%	aantal	%	aantal	%	aantal	%	aantal	%
Groningen	8.808	95,7%	8.022	94,6%	7.295	93,8%	7.278	92,1%	7.350	95,6%
Friesland	11.728	97,0%	9.041	96,7%	7.465	96,9%	6.965	96,7%	6.029	97,5%
Drenthe	13.635	97,2%	13.130	95,8%	9.935	94,7%	9.629	95,7%	7.386	97,5%
IJsselland	7.593	94,4%	7.120	95,0%	8.631	96,6%	9.032	95,6%	9.020	97,6%
Twente	12.426	97,0%	11.875	96,3%	11.440	95,0%	11.031	94,8%	9.739	96,9%
Noordoost Gelderland	11.637	92,5%	11.727	91,9%	11.448	92,1%	10.320	88,5%	9.776	92,3%
Gelderland Midden	8.236	94,3%	8.167	94,4%	7.724	93,9%	7.110	94,3%	6.658	94,8%
Gelderland Zuid	8.054	97,8%	7.024	96,6%	6.847	96,5%	6.447	95,3%	5.626	96,0%
Utrecht	16.292	96,4%	15.417	96,7%	15.418	95,4%	14.954	94,6%	13.120	92,7%
Noord-Holland Noord	6.077	95,4%	6.069	95,2%	6.001	95,1%	5.837	94,9%	4.477	97,2%
Amsterdam/Waterland	9.690	95,0%	9.154	95,4%	8.574	94,6%	7.704	87,8%	7.480	92,6%
Kennemerland	3.355	95,4%	4.931	96,8%	4.799	96,2%	4.737	95,7%	1.321	96,1%
Gooi- en Vechtstreek	1.819	97,5%	1.888	97,6%	1.928	97,0%	1.886	96,4%	1.839	97,3%
Haaglanden	13.116	96,2%	12.782	95,8%	13.265	95,7%	13.100	93,0%	12.011	97,5%
Hollands Midden	8.404	97,3%	7.246	97,0%	5.722	97,4%	5.433	97,7%	4.733	98,4%
Rotterdam-Rijnmond	15.917	94,4%	14.263	94,0%	13.912	93,5%	11.827	92,2%	10.548	94,4%
Zuid-Holland Zuid	6.431	97,8%	5.825	97,7%	5.898	97,0%	5.620	97,1%	5.111	98,3%
Zeeland	5.300	94,3%	5.152	94,7%	4.957	94,3%	4.669	92,7%	4.450	96,1%
Midden West Brabant	17.467	98,4%	20.160	98,2%	18.659	97,7%	18.057	97,8%	16.253	98,5%
Brabant Noord	10.031	97,3%	10.937	97,1%	9.865	96,8%	9.592	96,0%	8.441	97,3%
Zuidoost Brabant	9.260	98,1%	8.542	97,7%	8.076	98,0%	7.253	97,6%	6.328	98,2%
Limburg Noord	8.587	97,0%	7.702	97,2%	7.242	96,2%	6.438	95,9%	5.084	96,2%
Zuid Limburg	9.442	97,5%	9.317	96,9%	8.614	95,8%	8.086	96,4%	6.993	97,1%
Flevoland	4.966	95,7%	4.746	95,2%	4.697	93,7%	4.686	94,3%	4.502	97,5%
<b>gewogen landelijk gemiddelde</b>	<b>228.271</b>	<b>96,3%</b>	<b>220.237</b>	<b>96,0%</b>	<b>208.412</b>	<b>95,5%</b>	<b>197.691</b>	<b>94,5%</b>	<b>174.275</b>	<b>96,2%</b>

Over de afgelopen vijf jaren is een verbetering van het percentage A2-inzetten binnen dertig minuten bij de patiënt zichtbaar:

kaart 10.3: A2-inzetten binnen 30 minuten bij de patiënt per regio



grafiek 10.6: ontwikkeling percentage A2-inzetten binnen 30 minuten bij de patiënt 2008-2012



### Differentiatie in responstijden A2-inzetten

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

96,3% van de A2-inzetten was in 2012 binnen 30 minuten aanwezig,  
95% van de A2-inzetten was in 2012 binnen 29 minuten aanwezig.

tabel 10.4: percentage A2-inzetten binnen 25, 30 en 35 minuten bij de patiënt per regio in 2012

	% A2-inzetten bij de patiënt binnen:			95% ter plaatsse in:
	25 min	30 min	35 min	
Groningen	91,9	95,7	97,8%	29 minuten
Friesland	93,9	97,0	98,5%	27 minuten
Drenthe	94,9	97,2	98,3%	26 minuten
IJsselland	88,9	94,4	97,0%	31 minuten
Twente	92,7	97,0	98,8%	28 minuten
Noordoost Gelderland	84,7	92,5	96,1%	34 minuten
Gelderland Midden	89,4	94,3	97,0%	31 minuten
Gelderland Zuid	94,6	97,8	98,9%	26 minuten
Utrecht	90,6	96,4	98,6%	29 minuten
Noord-Holland Noord	89,2	95,4	97,8%	30 minuten
Amsterdam/Waterland	88,1	95,0	97,8%	30 minuten
Kennemerland	91,0	95,4	97,8%	30 minuten
Gooi- en Vechtstreek	94,1	97,5	99,0%	27 minuten
Haaglanden	88,4	96,2	98,1%	29 minuten
Hollands Midden	92,9	97,3	98,5%	28 minuten
Rotterdam-Rijnmond	88,8	94,4	97,1%	31 minuten
Zuid-Holland Zuid	94,3	97,8	98,9%	26 minuten
Zeeland	89,7	94,3	96,6%	32 minuten
Midden West Brabant	95,3	98,4	99,3%	25 minuten
Brabant Noord	93,0	97,3	98,9%	27 minuten
Zuidoost Brabant	95,0	98,1	99,0%	25 minuten
Limburg Noord	92,5	97,0	98,4%	28 minuten
Zuid Limburg	93,9	97,5	98,8%	27 minuten
Flevoland	90,9	95,7	97,4%	29 minuten
<b>gewogen landelijk gemiddelde 2012</b>	<b>91,6</b>	<b>96,3</b>	<b>98,1%</b>	<b>29 minuten</b>
<i>gewogen landelijk gemiddelde 2011</i>	<i>91</i>	<i>96</i>	<i>98%</i>	<i>29 minuten</i>
<i>gewogen landelijk gemiddelde 2010</i>	<i>90</i>	<i>96</i>	<i>98%</i>	<i>30 minuten</i>
<i>gewogen landelijk gemiddelde 2009</i>	<i>89</i>	<i>95</i>	<i>97%</i>	<i>31 minuten</i>
<i>gewogen landelijk gemiddelde 2008</i>	<i>89</i>	<i>95</i>	<i>97%</i>	<i>30 minuten</i>

### Responstijd A2-inzetten en aard van het gebied

In 2012 is 45,5% van de A2-inzetten in stedelijk gebied uitgevoerd, 19,1% vond plaats in matig stedelijk gebied en 35,4% in het perifeer gebied. De aard van het gebied is van invloed op de responstijden, de verschillen worden zichtbaar in onderstaande tabel.

tabel 10.5: responstijden A2-inzetten in stedelijk en niet-stedelijk gebied in 2012

	stedelijk gebied	matig stedelijk gebied	plattelands-gebied	totaal
20 minuten	83,2%	81,5%	76,2%	80,3%
25 minuten	92,6%	92,0%	90,1%	91,6%
29 minuten	96,2%	95,8%	94,8%	95,6%
30 minuten	96,8%	96,4%	95,6%	96,3%
31 minuten	97,2%	96,9%	96,2%	96,8%
35 minuten	98,3%	98,1%	97,9%	98,1%
40 minuten	99,1%	98,9%	98,8%	99,0%
<b>2012: 30 minuten</b>	<b>96,8%</b>	<b>96,4%</b>	<b>95,6%</b>	<b>96,3%</b>

### 10.3.2 Aanname en uitgifte A2-inzetten

De landelijk gemiddelde tijdsduur aanname en uitgifte van A2-inzetten bedroeg in 2012 3:11 minuten en is daarmee drie seconden korter dan de 3:14 minuten in 2011.

tabel 10.6: gemiddelde tijdsduur aanname en uitgifte A2-inzetten per regio (in min:sec)

	2012	2011	2010	2009	2008
Groningen	3:30	4:03	4:00	4:11	3:54
Friesland	2:41	2:50	2:54	2:56	2:50
Drenthe	2:40	2:27	2:47	2:42	2:53
IJsselland	2:57	3:51	3:17	2:44	2:44
Twente	2:59	3:15	3:49	3:53	3:22
Noordoost Gelderland	4:01	4:09	3:50	3:56	4:17
Gelderland Midden	3:15	3:09	3:10	3:10	3:25
Gelderland Zuid	2:34	2:49	2:44	2:38	2:48
Utrecht	3:29	3:36	3:55	3:45	3:59
Noord-Holland Noord	2:57	2:53	2:38	2:28	2:27
Amsterdam/Waterland	3:55	4:09	4:29	5:24	5:36
Kennemerland	2:53	2:10	2:51	3:05	3:30
Gooi- en Vechtstreek	2:46	2:47	2:59	3:08	2:52
Haaglanden	4:36	4:29	4:29	4:22	1:55
Hollands Midden	3:15	3:10	2:52	2:56	2:50
Rotterdam-Rijnmond	3:45	3:42	4:34	4:00	3:52
Zuid-Holland Zuid	2:43	2:41	2:54	2:30	2:09
Zeeland	2:50	2:52	3:09	3:10	3:12
Midden West Brabant	2:30	2:27	2:37	2:41	2:38
Brabant Noord	2:57	2:55	3:09	3:13	3:27
Zuidoost Brabant	2:49	3:01	2:54	2:57	2:54
Limburg Noord	2:29	2:25	2:26	2:45	2:46
Zuid Limburg	2:54	2:39	2:52	2:58	3:00
Flevoland	3:37	4:06	3:58	3:02	3:00
<b>gewogen landelijk gemiddelde</b>	<b>3:11</b>	<b>3:14</b>	<b>3:25</b>	<b>3:22</b>	<b>3:14</b>

### Ontwikkeling tijdsduur aanname en uitgifte

Over de jaren 2008 tot en met 2012 is de volgende variatie zichtbaar in de landelijk gemiddelde tijdsduur aanname en uitgifte van A2-inzetten:

- de langste landelijk gemiddelde tijdsduur aanname en uitgifte van 3:25 minuten is geregistreerd in 2010
- de kortste landelijk gemiddelde tijdsduur aanname en uitgifte van 3:11 minuten is in 2012 gerealiseerd

Een en ander is visueel weergegeven in grafiek 10.7 op pagina 68.

### 10.3.3 Uitrustijd A2-inzetten

De landelijk gemiddelde uitrusttijd van A2-inzetten bedroeg in 2012 1:17 minuten en is daarmee twee seconden korter dan de 1:19 minuten in 2011.

tabel 10.7: gemiddelde uitrusttijd A2-inzetten per regio (in min:sec)

	2012	2011	2010	2009	2008
Groningen	1:03	1:04	1:04	1:07	1:26
Friesland	1:05	1:05	1:04	1:09	1:24
Drenthe	0:57	0:55	0:58	0:57	1:03
IJsselland	0:54	1:22	1:29	1:43	1:53
Twente	1:33	1:32	1:23	1:48	1:51
Noordoost Gelderland	1:12	1:14	1:19	2:03	3:01
Gelderland Midden	1:06	1:11	1:13	1:44	2:24
Gelderland Zuid	0:55	0:50	0:55	1:34	1:49
Utrecht	1:25	1:19	1:26	2:02	2:12
Noord-Holland Noord	1:11	1:07	1:09	1:12	1:26
Amsterdam/Waterland	1:50	1:53	1:56	2:12	2:09
Kennemerland	1:24	1:15	1:15	1:25	2:04
Gooi- en Vechtstreek	1:14	1:07	1:08	1:31	2:31
Haaglanden	1:47	2:07	2:04	2:08	2:41
Hollands Midden	1:29	1:38	1:41	1:53	2:04
Rotterdam-Rijnmond	2:02	2:01	1:47	1:49	2:04
Zuid-Holland Zuid	1:16	1:26	1:58	2:12	2:16
Zeeland	1:19	1:23	1:30	2:15	2:38
Midden West Brabant	0:51	0:54	0:49	1:04	1:11
Brabant Noord	0:49	0:49	0:54	1:20	1:33
Zuidoost Brabant	1:14	1:15	1:06	1:15	1:13
Limburg Noord	1:01	1:00	0:55	1:13	2:01
Zuid Limburg	1:17	1:17	1:21	1:36	2:00
Flevoland	1:22	1:40	1:33	2:13	2:31
<b>gewogen landelijk gemiddelde</b>	<b>1:17</b>	<b>1:19</b>	<b>1:20</b>	<b>1:39</b>	<b>1:57</b>

#### Ontwikkeling uitrustijden

Over de jaren 2008 tot en met 2012 is een daling zichtbaar van de landelijk gemiddelde uitrusttijd van A2-inzetten: deze is met veertig seconden gedaald van 1:57 minuten in 2008 tot 1:17 minuten in 2012.

Een en ander is visueel weergegeven in grafiek 10.7 op pagina 68.

### 10.3.4 Aanrijtijd A2-inzetten

De landelijk gemiddelde aanrijtijd van A2-inzetten bedroeg in 2012 10:32 minuten en is daarmee vijf seconden korter dan de gemiddelde aanrijtijd van 10:37 minuten in 2011.

tabel 10.8: gemiddelde aanrijtijd A2-inzetten per regio (in min:sec)

	2012	2011	2010	2009	2008
Groningen	9:57	10:01	10:18	10:58	10:57
Friesland	9:22	10:01	10:38	10:23	10:27
Drenthe	8:26	8:54	9:54	9:41	9:43
IJsselland	10:50	10:18	9:57	10:02	10:00
Twente	10:17	10:27	10:48	10:09	9:55
Noordoost Gelderland	11:53	11:53	11:45	11:32	11:00
Gelderland Midden	11:03	11:03	11:17	11:15	11:36
Gelderland Zuid	10:24	10:57	11:15	11:39	11:23
Utrecht	10:57	10:35	10:45	11:33	11:34
Noord-Holland Noord	12:06	12:04	12:10	12:06	11:51
Amsterdam/Waterland	11:28	11:19	11:25	11:22	10:53
Kennemerland	10:58	10:41	10:52	10:46	10:40
Gooi- en Vechtstreek	9:49	10:13	10:23	10:43	10:17
Haaglanden	10:33	10:49	11:10	11:17	11:00
Hollands Midden	9:52	10:16	10:26	10:12	10:11
Rotterdam-Rijnmond	10:14	10:24	10:42	10:59	11:08
Zuid-Holland Zuid	10:25	10:46	10:43	10:20	9:59
Zeeland	11:27	11:13	10:55	11:07	10:42
Midden West Brabant	10:45	10:44	11:03	10:52	10:42
Brabant Noord	11:00	10:54	10:56	11:01	10:39
Zuidoost Brabant	10:00	9:46	9:48	9:55	9:38
Limburg Noord	11:12	11:18	11:26	11:30	11:17
Zuid Limburg	10:45	10:45	11:04	10:34	10:18
Flevoland	9:47	9:36	9:43	9:00	8:35
<b>gewogen landelijk gemiddelde</b>	<b>10:32</b>	<b>10:37</b>	<b>10:51</b>	<b>10:51</b>	<b>10:41</b>

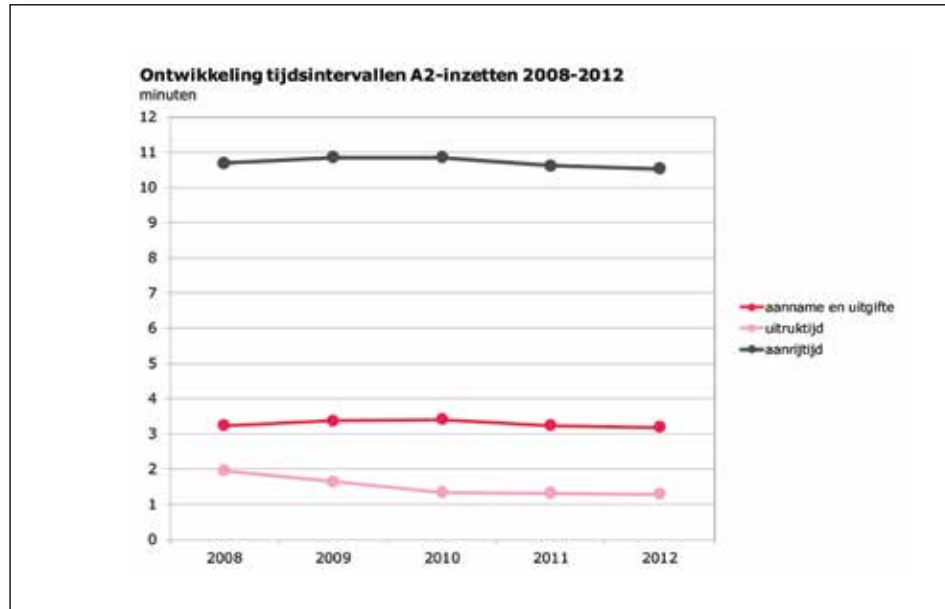
#### Ontwikkeling aanrijtijden

Over de jaren 2008 tot en met 2012 is de volgende variatie zichtbaar in de landelijk gemiddelde aanrijtijd van A2-inzetten:

- de langste landelijk gemiddelde aanrijtijd van 10:51 minuten is geregistreerd in 2009 en 2010
- de kortste landelijk gemiddelde aanrijtijd van 10:32 minuten is in 2012 gerealiseerd

Onderstaand is de ontwikkeling van de tijdsduur aanname en uitgifte, de uitruktijd en de aanrijtijd van A2-ritten over de jaren 2008 tot en met 2012 visueel weergegeven.

grafiek 10.7: ontwikkeling tijdsintervallen A2-inzetten 2008-2012



## 11 B-inzetten



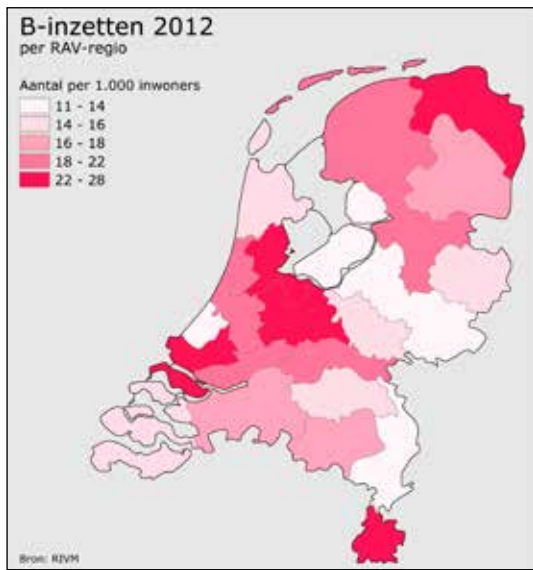
### 11.1 B-inzet

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 oogpunt 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. Bovendien is de beschikbaarheid van ambulances afhankelijk van de onvoorspelbare, variërende vraag om spoedeisende ambulancezorg. De spoedeisende ambulancezorg gaat bij onvoldoende beschikbare paraatheid voor op de planbare ambulancezorg.



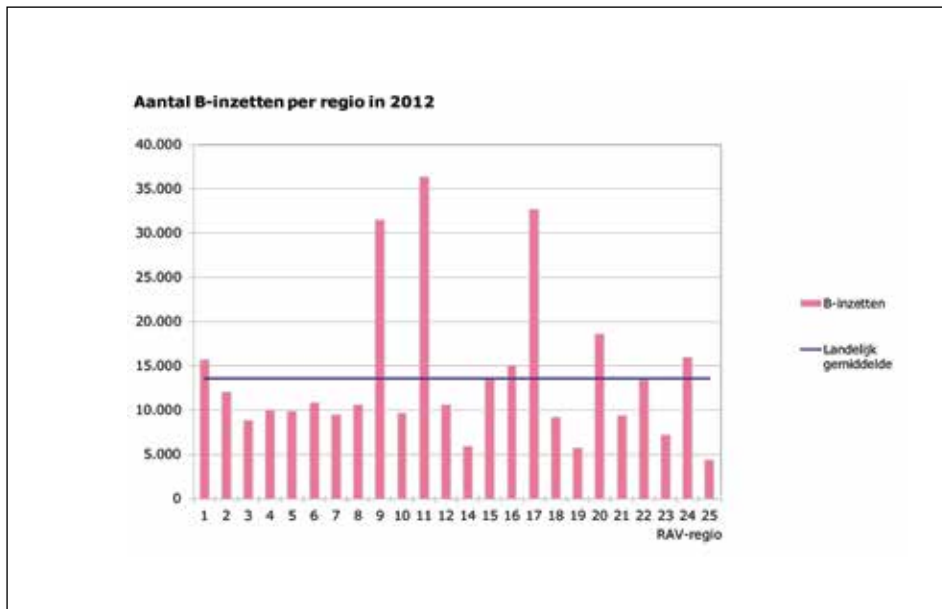
kaart 11.1: aantal B-inzetten per regio per 1.000 inwoners in 2012



## 11.2 Het aantal B-inzetten in 2012

In 2012 waren in Nederland 325.892 inzetten met B-urgentie. Dit is een daling met 16.946 inzetten ten opzichte van 2011. Het aantal B-inzetten is sinds 2008 met 4,0% gedaald, dit is gemiddeld 0,8% per jaar.

grafiek 11.1: aantal B-inzetten per regio in 2012



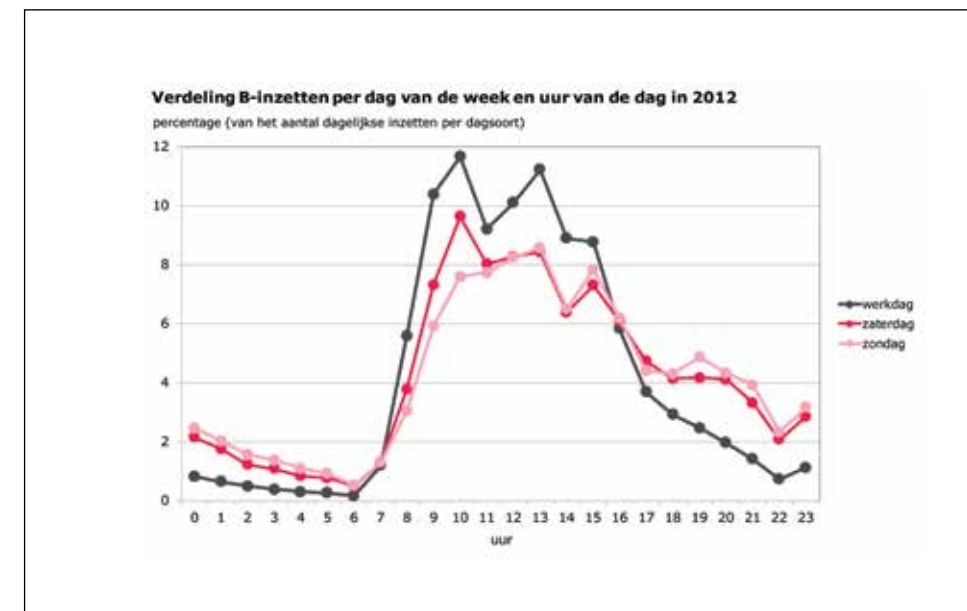
### 11.2.1 B-inzetten en dag van de week

De B-inzetten vinden minder gelijkmatig verdeeld over de dagen van de week plaats dan de spoedeisende ambulancezorg. Er zijn in wat mindere mate B-inzetten in de weekenden.

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%, het betreft vooral inzetten tijdens de vroege ochtenduren.

grafiek 11.2: verdeling B-inzetten per dag van de week en uur van de dag in 2012



### 11.2.2 B-inzetten en aard van het gebied

Voor B-inzetten geldt dat deze vooral in stedelijk gebied plaatsvinden (59,9%). Dit heeft ermee te maken dat B-inzetten overwegend worden verreden 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.



## 12 Spoedeisende ambulancezorg: rapid responder

De rapid responder is een ambulanceverpleegkundige die ter plaatse geheel zelfstandig handelt. Indien noodzakelijk, en zeker als de patiënt vervoerd moet worden, wordt de inzet van de rapid responder gevolgd door die van een ambulance.

De rapid responder is, in tegenstelling tot een first responder, een zorgprofessional en functioneel verbonden aan de ambulanceorganisatie. Een first responder is dit over het algemeen niet en is veelal een brandweerman of functionaris of lekenhulpverlener (meer over de first responder in hoofdstuk 28.2).

Uit de registratie over 2012 blijkt dat 22 RAV-regio's structureel werken met rapid responders. De wijze waarop de functie van rapid responder wordt ingevuld, varieert van regio tot regio. Deze verschillen hebben geen betrekking op de wijze waarop de rapid responder beroepsinhoudelijk de functie vervult, maar met name op het vervoermiddel waar de rapid responder gebruik van maakt. Zo gebruikt men solo-ambulances, motor-ambulances en fietsambulances.

In 2012 hebben de 22 RAV-regio's 53.946 keer een rapid responder ingezet.

tabel 12.1: aantal inzetten rapid responder in 2012

	aantal inzetten	door aantal regio's
<b>2012</b>	<b>53.946</b>	<b>22</b>
2011	53.397	22
2010	41.022	21
2009	37.195	20
2008	23.776	12

## 13 MICU-inzetten

In 2012 hadden de volgende RAV's/regio's een MICU-vergunning (verbonden aan het universitair centrum): Groningen en IJsselland (*Groningen*), Gelderland Zuid (*Nijmegen*), Utrecht (*Utrecht*), Amsterdam (*Amsterdam*), Rotterdam-Rijnmond (*Rotterdam*) en Zuid Limburg (*Maastricht*).

Sinds 2009 zijn alle zeven MICU-regio's actief, in 2008 waren dit nog slechts drie. In 2012 zijn 1.243 MICU-ritten uitgevoerd.

Het aantal MICU-ritten in 2012 is weer afgenomen ten opzichte van 2011 (1.382). Regio's geven aan dat er minder vaak behoefte lijkt te bestaan bij IC-afdelingen om patiënten over te plaatsen. Daarnaast komt het nog steeds voor dat intensive care afdelingen IC-patiënten laten vervoeren en overplaatsen met reguliere ambulances.

tabel 13.1: aantal inzetten MICU in 2012

	2012	2011	2010	2009	2008
Groningen	150	141	126	134	0
IJsselland	111	125	109	100	0
Gelderland Zuid	275	266	271	227	146
Utrecht	125	140	143	86	0
Amsterdam/Waterland	313	405	366	449	377
Rotterdam-Rijnmond	150	151	537	326	213
Zuid-Limburg	119	154	155	91	0
<b>totaal</b>	<b>1.243</b>	<b>1.382</b>	<b>1.707</b>	<b>1.710</b>	<b>1.036</b>

# 14 Ambulance-inzetten naar aard van de inzet

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 hierbij niet vervoerd) en er zijn loze ritten (waarbij bijvoorbeeld geen patiënt wordt aangetroffen).

Het totaal aantal declarabele inzetten plus EHGv-inzetten plus loze inzetten is gelijk aan het totaal van alle A1-, A2- en B-inzetten.

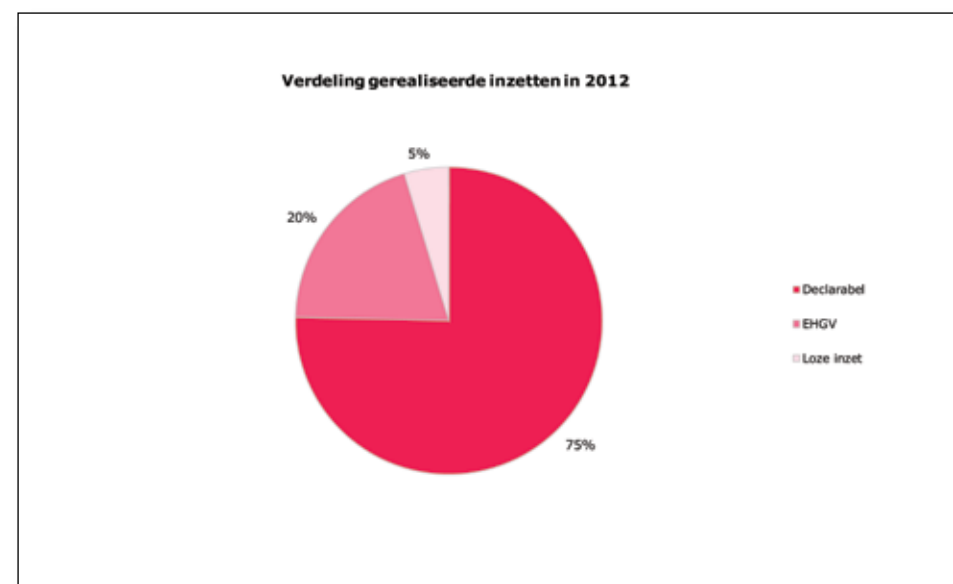
In 2012 zijn ambulances in Nederland 1.100.419 keer ingezet.

tabel 14.1: volume declarabele, EHGv- en loze inzetten

	2012	2011	2010	2009	2008
declarabele inzetten	829.271	826.193	823.333	810.015	786.667
EHGv-inzetten	219.464	209.782	193.178	183.571	169.997
loze inzetten	51.684	48.451	44.757	48.380	46.053
<b>alle inzetten</b>	<b>1.100.419</b>	<b>1.084.426</b>	<b>1.061.268</b>	<b>1.041.966</b>	<b>1.003.050</b>

Er was sprake van een absolute groei van 97.369 inzetten tussen 2008 en 2012: 1.003.050 in 2008 tot 1.100.419 in 2012. Sinds 2008 is het aantal inzetten met 9,7% toegenomen. Het aantal inzetten groeit jaarlijks met gemiddeld 1,9%.

grafiek 14.1: verdeling gerealiseerde inzetten in 2012



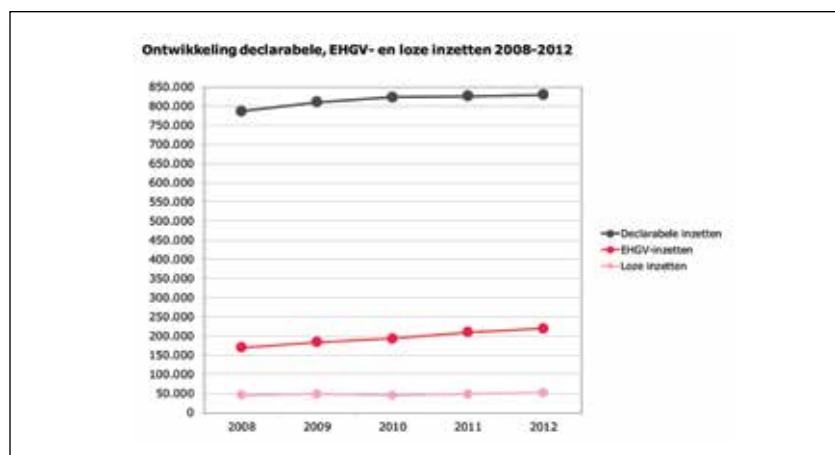
Uit onderstaande tabel blijken de verschillen in aantallen inzetten per urgentie per regio. De tabel is aangevuld met:

- in de vierde kolom het totaal aantal inzetten van de regio;
- in de vijfde kolom het regionale aandeel in het landelijke totaal aantal inzetten;
- in de zesde tot en met negende kolom het totaal aantal inzetten in respectievelijk de jaren 2008 tot en met 2011.

tabel 14.2: aantallen inzetten per regio in 2012

	2012			landelijk t.o.v. region.	2011	2010	2009	2008	
	aantal declar. inzetten	aantal EHGv- inzetten	aantal loze inzetten						
Groningen	37.015	6.912	2.468	46.395	4,2%	46.542	46.015	44.157	43.614
Friesland	32.071	6.807	2.430	41.308	3,8%	40.409	39.680	38.439	36.985
Drenthe	26.141	6.449	1.377	33.967	3,1%	34.762	33.451	32.385	32.466
IJsselland	25.279	5.829	631	31.739	2,9%	32.354	32.572	31.636	32.258
Twente	27.418	6.079	972	34.469	3,1%	33.718	31.948	31.583	31.044
Noordoost Gelderland	33.236	7.762	2.244	43.242	3,9%	42.894	41.785	39.923	39.476
Gelderland Midden	27.288	7.732	1	35.021	3,2%	34.431	34.225	32.516	33.156
Gelderland Zuid	24.528	7.027	2.143	33.698	3,1%	31.968	32.309	31.809	31.223
Utrecht	58.627	19.962	5.024	83.613	7,6%	83.732	85.152	87.333	81.287
Noord-Holland Noord	28.084	8.000	2.859	38.943	3,5%	36.970	33.461	35.273	31.872
Amsterdam/Waterland	82.916	22.567	2.783	108.266	9,8%	103.973	101.472	100.831	95.744
Kennemerland	27.852	8.350	2.212	38.414	3,5%	39.031	37.924	38.094	35.778
Gooi- en Vechtstreek	11.956	3.266	811	16.033	1,5%	16.075	15.580	15.832	14.642
Haaglanden	50.606	15.538	1.131	67.275	6,1%	66.160	64.338	64.828	65.256
Hollands Midden	37.041	9.986	2.902	49.929	4,5%	49.786	47.529	47.467	45.328
Rotterdam-Rijnmond	73.640	17.886	5.320	96.846	8,8%	98.101	97.681	93.579	89.447
Zuid-Holland Zuid	23.665	5.276	1.262	30.203	2,7%	29.913	30.059	28.638	27.395
Zeeland	18.616	4.609	1.289	24.514	2,2%	23.747	23.042	22.887	21.648
Midden West Brabant	50.664	13.200	3.483	67.347	6,1%	65.444	64.226	60.879	57.253
Brabant Noord	27.069	7.609	2.209	36.887	3,4%	35.008	33.514	32.320	30.697
Zuidoost Brabant	31.461	9.480	2.605	43.546	4,0%	41.946	41.001	38.967	38.135
Limburg Noord	23.784	5.485	2.328	31.597	2,9%	28.979	29.110	27.486	26.447
Zuid Limburg	34.700	8.133	1.907	44.740	4,1%	46.962	44.310	44.539	41.991
Flevoland	15.614	5.520	1.293	22.427	2,0%	21.521	20.884	20.565	19.908
<b>totaal 2012</b>	<b>829.271</b>	<b>219.464</b>	<b>51.684</b>	<b>1.100.419</b>	<b>100%</b>				
<i>totaal 2011</i>	<i>826.193</i>	<i>209.782</i>	<i>48.451</i>	<i>1.084.426</i>		<i>1.084.426</i>			
<i>totaal 2010</i>	<i>823.333</i>	<i>193.178</i>	<i>44.757</i>	<i>1.061.268</i>			<i>1.061.268</i>		
<i>totaal 2009</i>	<i>810.015</i>	<i>183.571</i>	<i>48.380</i>	<i>1.041.966</i>				<i>1.041.966</i>	
<i>totaal 2008</i>	<i>786.667</i>	<i>196.997</i>	<i>46.053</i>	<i>1.003.050</i>					<i>1.003.050</i>

grafiek 14.2: ontwikkeling declarabele, EHG- en loze inzetten 2008-2012



tabel 14.3: percentage declarabele en EHG-ritten tov totaal

	aantal declar. inzetten	% decl.-inzetten tov totaal	aantal EHG inzetten	% EHG-inzetten tov totaal	totaal aantal inzetten
Groningen	37.015	79,8%	6.912	14,9%	46.395
Friesland	32.071	77,6%	6.807	16,5%	41.308
Drenthe	26.141	77,0%	6.449	19,0%	33.967
IJsseland	25.279	79,6%	5.829	18,4%	31.739
Twente	27.418	79,5%	6.079	17,6%	34.469
Noordoost Gelderland	33.236	76,9%	7.762	18,0%	43.242
Midden Gelderland	27.288	77,9%	7.732	22,1%	35.021
Gelderland Zuid	24.528	72,8%	7.027	20,9%	33.698
Utrecht	58.627	70,1%	19.962	23,9%	83.613
Noord-Holland Noord	28.084	72,1%	8.000	20,5%	38.943
Amsterdam/Waterland	82.916	76,6%	22.567	20,8%	108.266
Kenemerland	27.852	72,5%	8.350	21,7%	38.414
Gooi- en Vechtstreek	11.956	74,6%	3.266	20,4%	16.033
Haaglanden	50.606	75,2%	15.538	23,1%	67.275
Hollands Midden	37.041	74,2%	9.986	20,0%	49.929
Rotterdam-Rijnmond	73.640	76,0%	17.886	18,5%	96.846
Zuid-Holland Zuid	23.665	78,4%	5.276	17,5%	30.203
Zeeland	18.616	75,9%	4.609	18,8%	24.514
Midden West Brabant	50.664	75,2%	13.200	19,6%	67.347
Brabant Noord	27.069	73,4%	7.609	20,6%	36.887
Zuidoost Brabant	31.461	72,2%	9.480	21,8%	43.546
Noord- en Midden Limburg	23.784	75,3%	5.485	17,4%	31.597
Zuid Limburg	34.700	77,6%	8.133	18,2%	44.740
Flevoland	15.614	69,6%	5.520	24,6%	22.427
<b>totaal 2012</b>	<b>829.271</b>	<b>75,4%</b>	<b>219.464</b>	<b>19,9%</b>	<b>1.100.419</b>
<i>totaal 2011</i>	<i>826.193</i>	<i>76,2%</i>	<i>209.782</i>	<i>19,3%</i>	<i>1.084.426</i>
<i>totaal 2010</i>	<i>823.333</i>	<i>77,6%</i>	<i>193.178</i>	<i>18,2%</i>	<i>1.061.268</i>
<i>totaal 2009</i>	<i>810.015</i>	<i>77,7%</i>	<i>183.571</i>	<i>17,6%</i>	<i>1.041.966</i>
<i>totaal 2008</i>	<i>786.667</i>	<i>78,4%</i>	<i>196.997</i>	<i>19,6%</i>	<i>1.003.050</i>

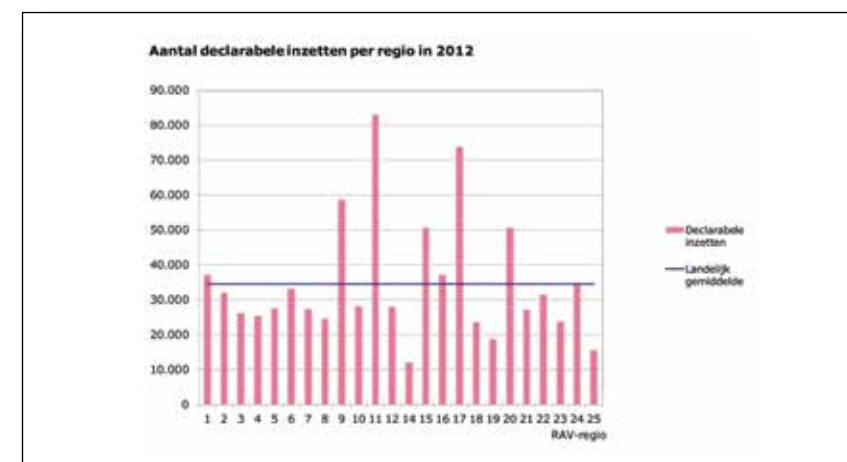
(n.b.: de percentages declarabele en EHG-inzetten bedragen samen geen 100%, loze inzetten maken immers ook onderdeel uit van het totaal aantal inzetten)

## 14.1 Declarabele inzetten

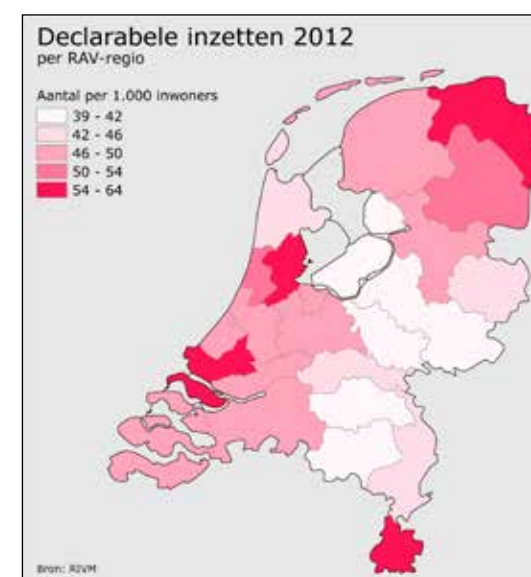
De centralist van de MKA stuurt de ambulance altijd met A1-, A2- of B-urgentie naar een patiënt. Als de ambulance-eenheid een patiënt aantreft, deze behandelt en vervoert naar bijvoorbeeld een ziekenhuis, is er sprake van een declarabele inzet.

In 2012 waren in Nederland 829.271 declarabele inzetten. 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 (zie ook grafiek 14.2 op pagina hiernaast).

grafiek 14.3: aantal declarabele inzetten per regio in 2012



kaart 14.1: aantal declarabele inzetten per regio per 1.000 inwoners in 2012

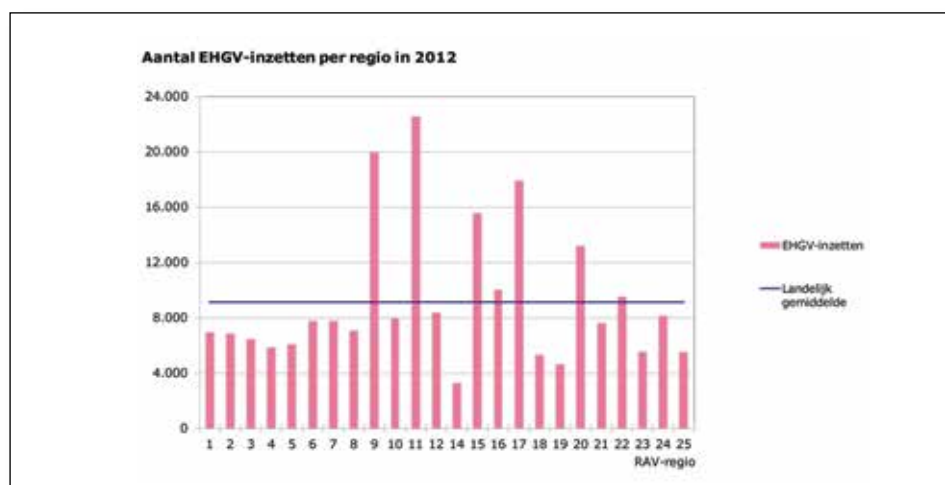


## 14.2 EHGv-inzetten

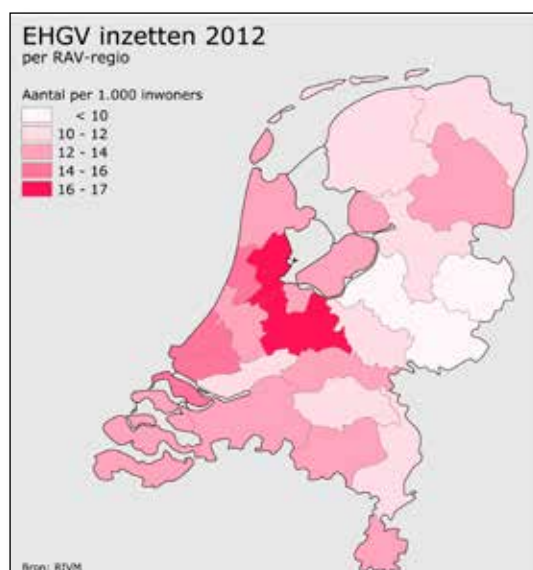
Een ambulance wordt altijd ingezet met de intentie tot hulpverlening en/of vervoer van een patiënt. Er is sprake van een EHGv-inzet als ter plaatse, na onderzoek en/of behandeling van de patiënt, blijkt dat vervoer niet noodzakelijk is. Bij een EHGv-inzet is altijd sprake van zorgverlening aan een patiënt. Ook als een patiënt behandeling weigert of als de patiënt reeds overleden wordt aangetroffen, is er sprake van een EHGv-inzet.

In 2012 waren in Nederland 219.464 EHGv-inzetten. 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 (zie ook grafiek 14.2 op pagina 76).

grafiek 14.4: aantal EHGv-inzetten per regio in 2012



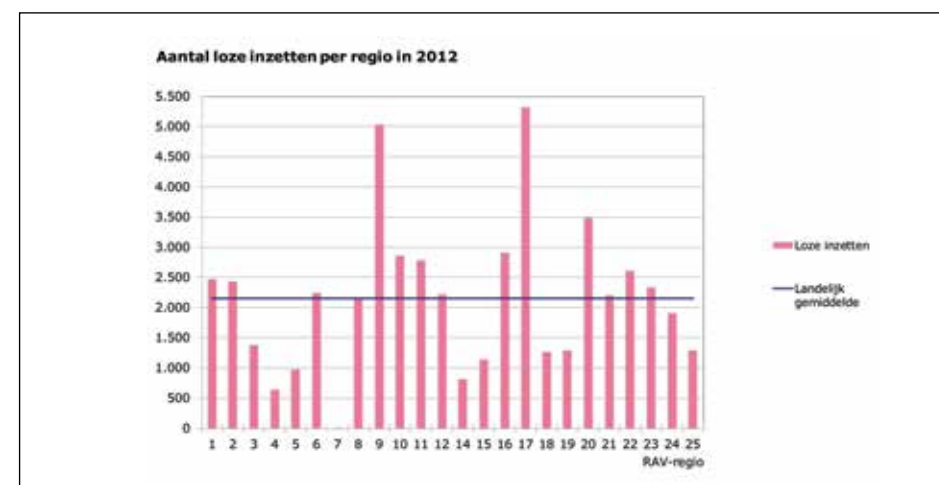
kaart 14.2: aantal EHGv-inzetten per regio per 1.000 inwoners in 2012



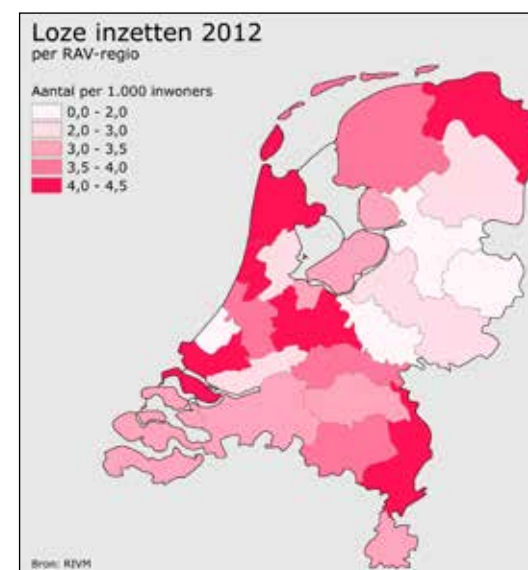
## 14.3 Loze inzetten

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 blijft pas tevergeefs te zijn 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 de noodzaak tot geen van beide (nog) aanwezig te zijn. In 2012 waren in Nederland 51.684 loze inzetten. Dit is een stijging met 3.288 inzetten ten opzichte van 2011. Het aantal loze inzetten is sinds 2008 met 12,2 % gestegen, dit is gemiddeld 2,4% per jaar (zie ook grafiek 14.2 op pagina 76).

grafiek 14.5: aantal loze inzetten per regio in 2012



kaart 14.3: aantal loze inzetten per regio per 1.000 inwoners in 2012



## 15 Ambulance-inzetten voor andere regio's

In Nederland zijn RAV's verantwoordelijk voor de ambulancezorg die in de eigen RAV-regio wordt uitgevoerd. Dit betekent echter niet dat de RAV ook iedere inzet uitvoert die in de eigen regio plaatsvindt. Om verschillende redenen kan het beter zijn dat een inzet door een ambulance van een andere regio wordt uitgevoerd, bijvoorbeeld omdat deze ambulance sneller ter plaatse kan zijn.

De ambulancesector heeft hierover afspraken gemaakt, vastgelegd in het beleidsdocument 'Dynamisch ambulancemanagement'. Deze afspraken hebben primair betrekking op de spoedeisende ambulancezorg, maar ambulanceorganisaties kunnen ook voor B-inzetten in voorkomende gevallen een beroep op elkaars ambulances doen.

Het Landelijk Referentiekader Spreiding & Beschikbaarheid is ook op dit principe gebaseerd. Centraal uitgangspunt is dat de beschikbare ambulancecapaciteit zo efficiënt mogelijk wordt ingezet.

RAV-regio's hebben in 2012 11.848 spoedeisende inzetten (10.455 in 2011) voor elkaar uitgevoerd, dit is bijna 1% van het totaal aantal ritten dat in 2012 is uitgevoerd. Circa 71,5 van deze 11.848 inzetten waren inzetten met een A1-urgentie, 28,5% van de inzetten had een A2-urgentie. Het gaat vooral om inzetten voor en door aangrenzende regio's.

tabel 15.1: aantal spoedeisende inzetten voor en door andere regio's dan de eigen regio in 2012

	assistentie verleend aan andere regio's		assistentie ontvangen van andere regio's	
	A1	A2	A1	A2
Groningen	538	159	265	276
Friesland	275	158	106	84
Drenthe	286	312	640	173
IJsselland	1.126	691	274	190
Twente	47	12	81	22
Noordoost Gelderland	210	75	1.298	837
Gelderland Midden	478	200	222	87
Gelderland Zuid	358	180	301	82
Utrecht	227	58	411	89
Noord-Holland Noord	158	16	772	64
Amsterdam/Waterland	412	63	245	33
Kennemerland	717	52	318	47
Gooi- en Vechtstreek	289	39	74	71
Haaglanden	738	183	132	30
Hollands Midden	249	41	249	49
Rotterdam-Rijnmond	287	131	908	250
Zuid-Holland Zuid	368	118	171	59
Zeeland	132	27	122	28
Midden West Brabant	513	190	181	104
Brabant Noord	478	306	472	225
Zuidoost Brabant	57	29	141	66
Limburg Noord	218	111	565	354
Zuid Limburg	23	7	44	17
Flevoland	24	118	216	39
<b>totaal 2012</b>	<b>8.208</b>	<b>3.276</b>	<b>8.208</b>	<b>3.276</b>
<i>ttotaal 2011</i>	<i>7.350</i>	<i>3.105</i>	<i>7.350</i>	<i>3.105</i>
<i>totaal 2010</i>	<i>7.059</i>	<i>2.667</i>	<i>7.059</i>	<i>2.677</i>
<i>totaal 2009</i>	<i>8.369</i>	<i>3.672</i>	<i>8.369</i>	<i>3.672</i>

RAV's en ambulances hebben in voorkomende gevallen ook inzetten gedaan voor patiënten in België en Duitsland. Voor deze situaties hebben de betreffende regio's afspraken gemaakt met hun buitenlandse buurregio's.

# 16 Productieafspraken

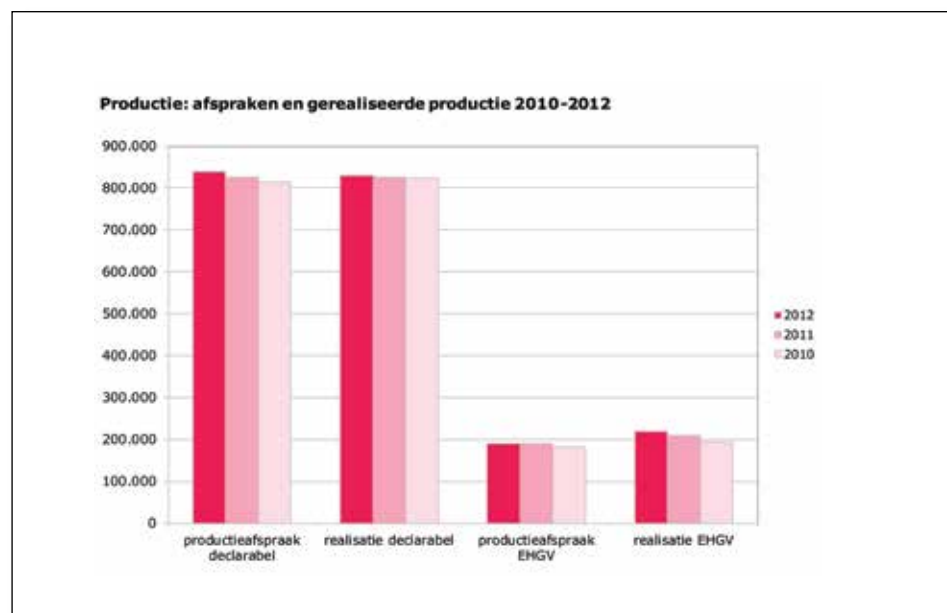
RAV's maken afspraken met de zorgverzekeraar over onder andere het aantal declarabele inzetten, het aantal EHGv-inzetten en het aantal kilometers dat zij verwachten in het komende jaar te zullen rijden. Het budget van de organisatie is gebaseerd op deze productieafspraken.

Tabel 16.1 geeft de ontwikkeling van de productieafspraken in de afgelopen jaren weer, aangevuld met de daadwerkelijke realisatie.

tabel 16.1: productieafspraken en realisatie

	2012		2011		2010		2009		2008	
	afpraak	realisatie	afpraak	realisatie	afpraak	realisatie	afpraak	realisatie	afpraak	realisatie
declarabele inzetten	<b>839.345</b>	<b>829.271</b>	826.466	826.193	831.943	823.333	786.183	810.015	789.610	786.667
EHGV-inzetten	<b>190.376</b>	<b>219.464</b>	189.638	209.782	186.359	193.178	166.653	183.571	157.857	169.997

grafiek 16.1: productie: afspraken en gerealiseerde productie 2010-2012



tabel 16.2a: regionale productieafspraken en realisatie: declarabele inzetten

	2012	2011	2010	2009	2008
Groningen	37.549	37.549	37.054	35.317	42.048
Friesland	31.989	32.611	32.402	30.489	29.360
Drenthe	26.098	26.098	26.323	25.761	24.632
IJsselland	26.362	26.362	27.334	26.000	26.200
Twente	26.375	26.375	26.708	25.241	24.600
Noordoost Gelderland	33.753	33.750	34.455	33.900	33.650
Gelderland Midden	27.558	27.558	27.084	25.236	24.000
Gelderland Zuid	23.166	23.766	23.578	23.992	23.246
Utrecht	58.913	58.913	62.094	57.302	57.500
Noord-Holland Noord	28.431	26.707	28.344	25.636	25.941
Amsterdam/Waterland	80.772	82.820	77.541	74.470	79.600
Kennemerland	28.676	28.676	30.400	27.801	27.770
Gooi- en Vechtstreek	12.296	11.883	12.170	11.042	11.000
Haaglanden	63.411	49.486	50.495	48.682	48.116
Hollands Midden	36.563	36.775	39.072	36.000	36.000
Rotterdam-Rijnmond	77.004	77.004	75.762	70.613	70.484
Zuid-Holland Zuid	23.396	23.396	23.750	21.356	20.917
Zeeland	18.500	18.113	18.906	17.938	17.600
Midden West Brabant	49.011	49.011	49.011	45.962	45.962
Brabant Noord	25.676	25.767	25.767	24.018	24.018
Zuidoost Brabant	30.182	30.182	30.707	28.573	28.116
Limburg Noord	22.731	22.731	22.255	21.317	21.140
Zuid Limburg	36.021	36.021	36.380	35.247	33.000
Flevoland	14.912	14.912	14.980	14.290	14.710
<b>totaal</b>	<b>839.345</b>	<b>826.466</b>	<b>831.943</b>	<b>786.183</b>	<b>789.610</b>
<b>gerealiseerd</b>	<b>829.271</b>	<b>826.193</b>	<b>823.333</b>	<b>810.015</b>	<b>786.667</b>



tabel 16.2b: regionale productieafspraken en realisatie: EHGv-inzetten

	2012	2011	2010	2009	2008
Groningen	5.930	5.930	6.260	6.331	5.552
Friesland	5.901	6.314	5.691	4.963	4.713
Drenthe	6.338	6.338	6.101	5.477	4.871
IJsselland	5.272	5.272	5.100	4.000	3.800
Twente	5.541	5.541	5.492	5.080	5.400
Noordoost Gelderland	6.456	6.459	6.081	4.684	4.685
Gelderland Midden	6.662	6.662	6.776	5.612	4.500
Gelderland Zuid	5.846	6.316	5.997	5.386	4.740
Utrecht	19.073	19.073	18.648	17.490	16.500
Noord-Holland Noord	7.080	6.031	6.900	6.272	5.945
Amsterdam/Waterland	19.953	20.272	17.789	17.084	17.513
Kennemerland	8.542	8.542	8.436	7.913	7.317
Gooi- en Vechtstreek	3.072	2.990	3.386	2.745	2.700
Haaglanden	11.743	11.761	12.524	10.818	11.595
Hollands Midden	9.064	8.853	9.391	8.455	8.455
Rotterdam-Rijnmond	16.847	16.847	17.175	14.151	12.342
Zuid-Holland Zuid	4.678	4.678	4.447	4.271	4.183
Zeeland	4.500	3.881	3.517	2.836	2.755
Midden West Brabant	8.857	8.857	8.857	7.300	7.300
Brabant Noord	4.875	4.875	4.875	4.028	4.028
Zuidoost Brabant	7.803	7.803	7.170	6.672	5.773
Limburg Noord	4.809	4.809	4.250	4.099	3.020
Zuid Limburg	6.909	6.909	6.800	6.776	6.000
Flevoland	4.625	4.625	4.520	4.210	4.170
<b>totaal</b>	<b>190.376</b>	<b>189.638</b>	<b>186.359</b>	<b>166.653</b>	<b>157.857</b>
<b>gerealiseerd</b>	<b>219.464</b>	<b>209.782</b>	<b>193.178</b>	<b>183.571</b>	<b>169.997</b>

tabel 16.2c: regionale productieafspraken en realisatie: kilometers

	2012	2011	2010	2009	2008
Groningen	1.721.758	1.721.758	1.694.170	1.750.306	1.640.000
Friesland	1.858.641	1.858.641	1.868.954	1.741.860	1.698.660
Drenthe	1.546.000	1.546.000	1.546.000	1.490.000	1.400.000
IJsselland	1.450.309	1.450.309	1.470.000	1.450.000	1.400.000
Twente	1.328.209	1.328.209	1.270.000	1.180.000	1.200.000
Noordoost Gelderland	1.746.739	1.746.739	1.689.364	1.581.000	1.581.000
Gelderland Midden	1.298.390	1.298.390	1.169.245	1.054.000	960.000
Gelderland Zuid	1.102.169	1.172.223	1.100.000	1.017.897	1.036.500
Utrecht	2.886.039	2.886.039	2.886.039	2.659.905	2.450.000
Noord-Holland Noord	1.400.111	1.400.111	1.562.699	1.394.447	1.354.000
Amsterdam/Waterland	2.462.305	2.548.020	2.646.769	2.615.931	2.684.000
Kennemerland	1.085.000	1.085.000	1.085.000	1.026.269	892.000
Gooi- en Vechtstreek	363.036	363.036	387.498	357.139	340.000
Haaglanden	1.455.846	1.356.326	1.270.053	1.067.200	1.067.220
Hollands Midden	1.426.765	1.426.765	1.400.000	1.307.700	1.307.700
Rotterdam-Rijnmond	2.577.708	2.555.366	2.726.620	2.609.275	2.609.275
Zuid-Holland Zuid	994.393	994.393	999.400	843.908	775.000
Zeeland	1.140.000	1.342.317	1.268.000	1.251.658	1.260.899
Midden West Brabant	1.943.926	1.943.926	1.943.926	1.852.119	1.852.119
Brabant Noord	1.114.856	1.114.856	1.114.856	1.113.406	1.113.406
Zuidoost Brabant	1.220.000	1.220.000	1.176.000	1.083.000	1.064.000
Limburg Noord	1.327.294	1.327.294	1.263.100	1.227.965	1.243.100
Zuid Limburg	1.115.243	1.098.580	1.050.000	1.047.088	1.045.000
Flevoland	864.370	864.370	860.000	796.027	796.027
<b>totaal</b>	<b>35.429.107</b>	<b>35.648.668</b>	<b>35.421.405</b>	<b>33.518.100</b>	<b>32.769.906</b>



# 17 Ambulancezorg vanuit medisch-inhoudelijk perspectief



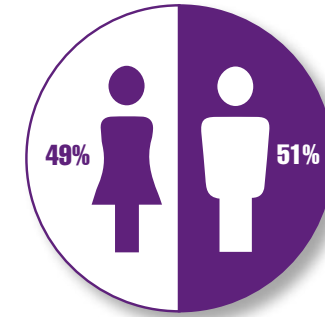
## 17.1 De beperkingen van de huidige registratie

Sinds 2008 registreert de sector ambulancezorg op landelijk niveau een beperkt aantal medische gegevens om hiermee transparant en eenduidig inzicht te geven in de medisch-inhoudelijke processen binnen de ambulancezorg. Het is op dit moment nog niet mogelijk om veel verder te gaan dan inzicht te geven in aantallen, zoals hoeveel patiënten en hoeveel handelingen. Prestatie-indicatoren, aan de hand waarvan in de toekomst inzicht geboden kan worden in de resultaten van de geboden ambulancezorg, zijn in ontwikkeling. Nog niet alle RAV's hebben hun registratiesystemen volledig afgestemd op de vastgestelde medische gegevensset. Van 22 RAV's zijn, al dan niet gedeeltelijk, gegevens over 2012 ontvangen.

## 17.2 De patiënten van ambulancezorg

Al deze 22 regio's hebben in 2012 het geslacht van de behandelde patiënten geregistreerd:

- 51% was man (50% in 2011)
- 49% was vrouw (50% in 2011)



In 2012 hebben de 22 regio's ook de leeftijd van de patiënten geregistreerd. Er worden vijf leeftijdscategorieën onderscheiden. Dit onderscheid is relevant, aangezien per groep de benodigde zorg verschilt. Voor de behandeling en zorg aan kinderen zijn aparte protocollen ontwikkeld en vooral in de traumatologie zijn er voor ouderen accentverschillen in de te bieden zorg.

tabel 17.1: patiënten per leeftijdscategorie

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

## 17.3 De werkdiagnose van de ambulance-eenheid

De sector heeft zes medische specialismen aangewezen, waar de ambulancezorg veel mee te maken heeft: cardiologie, gynaecologie/obstetrie, interne geneeskunde, neurologie, pulmonologie, en traumatologie/heelkunde. Voor iedere patiënt is bepaald bij welk specialisme het ziektebeeld past dat ambulanceverpleegkundige bij de werkdiagnose constateert.

Van 20 regio's is informatie ontvangen over de door de ambulance-eenheid geconstateerde werkdiagnose. Meest voorkomend zijn:

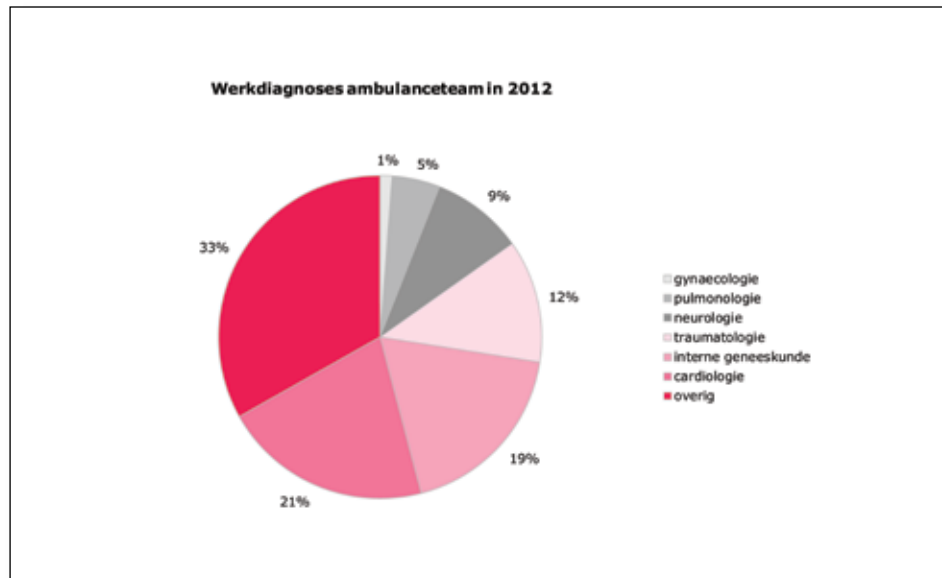
- 20,9% de cardiologische ziektebeelden (20,9% in 2011)
- 18,4% ziektebeelden passend bij interne geneeskunde (19,2% in 2011)
- 12,3% traumatologie/heelkunde (12,5% in 2011)

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

- 9,2% neurologie (9,3% in 2011)
- 4,8% pulmonologie (4,9% in 2011)
- 1,2% gynaecologie (1,2% in 2011)

(voor een nadere toelichting: zie bijlage 3).

grafiek 17.1: werkdiagnoses ambulance-eenheid, ondergebracht binnen specialismen in 2012



Uit bovenstaande grafiek blijkt dat in 33,2% van de gevallen (32% in 2011) is aangegeven dat er sprake is van een ander medisch specialisme dan de genoemde zes. Hierbij kan gedacht worden aan kinderen, maar ook aan psychiatrische patiënten, patiënten die met spoed naar een ander ziekenhuis worden overgeplaatst en patiënten waarbij het niet (goed) mogelijk is ter plaatse een werkdiagnose te stellen en dus een specialisme bepalen evenmin (goed) mogelijk is.

## 17.4 De uitgevoerde voorbehouden handelingen

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

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

De Wet BIG onderscheidt zogenaamde voorbehouden handelingen. Dit zijn handelingen die alleen zelfstandig door artsen of verloskundigen uitgevoerd mogen worden, dan wel door een verpleegkundige in opdracht van een arts. In de ambulancezorgsector verleent de medisch manager ambulancezorg deze opdracht formeel middels protocollen aan de ambulanceverpleegkundige. Ambulanceverpleegkundigen zijn hiermee bevoegd om op basis van een toestandsbeeld aan de hand van een protocol een behandeling te starten of uit te voeren op straat of in de ambulance, zonder dat hier direct een arts bij aanwezig is of geconsulteerd wordt. Het medisch management van de RAV bepaalt in overleg met de ambulanceverpleegkundige onder welke voorwaarden hij/zij bevoegd is 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.

Voorbehouden handelingen die in de ambulancezorg worden uitgevoerd op het terrein van de vrije luchtweg en ademhaling zijn vooral endotracheale intubaties. Ook worden coniotomieën en thoraxdrainages uitgevoerd. Risicovolle handelingen zijn het toedienen van zuurstof, het aanbrengen van mayotubes en masker-ballonbeademingen (zie bijlage 3).

Voorbehouden handelingen in de ambulancezorg met betrekking tot de circulatie door ambulance-eenheden zijn vooral het plaatsen van (intraveneuze) infusen. Als een intraveneuze toegang niet lukt, wordt een intraosale naald geplaatst (zie bijlage 3).

Reanimatie is een voorbehouden handeling met betrekking tot cardiologie en komt in paragraaf 17.5 aan de orde. Andere cardiologische voorbehouden handelingen in de ambulancezorg zijn transcutane pacebehandelingen en cardioversies (zie bijlage 3).

In 2012 hebben in 19 regio's ambulancemedewerkers ondersteuning verleend bij ten minste 255 bevallingen. De inzet van de ambulance-eenheid varieert hierbij van uitsluitend vervoer van een vrouw die aan het bevallen is naar het ziekenhuis, tot daadwerkelijke assistentie bij een bevalling.

## 17.5 Reanimatie

### Reanimatie

Reanimatie is volgens de definitie van de Nederlandse Reanimatie Raad het geheel van inspanningen gericht op het herstel van circulatie en ademhaling. Over het algemeen gaat het hier om een combinatie van beademing met hartmassage.

De Utstein standaard is een wereldwijd ontwikkeld format, aan de hand waarvan kerngegevens over het proces en de resultaten van reanimaties geregistreerd kunnen worden. Het is wetenschappelijk onderbouwd dat de overlevingskansen van een patiënt na een hartstilstand worden beïnvloed door de samenhang van de factoren tijd, het moment waarop na de hartstilstand hartmassage start, de eventuele aanwezigheid van omstanders, de toepassing van een Automatische Externe Defibrillator (AED) en het initiële hartritme.

De Utstein standaard wordt in de ambulancezorg nog niet volledig geregistreerd, voorlopig is gekozen voor de registratie van een aantal in het oog springende items voor de ambulancezorg.

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

- zeventien regio's hebben in 2012 informatie met betrekking tot reanimatie en circulatie aangeleverd (20 regio's in 2011)
- er zijn 5.277 reanimaties door 17 regio's geregistreerd (6.347 reanimaties door 20 regio's in 2011)
- acht regio's hebben alle gevraagde gegevens met betrekking tot de Utstein standaard aangeleverd:
  - zij hebben 2.199 patiënten behandeld met een acute hartstilstand, zij zijn allen gereanimeerd;
  - 652 van deze patiënten (29,7%) met een acute hartstilstand zijn door first responders met een AED behandeld. Defibrilleren houdt in dat er elektroshocks worden toegediend, bijvoorbeeld met een AED, met het doel het hartritme te herstellen;
  - bij iets meer dan de helft van deze patiënten was het eerste ritme defibrilleerbaar, dit houdt in dat de hartritmestoornis op deze manier behandeld kon worden;
  - bij de overige patiënten was dit niet het geval en kon het hartritme niet middels defibrillatie hersteld worden. Dit verslechtert de overlevingskansen aanzienlijk.

## Deel C: kwaliteit van ambulancezorg

Er zijn veel verschillende factoren die een indicator (kunnen) zijn voor de kwaliteit van ambulancezorg, bijvoorbeeld deskundige, bekwame en betrokken medewerkers, tevreden cliënten, het aantal ingediende klachten en de manier waarop de RAV een en ander afhandelt, de wijze waarop invulling wordt gegeven aan samenwerking met ketenpartners en innovatie van zorg, de logistieke resultaten, de manier waarop de planbare zorg is georganiseerd en de bedrijfsvoering van de RAV.



## 18 Kwaliteitscertificering

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

De HKZ-certificaten zijn in 2012 geprolongeed en de ambulancesector was op 31 december 2012 weer 100% HKZ-gecertificeerd.

In juni 2011 is het nieuwe HKZ-schema voor de ambulancezorg uitgegeven. In dit schema is de module Patiënt-/cliëntveiligheid opgenomen. In de bestuurlijke afspraken Patiëntveiligheid heeft de sector vastgelegd dat een RAV eind 2013 beschikt over een gecertificeerd veiligheidsmanagementsysteem, als integraal onderdeel van het kwaliteitsmanagementsysteem.

## 19 Deskundigheid en scholing

De ambulance-eenheid wordt met veel verschillende omstandigheden en heel uiteenlopende typen patiënten geconfronteerd.

De verantwoordelijkheid van een ambulanceverpleegkundige is groter dan die van een 'gewone' verpleegkundige in bijvoorbeeld een ziekenhuis. De ambulanceverpleegkundige moet zelf een aantal medische beslissingen kunnen nemen en daarmee samenhangende handelingen kunnen uitvoeren, die in ziekenhuizen door artsen worden uitgevoerd. In Nederland is de ambulancezorg georganiseerd op basis van een nurse-based systeem, wat betekent dat (para-) medici geen deel uitmaken van de ambulance-eenheid. Ambulanceverpleegkundigen volgen een specifieke opleiding bij de Academie voor Ambulancezorg in Harderwijk.

De ambulancechauffeur assisteert de verpleegkundige bij specifieke medische handelingen en heeft daarmee meer verantwoordelijkheden dan alleen het besturen van de ambulance. Ook de ambulancechauffeurs volgen een toegesneden opleiding bij de Academie voor Ambulancezorg. Deze opleiding bestaat uit een vervoerstechnisch en een medisch-assisterend deel.

Centralisten van de meldkamer ambulancezorg bepalen 24 uur per dag welke zorg patiënten nodig hebben en met welke urgentie. De centralisten coördineren het ambulancezorgproces en adviseren melders bij het verlenen van eerste hulp aan patiënten in afwachting van de komst van de ambulance. Net als de ambulanceverpleegkundigen en -chauffeurs, volgen ook de centralisten een specifieke opleiding bij de Academie voor Ambulancezorg.

Medewerkers in de kernfuncties (ambulanceverpleegkundige, ambulancechauffeur en centralist) worden permanent bij- en nageschoold, zowel landelijk als regionaal.

## 20 Patiëntveiligheid

Patiëntveiligheid is een thema dat van groot belang is voor de ambulancesector, zowel binnen het ambulancezorgproces als bij de schakels in de ketens waarin de ambulancezorg actief is. Een veiligheidsmanagementsysteem is een goede basis voor het borgen van patiëntveiligheid. De ambulancesector vervolgde in 2012 haar patiëntveiligheidsprogramma. Het doel van dit programma is het verbeteren van de patiëntveiligheid binnen de ambulancezorg door veiligheidsrisico's te beheersen en vermijdbare onbedoelde schade tot een minimum te beperken.

In 2012 waren heel duidelijk de regio's aan zet: de RAV's moeten de producten, die in 2011 op sectoraal niveau zijn ontwikkeld, implementeren en zelf nader vorm en inhoud geven.

## 21 Klachten

Het aantal klachten dat een organisatie ontvangt zou een indicator kunnen zijn voor de kwaliteit van de organisatie. Veel klachten betekent echter nog niet automatisch dat de kwaliteit van de betreffende organisatie ook gelijk slecht zou zijn. Onder klacht verstaat de sector een uiting van onvrede over de behandeling of bejegening die door de juiste persoon en op de juiste wijze (schriftelijk en ondertekend) bij de organisatie is ingediend.

In totaal hebben ambulanceorganisaties in 2012 709 ontvangen klachten geregistreerd (458 in 2011). In de onderstaande tabel is dit aantal voor iedere regio teruggerekend naar het aantal klachten per 1.000 inzetten. Het aantal klachten per 1.000 inzetten is enigszins toegenomen.

Op grond van de Wet Klachtrecht Cliënten Zorginstellingen beschikken alle individuele RAV's over een klachtenreglement. Afhandeling van de klachten vindt per RAV plaats op basis van het klachtenreglement.

tabel 21.1: aantal klachten per 1.000 inzetten per regio

	2012	2011	2010	2009	2008
Groningen	0,88	0,41	0,76	0,84	0,46
Friesland	0,51	0,32	0,35	0,34	
Drenthe	0,35	0,32	0,18	0,40	0,34
IJsselland	0,03	0,34	0,25	0,25	0,40
Twente	0,55	0,53	0,53	0,85	0,68
Noordoost Gelderland	0,53	0,56	0,60	0,20	0,56
Gelderland Midden	0,57	0,41	0,64	0,65	0,69
Gelderland Zuid	0,65	0,50	0,74	0,53	0,54
Utrecht	0,54	0,32	0,50	1,01	1,14
Noord-Holland Noord	1,08	0,87	1,23	0,99	1,16
Amsterdam/Waterland	0,70	0,29	0,34	0,44	0,40
Kennemerland	0,70	0,56	0,13	0,18	0,14
Gooi- en Vechtstreek	0,81	0,81	0,39	0,63	0,41
Haaglanden	0,42	0,23	0,28	0,31	0,32
Hollands Midden	0,32	0,16	0,25	0,25	0,73
Rotterdam-Rijnmond	0,50	0,44	0,46	0,58	0,84
Zuid-Holland Zuid	0,70	0,53	0,30	0,17	0,18
Zeeland	4,00	0,29	0,52	0,35	
Midden West Brabant	0,56	0,21	0,42	0,77	0,73
Brabant Noord	0,49	0,37	0,51	0,22	0,39
Zuidoost Brabant	0,60	0,64	0,51	0,26	0,26
Limburg Noord	0,41	0,83	0,82	0,80	0,76
Zuid Limburg	0,45	0,34	0,27	0,36	0,36
Flevoland	0,94	1,16	0,81	0,73	1,00
<b>totaal</b>	<b>0,64</b>	<b>0,48</b>	<b>0,46</b>	<b>0,52</b>	<b>0,55</b>

N.b.: in 2008 hebben de regio's Friesland en Zeeland het aantal klachten niet geregistreerd conform de landelijke definities van AZN, vanaf 2009 hebben zij dit wel gedaan.

## Deel D: medewerkers van ambulancezorg

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

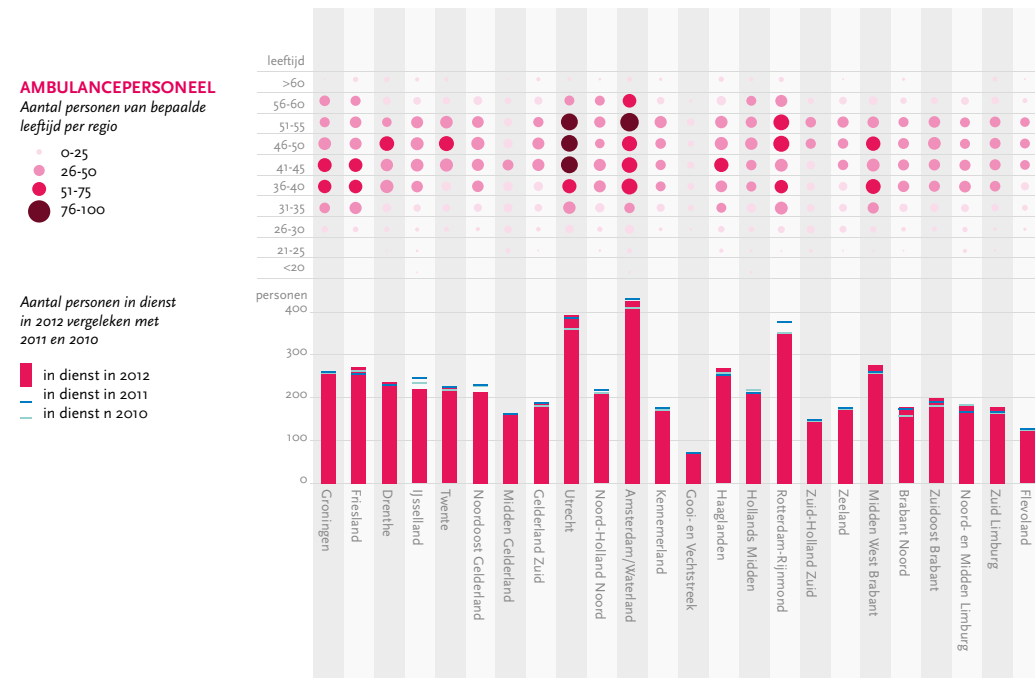
## 22 CAO Ambulancezorg

2012 was het tweede jaar waarin de Collectieve Arbeidsovereenkomst sector ambulancezorg (cao Ambulancezorg) van kracht was.

Alle RAV's volgden in 2012 de cao Ambulancezorg. In een enkele regio waren de centralisten in 2012 in dienst van de gemeenschappelijke meldkamer. In dat geval vallen deze medewerkers onder de cao Politie.

In november 2012 zijn de onderhandelingen over de nieuwe cao ambulancezorg van start gegaan, aangezien de cao per 2013 afloopt. De vakbonden Abvakabo FNV en CNV Publieke Zaken en de werkgeversdelegatie van Ambulancezorg Nederland hebben diverse keren overleg gevoerd onder leiding van een onafhankelijke voorzitter. In 2013 is een nieuwe cao afgesloten.

## 23 Formatie



In 2012 waren 5.328 medewerkers, verdeeld over 4.843 fte, werkzaam binnen de sector ambulancezorg.

Het primaire proces van de ambulancezorg kent drie kernfuncties: ambulanceverpleegkundige, ambulancechauffeur en (verpleegkundig) centralist van de meldkamer ambulancezorg. Van de 5.328 medewerkers in 2012 was 86,0% werkzaam in het primaire proces. Dit zijn 4.581 medewerkers, verdeeld over 4.217 fte. De ambulancesector is een compacte sector met veel gespecialiseerde medewerkers die direct gelieerd aan het primaire proces werkzaam zijn. Er zijn relatief weinig staf- en overige medewerkers.

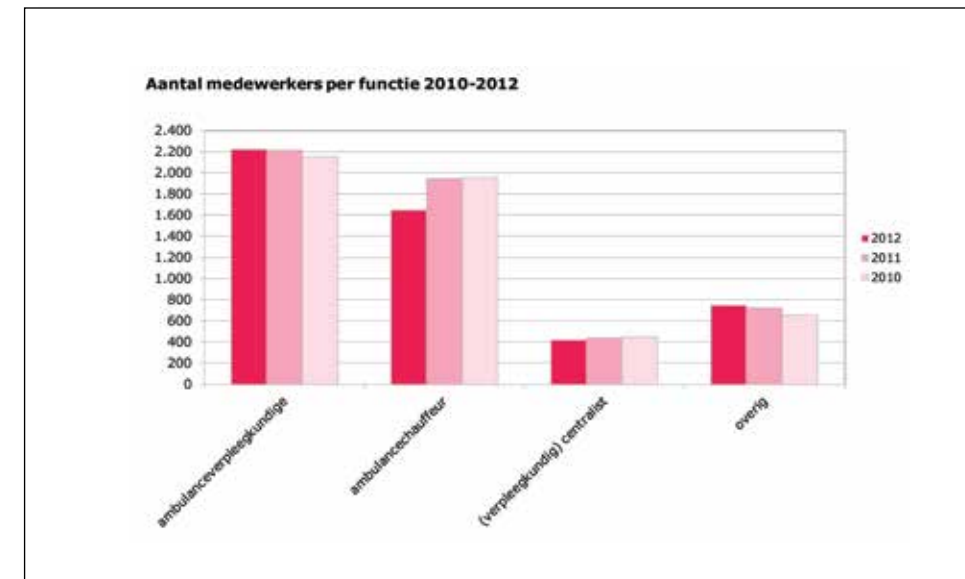
## 23.1 Formatie naar functie in aantallen

Het aantal medewerkers is toegenomen van 4.865 in 2008 tot 5.328 in 2012, dit is een stijging van 9,5% (gemiddeld 1,9% per jaar). Deze toename vond vooral plaats tot en met 2010, sindsdien is de groei van het aantal medewerkers teruggelopen.

tabel 23.1: landelijke formatie aantallen medewerkers

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

grafiek 23.1: aantal medewerkers per functie in 2012



tabel 23.2: regionale formatie aantallen medewerkers in 2012

	AVP	ACH	MK vpc	MK nvpc	overig	totaal 2012	totaal 2011	totaal 2010
Groningen	112	104	13	1	28	258	259	257
Friesland	109	108	13	4	38	272	256	263
Drenthe	81	71	8	5	72	237	230	229
IJsselland	85	75	16	2	41	219	245	235
Twente	95	80	17	0	34	226	226	219
Noordoost Gelderland	98	85	15	1	15	214	229	227
Gelderland Midden	72	61	17	0	12	162	163	161
Gelderland Zuid	80	73	14	0	19	186	187	180
Utrecht	160	125	27	0	82	394	387	361
Noord-Holland Noord	90	70	32	0	18	210	217	210
Amsterdam/Waterland	156	140	22	2	106	426	431	410
Kennemerland	70	65	18	1	20	174	175	172
Gooi- en Vechtstreek	29	22	10	0	7	68	70	71
Haaglanden	112	91	20	0	45	268	254	258
Hollands Midden	83	77	14	3	32	209	212	217
Rotterdam-Rijnmond	141	144	18	6	44	353	376	352
Zuid-Holland Zuid	71	54	8	5	12	150	149	145
Zeeland	83	76	0	0	12	171	176	173
Midden West Brabant	130	106	21	1	19	277	259	258
Brabant Noord	81	69	14	0	13	177	173	158
Zuidoost Brabant	91	76	13	3	15	198	190	181
Limburg Noord	68	58	15	1	38	180	167	184
Zuid Limburg	73	74	17	0	14	178	167	164
Flevoland	48	45	15	2	11	121	127	124
<b>totaal 2012</b>	<b>2.218</b>	<b>1.949</b>	<b>377</b>	<b>37</b>	<b>747</b>	<b>5.328</b>		
<i>totaal 2011</i>	<i>2.214</i>	<i>1.949</i>	<i>386</i>	<i>51</i>	<i>725</i>		<i>5.325</i>	
<i>totaal 2010</i>	<i>2.153</i>	<i>1.952</i>	<i>387</i>	<i>61</i>	<i>656</i>			<i>5.209</i>

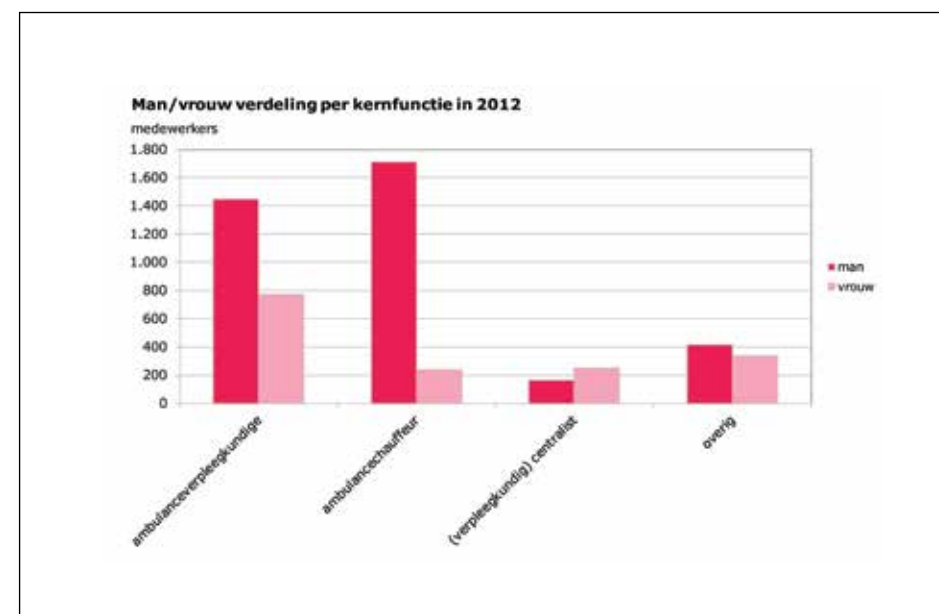
De ambulancesector werkt hard aan de differentiatie van het zorgaanbod. De variëteit in het vervoermiddel is steeds groter en in 2012 is het kwaliteitskader zorgambulance vastgesteld. De differentiatie heeft tot gevolg dat het aantal ambulanceverpleegkundigen en het aantal ambulancechauffeurs steeds minder gelijk op lopen. Als gevolg van de invoering van de zorgambulance voeren steeds meer RAV's een nieuwe functiegroep in, namelijk de zorgambulancemedewerkers<sup>2</sup>.

<sup>2</sup>Voor de RAV's die zorgambulancemedewerkers onderscheiden én dit cijfer hebben aangeleverd, zijn deze medewerkers verdeeld over de categorieën ambulanceverpleegkundig en -chauffeur (vanaf Ambulances in-zicht 2013 wordt dit onderscheid ook doorgevoerd in het sectorrapport).

### Man-/vrouwverdeling ambulancesector

De ambulancesector is van oudsher een sector waarin vooral mannen werken. In de afgelopen jaren is de man-/vrouwverhouding aan het verschuiven van 75/25 in de richting van 70/30. Dit geldt niet voor de functie van centralist, daar zijn juist meer vrouwen dan mannen.

grafiek 23.2: man-/vrouwverdeling per functie in 2012



Onderstaande tabel brengt de verschuiving sinds 2006 in beeld:

tabel 23.3: man-/vrouwverdeling in de loop der jaren

	2012	2011	2010	2009	2008	2007	2006
mannen	70,1%	70,6%	71,7%	72,6%	73,9%	73,9%	75,9%
vrouwen	29,9%	29,4%	28,3%	27,4%	26,1%	26,1%	24,1%



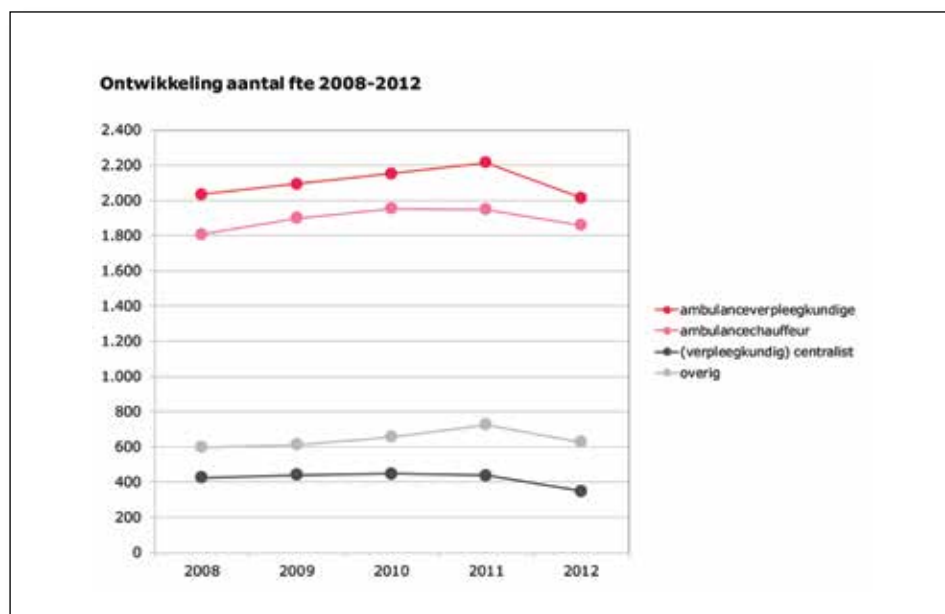
## 23.2 Formatie naar functie in fte

Vertaald naar full time equivalenten (fte) zag de formatie in de ambulancezorg er in 2012 als volgt uit:

tabel 23.4: landelijke formatie aantallen medewerkers (in fte)

	2012			2011			2010		
	man	vrouw	totaal	man	vrouw	totaal	man	vrouw	totaal
ambulanceverpleegkundige	1.354	655	2.009	1.341	633	1.974	1.329	596	1.925
ambulancechauffeur	1.658	202	1.860	1.639	195	1.834	1.628	244	1.872
MKA verpleegkundig centralist	120	194	314	119	201	319	131	199	330
MKA niet-verpleegkundig centralist	28	6	34	38	8	46	41	15	56
overig	379	247	626	386	213	599	363	215	578
<b>totaal</b>	<b>3.539</b>	<b>1.304</b>	<b>4.843</b>	<b>3.523</b>	<b>1.250</b>	<b>4.772</b>	<b>3.492</b>	<b>1.269</b>	<b>4.761</b>

grafiek 23.3: ontwikkeling fte's van 2008 tot en met 2012



tabel 23.5: regionale formatie aantallen medewerkers (in fte) in 2012

	AVP	ACH	MK vpc	MK nvpc	overig	totaal 2012	totaal 2011	totaal 2010
Groningen	103	101	12	1	26	243	237	241
Friesland	103	104	10	4	33	253	238	235
Drenthe	78	70	7	4	60	220	208	216
IJsselland	77	70	12	2	26	188	209	204
Twente	81	74	14	0	29	198	197	185
Noordoost Gelderland	88	81	13	1	13	196	205	201
Gelderland Midden	64	58	15	0	11	148	144	132
Gelderland Zuid	73	67	11	0	17	168	168	163
Utrecht	142	118	22	0	75	357	354	329
Noord-Holland Noord	79	68	25	0	18	189	189	186
Amsterdam/Waterland	136	129	19	2	85	371	373	385
Kennemerland	60	56	16	1	16	148	154	201
Gooi- en Vechtstreek	26	22	7	0	7	62	63	64
Haaglanden	102	100	16	0	37	255	234	234
Hollands Midden	77	74	10	3	21	185	193	197
Rotterdam-Rijnmond	127	139	17	6	38	327	326	332
Zuid-Holland Zuid	60	49	7	5	11	131	128	126
Zeeland	74	69	0	0	11	154	163	160
Midden West Brabant	121	104	17	1	17	260	240	235
Brabant Noord	72	64	12	0	11	159	157	141
Zuidoost Brabant	92	76	11	3	12	194	169	164
Limburg Noord	59	56	12	1	29	156	155	162
Zuid Limburg	67	67	14	0	13	161	153	150
Flevoland	47	44	14	2	10	117	116	119
<b>totaal 2012</b>	<b>2.009</b>	<b>1.860</b>	<b>314</b>	<b>34</b>	<b>626</b>	<b>4.843</b>		
<i>totaal 2011</i>	<i>1.974</i>	<i>1.834</i>	<i>319</i>	<i>46</i>	<i>599</i>		<i>4.772</i>	
<i>totaal 2010</i>	<i>1.925</i>	<i>1.872</i>	<i>330</i>	<i>56</i>	<i>578</i>			<i>4.762</i>

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

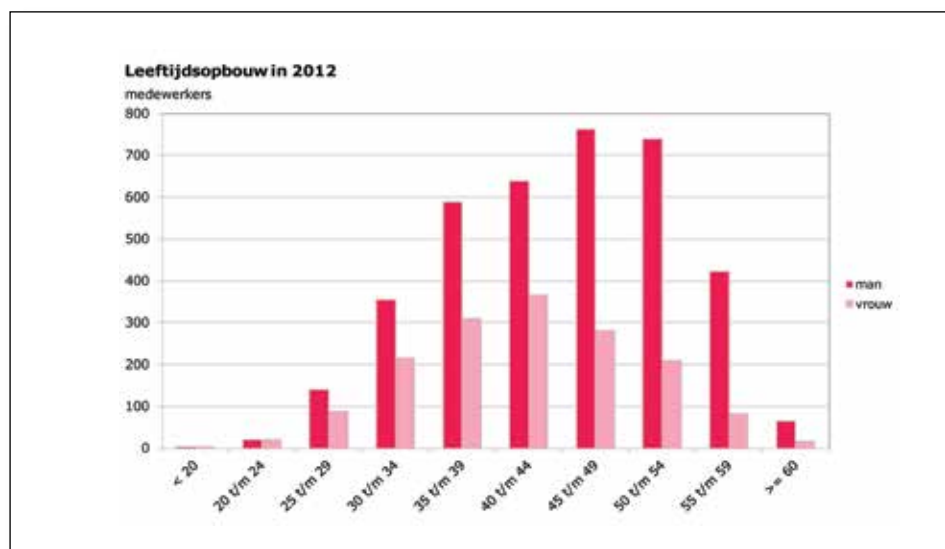
Binnen de MKA zijn zowel verpleegkundig als niet-verpleegkundig centralisten werkzaam. De verpleegkundig centralist is verantwoordelijk voor het meldkamerproces geeft hier inhoud aan en zorgt voor een verantwoorde uitvoering van het proces van intake, het meldkamerproces, indicatiestelling, zorgtoewijzing en zorginstructie. De niet-verpleegkundig centralist wordt veelal ingezet op het logistieke proces van uitgifte van ambulance-inzetten.

## 23.3 Formatie naar leeftijden

De gemiddelde leeftijd van medewerkers in de ambulancezorg is relatief hoog. Dit heeft te maken met het feit dat de meeste medewerkers al een carrière elders achter de rug hebben voordat zij instromen in de ambulancezorg. Vaak stroomt men vanaf het 30<sup>e</sup> levensjaar in.

Er is een grote groep van 1.045 medewerkers in de leeftijd van 45 tot 50 jaar. Meer dan de helft van de medewerkers is tussen de 40 en 55 jaar (56%), 33% van de medewerkers is jonger dan 40 jaar en 11% van de medewerkers is ouder dan 55 jaar.

grafiek 23.4: leeftijdsopbouw medewerkers ambulancezorg in 2012 (landelijk)



Overigens is er een verschil zichtbaar als het gaat om leeftijden tussen mannen en vrouwen. Onder mannen is de groep van 45 tot 50 jaar het grootst, de grootste groep bij de vrouwen is die van 40 tot 45 jaar.

tabel 23.6: leeftijdsopbouw medewerkers ambulancezorg 2010-2012 (landelijk)

geslacht	2012				2011		2010	
	man	vrouw	totaal	% totaal	totaal	% totaal	totaal	% totaal
< 20 jaar	2	3	5	0,1%	4	0,1%	1	-
20 t/m 24 jaar	21	21	42	0,8%	44	0,8%	47	0,9 %
25 t/m 29 jaar	141	88	229	4,3%	247	4,6%	245	4,7%
30 t/m 34 jaar	354	216	570	10,7%	624	11,7%	671	12,9%
35 t/m 39 jaar	589	310	899	16,9%	922	17,3%	907	17,4 %
40 t/m 44 jaar	638	366	1004	18,8%	1.000	18,8%	981	18,8%
45 t/m 49 jaar	763	282	1045	19,6%	1.036	19,5%	1.014	19,5%
50 t/m 54 jaar	739	210	949	17,8%	904	17,0%	856	16,4%
55 t/m 59 jaar	422	82	504	9,5%	468	8,8%	434	8,3%
≥ 60 jaar	65	16	81	1,5%	76	1,4%	53	1,0%
<b>totaal</b>	<b>3734</b>	<b>1594</b>	<b>5328</b>	<b>100%</b>	<b>5.325</b>	<b>100%</b>	<b>5.209</b>	<b>100%</b>

tabel 23.7: leeftijdsopbouw medewerkers ambulancezorg 2010-2012 (regionaal)

	< 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	55 t/m 59 jaar	60 ≥ jaar	totaal
Groningen	0	0	12	32	51	55	46	29	32	1	258
Friesland	0	0	9	42	52	53	41	38	29	8	272
Drenthe	0	1	8	21	50	44	61	26	18	8	237
IJsselland	1	2	5	16	38	46	48	41	17	5	219
Twente	0	0	7	16	24	49	64	45	16	5	226
Noordoost Gelderland	0	0	5	19	38	42	49	39	22	0	214
Gelderland Midden	0	7	16	23	25	34	25	19	12	1	162
Gelderland Zuid	0	1	6	17	25	42	41	30	19	5	186
Utrecht	0	0	20	44	57	81	79	81	28	4	394
Noord-Holland Noord	0	2	8	25	41	42	26	36	28	2	210
Amsterdam/Waterland	2	7	23	31	72	69	65	97	53	7	426
Kennemerland	0	0	4	19	28	30	32	42	16	3	174
Gooi- en Vechtstreek	0	0	2	10	13	14	11	15	3	0	68
Haaglanden	0	5	12	28	39	58	49	44	25	8	268
Hollands Midden	2	2	9	24	29	31	44	36	28	4	209
Rotterdam-Rijnmond	0	1	14	47	51	47	73	71	41	8	353
Zuid-Holland Zuid	0	4	17	17	19	20	30	32	11	0	150
Zeeland	0	1	14	18	22	31	31	36	17	1	171
Midden West Brabant	0	1	11	36	63	47	59	38	22	0	277
Brabant Noord	0	1	6	20	37	35	34	29	12	3	177
Zuidoost Brabant	0	0	7	21	35	37	46	38	14	0	198
Limburg Noord	0	5	8	18	39	35	29	28	18	0	180
Zuid Limburg	0	2	3	16	32	35	34	33	16	7	178
Flevoland	0	0	3	10	19	27	28	26	7	1	121
<b>totaal 2012</b>	<b>5</b>	<b>42</b>	<b>229</b>	<b>570</b>	<b>899</b>	<b>1.004</b>	<b>1.045</b>	<b>949</b>	<b>504</b>	<b>81</b>	<b>5.328</b>
<i>totaal 2011</i>	<i>4</i>	<i>44</i>	<i>247</i>	<i>624</i>	<i>922</i>	<i>1.000</i>	<i>1.036</i>	<i>904</i>	<i>468</i>	<i>76</i>	<i>5.325</i>
<i>totaal 2010</i>	<i>1</i>	<i>47</i>	<i>246</i>	<i>671</i>	<i>907</i>	<i>981</i>	<i>1.014</i>	<i>856</i>	<i>434</i>	<i>53</i>	<i>5.209</i>

## 23.4 Formatie naar arbeidsduur

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

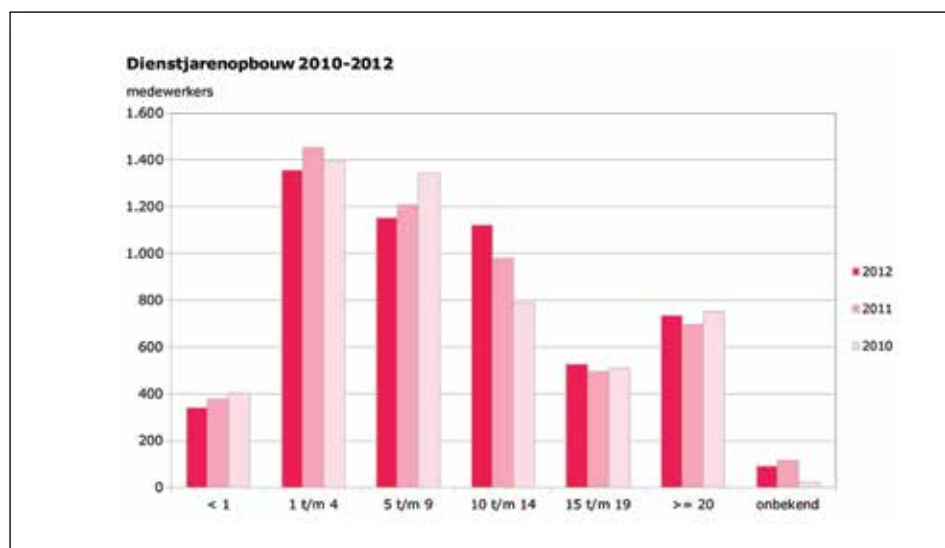
tabel 23.8: dienstjarenverdeling medewerkers ambulancezorg 2010-2012

aantal dienstjaren	2012		2011		2010	
	medewerkers	%	medewerkers	%	medewerkers	%
< 1 jaar	342	6,4%	380	7,1%	401	7,7%
1 t/m 4 jaar	1.355	25,4%	1.452	27,3%	1.393	26,7%
5 t/m 9 jaar	1.154	21,7%	1.208	22,7%	1.343	25,8%
10 t/m 14 jaar	1.123	21,1%	980	18,4%	790	15,2%
15 t/m 19 jaar	526	9,9%	495	9,3%	511	9,8%
> 20 jaar	735	13,8%	695	13,1%	750	14,4%
aantal dienstjaren onbekend	93	1,7%	115	2,2%	21	0,4%
<b>totaal</b>	<b>5.328</b>	<b>100%</b>	<b>5.325</b>	<b>100%</b>	<b>5.209</b>	<b>100%</b>

Er is een verschuiving zichtbaar in de dienstjarenverdeling. Was de grootste groep in 2009 nog de groep met 5 tot 10 dienstjaren, sinds 2010 is dit de groep met 1 tot 5 dienstjaren. Maar ook de groep met 10 tot 15 dienstjaren neemt in omvang toe. Desondanks is ook nog steeds meer dan 10% langer dan 20 jaar in dienst.

Overigens zijn medewerkers in de ambulancezorg vaak al langer werkzaam in de zorg, meestal zijn zij afkomstig uit het ziekenhuis. De instroomcijfers bevestigen dit beeld. Naar verwachting zal dit in de toekomst geleidelijk veranderen met de mogelijke instroom van de Medisch Hulpverleners die nu aan diverse hogescholen worden opgeleid. Ook verwacht de sector dat het aantal medewerkers dat al 20 jaar of langer in dienst is steeds verder zal afnemen.

grafiek 23.5: aantal jaren dat medewerkers in dienst zijn (landelijk) 2010-2012



## 24 Beschikbare uren voor ambulancezorg

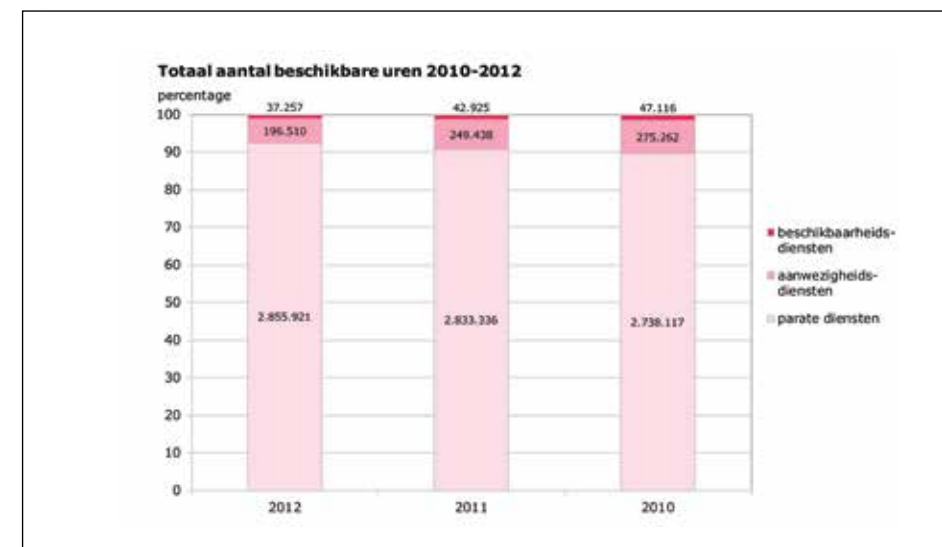
Om zeven dagen per week 24 uur per dag ambulancezorg te kunnen bieden, is voldoende personeel noodzakelijk. Onderstaand is het aanwezige personeel uitgedrukt in beschikbare (ingeroosterde) uren. De ambulancesector kent drie soorten diensten: parate diensten, aanwezigheidsdiensten en beschikbaarheidsdiensten. De dienstenstructuur verschilt van regio tot regio en hangt onder meer samen met de mate van verstedelijking van de regio. De parate dienst komt het meest voor.

In 2012 waren gedurende 3.089.688 uren ambulance-eenheden beschikbaar voor het verlenen van ambulancezorg. Dit betrof 92% parate diensten, 6% aanwezigheidsdiensten en voor 1% beschikbaarheidsdiensten.

tabel 24.1: beschikbare uren ten behoeve van ambulancezorg 2010-2012

	2012		2011		2010	
	aantal	%	aantal	%	aantal	%
parate diensten	2.855.921	93%	2.833.336	91%	2.738.117	89%
aanwezigheidsdiensten	196.510	6%	249.438	8%	275.262	9%
beschikbaarheidsdiensten	37.257	1%	42.925	1%	47.116	2%
<b>totaal</b>	<b>3.089.688</b>		<b>3.125.699</b>		<b>3.060.495</b>	

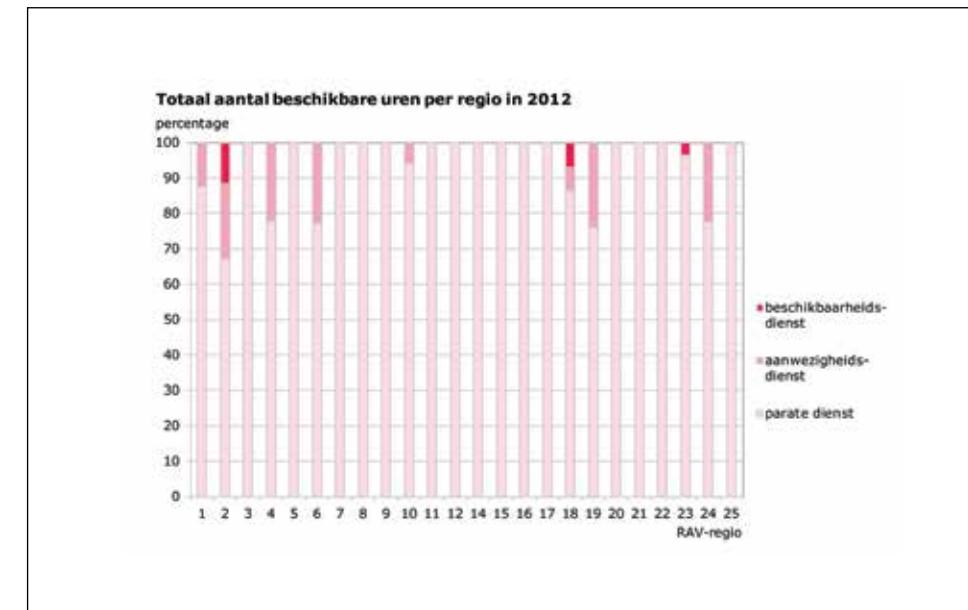
grafiek 24.1: totaal beschikbare uren ten behoeve van ambulancezorg 2010-2012 (landelijk)



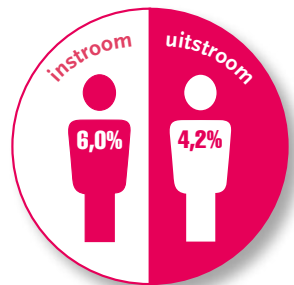
tabel 24.2: beschikbare uren per dienstsoort per regio in 2012

	aantal parate uren	aantal aanwezig- heids- uren	aantal beschik- bare uren	totaal 2012	totaal 2011	totaal 2010
Groningen	139.872	19.710	0	159.582	159.662	162.705
Friesland	153.683	48.330	26.336	228.349	211.925	212.970
Drenthe	104.121	0	0	104.121	153.231	143.400
IJsselland	110.351	31.113	0	141.464	141.464	133.760
Twente	116.242	0	0	116.242	116.242	116.242
Noordoost Gelderland	111.256	32.777	0	144.033	144.033	143.498
Gelderland Midden	95.176	0	0	95.176	95.363	92.685
Gelderland Zuid	103.712	0	0	103.712	99.232	95.229
Utrecht	218.128	0	0	218.128	216.940	211.818
Noord-Holland Noord	109.786	6.917	0	116.703	107.563	115.794
Amsterdam/Waterland	208.416	0	0	208.416	213.824	198.016
Kennemerland	90.168	0	0	90.168	90.168	90.168
Gooi- en Vechtstreek	35.880	0	0	35.880	37.440	37.440
Haaglanden	132.577	0	0	132.577	132.306	132.596
Hollands Midden	115.462	0	0	115.462	115.462	115.822
Rotterdam-Rijnmond	207.896	0	0	207.896	203.664	201.392
Zuid-Holland Zuid	79.822	5.840	6.420	92.082	92.082	89.604
Zeeland	92.096	28.828	0	120.924	117.904	118.071
Midden West Brabant	171.592	0	0	171.592	169.416	162.867
Brabant Noord	102.908	0	0	102.908	102.284	93.783
Zuidoost Brabant	105.025	0	0	105.025	103.137	99.210
Limburg Noord	123.076	0	4.501	127.577	95.125	94.392
Zuid Limburg	80.100	22.995	0	103.095	129.856	121.762
Flevoland	48.576	0	0	48.576	77.376	77.271
<b>totaal 2012</b>	<b>2.855.921</b>	<b>196.510</b>	<b>37.257</b>	<b>3.089.688</b>		
<i>totaal 2011</i>	<i>2.833.336</i>	<i>249.438</i>	<i>42.925</i>		<i>3.125.699</i>	
<i>totaal 2010</i>	<i>2.738.117</i>	<i>275.262</i>	<i>47.116</i>			<i>3.060.495</i>

grafiek 24.2: totaal beschikbare uren per regio in 2012



## 25 Loopbaanmobiliteit



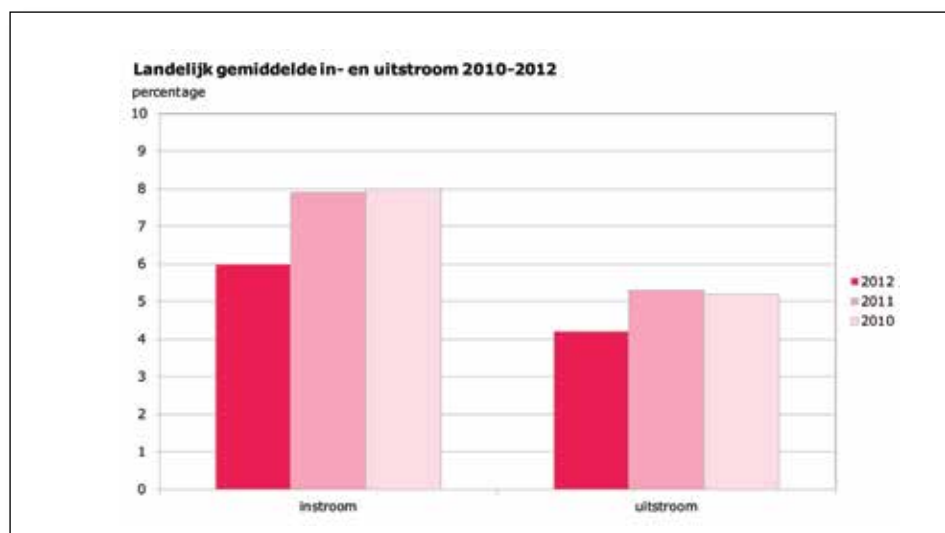
De differentiatie in het zorgaanbod biedt steeds meer mogelijkheden tot variatie in mogelijkheden van loopbaanpaden in de sector. Ook vindt er steeds meer samenwerking met ketenpartners plaats, bijvoorbeeld met ziekenhuizen. Een en ander leidt tot kansen en mogelijkheden, die de sector steeds beter weet in te vullen.

### 25.1 In- en uitstroom

De landelijk gemiddelde in- en uitstroompercentages geven inzicht in de bewegingen binnen het personeelsbestand. Het instroompercentage is gedaald ten opzichte van vorig jaar. De gemiddelde instroom bedroeg in 2012 6,0% ten opzichte van 7,9% in 2011. Het landelijk gemiddelde instroompercentage heeft sinds 2008 gefluctueerd tussen 6,0% en 11,7%.

Het uitstroompercentage is eveneens gedaald ten opzichte van de voorgaande jaren. De gemiddelde uitstroom bedroeg 4,2% in 2012, ten opzichte van 5,3% in 2011. Het landelijk gemiddelde uitstroompercentage heeft sinds 2008 gefluctueerd tussen 4,2% en 7,1%.

grafiek 25.1: landelijk gemiddelde in- en uitstroom 2010-2012



In tabel 25.1 staan de regionale in- en uitstroompercentages van de afgelopen vijf jaren. De regionale cijfers verschillen aanzienlijk. Dit kan onder meer te maken hebben met de overgangsregelingen voor oudere medewerkers in de sector. Deze omvatten afspraken waarbij het dienstverband doorloopt, terwijl men niet meer actief is.

tabel 25.1: regionale in- en uitstroompercentages

	2012		2011		2010		2009		2008	
	in	uit	in	uit	in	uit	in	uit	in	uit
Groningen	5,0	5,0	8,2	6,2	6,6	6,6	11,5	6,2	12,6	5,3
Friesland	13,5	2,4	7,3	4,2	6,8	2,9	5,6	3,1	4,9	3,0
Drenthe	7,0	5,0	5,0	8,8	14,0	6,0	8,0	1,4	7,6	7,1
IJsselland	2,9	6,6	7,3	2,5	7,4	3,2	8,1	3,1	5,2	4,0
Twente	2,1	1,1	8,9	3,9	4,9	2,3	8,6	1,5	2,9	2,4
Noordoost Gelderland	3,7	2,2	7,9	0,9	6,1	9,7	9,9	11,4	3,3	4,2
Gelderland Midden	6,4	4,9	13,0	4,3	7,1	3,8	17,3	6,3	4,1	3,5
Gelderland Zuid	4,1	2,5	10,6	5,8	8,9	3,9	6,4	5,3	16,6	7,1
Utrecht	5,6	4,2	12,2	5,4	11,8	7,7	17,6	7,3	14,8	10,3
Noord-Holland Noord	5,7	2,2	7,0	4,5	8,1	4,3	9,1	1,7	9,5	10,3
Amsterdam/Waterland	7,8	4,3	7,0	7,0	9,3	6,3	8,4	6,6	9,3	3,8
Kennemerland	2,2	2,4	5,1	4,0	5,0	4,5	10,2	3,2	11,7	3,7
Gooi- en Vechtstreek	6,4	3,4	4,8	6,4	9,4	10,9	8,0	11,1	14,5	13,2
Haaglanden	4,4	8,0	8,8	11,7	6,3	4,4	8,7	6,1	10,3	11,6
Hollands Midden	3,3	4,7	6,0	8,3	3,7	3,1	3,7	2,8	10,7	5,1
Rotterdam-Rijnmond	3,5	3,1	4,6	2,7	5,7	5,0	9,6	8,4	13,0	6,0
Zuid-Holland Zuid	4,2	2,9	7,8	2,4	5,5	2,8	13,3	8,8	5,9	3,7
Zeeland	7,8	4,5	9,0	1,2	12,5	7,8	14,7	10,1	7,6	3,5
Midden West Brabant	7,3	4,9	9,0	5,7	8,9	3,9	12,0	5,0	11,3	6,0
Brabant Noord	3,9	5,1	13,8	4,3	12,5	7,0	11,2	7,5	10,2	7,5
Zuidoost Brabant	9,0	3,2	7,8	5,7	7,7	4,8	10,5	5,5	11,2	3,4
Limburg Noord	11,6	5,0	5,4	12,3	8,2	3,1	6,8	3,0	7,8	7,8
Zuid Limburg	10,9	6,3	5,2	2,7	6,6	3,6	13,0	1,9	5,0	3,0
Flevoland	4,1	6,2	7,1	5,5	10,5	8,9	17,9	5,7	7,3	5,5
<b>gewogen landelijk gemiddelde</b>	<b>6,0</b>	<b>4,2</b>	<b>7,9</b>	<b>5,3</b>	<b>8,0</b>	<b>5,2</b>	<b>11,7</b>	<b>7,1</b>	<b>9,4</b>	<b>5,9</b>

## 25.2 Achtergronden bij instroom

In 2012 zijn 355 medewerkers in dienst van de ambulancesector getreden (429 in 2011). 274 van hen zijn ingestroomd in een van de drie kernfuncties (350 in 2011).

Uit de aangeleverde cijfers met betrekking tot de instroom kunnen de volgende conclusies worden afgeleid:

- de grootste instroom betreft ambulanceverpleegkundigen (39%), gevolgd door ambulancechauffeurs (23%)
- het verschil in instroom tussen ambulanceverpleegkundigen en –chauffeurs hangt samen met de toenemende zorgdifferentiatie;
- het verschil in instroom tussen verpleegkundig en niet-verpleegkundig centralisten (14% respectievelijk 2%) hangt samen met de beschikbare werkzaamheden (verantwoordelijk voor het zorginhoudelijke proces en inzetbaar op logistieke werkzaamheden);
- medewerkers kiezen voor werken in de ambulancezorg op grond van de inhoud en de kenmerken van de functie;
- nieuwe ambulanceverpleegkundigen en verpleegkundig centralisten zijn afkomstig van SEH- en IC-afdelingen van ziekenhuizen en in mindere mate van andere RAV's;
- nieuwe chauffeurs hebben over het algemeen al langer ervaring als chauffeur en zijn vaak werkzaam geweest in de zorg.

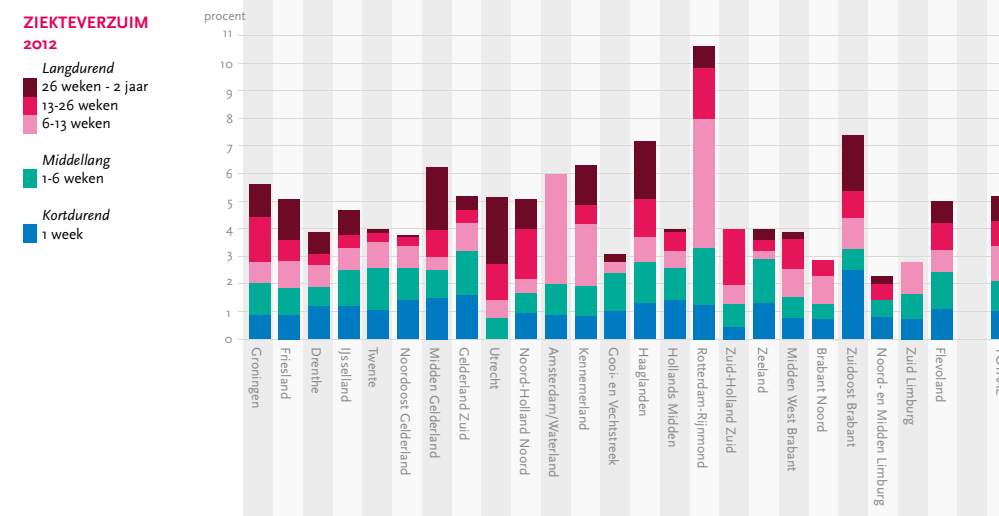
## 25.3 Achtergronden bij uitstroom

In 2012 hebben 247 medewerkers hun dienstverband beëindigd (272 in 2011), 197 van hen waren werkzaam in één van de drie kernfuncties (231 in 2011) en in ieder geval 81 van hen hebben ook de ambulancezorg verlaten (95 in 2011).

Uit de aangeleverde cijfers met betrekking tot de uitstroom kunnen de volgende conclusies afgeleid worden:

- redenen van uitstroom zijn vooral het aanvaarden van een andere functie, al dan niet binnen de ambulancezorg, en beëindiging van de arbeidsovereenkomst voor bepaalde tijd;
- een groot deel van de ambulancemedewerkers heeft de VUT-/pensioengerechtigde leeftijd bereikt;
- uitstromende ambulancemedewerkers gaan vaak bij een collega-RAV werken of bij andere zorginstellingen zoals het ziekenhuis.

## 26 Ziekteverzuim



Het ziekteverzuim binnen de ambulancezorg wordt niet alleen in een algemeen gemiddeld ziekteverzuimpercentage weergegeven, maar is ook opgesplitst in vijf verschillende tijdvakken. Het gaat om kortdurend ziekteverzuim (maximaal één week), middellangdurend (1 tot 6 weken), langdurend 1 (6 tot 13 weken), langdurend 2 (13 weken tot 6 maanden) en langdurend 3 (langer dan 6 maanden).

### 26.1 Landelijk gemiddeld ziekteverzuim

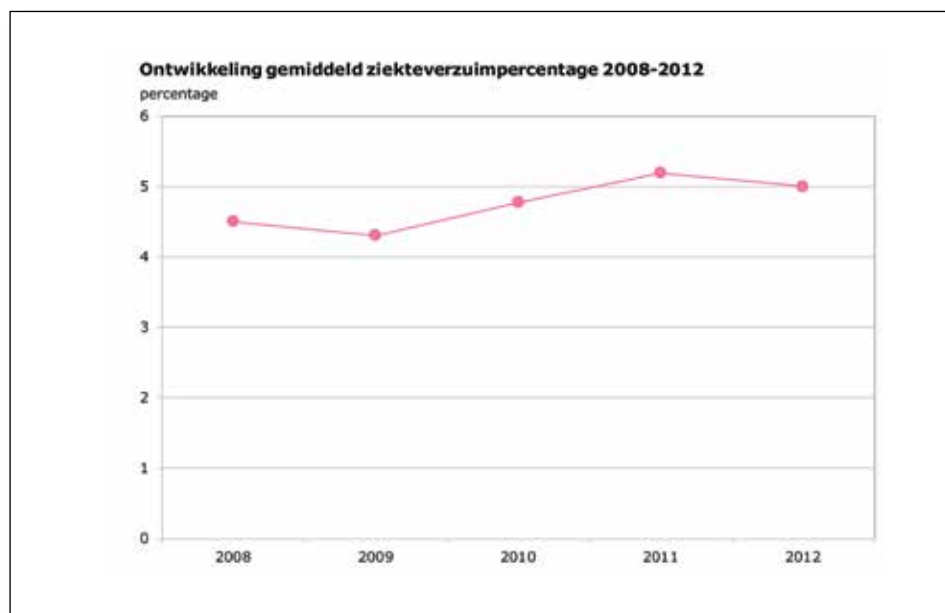
Het landelijk gemiddelde ziekteverzuimpercentage was in 2012 5,0%.

Tot 2010 was een trend zichtbaar van dalend ziekteverzuim tot 4,8%. In 2011 is het ziekteverzuim gestegen tot 5,2%, in 2012 was er weer sprake van een daling naar 5,0%. De sector verklaart een en ander uit de percentages van het langdurig ziekteverzuim en de fluctuaties daarin. Het langdurig ziekteverzuim drukt, gezien de beperkte omvang van de ambulancesector vrij zwaar op het totale ziekteverzuimpercentage. Het langdurend ziekteverzuim binnen de ambulancezorg is echter beperkt in vergelijking met de zorgsector in het algemeen.

tabel 26.1: ontwikkeling gemiddeld ziekteverzuim 2010-2012 (landelijk)

	2012	2011	2010	2009	2008
<b>gemiddeld ziekteverzuim</b>	<b>5,0%</b>	<b>5,2%</b>	<b>4,8%</b>	<b>4,3%</b>	<b>4,5%</b>
gemiddeld kortdurend ziekteverzuim	1,0%	1,0%	1,0%	1,2%	1,2%
gemiddeld middellangdurend ziekteverzuim	1,1%	1,3%	1,5%	1,2%	1,2%
gemiddeld langdurend ziekteverzuim 1	1,3%	1,3%	1,2%	1,1%	1,1%
gemiddeld langdurend ziekteverzuim 2	0,9%	0,7%	0,5%	0,4%	0,6%
gemiddeld langdurend ziekteverzuim 3	0,9%	0,9%	0,6%	0,4%	0,6%

grafiek 26.1: ontwikkeling gemiddeld ziekteverzuimpercentage 2008-2012



## 26.2 ziekteverzuim per regio

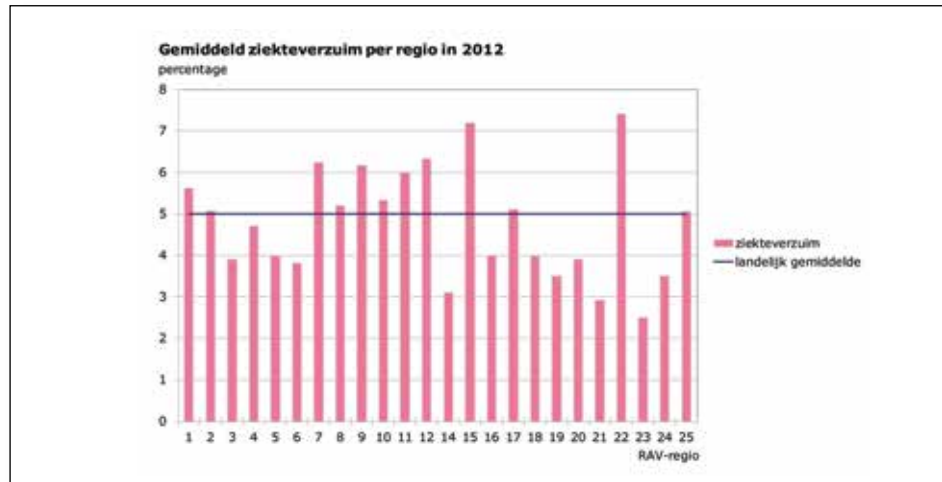
Onderstaande tabel brengt het ziekteverzuim in de ambulancezorg per RAV-regio in beeld:

tabel 26.2: gemiddeld ziekteverzuim per regio 2008-2012

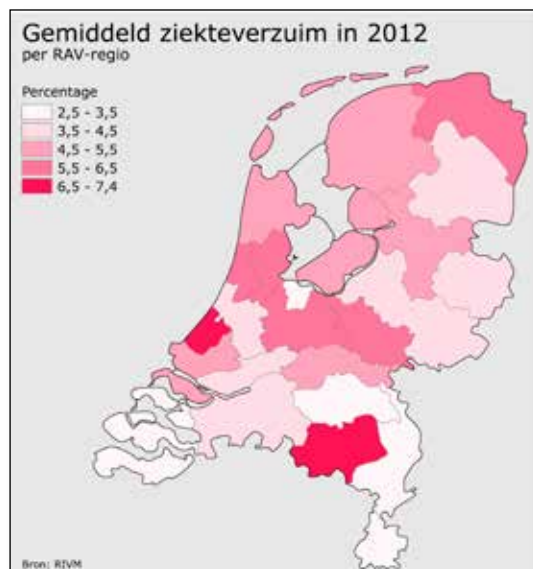
	alg. ziekte- verzuim %	kort- durend	middellang- durend	lang- durend I	lang- durend II	lang- durend III
Groningen	5,6	0,9	1,2	0,8	1,6	1,2
Friesland	5,1	0,9	1,0	1,0	0,8	1,5
Drenthe	3,9	1,2	0,7	0,8	0,4	0,8
IJsselland	4,7	1,2	1,3	0,8	0,5	0,9
Twente	4,0	1,0	1,5	1,0	0,3	0,2
Noordoost Gelderland	3,8	1,4	1,2	0,8	0,3	0,1
Gelderland Midden	6,2	1,5	1,0	0,5	1,0	2,3
Gelderland Zuid	5,2	1,6	1,6	1,0	0,5	0,5
Utrecht	6,2	1,0	0,7	0,7	1,3	2,4
Noord-Holland Noord	5,3	0,9	0,8	0,5	1,8	1,1
Amsterdam/Waterland	6,0	0,9	1,2	4,0	0,0	0,0
Kennemerland	6,3	0,8	1,1	2,3	0,7	1,5
Gooi- en Vechtstreek	3,1	1,0	1,4	0,4	0,0	0,3
Haaglanden	7,2	1,3	1,5	0,9	1,4	2,1
Hollands Midden	4,0	1,4	1,2	0,6	0,7	0,1
Rotterdam-Rijnmond	5,1	1,2	2,1	4,7	1,9	0,8
Zuid-Holland Zuid	4,0	0,4	0,8	0,7	2,1	0,0
Zeeland	3,5	1,3	1,6	0,3	0,4	0,4
Midden West Brabant	3,9	0,8	0,8	1,0	1,1	0,3
Brabant Noord	2,9	0,7	0,6	1,0	0,6	0,0
Zuidoost Brabant	7,4	2,5	0,7	1,1	1,0	2,0
Limburg Noord	2,5	0,8	0,6	0,0	0,6	0,3
Zuid Limburg	3,5	0,7	0,9	1,2	0,0	0,0
Flevoland	5,1	1,1	1,3	0,8	1,0	0,8
<b>gewogen landelijk gemiddeld 2012</b>	<b>5,0</b>	<b>1,0</b>	<b>1,1</b>	<b>1,3</b>	<b>0,9</b>	<b>0,9</b>
<i>gewogen landelijk gemiddelde 2011</i>	<i>5,2</i>	<i>1,0</i>	<i>1,3</i>	<i>1,3</i>	<i>0,7</i>	<i>0,9</i>
<i>gewogen landelijk gemiddelde 2010</i>	<i>4,8</i>	<i>1,0</i>	<i>1,5</i>	<i>1,2</i>	<i>0,5</i>	<i>0,6</i>
<i>gewogen landelijk gemiddelde 2009</i>	<i>4,3</i>	<i>1,2</i>	<i>1,2</i>	<i>1,1</i>	<i>0,4</i>	<i>0,4</i>
<i>gewogen landelijk gemiddelde 2008</i>	<i>4,5</i>	<i>1,2</i>	<i>1,2</i>	<i>1,1</i>	<i>0,6</i>	<i>0,6</i>



grafiek 26.2: gemiddeld ziekteverzuimpercentage per regio in 2012



kaart 26.1: gemiddeld ziekteverzuimpercentage per regio in 2012



## 26.3 WIA-instroom

De WIA-instroom was ook in 2012 weer beperkt. In 2012 zijn zeven personen in de WIA ingestroomd, dit is 0,15% (7 personen in 2011, dit was 0,15%). In de voorgaande jaren was de WIA-instroom steeds uiterst beperkt. Hieruit kan afgeleid worden, dat het verzuimbeleid en de mogelijkheden om tijdig te anticiperen op langdurige uitval als gevolg van ziekte goed zijn ontwikkeld binnen de ambulancesector.

## 27 Agressie & geweld

### 27.1 Inleiding

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

De registratie van agressie- en geweldsincidenten door de ambulancesector gebeurt mede in het kader van het actieprogramma 'geweld tegen werknemers met een publieke taak'. In 2006 heeft AZN dit actieprogramma mede ondertekend.

### 27.2 Aantal en aard van de incidenten

In 2012 hebben 24 regio's agressie-incidenten geregistreerd. Deze regio's hebben in 2012 500 incidenten geregistreerd. Dit betekent een toename van het aantal geregistreerde incidenten met 211 ten opzichte van 2011 (289 incidenten in 2011). Deze toename houdt verband met het intensiveringstraject van AZN rondom dit onderwerp. In 2011 heeft de ambulancesector een Plan van Aanpak Agressie & Geweld uitgevoerd. De sector heeft een aantal uitgangspunten geformuleerd rond het omgaan met agressief gedrag. Hier is tijdens opleidingsdagen aandacht aan besteed, de effecten hiervan zijn nog steeds zichtbaar. Binnen organisaties wordt meer aandacht besteed aan het melden van incidenten, er wordt meer geregistreerd en dit leidt automatisch tot een hoger aantal geregistreerde incidenten. Dit valt vooral op voor de volgende drie RAV's: Noordoost Gelderland (van 4 naar 92 incidenten), Noord-Holland Noord (van 113 naar 190 incidenten), Kennemerland (van 6 naar 48 incidenten). Daarnaast heeft de RAV Haaglanden sinds 2011 met 61 incidenten een hoog aandeel in het aantal geregistreerde incidenten.

Afgezet tegen de 1.100.419 ambulance-inzetten die in 2012 zijn uitgevoerd, is er sprake van 0,45 incidenten per 1.000 inzetten en 45 incidenten per 100.000 inzetten (0,27 incidenten per 1.000 inzetten in 2011 en 27 incidenten per 100.000 inzetten).

De ambulancesector maakt onderscheid in verbale agressie of geweld, serieuze bedreigingen, fysieke agressie en geweld en seksuele intimidatie, agressie en geweld. Wat de sector precies onder ieder van deze vier categorieën verstaat, is weergegeven in bijlage 5.

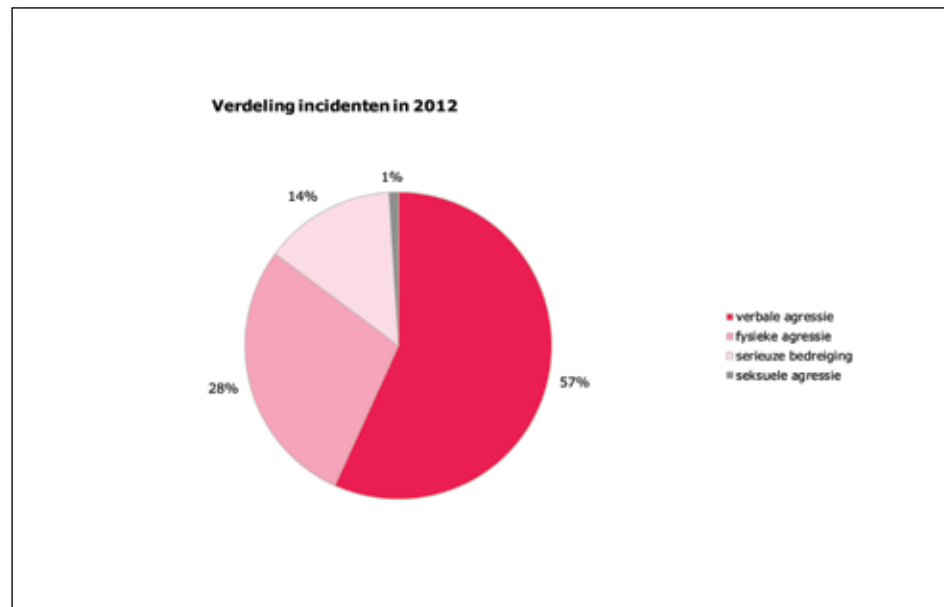
- het meest voorkomend is verbale agressie of verbaal geweld (56,8% in 2012);
- gevolgd door fysieke agressie of fysiek geweld (28,4% in 2012).

Onderstaande tabel en grafiek geven weer welke incidenten gemeld zijn:

tabel 27.1: aantal en verdeling incidenten 2010-2012

	2012		2011		2010		2009		2008	
	aantal	%	aantal	%	aantal	%	aantal	%	aantal	%
verbale agressie en geweld	284	56,8%	151	52%	94	55%	68	47%	50	41%
serieuze bedreiging	69	13,8%	36	12%	20	12%	29	20%	11	10%
fysieke agressie en geweld	142	28,4%	99	34%	50	29%	46	32%	44	36%
seksuele intimidatie, agressie en geweld	5	1,0%	3	1%	7	4%	2	1%	16	16%
<b>totaal</b>	<b>500</b>	<b>100%</b>	<b>295</b>	<b>100%</b>	<b>171</b>	<b>100%</b>	<b>145</b>	<b>100%</b>	<b>121</b>	<b>100%</b>

grafiek 27.1: verdeling incidenten in 2012



## 27.3 Dag en tijdstip

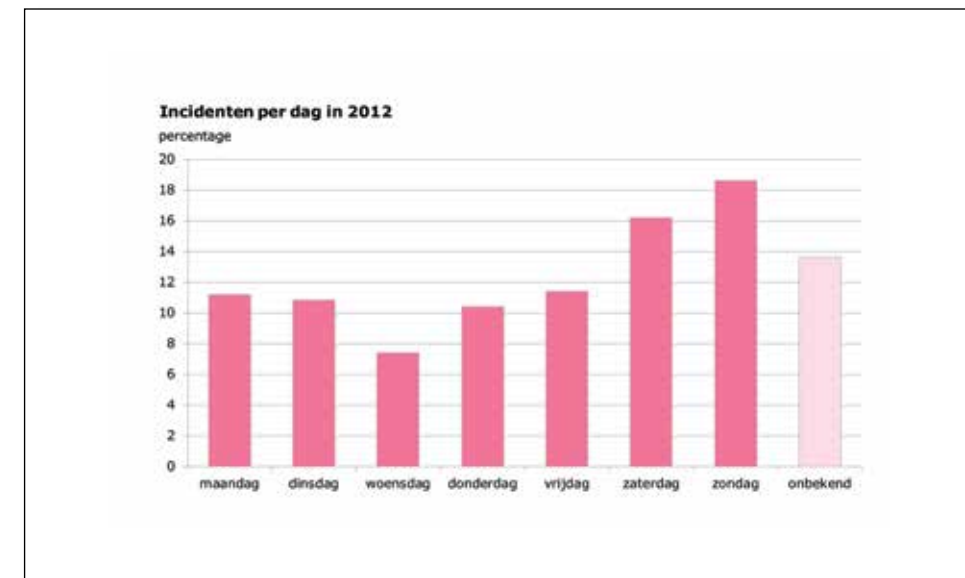
Van de 500 incidenten die in 2012 zijn geregistreerd, is van 432 bekend op welke dag het incident heeft plaatsgevonden:

- de meeste incidenten vonden plaats in het weekend (81 op zaterdag en 93 op zondag);
- in 2012 vonden de minste incidenten op woensdag plaats.

tabel 27.2: percentage incidenten per dag van de week 2010-2012

	2012	2011	2010	2009	2008
maandag	11%	11%	19%	9%	12%
dinsdag	11%	11%	9%	8%	5%
woensdag	8%	10%	8%	7%	6%
donderdag	10%	11%	12%	13%	6%
vrijdag	11%	14%	5%	13%	6%
zaterdag	16%	22%	16%	23%	17%
zondag	19%	18%	33%	11%	20%
onbekend	14%	1%	9%	17%	28%

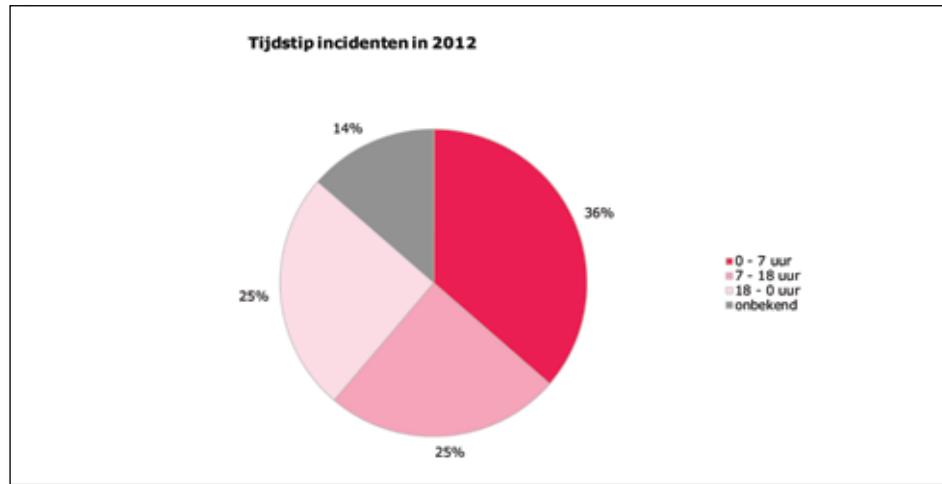
grafiek 27.2: percentage incidenten per dag van de week in 2012



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

- 36,4% van de incidenten vond plaats tussen 0.00 en 7.00 uur, (29% in 2011),
- 24,8% van de incidenten vond plaats tussen 7.00 en 18.00 uur (32% in 2011),
- 25,2% van de incidenten vond plaats tussen 18.00 en 0.00 uur (37% in 2011),
- van 13,6% van de incidenten is in 2012 het tijdstip niet geregistreerd.

grafiek 27.3: percentage incidenten naar tijdstip in 2012

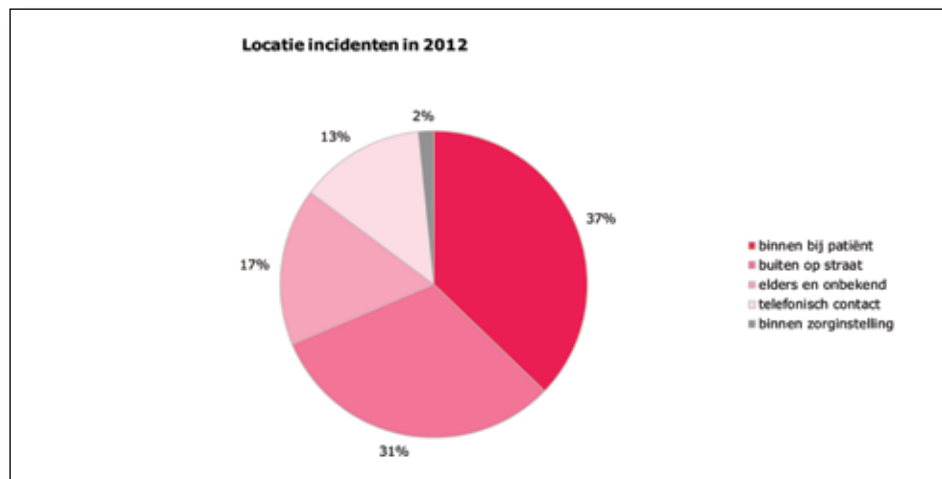


## 27.4 Locatie

Van de 500 geregistreerde incidenten in 2012 is bekend waar het incident heeft plaatsgevonden (289 in 2011). Niet alleen de ambulance-eenheid, die naar de patiënt toe gaat en onderweg of ter plaatse gehinderd kan worden, wordt geconfronteerd met agressie. Ook centralisten van de meldkamer ambulancezorg hebben met agressie te maken. De meeste incidenten vonden binnen bij de patiënt plaats, gevolgd door incidenten buiten op straat. In 2010 vonden juist de meeste incidenten tijdens het telefonisch contact plaats.

- 45% van de incidenten speelde zich binnen bij de patiënt af (38% in 2011),
- 38% van de incidenten vond op straat plaats (38% in 2011),
- 16% van de incidenten vond plaats tijdens het telefonisch contact (21% in 2011).

grafiek 27.4: percentage incidenten naar locatie in 2012



## 27.5 Veroorzakers

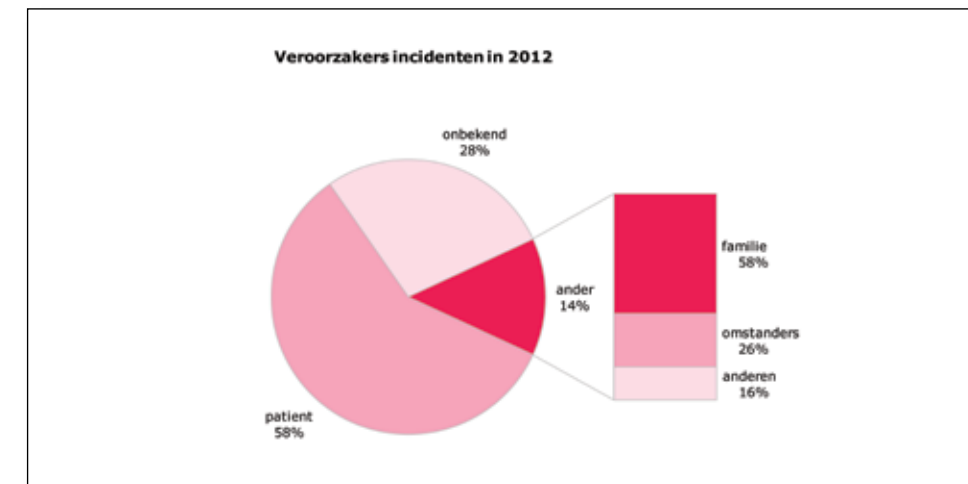
Bij 444 van de 500 geregistreerde incidenten is vastgelegd wie het incident veroorzaakte:

- in 66% van de gevallen was dit de patiënt zelf (292 patiënten in 2012, 37% in 2011),
- in 34% van de gevallen was het iemand anders dan de patiënt (152 andere veroorzakers, 63% in 2011).

Wie in deze 152 gevallen precies de veroorzaker (anders dan de patiënt) was, loopt uiteen:

- bij 55% is de veroorzaker (en diens relatie tot de patiënt) onbekend (20% in 2011),
- in 26% van de incidenten gaat het om familie of direct betrokkenen (48% in 2011),
- 12% van de veroorzakers zijn omstanders (6% in 2011).

grafiek 27.5: percentage incidenten naar veroorzaker in 2012

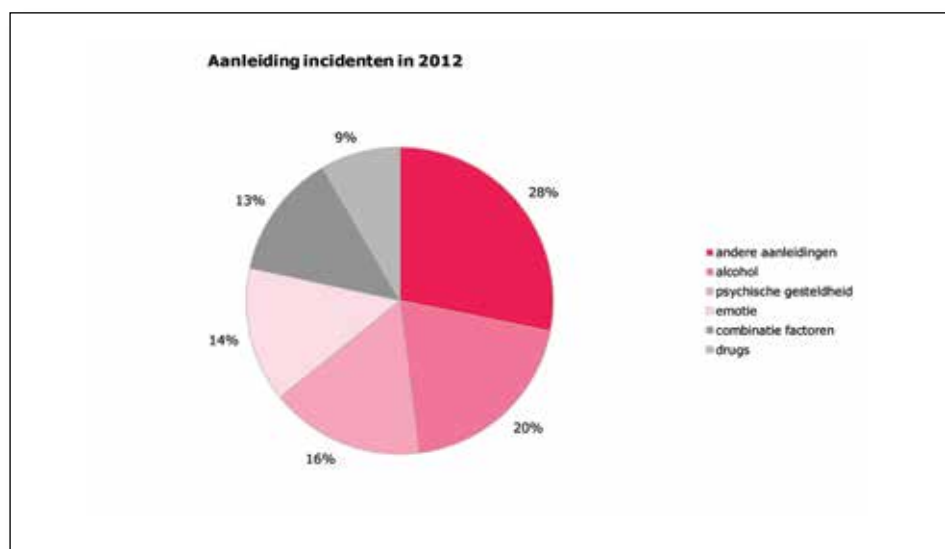


## 27.6 Aanleiding

De aanleiding van het incident is in 2012 bij 456 van de 500 incidenten geregistreerd. Vaak gaat het om een combinatie van factoren, waarbij hetzij emotie, hetzij alcohol een belangrijke rol spelen.

- bij 27% is alcohol benoemd als omstandigheid die tot agressie leidde (24% in 2011),
- bij 22% is ook de psychische gesteldheid van de patiënt aangewezen (17% in 2011),
- bij 19% speelt emotie een hoofdrol (18% in 2011).

grafiek 27.6: percentage incidenten naar aanleiding in 2012



## 27.7 Juridische consequenties

Er wordt nog lang niet altijd aangifte gedaan van agressie/incidenten. Het beeld over 2012 is als volgt:

- aangifte van 78 incidenten,
- geen aangifte van 325 incidenten,
- van de overige 97 incidenten is niet bekend of hier aangifte van gedaan is.

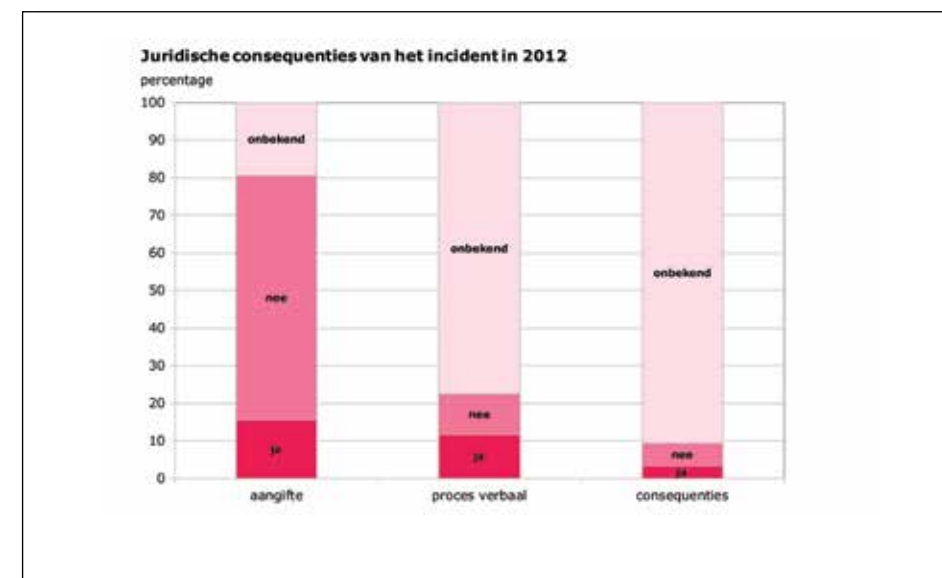
Aangifte doen betekent niet altijd automatisch dat er proces verbaal opgemaakt wordt door de politie:

- van 59 incidenten is proces verbaal opgemaakt,
- van 19 incidenten waarvan aangifte is gedaan is dit niet bekend.

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

- van 17 incidenten is bekend dat er strafrechtelijke consequenties waren (waaronder vijf boetes, tweemaal een strafrechtelijke vervolging, drie keer een taakstraf en vier keer een andere consequentie),
- van de overige 28 incidenten waarvan proces verbaal is opgemaakt is hetzij bekend dat zij geen (strafrechtelijke) consequenties hebben, dan wel is dit nog niet bekend op het moment van publicatie van dit sectorrapport.

grafiek 27.7: juridische consequenties van incidenten in 2012



## 27.8 Opvang door de RAV

RAV's zijn verplicht beleid te ontwikkelen voor ondersteuning aan en (eerste) opvang van de medewerkers die te maken hebben gehad met een agressie-incident. Hiervoor zijn diverse hulpmiddelen beschikbaar, zoals een werkpakket agressie en geweld als onderdeel van de arbocatalogus. Ook ondersteunt de RAV voorkomende gevallen bij het doen van aangifte en het verhalen van schade op de daders vanuit het programma Veilige Publieke Taak. De direct leidinggevende, het bedrijfsopvangteam (BO-Team), de directie en de afdeling P&O spelen een rol in de opvang en afwikkeling van agressie-incidenten.

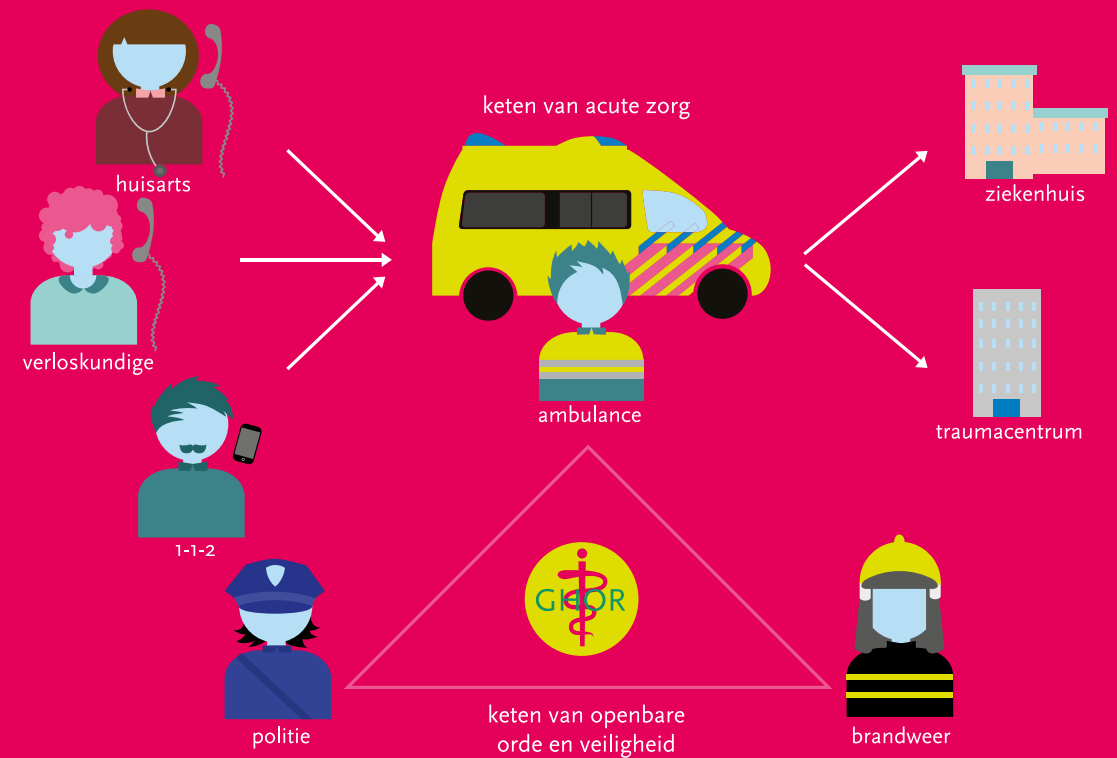
Bij 134 incidenten in 2012 heeft de RAV eerste opvang geboden en bij 32 incidenten is door de RAV in ondersteuning geboden bij de aangifte van het incident. In acht gevallen is externe opvang voor de betreffende medewerkers georganiseerd. Het BO-team is 46 keer in actie gekomen.

## Deel E: ambulancezorg is ketenpartner

Ambulancezorg is partner in de keten van acute zorg en in de keten van openbare orde en veiligheid.

Binnen de keten van acute zorg werken RAV's samen met onder andere huisartsen, verloskundigen en SEH-afdelingen van ziekenhuizen. Het ministerie van VWS is verantwoordelijk voor de wet- en regelgeving op het terrein van acute zorg. Verschillende aanvullende voorzieningen op de ambulancezorg komen in dit hoofdstuk aan de orde.

Samenwerkingspartners voor RAV's in de keten van openbare orde en veiligheid zijn politie, brandweer en GHOR (Geneeskundige Hulpverleningsorganisatie in de Regio). De ministeries van BZK en VenJ zijn verantwoordelijk voor wet- en regelgeving met betrekking tot de keten van openbare orde en veiligheid.



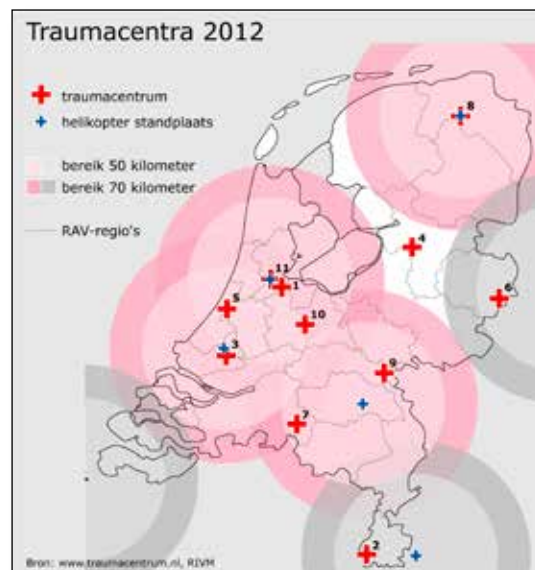
# 28 De keten van acute zorg

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

Het ministerie van VWS streeft ernaar om op het terrein van de acute zorg dusdanige condities te scheppen, dat patiënten met een acute zorgbehoefte snel op de juiste plek de juiste zorg kunnen ontvangen. In de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi) en de bijbehorende beleidsregels is expliciet geregeld dat er binnen de acute zorg sprake moet zijn van goede samenwerking in de vorm van een regionale organisatie en afspraken. Ook de RAV is een zorginstelling krachtens de WTZi.

Een belangrijke partij in de keten van acute zorg is het Regionaal Overleg Acute Zorg (ROAZ). In het ROAZ maken de aanbieders van acute zorg in regionaal verband afspraken over een betere samenwerking. De kwaliteit van de acute keten wordt immers bepaald door de mate waarin zorgaanbieders met elkaar samenwerken, elkaar informeren en op de hoogte zijn van elkaars expertise en handelen. Het doel van het ROAZ is er voor te zorgen dat een patiënt zo snel mogelijk op de juiste plaats terecht komt wanneer hij acute zorg nodig heeft. Het ROAZ brengt daartoe het aanbod van acute zorg in de regio in beeld en bedenkt oplossingen voor eventuele knelpunten. Het ROAZ wordt geïnitieerd door de ziekenhuizen met een traumacentrum. Ziekenhuizen en de ambulancezorg in de betreffende regio zijn deelnemers aan het ROAZ en vaak ook huisartsen, huisartsenposten, instellingen voor geestelijke gezondheidszorg met een crisisfunctie en verloskundigen.

kaart 28.1: traumacentra in Nederland



## 28.1 Aanvullend op ambulancezorg: MMT

Voor aanvullende medische hulp in bijzondere situaties, zoals zeer ernstig gewonde patiënten of grootschalige ongevallen, kunnen zowel de meldkamer ambulancezorg (MKA) als de ambulance-eenheid een beroep doen op het Mobiel Medisch Team. Het MMT levert ter plekke specialistische acute medische zorg aan patiënten. Het MMT is gekoppeld aan een van de elf traumacentra in Nederland.

Uit de registratie over 2012 blijkt dat het MMT in 2012 door twintig regio's 5.489 keer is ingezet in aanvulling op de reguliere ambulancezorg, zowel grondgebonden als met de helikopter (6.647 MMT-inzetten door 22 regio's in 2011)

tabel 28.1: MMT-inzetten in 2012

	aantal inzetten MMT	door aantal regio's
2012	5.489	20
2011	6.647	22
2010	7.218	22
2009	5.906	21
2008	5.968	21

Het MMT verplaatst zich, afhankelijk van de omstandigheden, per auto of per helikopter. Afhankelijk van de vervoerswijze bestaat het MMT uit een speciaal opgeleide (trauma-)arts uit het ziekenhuis, een gespecialiseerde verpleegkundige en een chauffeur of piloot. Indien gebruik wordt gemaakt van de traumahelikopter wordt ook een Heli Landing Officer, die verantwoordelijk is voor het veilig opstijgen en landen van de helikopter aan het MMT toegevoegd. Vier van de traumacentra beschikken over een traumahelikopter (Groningen, Nijmegen, Amsterdam en Rotterdam-Rijnmond), deze kunnen ook 's nachts ingezet worden. De overige zeven traumacentra hebben een MMT dat vanuit beschikbaarheidsdienst kan worden opgeroepen. Een deel van Nederland wordt afgedekt door buitenlandse helikopters: Zeeuws Vlaanderen en Walcheren door België (Brugge), Zuid Limburg en Twente door Duitsland (respectievelijk Würselen en Rheine).

Patiënten op de Waddeneilanden (met uitzondering van Texel) worden vervoerd naar een ziekenhuis op het vasteland met een helikopter uit Leeuwarden van de Search and Rescue eenheid (SAR) van de Koninklijke Luchtmacht. Dit is geen traumahelikopter, omdat er geen trauma-arts beschikbaar is. Ook heeft de SAR-verpleegkundige andere bevoegdheden dan de ambulanceverpleegkundige.

## 28.2 Aanvullend op ambulancezorg: first responder

Een first responder is een hulpverlener, die als eerste ter plaatse komt en die competent is eerste hulp te verlenen in een situatie waarin dit noodzakelijk is, in afwachting van een ambulance-eenheid. De first responder kan levensreddende handelingen verrichten en kan de behandeling opstarten, maar is niet bevoegd om de patiënt zelfstandig te behandelen. De first responder is niet, zoals de rapid responder, functioneel verbonden aan de RAV. De inzet van de first responder vindt wel plaats via de MKA, nadat de MKA een ambulance-eenheid heeft ingezet. In 2012 is door negen regio's een first responder ingezet, waarbij deze inzet ook als zodanig is geregistreerd. Zij hebben 2.449 keer een first responder ingezet (2.353 geregistreeerde first responderinzetten in negen regio's in 2011).

tabel 28.2: inzetten first responder in 2012

	aantal inzetten first responder	door aantal regio's
2012	2.449	9
2011	2.353	9
2010	2.782	12
2009	1.898	11
2008	1.785	8

Er zijn regio's waar gewerkt wordt met medewerkers van brandweer of politie, AED-hulpverleners of met lekenhulpverleners als first responders. Indien deze laatsten worden ingezet, beperkt de taak van de MKA zich tot alarmering. De inzet van de lekenhulpverlener valt niet onder de verantwoordelijkheid van de ambulanceorganisatie.

## 29 De keten van openbare orde en veiligheid

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

Wet- en regelgeving op het terrein van openbare orde en veiligheid is afkomstig van het ministerie van Veiligheid en Justitie (VenJ). Het betreft hier met name de Wet Veiligheidsregio's (WVR) die op 1 oktober 2010 in werking is getreden.

### 29.1 Incidenten jaarwisseling

Al enkele jaren houdt het ministerie van VenJ bij hoe de jaarwisseling is verlopen. Er wordt informatie verzameld over onder meer onrust, vernieling en agressie jegens medewerkers met een publieke taak (zoals brandweer-, politie- en ambulancepersoneel). Sinds de jaarwisseling 2008-2009 werkt de sector ambulancezorg hier aan mee: medewerkers die tijdens de jaarwisseling werken, houden bij hoeveel agressie-incidenten zich jegens ambulancemedewerkers voordoen. Ook geven zij aan wat de aard van het incident is (verbale agressie, fysieke agressie, etc.).

Over het algemeen kan gesteld worden dat de jaarwisselingen voor de ambulancezorg relatief rustig verlopen. Het is wel een drukker nacht dan gemiddeld, met veel inzetten die relatief vaak vuurwerk- of alcoholgerelateerd zijn. Er worden wel agressie-incidenten gemeld tijdens de jaarwisseling, maar het gaat om 'slechts' enkele incidenten, waarbij vooral sprake is van verbale agressie. Opgemerkt wordt dat er in de afgelopen jaren sprake is van een meer intensieve samenwerking met politie. In diverse regio's gaat de ambulance niet meer alleen naar een incident, maar wordt de ambulance-eenheid begeleid door een politie-eenheid.

### 29.2 Landelijke grootschalige incidenten en evenementen

#### openbare orde en veiligheid: incidenten

Eén aspect van de GHOR-werkzaamheden door ambulanceorganisaties is de inzet van ambulances tijdens rampen en grootschalige incidenten. Concrete voorbeelden uit 2012 zijn het treinongeval in Amsterdam op 21 april 2012, het instorten van een feesttent tijdens het Dicky Woodstock Festival in Steenwijkerwold op 5 augustus 2012 en Project X in Haren op 21 september 2012.

#### openbare orde en veiligheid: evenementen

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



# Bijlagen

- Bijlage 1: Vergelijkbaarheid cijfers van de verschillende jaren en andere aspecten met betrekking tot de betrouwbaarheid
- Bijlage 2: Toelichting op aanrijdnormen binnen de ambulancezorg (hoofdstuk 8 t/m 10)
- Bijlage 3: Toelichting op de gebruikte medische terminologie (hoofdstuk 17)
- Bijlage 4: Toelichting op Actieprogramma Veilige Publieke Taak (hoofdstuk 27)
- Bijlage 5: Kernset 2012
- Bijlage 6: (relevante) Definities
- Bijlage 7: Verantwoording RIVM
- Bijlage 8: Gebruikte afkortingen
- Bijlage 9: Relevante documenten
- Bijlage 10: Leden Ambulancezorg Nederland
- Bijlage 11: Standplaatsen in Nederland

## Bijlage 1: Vergelijkbaarheid cijfers van de verschillende jaren en andere aspecten met betrekking tot de betrouwbaarheid

### Managementinformatie, nog steeds in ontwikkeling

In 2005 startte Ambulancezorg Nederland (AZN) met het traject managementinformatie (MI). Een van de doelen hiervan was, en is nog steeds, te komen tot een landelijk eenduidige registratie van gegevens, zodat data en resultaten van de verschillende regio's naast elkaar en in samenhang gepresenteerd kunnen worden. Organisaties kunnen op deze manier ervaringen en best practices met elkaar uitwisselen. De gegevensset is een dynamische set die uitgebreid kan worden en frequent gescreend en aangescherpt wordt.

### Kwaliteit en betrouwbaarheid van de gegevens

De ambulancesector heeft voortdurend aandacht voor de kwaliteit en de betrouwbaarheid van de gegevens. De werkgroep betrouwbaarheid speelt hier een belangrijke rol in en kan gevraagd en ongevraagd advies geven.

AZN werkt met betrekking tot de logistieke gegevens (gepresenteerd in hoofdstuk 2 en 3) samen met het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). Het RIVM berekent op eenduidige wijze de ritgegevens uit de rittendatabases die door de regio's worden overgedragen aan het RIVM. De ritgegevens worden voor alle regio's op dezelfde wijze berekend aan de hand van sectoraal vastgestelde meetplannen, wat de betrouwbaarheid en vergelijkbaarheid van de gegevens ten goede komt.

### Verschil cijfers 2010 en 2009 met de jaren daarvoor

Sinds 2009 wijken de cijfers, zoals gepubliceerd in hoofdstuk 2, af van de cijfers over de voorgaande jaren (2008 en vroeger).

Sinds 2009 wordt voor ieder tijdsinterval -tijdsduur aanname en uitgifte, uitruktijd, aanrijtijd en responstijd- een andere database gehanteerd.

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

Concreet betekent een en ander het volgende:

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

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

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

### Territoriale congruentie

In de Tijdelijke wet ambulancezorg is geregeld dat de RAV-regio's overeenkomen met de veiligheidsregio's. In de praktijk komen de regio's nog niet volledig overeen, wijzigingen worden geleidelijk doorgevoerd.

Per 1 januari 2008 heeft voor de ambulancezorg een belangrijke wijziging plaatsgevonden. De gemeente Haarlemmermeer is overgegaan van de regio Amsterdam naar de regio Kennemerland. Dit heeft gevolgen voor alle aspecten, zoals aantallen ritten, formatie en aantallen standplaatsen.

De effecten van de gebiedswijziging zijn nagenoeg niet meer zichtbaar in dit sectorrapport.

## Bijlage 2: Toelichting op aanrijtjdnormen binnen de ambulancezorg (hoofdstuk 8 t/m 10)

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

### Steeds verdere aanscherping

De 15-minutennorm is in de loop der jaren in Nederland steeds verder aangescherpt. In het voormalige Eisenbesluit ambulancevervoer, dat al jaren niet meer van kracht is, was vastgelegd dat een ambulance onder normale omstandigheden binnen vijftien minuten na de opdracht aan de CPA ter plaatse moet kunnen zijn. De vervoerder was in die tijd niet verantwoordelijk voor de MKA (CPA) en kon ook geen invloed uitoefenen op het presteren van de MKA.

Sinds de inrichting van RAV's is de vergunninghouder integraal verantwoordelijk voor zowel de meldkamer ambulancezorg als voor het aanrijden van de ambulance. De norm is hiermee, sinds de nota 'Met zorg verbonden' uit 1997, verschoven naar binnen vijftien minuten na melding bij de MKA ter plaatse kunnen zijn. Het begrip 'na melding bij de MKA' bleek in de praktijk op verschillende manieren geïnterpreteerd te kunnen worden.

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

### Vergelijking met het buitenland

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

### Is er een relatie tussen responstijd en gezondheidswinst?

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

## Bijlage 3: Toelichting op de gebruikte medische terminologie (hoofdstuk 17)

In deze bijlage worden de medisch-inhoudelijke begrippen, die in hoofdstuk 17 worden gebruikt, nader toegelicht. De terminologie is in de bijlage opgenomen in volgorde waarin de begrippen voorkomen.

### Hoofdspecialismen

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

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

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

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

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

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

### (Voorbehouden) handelingen

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

A = airway of ademweg en heeft betrekking op het openen en openhouden van de luchtweg

B = breathing of ademhaling en heeft betrekking op het controleren van de ademhaling en eventuele ademhalingsstoornissen

C = circulation en heeft betrekking op de eventuele problemen met de circulatie (bloedsomloop) van de patiënt

D = disability en bewustzijn en heeft betrekking op eventuele problemen en stoornissen van het bewustzijn

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

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

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

**intramusculaire injectie:** een injectie gegeven in de spier

**intraveneuze naald:** wordt geplaatst in een ader

**intraossale naald:** wordt in de beenmergholte ingebracht

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

#### **Utstein template**

De *Utstein standaard* is een wereldwijd ontwikkeld format, aan de hand waarvan kerngegevens over het proces en de resultaten van reanimaties geregistreerd kunnen worden. Wetenschappelijk is onderbouwd dat er een relatie bestaat tussen enerzijds de samenhang van de factoren tijd, het moment waarop na de hartstilstand gestart wordt met hartmassage, de al dan niet aanwezigheid van omstanders, toepassing van een AED en het initiële hartritme en anderzijds de overlevingskansen van een patiënt.

- bij een *acute hartstilstand* heeft de patiënt geen circulatie en ademhaling en is bewusteloos
- *reanimatie:* het geheel van inspanningen gericht op het herstel van circulatie en ademhaling (definitie Nederlandse Reanimatie Raad)
- het *eerste ritme* is het hartritme van de patiënt op het moment dat de ambulance is gearriveerd
- *defibrilleren:* het toedienen van inwendige of uitwendige elektroshocks met het doel het hartritme te herstellen
- onder *defibrilleerbaar ritme* wordt verstaan dat de hartritmestoornis te behandelen is door middel van defibrilleren (ventrikelfibrilleren of polsloze ventrikeltachycardie)
- onder *niet-defibrilleerbaar ritme* wordt verstaan dat de hartritmestoornis niet te behandelen is door middel van defibrilleren (asystolie of PEA)
- *ROSC is return of spontaneous circulation*, dit houdt in dat er een output producerend ritme is gedurende tenminste 30 seconden

**cardioversie:** een handeling met tot doel snelle of onregelmatige hartritmes om te zetten in een normaal sinusritme

**transcutane pacebehandeling:** gebruik van een pacemaker buiten het lichaam om het hart te stimuleren tot een normale hartfrequentie

## **Bijlage 4: Toelichting op Actieprogramma Veilige Publieke Taak (hoofdstuk 27)**

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 en ook evenveel respect terug verwachten. Het actieprogramma is eind 2006 ondertekend door onder andere AZN. Andere ondertekenaars zijn het ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties, het Openbaar Ministerie en alle partijen die mensen met een hulpverlenende taak vertegenwoordigen. In de praktijk wordt het actieprogramma aangeduid met VPT, Veilige Publieke Taak.

#### **Maatregelen getroffen door de ambulancesector**

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

#### **Intensiveringstraject VPT**

In 2010 werkte VPT samen met vijf grote landelijke werkgevers met een publieke taak aan intensivering van hun aanpak van agressie en geweld. Dit vindt plaats vanuit de gedachte dat agressie en geweld tegen werknemers met een publieke taak, hulpverleners en overheidspersoneel, onacceptabel is en een stevige aanpak vereist. De ondersteuning in het kader van het intensiveringstraject is een aanvulling op de reguliere ondersteuning en advies die het programma VPT biedt aan alle werkgevers met een publieke taak. Uitvoering en implementatie van (bestaand of niet) beleid staan centraal. Doel van het intensiveringstraject met werkgevers is te komen tot een effectieve aanpak, waardoor het aantal incidenten van agressie daalt en medewerkers zich veiliger voelen.

De ambulancesector heeft, in overleg met het programma VPT, een plan van aanpak opgesteld. Dit is in 2011 uitgevoerd worden. Aan medewerkers zijn vaardigheidstrainingen aangeboden en ook leidinggevenden en P&O-medewerkers zijn opgeleid, onder meer om de resultaten van de vaardigheidstrainingen te borgen.

## Bijlage 5: Kernset 2012

### ALG ALGEMEEN

#### 1. NAW-gegevens

ALG	1.1	naam RAV/MKA/regio
ALG	1.2.1	adres
ALG	1.2.2	postadres
ALG	1.3.1	postcode
ALG	1.3.2	postcode postadres
ALG	1.4	woonplaats
ALG	1.5	telefoonnummer
ALG	1.6	faxnummer
ALG	1.7	emailadres contactpersoon
ALG	1.8	type RAV
ALG	1.9	juridische structuur RAV
ALG	1.11.2	is er sprake van een gecolokeerde of gemeenschappelijke meldkamer?
ALG	1.11.3	is er sprake van een geïntegreerde meldkamer?

#### 2. capaciteit

ALG	2.1	aantal ambulances
ALG	2.2	standplaatsen: aantal en welke

#### 3. ingeroosterde uren

totaal aantal uren in het dienstrooster van ambulance-eenheid (*ambulance-eenheid = de teleenheid, dus niet ambulanceverpleegkundige + ambulancechauffeur*)

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

#### 4. regionale gegevenst

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

### PP PRIMAIR PROCES AMBULANCEZORG, LOGISTIEK

#### A1 A1-ritten

PP-A1	1.1	aantal A1-ritten
PP-A1	1.2	aantal A1-ritten ten behoeve van een andere regio
PP-A1	2.1	aanname- en uitgiftetijd A1-ritten
PP-A1	2.2	uitruktijd A1-ritten

PP-A1	2.3	aanrijtijd A1-ritten
PP-A1	2.4	responstijd A1-ritten

PP-A1	3.1	aantal A1-ritten binnen 15 minuten na de start van de melding ter plaatse
PP-A1	3.2	percentage A1-ritten binnen 15 minuten na de start van de melding ter plaatse

#### A2 A2-ritten

PP-A2	1.1	aantal A2-ritten
PP-A2	1.1.1	aantal A2-ritten met gebruik van optische en geluidssignalen
PP-A2	1.1.1	aantal A2-ritten zonder gebruik van optische en geluidssignalen
PP-A2	1.2	aantal A2-ritten ten behoeve van een andere regio

PP-A2	2.1	aanname- en uitgiftetijd A2-ritten
PP-A2	2.2	uitruktijd A2-ritten
PP-A2	2.3	aanrijtijd A2-ritten
PP-A2	2.4	responstijd A2-ritten

PP-A2	3.1	aantal A2-ritten binnen 30 minuten na de start van de melding ter plaatse
PP-A2	3.2	percentage A2-ritten binnen 30 minuten na de start van de melding ter plaatse

#### R inzetten rapid responder (was: MI-AV 1.3)

PP-R	1.1	aantal inzetten rapid reponder
------	-----	--------------------------------

#### B B-ritten

PP-B	1.1	aantal B-ritten
PP-B	1.2	aantal B-ritten ten behoeve van een andere regio

#### E EHGVR-ritten

PP-E	1.1	aantal EHGVR-ritten
------	-----	---------------------

#### L loze ritten

PP-L	1.1	aantal loze ritten
------	-----	--------------------

#### V voorwaardenscheppende ritten

PP-V	1.1	aantal voorwaardenscheppende ritten
------	-----	-------------------------------------

#### MICU MICU-ritten

PP-MICU	1.1	aantal MICU-ritten
PP-MICU	1.2	aantal MICU-ritten ten behoeve van een andere regio

<b>AV</b>	<b>aanvullende voorzieningen ambulancezorg</b>	
PP-AV	1.1.1	aantal MMT-inzetten: primaire inzet (heli en grondgebonden)
PP-AV	1.1.2	aantal MMT-inzetten: secundaire inzet (heli en grondgebonden)
PP-AV	1.2	aantal inzetten first responder

## PR PRODUCTIE

### 1 productieafspraken

PR	1.1.1	afspraken 2012: totaal aantal declarabele ritten A1+A2+B
PR	1.1.2	afspraken 2012: totaal aantal EHGVRitten
PR	1.2.1	afspraken 2012: totaal aantal kilometers

### 2 gerealiseerde productie

PR	2.1.1	realisatie 2012: totaal aantal declarabele ritten A1+A2+B
PR	2.1.2	realisatie 2012: totaal aantal EHGVRitten
PR	2.2.1	realisatie 2012: totaal aantal kilometers

## K KWALITEIT

### 1 certificering

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

### 2 klachten

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

## M PRIMAIR PROCES AMBULANCEZORG: MEDISCH

### AP algemene patiëntgegevens

#### 1 geslacht patiënt

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

#### 2 leeftijd patiënt

aantal patiënten in de leeftijdsgroep:

M-AP	2.1	van 0 tot en met 24 uur
M-AP	2.2	van 24 uur (1 dag) tot en met 72 uur (3 dagen)

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

## WD werkdiagnose/toestandsbeeld

### 1 werkdiagnose ambulance-eenheid

het ziektebeeld van de patiënt is passend bij het specialisme:

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

## H (voorbehouden) handelingen

### A handelingen met betrekking tot ademhaling

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

### C handelingen met betrekking tot circulatie

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

### D handelingen met betrekking tot disability

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

### Ca cardiologische handelingen

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

M-HCa	1.1	aantal patiënten met een acute hartstilstand
M-HCa	1.2	aantal reanimaties
M-HCa	1.3	aantal patiënten met een acute hartstilstand dat door een first responder met een AED is behandeld

M-HCa	1.4.1	aantal patiënten met een acute hartstilstand waarbij het eerste ritme defibrilleerbaar was
M-HCa	1.4.1	aantal patiënten met een acute hartstilstand waarbij het eerste ritme niet defibrilleerbaar was
M-HCa	1.5	aantal patiënten met een acute hartstilstand met ROSC bij aankomst ziekenhuis
2		<i>overige cardiologische handelingen</i>
M-HCa	2.1	aantal cardioversie
M-HCa	2.2	aantal transcutanee pacebehandelingen
O		<i>overige handelingen</i>
P		partus
M-HOP	1.1	aantal parti

## P&O PERSONEEL & ORGANISATIE

### F formatie

#### 1 *beschikbaar personeel in fte (man - vrouw - totaal)*

PO-F	1.1.1	totaal aantal werkzame personen
waarvan:		
PO-F	1.2.1	aantal ambulanceverpleegkundigen
PO-F	1.2.2	aantal ambulancechauffeurs
PO-F	1.2.3	aantal verpleegkundig centralisten MKA
PO-F	1.2.4	aantal niet-verpleegkundig centralisten MKA
PO-F	1.3.1	aantal overig

#### 2 *beschikbaar personeel in absolute aantallen (man - vrouw - totaal)*

PO-F	2.1.1	totaal aantal werkzame personen
waarvan:		
PO-F	2.2.1	aantal ambulanceverpleegkundigen
PO-F	2.2.2	aantal ambulancechauffeurs
PO-F	2.2.3	aantal verpleegkundig centralisten MKA
PO-F	2.2.4	aantal niet-verpleegkundig centralisten MKA
PO-F	2.3.1	aantal overig

### L leeftijden

#### 1 *aantal werkzame personen RAV (man - vrouw - totaal):*

PO-L	1.1	jonger dan 20 jaar
PO-L	1.2	20 tot en met 24 jaar
PO-L	1.3	25 tot en met 29 jaar
PO-L	1.4	30 tot en met 34 jaar
PO-L	1.5	35 tot en met 39 jaar
PO-L	1.6	40 tot en met 44 jaar
PO-L	1.7	45 tot en met 49 jaar
PO-L	1.8	50 tot en met 54 jaar
PO-L	1.9	55 tot en met 59 jaar
PO-L	1.10	60 jaar of ouder

### M in-, door- en uitstroombesluit

#### 1 *instroom*

PO-M	1.0.1	instroompercentage 2010
------	-------	-------------------------

aantal ingestroomde:

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

redenen van instroom:

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

instroomrichtingen ambulanceverpleegkundigen en (niet) verpleegkundig centralisten MKA :

PO-M	1.3.1	collega-RAV/ambulanceorganisatie
PO-M	1.3.2	MKA
PO-M	1.3.3	ziekenhuis: intensive care
PO-M	1.3.4	ziekenhuis: spoedeisende hulp
PO-M	1.3.5	ziekenhuis: cardiologie
PO-M	1.3.6	ziekenhuis: overige afdelingen
PO-M	1.3.7	school
PO-M	1.3.8	anders of onbekend



instroomrichtingen ambulancechauffeurs :

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

## 2 uitstroom

PO-M	2.0.1	uitstroompercentage 2010
------	-------	--------------------------

aantal uitgestroomde:

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

redenen van uitstroom:

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

uitstroomrichtingen:

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

## D arbeidsduur

### 1 aantal dienstjaren

aantal medewerkers in dienst gedurende:

PO-D	1.1	korter dan 1 dienstjaar
PO-D	1.2	1 tot en met 4 jaar
PO-D	1.3	5 tot en met 9 jaar
PO-D	1.4	10 tot en met 14 jaar
PO-D	1.5	15 tot en met 19 jaar
PO-D	1.6	20 tot en met 24 jaar
PO-D	1.7	25 tot en met 29 jaar
PO-D	1.8	30 tot en met 34 jaar
PO-D	1.9	35 tot en met 39 jaar
PO-D	1.10	40 jaar of langer

## A arbeidsvoorwaarden

### 1 CAO

welke CAO hanteerde de RAV

PO-A	1.1	CAO Ambulancezorg
PO-A	1.2	CAR-UWO
PO-A	1.3	CAR-B4
PO-A	1.4	CAO Ziekenhuizen

## AO ARBEIDSOMSTANDIGHEDEN

AO	1.1	gemiddeld ziekteverzuimpercentage
----	-----	-----------------------------------

ziekteverzuimpercentage:

AO	2.1	kortdurend ziekteverzuim
AO	2.2	middellangdurend ziekteverzuim
AO	2.3	langdurend ziekteverzuim I
AO	2.4	langdurend ziekteverzuim II
AO	2.5	langdurend ziekteverzuim III
AO	3.1	WIA-instroom in absolute aantallen
AO	3.2	WIA-instroom in percentage

## AG AGRESSIE & GEWELD

### A aantal incidenten

aantal incidenten waarbij sprake was van:

AG	1.1	verbale agressie of verbaal geweld
AG	2.1	serieuze bedreiging
AG	3.1	fysieke agressie of fysiek geweld
AG	4.1	seksuele intimidatie, agressie of geweld

### TL incident: waar en wanneer?

#### 1 dag en tijdstip waarop het incident heeft plaatsgevonden

AG-TL	1.1 t/m 1.7	aantal incidenten op maandag, dinsdag, woensdag, donderdag, vrijdag, zaterdag of zondag
	1.1.1	tussen 0.00 en 6.59 uur
	1.1.2	tussen 7.00 en 17.59 uur
	1.1.3	tussen 18.00 en 23.59 uur

## **2 locatie waar het incident heeft plaatsgevonden**

aantal incidenten:

AG-TL	2.1	tijdens het telefonisch contact
AG-TL	2.2	binnen bij de patiënt
AG-TL	2.3	binnen in een zorginstelling
AG-TL	2.4	buiten op straat
AG-TL	2.5	op overige niet nader genoemde locaties

## **O aanleiding van het incident**

### **1 incidenten waarbij de aanleiding van het incident bekend is**

#### **1 aantal incidenten**

AG-O	1.1	aantal incidenten waarbij de aanleiding of oorzaak van het incident bekend is
------	-----	---

#### **2 aanleiding van het incident**

aantal incidenten veroorzaakt door:

aantal incidenten veroorzaakt door:

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

### **2 incidenten waarbij de aanleiding van het incident niet bekend is**

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

## **D dader/veroorzaker van het incident**

### **1 incidenten waarbij de patiënt de dader/veroorzaker is**

aantal incidenten veroorzaakt door:

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

### **2 incidenten waarbij de dader/veroorzaker een ander dan de patiënt zelf is**

aantal incidenten veroorzaakt door:

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

## **3 incidenten waarbij de dader/veroorzaker niet bekend is**

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

## **JC juridische consequenties van het incident**

### **1 is er aangifte gedaan bij de politie?**

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

### **2 heeft de politie procesverbaal opgemaakt?**

AG-JC	2.1	proces verbaal
AG-JC	2.2	geen proces verbaal
AG-JC	2.3	proces verbaal onbekend

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

AG-JC	3.1	strafrechtelijke consequenties
-------	-----	--------------------------------

welke strafrechtelijke consequentie:

AG-JC	3.1.1	boete
AG-JC	3.1.2	strafrechtelijke vervolging
AG-JC	3.1.3	taakstraf
AG-JC	3.1.4	andere strafrechtelijke consequenties

AG-JC	3.2	geen strafrechtelijke consequenties
-------	-----	-------------------------------------

AG-JC	3.3	strafrechtelijke consequenties onbekend
-------	-----	---

## **Sp ondersteuning door de RAV**

aantal incidenten:

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

## Bijlage 6: (relevante) Definities

### Bij hoofdstuk 1:

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

**ambulance-eenheid:** de ambulance-eenheid bestaat uit een ambulanceverpleegkundige en een ambulance-chauffeur.

### Bij hoofdstuk 2:

**Landelijk Referentiekader spreiding & beschikbaarheid:** het landelijk referentiekader spreiding & beschikbaarheid is een modelmatige beschrijving van de spreiding en beschikbaarheid van ambulancezorg op landelijk niveau. Het referentiekader vormt tevens de grondslag voor de regionale verdeling van budgetten en het landelijke macro-budget.

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

**beschikbaarheid:** beschikbaarheid betreft het beschikbare aanbod van ambulances, inclusief ambulance-eenheid conform het dienstrooster, in de RAV-regio waarover een centralist gedurende een bepaald tijdvak kan beschikken. Het beschikbare aanbod wordt ingezet naar aanleiding van een concrete zorgvraag voor ambulancezorg, met en zonder spoed (ritten met A- of B-urgentie)

### Bij hoofdstuk 4:

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

**standplaats:** een locatie waar vandaan de ambulance vertrekt, waar voorzieningen zijn voor het ambulancpersoneel en waar materieel voorradig is.

### Bij hoofdstuk 8:

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

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

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

**respons tijd:** de tijdsduur vanaf het begin van de aanname door de centralist van de MKA tot het moment waarop de ambulance arriveert bij de plaats waar de patiënt zich bevindt en waar de ambulance nog kan komen

### Bij hoofdstuk 9:

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

### Bij hoofdstuk 10:

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

### Bij hoofdstuk 11:

**B-inzet:** een rit met B-urgentie in opdracht van de centralist van de MKA naar aanleiding van een zorgvraag zonder A1- of A2-urgentie, waarbij een tijdstip of tijdsinterval is afgesproken voor het halen of brengen.

### Bij hoofdstuk 12:

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

### Bij hoofdstuk 13:

**MICU-rit:** het interklinisch transport van een IC-patiënt, begeleid door een MICU-team. Het MICU-team bestaat uit een IC-arts of intensivist en een MICU-verpleegkundige, beiden bekwaam in het uitvoeren van MICU-transport. Het MICU-transport wordt uitgevoerd met behulp van een Mobiele Intensive Care Unit, bestaande uit een MICU-trolley en een IC-ambulance.

### Bij hoofdstuk 14:

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

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

**loze rit:** 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

### Bij hoofdstuk 21:

**klacht:** een uiting van onvrede over behandeling of bejegening die op de juiste wijze is ingediend bij de RAV. Met juiste wijze wordt bedoeld dat de indienende persoon recht van spreken heeft en de klacht schriftelijk en ondertekend heeft ingediend.

### Bij hoofdstuk 24:

**paraatheid:** tijdens parate diensten verricht of dient de ambulance-eenheid te allen tijde arbeid te verrichten

**aanwezigheid:** tijdens aanwezigheidsdiensten is de ambulance-eenheid aanwezig om op afroep arbeid die is voorzien te verrichten

**beschikbaarheid:** tijdens beschikbaarheidsdiensten is de ambulance-eenheid op afroep beschikbaar om voorziene arbeid te verrichten, de ambulance-eenheid is echter niet aanwezig

### Bij hoofdstuk 26:

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

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

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

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

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

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

### Bij hoofdstuk 27:

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

**verbale agressie:** onder verbale agressie of verbaal geweld wordt verstaan:

- belediging
- vernedering
- smaad
- treiteren
- discriminatie op grond van geslacht, seksuele geaardheid, huidskleur/herkomst, religie
- uitschelden
- verbale bedreigingen
- intimidatie
- vloeken

**serieuze bedreiging:** onder serieuze bedreiging wordt verstaan:

- houding, gebaar
- stalken
- dwingen tot taken
- bemoeilijken/onmogelijk maken of juist dwingen tot taken/handelingen
- lokaalvredebreuk
- schennis der eerbaarheid
- poging tot schoppen, slaan, verwonden

**fysieke agressie:** onder fysieke agressie of fysiek geweld wordt verstaan:

- mishandeling, al dan niet met (nep-)wapen
- verwonden
- handtastelijkheden
- beetpakken, duwen, trekken
- slaan, schoppen, krabben
- bijten, spugen
- gericht gooien met voorwerpen
- wapen gebruikt of bedreiging met (nep-)wapen
- diefstal, vernieling of beschadiging van eigendommen
- besmette prikken gebruiken
- fysiek hinderen het werk uit te voeren
- fysiek hinderen in bewegingsvrijheid

**seksuele intimidatie, agressie of geweld:** onder seksuele intimidatie, agressie of geweld wordt verstaan:

- seksueel getinte opmerkingen of gedragingen
- aanranden
- verkrachten
- handtastelijkheden

### Bij hoofdstuk 28:

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

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

## Bijlage 7: 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, 2010 en 2011 zijn deze modules opnieuw gebruikt. De modules zijn aan de regio's ter beschikking gesteld. Met de modules konden de regio's de benodigde ritgegevens en stamtabellen (codetabellen) selecteren. Het resultaat is aan het RIVM toegestuurd. In een aantal gevallen is de gegevensverzameling via CENTRIC verlopen omdat de regio de benodigde software voor selectie niet had.
- door het RIVM: de databewerking door het RIVM verliep in twee stappen. In de eerste stap zijn per regio de ritgegevens en de stamtabellen ingelezen in een database waarna productiecijfers zijn geselecteerd. De selectie van de productiecijfers is in een verslag voorgelegd aan de regio. Na goedkeuring door de regio zijn de productiecijfers ingelezen in een landelijke database. In de tweede stap van de databewerking is een analyse van de ritgegevens uitgevoerd conform de AZN-meetplannen. De resultaten hiervan zijn ter goedkeuring aan de regio voorgelegd. Na goedkeuring zijn de cijfers beschikbaar gekomen voor publicatie in voorliggend rapport.

### Selectie van productiecijfers

Voor de selectie van de productiecijfers zijn een aantal stamtabellen van groot belang. Dit zijn de stamtabellen 'Organisatie' of 'Vervoerder', 'Standplaats' en/of 'Wagen' (of 'ambulancenummer') en 'Soort vervoer'. De stamtabellen 'Organisatie' en 'Vervoerder' geven codes die aangeven of een inzet is uitgevoerd door en voor de eigen RAV. De stamtabel 'Standplaats' bepaalt door welke standplaats de inzet is uitgevoerd. Soms wordt een inzet door een standplaats uit een andere regio uitgevoerd, deze worden dan niet bij de productie van de ene regio meegenomen. Een aantal regio's maken geen gebruik van de standplaats codering, maar hanteert in plaats daarvan het wagennummer, of ambulancenummer. Hierbij is door het RIVM uitgegaan van het 'Nationaal Nummerplan' (versie 4.0, mei 2007). Steeds meer regio's hanteren dit nummerplan. In de analyse van ritgegevens zijn ook 'Rapid Responders' geïdentificeerd.

In de stamtabel 'Soort vervoer' wordt in de praktijk een groot aantal verschillende codes gehanteerd. Het volgende schema geeft een globaal overzicht van de codes die inzetten uitsluiten van de productie:

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

- vanuit CPA verkeerd gekoppelde ritten, of CPA-doorverwijzingen
- first-responder inzetten

Deze selectie van productiecijfers en de gehanteerde criteria op basis van de stamtabellen 'Organisatie'/'Vervoerder', 'Standplaats', 'Wagennummer' en 'Soort vervoer' zijn in detail teruggekoppeld aan de regio. Er is geconstateerd dat de regio's stamtabellen op verschillende manieren hanteren waardoor maatwerk per regio noodzakelijk is.

## Analyse tijdenregistratie spoedvervoer

### Interregionale assistentie

In de meetplannen voor A-vervoer wordt uitgegaan van ritten die in de RAV-regio zijn verreden. Dat wil zeggen dat wij de productiecijfers corrigeren voor interregionale assistentie (grensoverschrijdende assistentie, ook wel 'burenhulp' genoemd). Assistentie naar een andere regio wordt afgetrokken van de productie, verkregen assistentie wordt opgeteld bij de productie. Er is hierbij sprake van een uitvoerende RAV en een 'ontvangende' RAV. De ontvangende RAV is bepaald door de locatie waar de hulp heeft plaatsgevonden, het afhaaladres. De indeling van deze ritten is gebaseerd op de variabelen 'afhaaladres' en 'afhaalplaats' in de ritgegevens. Het RIVM hanteert bij de toewijzing naar ontvangende RAV een 4-cijferige postcode. Deze is ontleend aan de 6-cijferige postcode van het afhaaladres. Als deze niet correct is ingevuld kijken we naar plaatsnaam, als ook deze niet is ingevuld wordt de centroïde van de uitvoerende RAV gehanteerd.

Opgemerkt wordt dat de indeling naar 4-posities postcode voor alle ritten is uitgevoerd. Correctie voor grensoverschrijdende assistentie is alleen uitgevoerd voor A-vervoer. B-vervoer blijft toegeedeeld aan de uitvoerende RAV-regio.

### Criteria meetplannen

De aantallen spoedritten worden vervolgens verder gefilterd ten behoeve van de analyse van de geregistreerde tijden. Volgens de meetplannen worden de volgende ritten van de meting uitgesloten:

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

Opmerkingen bij deze criteria:

Ad 1, 5, 6 en 7: deze selectie is al uitgevoerd bij de selectie van productiecijfers en de correctie voor interregionale assistentie voor spoedvervoer.

Ad 2: selectie geschiedt op basis van urgentie meldkamer

Ad 3, 9 en 10: urgentiewijzigingen, geannuleerde ritten en achteraf aangemaakte ritten kunnen niet op een betrouwbare manier worden geïdentificeerd in de gegevens. Het meetplan is voor deze criteria niet goed toe te passen.

Ad 4 en 8: in de analyse van tijdenregistratie worden alleen ritten geselecteerd met een code soort vervoer 'EH/geen vervoer'; 'Opname', 'Poliklinisch' en 'SEH-presentatie'. Andere soorten vervoer worden niet meegenomen (zoals loze ritten, ontslagritten, interklinische ritten, overplaatsingen, vws, standby en ritten zonder codering werden er al uitgefilterd in de selectie van de productiecijfers). In de praktijk wordt een veelvoud aan varianten op deze benamingen gehanteerd. Deze benamingen zijn door het RIVM ingedeeld naar een standaard soort vervoer:

1. EH/geen vervoer
2. Loze rit
3. Opname
4. Ontslag
5. Poliklinisch
6. Overplaatsing
7. Interklinisch (ziekenhuis)
8. Interklinisch (zorgverzekeraar)
9. Voorwaardenscheppend
10. SEH (presentatie)

### Uitwerking tijdenanalyse

De AZN-metplannen zijn in 2011 op dezelfde manier als in 2010 geïnterpreteerd. Dit betreft de volgende punten:

- Per tijdsinterval (tijdsduur aanname en uitgifte, uitruktijd, aanrijtijd en responstijd) worden aparte selecties van ritten gemaakt. In voorgaande jaren werd één selectie van ritten gemaakt, waarbij alle tijdstippen (melding, uitgifte, vertrek en aankomst bij patiënt) werden geverifieerd. Dit heeft bijvoorbeeld als gevolg dat nu de gemiddelde rijtijd op een ander aantal ritten gebaseerd kan zijn dan de gemiddelde uitruktijd.
- Regio's konden per tijdsinterval ritten met 'plotfouten' en 'meerinzetten' aangeven.

In de volgende stap wordt geschoond op 'dubbele ritten'. De definitie van een 'dubbele rit' is gelijk aan die van vorig jaar en luidt: *Een rit Y is een dubbele rit als Y met een rit X de volgende velden gelijk heeft: datum, afhaaladres (6-posities postcode, straat en huisnummer), urgentie, meldtijd, tijd opdracht ambulance, tijd vertrek ambulance, tijd aankomst patiënt en wagennummer.*

Vervolgens worden 'meerinzetten' uitgefilterd. De regio's hadden de mogelijkheid om zelf meerinzetten aan te geven. Er zijn acht regio's die dit hebben gedaan. Voor de andere regio's is een generieke methode gehanteerd, met dezelfde definitie als vorig jaar, die als volgt is: *Een rit Y is een meerinzet als Y met een rit X de volgende velden gelijk heeft: datum, afhaaladres (6-posities postcode, straat en huisnummer) en urgentie, en als het verschil tussen de tijd opdracht aan X en Y minder of gelijk is aan 60 minuten.*

Een aantal regio's heeft zowel hun eigen meerinzetten informatie aangeleverd als het generieke filter gehanteerd.

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

- plotfout tijdsduur aanname en uitgifte:  
*Een rit heeft een plotfout op de tijdsduur aanname en uitgifte als de tijdsduur aanname en uitgifte nul is of als deze groter is dan 10 minuten (A1-rit) of groter dan 20 minuten (A2-rit).*
- plotfout uitruktijd:  
*Een rit heeft een plotfout op de uitruktijd als de uitruktijd nul is of als deze groter is dan 10 minuten (A1-rit) of groter dan 20 minuten (A2-rit).*
- Plotfout aanrijtijd:  
*Een rit heeft een plotfout op de aanrijtijd als de aanrijtijd nul is of als deze groter is dan 30 minuten (A1-rit) of groter dan 60 minuten (A2-rit).*
- Plotfout responstijd:  
*Een rit heeft een plotfout op de responstijd als de responstijd nul is of als deze groter is dan 40 minuten (A1-rit) of groter dan 70 minuten (A2-rit).*

Enkele regio's hebben zowel hun eigen (handmatig gecontroleerde) plotfouten gebruikt als ook het generieke filter.

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

### Generieke plotfoutfilter

Bij de inhoud van het generieke filter, zoals hierboven beschreven, moet worden opgemerkt dat het filter een benadering van plotfouten geeft, maar geen dekkende definitie is. Het identificeert een aantal ritten met plotfouten, maar niet alle. Daarnaast selecteert het filter ook ritten waarbij geen plotfout is geregistreerd. Het filter heeft hierdoor twee effecten, die per regio verschillend kunnen uitwerken. De uitwerking is van groot belang voor de berekening van het overschrijdingspercentage, de prestatiemeting.

1. Er wordt een onnodig groot aantal ritten zonder overschrijding gefilterd. Hierdoor neemt de noemer van de prestatiemeting af en wordt het overschrijdingspercentage te hoog geschat.
2. Er wordt een onnodig groot aantal ritten met overschrijding gefilterd. Hierdoor neemt de teller van de prestatiemeting af en wordt het overschrijdingspercentage te laag geschat.

Uit de vergelijking met door de regio gepubliceerde cijfers, zoals jaarverslagen, blijkt dat beide effecten voorkomen. Het feit dat het filter soms zijn doel niet haalt en soms zijn doel voorbij schiet is inherent aan het karakter van een plotfout. Deze fouten in tijdsregistratie kunnen zo divers zijn dat ze heel erg moeilijk, zo niet onmogelijk, in een filter op basis van tijdsduur aanname en uitgifte, uitruk- en aanrijtijd te definiëren is.

## Bijlage 8: Gebruikte afkortingen

ABCD(-methode)	=	Airway Breathing Circulation Disability
AED	=	Automatische Externe Defibrillator
AZN	=	Ambulancezorg Nederland
(wet) BIG	=	Wet Beroepen Individuele Gezondheidszorg
BZK	=	ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties
COPD	=	Chronic Obstructive Pulmonary Disease
CPA	=	Centrale Post Ambulancezorg
DAM	=	Dynamisch Ambulancemanagement
EHGV	=	Eerste Hulp Geen Vervoer
GHOR	=	Geneeskundige Hulpverleningsorganisatie in de Regio
HBO	=	Hoger Beroepsonderwijs
HKZ	=	Harmonisatie Kwaliteit Zorginstellingen
IC	=	Intensive Care
MI	=	managementinformatie
MICU	=	Mobiele Intensive Care Unit
MKA	=	Meldkamer Ambulancezorg
MMT	=	Mobiel Medisch Team
NZa	=	Nederlandse Zorgautoriteit
RAV	=	Regionale Ambulancevoorziening
RIVM	=	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
ROAZ	=	Regionaal Overleg Acute Zorg
ROSC	=	Return Of Spontaneous Circulation
SAR	=	Search And Rescue
SEH	=	Spoedeisende Hulp
Twaz	=	Tijdelijke wet ambulancezorg
VenJ	=	ministerie van Veiligheid & Justitie
VPT	=	Veilige Publieke Taak
VWS	=	ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WAV	=	Wet Ambulancevervoer
WAZ	=	Wet Ambulancezorg
WIA	=	Wet Inkomen naar Arbeid
WTZi	=	Wet Toelating Zorginstellingen



## Bijlage 9: Relevante documenten

**Ambulances in-zicht 2011/2010/2009/2008/2007/2006**, Ambulancezorg Nederland, 2012/2011/2010/2009/2008/2007

**Beleidsdocument Dynamisch Ambulancemanagement**, Ambulancezorg Nederland, 2009

**Nota verantwoorde ambulancezorg**, versie 4.0, Ambulancezorg Nederland, 2013

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

**Uniform begrippenkader ambulancezorg**, versie 3.0, Ambulancezorg Nederland, 2013

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

## Bijlage 10: Leden Ambulancezorg Nederland

RAV-regio	leden
1 Groningen	RAV Groningen
2 Friesland	Coöperatie Regionale Ambulancevoorziening Fryslan
3 Drenthe	Stichting RAV UMCG
4 IJsseland	RAV IJsseland
5 Twente	Ambulance Oost
6 Noord- en Oost- Gelderland	Connexion Ambulance Services (NOG)
7 Gelderland-Midden	RAV Gelderland Midden
8 Gelderland-Zuid	RAV Gelderland Zuid
9 Utrecht	RAV Utrecht
10 Noord-Holland Noord	Vereniging Ambulancezorg regio Noord Holland Noord
11 Zaanstreek-Waterland	Ambulance Amsterdam (Zaanstreek-Waterland)
12 Kennemerland	Coöperatie Regionale Ambulancevoorziening Kennemerland
13 Amsterdam	Ambulance Amsterdam (Amsterdam-Waterland)
14 Gooi en Vechtstreek	RAV Gooi en Vechtstreek
15 Haaglanden	Coöperatie Regionale Ambulancevoorziening Haaglanden
16 Hollands Midden	RAV Hollands Midden
17 Rotterdam-Rijnmond	Coöperatie Ambulancezorg Rotterdam-Rijnmond
18 Zuid-Holland Zuid	Veiligheidsregio Zuid- Holland Zuid
19 Zeeland	Connexion Ambulance Services (Zeeland)
20 Midden- en West- Brabant	RAV Midden-West Brabant

RAV-regio		leden
21	Brabant Noord	RAV Brabant Noord
22	Brabant Zuidoost	RAV Brabant Zuidoost
23	Limburg Noord?	RAV Limburg Noord
24	Zuid Limburg	RAV Zuid Limburg
25	Flevoland	RAV Flevoland

## Bijlage 11: Standplaatsen in Nederland

<b>1</b>	<b>Groningen</b>	Appingedam Groningen Noord Groningen Zuid Leens Niebert Sappemeer Stadskanaal Ter Apel Veendam Uithuizermeeden Winschoten
<b>2</b>	<b>Friesland</b>	Ameland Bergum Bolsward Buitenpost Dokkum Drachten Harlingen Koudum Leeuwarden Leeuwarden Lemmer/Balk Oosterwolde Schiermonnikoog Sneek Stiens Vlieland West Terschelling Wolvega
<b>3</b>	<b>Drenthe</b>	Annen Assen Beilen Borger Coevorden Dieverbrug Emmen Emmercompascuum Hoogeveen Klazienaveen Meppel Roden Tynaarlo

4	<b>IJsselland</b>	Balkbrug Deventer Hardenberg Ommen Raalte Rouveen ('Lichtmis') Steenwijk IJsselmuiden Zwartsluis Zwolle	9	<b>Utrecht</b>	Amersfoort - Centrum Amersfoort - Noord Doorn Maarsssen Nieuwegein Rhenen Utrecht - Centrum Utrecht - Noord Vinkeveen Woerden Zeist
5	<b>Twente</b>	Almelo Enschede Haaksbergen Hengelo Markelo Nijverdal Oldenzaal Tubbergen Vroomshoop	10	<b>Noord-Holland Noord</b>	Alkmaar Noord Alkmaar Zuid De Mossel Den Burg Den Helder Hoogkarspel Schagen Wieringerwerf Wognum
6	<b>Noord- en Oost- Gelderland</b>	Apeldoorn Borculo Doetinchem Elburg Ermelo Heerde Varsseveld Winterswijk Zutphen	12	<b>Kennemerland</b>	Haarlem Heemskerk Hoofddorp Velsen-Zuid
7	<b>Gelderland Midden</b>	Arnhem Barneveld Dieren Ede Oosterhout (gemeente Nijmegen) Renkum Zevenaar	13	<b>Zaanstreek-Waterland</b>	Aalsmeer Amsterdam, Karperweg Amsterdam, Valckenierstraat Amsterdam, Zuidoost Amstelveen Monnickendam Purmerend Westzaan Zaandam
8	<b>Gelderland Zuid</b>	Culemborg Druten Geldermalsen Kesteren Nijmegen Tiel Wijchen Zaltbommel	14	<b>Gooi en Vechtstreek</b>	Noord Weesp Zuid
			15	<b>Haaglanden</b>	Delft Den Haag Den Haag Centrum Het Witte Kruis Ambulancezorg Leidschendam, Voorburg Wassenaar

		Westland Zoetermeer			Giessen Haps Oosterhout Oss Tilburg-Noord Tilburg-Zuid Uden Veghel Waalwijk Zevenbergen	
16	<b>Hollands Midden</b>	Alphen a/d Rijn Gouda Hillegom Leiden Leiderdorp Moordrecht Nederlek Nieuwveen Noordwijk		22	<b>Brabant-Zuidoost</b>	Best Deurne Eersel Eindhoven Helmond Maarheeze Valkenswaard
17	<b>Rotterdam-Rijnmond</b>	Barendrecht Brielle Capelle aan den IJssel Dirksland Haringvlietdam Noord (Hellevoetsluis) Rotterdam Centrum Rotterdam Noord Schiedam Spijkenisse		22	<b>Limburg Noord</b>	Blerick Echt Horst Panningen Roermond Roggel Venlo Venray Weert Well
18	<b>Zuid-Holland Zuid</b>	Dordrecht Gorinchem Klaaswaal Meerkerk Papendrecht Zwijndrecht				
19	<b>Zeeland</b>	Burg Haamstede Goes Hulst Kruiningen Middelburg Oostburg Oostkapelle Poortvliet Terneuzen Wissenkerke Zierikzee		24	<b>Zuid-Limburg</b>	Geleen Gulpen Heerlen Maastricht
				25	<b>Flevoland</b>	Almere Dronten Emmeloord Lelystad Urk Zeewolde
20	<b>Brabant Midden West Noord</b>	Bergen op Zoom Breda-Noord Breda-Zuid (Ulvenhout) Boxtel Den Bosch				

