

Ambulances in-zicht, 2006

Colofon

AmbulanceZorg Nederland
Veerallee 64
Postbus 485, 8000 AL Zwolle
telefoon: 038 421 86 91
fax: 038 423 68 38
info@ambulancezorgnederland.nl
www.ambulancezorgnederland.nl

Tekst
AmbulanceZorg Nederland

Cijfers, tabellen en grafieken
Prismant, Utrecht

Kaarten
RIVM, Bilthoven

Redactiecommissie
Paul Berkel
Gerard Leerkes
Koos Reumer
Johan van Rhijn

Redactie
leden beleidscommissie Sturing & Financiering

Eindredactie
Isolde Boers

Vormgeving
Vormix, Maarssen

Drukwerk
Stimio Consultants Drukwerk & Design, Tiel

Vastgesteld door het Algemeen Bestuur van AmbulanceZorg Nederland op
woensdag 27 juni 2007.

© AmbulanceZorg Nederland, september 2007

Voorwoord

Van patiëntenvervoerder naar volwaardige zorginstelling

Dat is het professionaliseringsproces dat zich in hoog tempo voltrekt in de sector ambulancezorg. Voor de reguliere zorg en op de momenten van opgeschaalde zorg bij ongevallen en rampen. Van het aannemen van de telefoon tot en met de overdracht in het ziekenhuis. Met het modernste materieel maar vooral met toewijding en deskundigheid op de ambulance en in de meldkamer. HKZ gecertificeerd. Alles ten dienste van de patiënt.

Deze sector treedt nu naar buiten met zijn cijfers over 2006. Op eigen initiatief geeft ze alle geïnteresseerden een blik in het bedrijf waar het gaat om cijfers en feiten. Content met de grote respons en ambitieus om de nog niet tevreden stemmende realisatie naar de norm te trekken. Ze legt hiermee transparant verantwoording af. Het is de eerste proeve en dient als nulmeting maar nog veel meer als leermoment voor het sturen op kwaliteit en cijfers in de instellingen.

Dit rapport is dan ook geen benchmark instrument. Daarvoor mist het de diepgang en de verfijning. Het is wel het macroplaatje waarin de sector zijn aanbod aan de samenleving beschrijft; het document waarmee de sector zich op nationaal niveau presenteert en zich wil laten meten op de nu geaggregeerde data. Overigens doet deze sector zijn werk voor 93% van het budget dat blijkens onderzoek macro voor de Nederlandse ambulancezorg nodig zou zijn. Intussen biedt dit rapport aan de afzonderlijke vergunninghouders de mogelijkheid om te werken aan de interne processen en de kwaliteitsbevordering. In de editie over 2008 zullen zorginhoudelijke gegevens worden opgenomen.

Cruciaal is de invoering van de Wet Ambulancezorg (WAZ) en de daarin voorziene RAV-vorming. Daar is nu alle reden voor. Immers, al enkele jaren wordt door de sector toegewerkt naar de structuur en organisatie zoals die in de wettekst is voorzien. Er komt daarmee een einde aan een periode van rechtsonzekerheid en stagnatie in organisatie-ontwikkeling.

Met de indiening van de Wet op de Veiligheidsregio's en de finale verzekering van conformiteit met de Wet Ambulancezorg staat aanneming van de WAZ niets meer in de weg. Zo komt er ruimte voor innovatieve zorgconcepten en kwalitatieve verdieping in de vergunninghoudende instellingen. De sector kan zo nog effectiever aansluiten bij de verwachtingen van de patiënten en van de partners in de acute zorgketen en in de keten van openbare orde en veiligheid.

Centraal in de uitvoering van ambulancezorg staan de medewerkers. De verpleegkundige op de ambulance en op de meldkamer en de chauffeur achter het stuur. Voor hen betekent de aanneming van de wet de bevestiging van hun professionaliteit en de uitdaging van zorg en kwaliteit. Zij maken die emancipatie in de praktijk zichtbaar.

Kortom, altijd paraat voor patiënt en samenleving.

Ed Worm
voorzitter AmbulanceZorg Nederland

Inhoudsopgave

Voorwoord	
Verantwoording	8
2006 in vogelvlucht	9
Ambulancezorg in Nederland	9
Algemene kengetallen	9
Inleiding	10
Wat vooraf ging	10
Kernsets 2005 en 2006	11
Nulmeting	11
RIVM-rapporten uit het verleden en dit rapport	11
Opbouw 'Ambulancezorg in-zicht, 2006'	12
Deel 1: De sector ambulancezorg en relevante ontwikkelingen	13
1.1 Het proces ambulancezorg	14
Definitie van ambulancezorg	14
Taak en verantwoordelijkheid van de RAV	14
Ambulancezorg: spoedeisend en planbaar	14
Het proces ambulancezorg	17
Medisch-inhoudelijke zaken	19
Kwaliteit	19
1.2 Algemene beschrijving van de sector ambulancezorg	20
Wetgeving	20
De praktijk	21
Meldkamer Ambulancezorg (MKA)	22
Publieke, private en B3-diensten	22
Eén sector, verschillende arbeidsvoorwaarden	22
Ambulancezorg actief in twee verschillende ketens	22
1.3 Ontwikkelingen en beleidsvoornemens sector ambulancezorg	23
Algemene ontwikkelingen	23
Belangrijke sectorale ontwikkelingen in 2006	25
Opgaven voor de sector ambulancezorg	26

Deel 2: De ambulancezorg op landelijk niveau 27

2.1 Randvoorwaarden voor het verlenen van ambulancezorg: capaciteit	28
Aantal ambulances	28
Standplaatsen	28
Beschikbare uren	29

2.2 Primair proces: productie	31
Onderscheid productie en prestatie	31
Productie ambulancezorg in 2006	31
A1-ritten	32
A2-ritten	32
EHTP-ritten	32
B-ritten	32
Verhouding spoedvervoer en besteld vervoer	33
Verhoudingen in het spoedvervoer	33
Loze ritten	34
Productieafspraken	34

2.3 Primair proces: prestaties	35
Normen: rekenkundige en planningsnormen	35
Van vervoers- naar zorgnormen	35
Tijdsintervallen A1- en A2-ritten	35

2.4 Personeel	37
Formatie	37
Leeftijdsopbouw	37
In- en uitstroom	37
Aantal dienstjaren	38

2.5 Arbeidsomstandigheden	39
Arboconvenant	39
Ziekteverzuim	40
Arbeidsongeschiktheid	40

2.6 Financiën	40
Budgettering ambulancezorg en Spreiding & Beschikbaarheid	40

Deel 3: De ambulancezorg op regionaal niveau 43

3.1 Randvoorwaarden voor het verlenen van ambulancezorg: capaciteit	44
Ambulances en standplaatsen	44
Beschikbare uren	45

3.2 Primair proces: productie	47
Productie ambulancezorg in 2006	47
A1-ritten	49
A2-ritten	50
B-ritten	51
EHTP-ritten	52
Verhouding spoedvervoer en besteld vervoer	53
Verhoudingen binnen het spoedvervoer	54
Productieafspraken	55

3.3 Primair proces: prestaties	56
A1-ritten	57
A2-ritten	67

3.4 Personeel	78
Formatie	78
Leeftijdsopbouw	81
In- en uitstroom	82
Aantal dienstjaren	83

3.5 Arbeidsomstandigheden	84
Ziekteverzuim	84

Deel 4: Bijlagen 87

Bijlage 1: Loze ritten	88
------------------------	----

Bijlage 2: Kernset 2006	89
-------------------------	----

Bijlage 3: Definities kernset 2006	93
------------------------------------	----

Bijlage 4: Voorbeeld meetplan	95
-------------------------------	----

Bijlage 5: Toelichting en berekeningen (Prismant)	99
---	----

Bijlage 6: Lijst met afkortingen	101
----------------------------------	-----

Bijlage 7: Leden AmbulanceZorg Nederland	102
--	-----

Bijlage 8: Standplaatsen	104
--------------------------	-----

Verantwoording

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

De verantwoordelijkheid voor de inhoud van tabellen en grafieken ligt bij Prismant.

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

De informatie ten behoeve van het kaartmateriaal is gedeeltelijk gebaseerd op de door Prismant aangeleverde tabellen en gedeeltelijk ook afkomstig van AmbulanceZorg Nederland (gebaseerd op de gegevens aangeleverd door Prismant).

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

2006 in vogelvlucht

In dit rapport wordt de sector ambulancezorg in Nederland nader beschreven. Het bevat in getallen de stand van zaken in 2006. Daarnaast wordt uitvoerig ingegaan op actuele en relevante ontwikkelingen.

Ambulancezorg in Nederland

In Nederland zijn 24 uur per dag, 7 dagen per week, ambulances beschikbaar om ambulancezorg te verlenen. Het landelijk budget voor de ambulancezorg wordt verdeeld op basis van een beschikbaarheidsmodel, dat er op gericht is dat gemiddeld 95% van de bevolking binnen 15 minuten na melding bij de Meldkamer Ambulancezorg bereikt kan worden.

Algemene kengetallen

In onderstaande tabel is de sector ambulancezorg met behulp van een beperkt aantal kengetallen gekarakteriseerd. De kengetallen hebben betrekking op het jaar 2006 (peildatum 31 december 2006). Definities en een nadere omschrijving en toelichting kunt u terugvinden in de navolgende hoofdstukken en bijlagen.

aantal RAV-regio's	24
aantal aanhangsels (ambulances)	661
aantal standplaatsen	190

aantal A1-ritten	aantal A2-ritten	aantal B-ritten	totaal aantal ritten
387.352	195.608	350.758	933.718

aantal declarabele ritten	aantal EHTP-ritten	aantal loze ritten	totaal aantal ritten
751.114	134.171	48.433	933.718

	A1-ritten	A2-ritten
gemiddelde responstijd	10 minuten	17 minuten
% ritten binnen 15 (A1), 30 (A2) minuten ter plaatse	91%	92%

Uit bovenstaande blijkt dat de sector nog slechts 4% verwijderd is van de algemeen aanvaarde politieke norm, die stelt dat in geval van A1-ritten 95% van de ambulances binnen 15 minuten de patiënt bereikt moet hebben.

aantal fte's	41.00
aantal medewerkers	4.400
percentage ziekteverzuim	5,1%

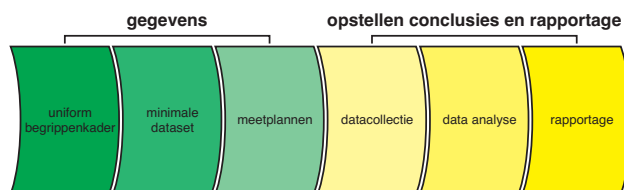
Inleiding

Wij presenteren u niet zonder trots een rapport dat inzicht geeft in de ambulancezorg in Nederland in 2006: wat is ambulancezorg en welke resultaten heeft de sector in 2006 geboekt?

Wat vooraf ging

Aan de start van de landelijke registratie van een beperkt aantal gegevens vanaf 1 juli 2005 is een aantal jaren van voorbereiding vooraf gegaan. In het kader van het Project Versterking Ambulancezorg (PVAZ) is in 2003 het Uniform Begrippenkader Ambulancezorg (UBK) ontwikkeld om informatie binnen de sector vergelijkbaar te maken. Het uiteindelijke doel van het UBK is dat het alle relevante begrippen uit de sector ambulancezorg omvat. Na het UBK is ook de zogenaamde minimale dataset (MDS) ontwikkeld. Deze minimale dataset bevat de verzameling van gegevens uit de ritformulieren die door het ambulanceteam gebruikt worden.

AmbulanceZorg Nederland (AZN) heeft in 2003 een projectgroep managementinformatie in het leven geroepen. Deze projectgroep heeft eind 2003 een plan van aanpak opgesteld, vastgesteld door het Algemeen Bestuur van AZN. Als onderdeel hiervan is een informatiescan uitgevoerd. Het doel hiervan was het in beeld brengen van de stand van zaken van de informatie-infrastructuur binnen de sector. De informatiescan is in 2004 uitgevoerd door ITS, een onderdeel van de Radboud Universiteit in Nijmegen. Uit de scan bleek binnen de sector grote behoefte te zijn aan managementinformatie. Tevens bleek er draagvlak te bestaan om een en ander landelijk en centraal op te pakken.



De volgende stap was het borgen van het UBK en het opstellen en beheren van uniforme meetplannen voor de begrippen in het UBK én overige relevante begrippen (die nog niet in het UBK zijn opgenomen). In de eerste helft van 2005 zijn voor een beperkt aantal gegevens definities en meetplannen vastgesteld door het Algemeen Bestuur van AZN. Op basis van deze definities en meetplannen kunnen gegevens op sectoraal niveau op eenduidige en uniforme wijze gepresenteerd worden.

Kernsets 2005 en 2006

AZN heeft er voor gekozen te starten met een beperkte kernset en deze in de loop der jaren geleidelijk uit te breiden. De set gegevens wordt vooralsnog kernset genoemd.

De kernset 2005 was vooral gericht op de logistiek van de spoedeisende ambulancezorg (de A1-ritten). Daarnaast waren ook diverse algemene gegevens en personele gegevens onderdeel van de kernset 2005.

In 2006 is de kernset uitgebreid met vooral verschillende gegevens rond de logistiek van de spoedeisende ambulancezorg (o.a. A2, B en EHTP-ritten).

Uitbreidingen in 2007 hebben met name betrekking op algemene gegevens. Voor 2008 worden uitbreidingen verwacht in zowel de logistieke sfeer als de medisch-inhoudelijke kant van de ambulancezorg. Ook zal in 2008 gestart worden met de registratie van agressie-incidenten.

Voor alle begrippen in de kernset zijn definities vastgesteld. Een aantal begrippen heeft een nadere definiëring, dit vindt plaats in de vorm van meetplannen. In deze meetplannen is gedetailleerd beschreven wat er precies op welke manier en wanneer gemeten wordt.

Nulmeting

Dit eerste rapport 'Ambulancezorg in-zicht, 2006' moet beschouwd worden als een nulmeting. De respons over 2006 is bijzonder goed, uit alle regio's zijn gegevens aangeleverd. Wel is het zo dat de regionale cijfers niet altijd compleet zijn: hetzij een deel van de gegevens is niet aangeleverd, hetzij hebben niet alle ambulanceorganisaties meegewerkt en hebben de cijfers betrekking op slechts een deel van de regio. Dit is aangegeven bij de betreffende tabellen en grafieken.

Het is de eerste keer dat binnen de ambulancezorg op sectoraal niveau gegevens verzameld worden voor een sectoraal rapport. Uiteraard zijn bijna alle organisaties op individueel niveau al langer bezig met het verzamelen van managementgegevens. Tussen deze individuele definities en meetplannen bestonden echter toch verschillen. In dit rapport wordt gewerkt met landelijke definities en meetplannen.

Voor de informatie in dit rapport geldt dat de sector zich in een groeiproses bevindt. De betrouwbaarheid en kwaliteit van de gegevens zijn nog niet optimaal, de ervaring leert dat dit altijd geldt als een organisatie (of sector) start met de verzameling van managementinformatie. In de komende jaren zullen de nodige inspanningen geleverd worden om de betrouwbaarheid en kwaliteit te verbeteren. Er moet daarom ook terughoudend omgegaan worden met het verbinden van conclusies aan de resultaten.

RIVM-rapporten uit het verleden en dit rapport

In 2001 en 2003 heeft het RIVM rapporten gepubliceerd, 'Niet zonder zorg' en 'Ambulances binnen bereik'. In deze rapporten zijn cijfers opgenomen over aanrijdtijden en overschrijdingen van A1-ritten.

AmbulanceZorg Nederland wijst er dringend op dat de cijfers in dit rapport niet één op één vergeleken kunnen en mogen worden met de resultaten die zijn opgenomen in de RIVM-

rapporten. De cijfers in deze rapporten stammen uit 1999 en 2001 en zijn tot stand gekomen zonder heldere en eenduidige landelijke definities.

Vooraf het moment waarop de registratie van de ambulancezorgverlening van start gaat verschilde een aantal jaren geleden nog van regio tot regio. Dit beginpunt varieerde van het moment waarop de telefoon in de meldkamer ambulancezorg overgaat tot het moment waarop een ritopdracht is verstrekt aan een ambulance (en alle mogelijke varianten daartussen). Daarnaast verschilde per regio welke ritten wel en niet uitgesloten werden van de registratie. Deze verschillen blijken helaas in 2006 nog steeds niet volledig uit de wereld te zijn.

Het is mede daarom niet mogelijk conclusies te trekken uit een vergelijking van de RIVM-rapporten uit 2001 en 2003 met dit rapport 'Ambulances in-zicht, 2006'.

De definities en meetplannen die als basis hebben gediend voor dit rapport zijn wel eenduidig. Alle RAV-en, MKA's en ambulanceorganisaties hebben dezelfde tijdsintervallen geregistreerd. Ook is in de meetplannen vastgelegd welke ritten uitgesloten moeten worden van de registratie. Overigens moet hierbij wel aangetekend worden dat nog niet overal dezelfde werkwijze of meetmethode gehanteerd wordt, wat kan leiden tot verschillen.

Een laatste mogelijke oorzaak voor verschillen die op deze plek benoemd moet worden, is het feit dat in nog niet alle regio's al een RAV gerealiseerd is en dat de MKA ook nog niet overal tot dezelfde organisatie als de ambulancedienst hoort.

Tenslotte moet opgemerkt worden dat men in de loop der jaren anders tegen de 15 minuten is gaan aankijken. Waren de 15 minuten tot eind vorige eeuw nog puur bestemd voor de aanrijdtijd, tegenwoordig is ook het meldkamerproces onderdeel van de 15 minuten.

In 2007 is een traject gestart om de verschillende werkwijzen en aanverwante zaken in beeld te brengen en de mogelijkheden te onderzoeken om een en ander nog meer met elkaar in overeenstemming te brengen. Dit moet tot verbeteringen gaan leiden en naar verwachting zal de betrouwbaarheid van de cijfers in het rapport over 2007 hoger zijn.

Opbouw 'Ambulances in-zicht, 2006'

Dit rapport bestaat uit de volgende 4 delen:

- deel 1: in deel 1 is een algemene beschrijving opgenomen van de sector ambulancezorg en de relevante actuele ontwikkelingen binnen de sector;
- deel 2: deel 2 biedt inzicht in cijfers omtrent onder andere productie, prestatie en ziekteverzuim op landelijk niveau;
- deel 3: in deel 3 zijn dezelfde gegevens opgenomen als in deel 2, maar dan niet op landelijk maar op regionaal niveau;
- deel 4: deel 4 is het deel van de bijlagen en aanvullende informatie op de hoofdstukken in de delen 2 en 3.

1

De sector ambulancezorg en relevante ontwikkelingen

In deel 1 wordt een algemene beschrijving gegeven van de sector ambulancezorg en de relevante actuele ontwikkelingen.

1.1 Het proces ambulancezorg

In Nederland wordt ambulancezorg verleend door ambulancediensten en meldkamers ambulancezorg (MKA). Vooruitlopend op de nieuwe wetgeving (zie verderop) is de ambulancezorg in steeds meer regio's georganiseerd in Regionale Ambulancevoorzieningen (RAV-en). De RAV omvat zowel de MKA als de rijdende ambulancedienst.

Definitie van ambulancezorg

In het document 'Verantwoorde Ambulancezorg' is een definitie van ambulancezorg vastgelegd: 'Ambulancezorg is de zorg die in opdracht van de MKA beroepsmatig of bedrijfsmatig wordt verleend om een zieke of slachtoffer binnen het kader van zijn aandoening of letsel hulp te verlenen en waar nodig adequaat te vervoeren met inachtneming van datgene wat op grond van algemeen beschikbare medische en verpleegkundige kennis noodzakelijk is.'

Taak en verantwoordelijkheid van de RAV

Het is de taak van de RAV om met de beschikbare capaciteit zo spoedig mogelijk ambulancezorg te bieden. De verantwoordelijkheid van de RAV begint op het moment dat er een melding binnenkomt op de MKA. De RAV is verantwoordelijk voor het afhandelen van meldingen, voor het daadwerkelijk verlenen van zorg aan patiënten, voor het vervoer van patiënten en voor de overdracht van de patiënt aan het ziekenhuis of andere zorginstelling.

Ambulancezorg: spoedeisend en planbaar

Ambulancezorg is mobiele zorg en komt naar de patiënt toe. Ambulancezorg varieert in de mate van spoed en planbaarheid. Er wordt daarom een onderscheid gemaakt tussen spoedeisende (niet-planbare) en planbare ambulancezorg.

Spoedeisende ambulancezorg

Bij spoedeisende zorg moet de ambulancezorg snel ter plaatse zijn. Er is altijd de intentie om zorg te verlenen én om de patiënt te vervoeren. De situatie ter plaatse is bepalend voor wat er precies gebeurt: zorg verlenen en vervoeren, alleen zorg verlenen of geen van beide. Spoedeisende ambulancezorg is per definitie niet planbaar.

De spoedeisende zorg valt uiteen in ritten met een A1-urgentie en ritten met een A2-urgentie.

A1-ritten

Bij een A1-rit bestaat gevaar voor het leven of blijvende invaliditeit bij een patiënt of kan dit bij de melding niet uitgesloten worden. De ambulance dient zo spoedig mogelijk en binnen uiterlijk 15 minuten na de melding ter plaatse zijn.

Onderstaand volgt een aantal voorbeelden van veel voorkomende situaties waarbij de ambulance met A1-urgentie naar de patiënt vertrekt c.q. de patiënt met A1-urgentie naar het ziekenhuis vervoert. Overigens blijkt dat lang niet alle zorg- of hulpverlening op straat plaatsvindt:

- pijn op de borst, dit kan verschillende oorzaken hebben en hoeft niet altijd per se het hart te zijn;

- onwelwording, bijvoorbeeld als gevolg van een hartstilstand;
- verkeersongeval, varieert van lichte verwondingen tot zwaar letsel met beknelling;
- spoedoverplaatsing, iemand die (met pijn op de borst) op eigen gelegenheid naar het ziekenhuis is gegaan en daar niet gedotterd kan worden;
- kortademigheid bij een chronisch longpatiënt, iemand met een longziekte die weliswaar thuis kan verblijven maar kampt met acute kortademigheid.

A2-ritten

Bij een A2-rit bestaat er geen direct levensgevaar, maar is snelle hulp wel wenselijk. De ambulance wordt geacht binnen uiterlijk 30 minuten ter plaatse te zijn om (ernstige) gezondheidschade te voorkomen.

Onderstaand een aantal voorbeelden van veel voorkomende situaties waarbij de ambulance met A2-urgentie naar de patiënt vertrekt c.q. de patiënt met A2-urgentie naar het ziekenhuis vervoerd wordt:

- iemand met een blindedarmonsteking en onhoudbare pijnklachten moet thuis worden opgehaald om naar het ziekenhuis gebracht te worden voor operatie;
- op het sportveld ligt een speler met veel pijn in zijn knie nadat hij is getackeld;
- in een ziekenhuis is een kind door familie gebracht met acute hoofdpijn, hij blijkt getroffen door een hersenbloeding. Niet ieder ziekenhuis kan hersenoperaties uitvoeren en deze jongen moet worden overgeplaatst;
- een fietser is op straat gevallen en heeft diverse schaafwonden en pijn in zijn been;
- de brandweer staat bij een grote brand waar veel personeel ingezet is en wil een ambulance achter de hand hebben voor het geval er iemand gewond raakt.

EHTP-ritten

Indien er geen patiënt vervoerd wordt, maar uitsluitend hulp ter plaatse wordt geboden, is er sprake van een EHTP-rit (EHTP = Eerste Hulp Ter Plaatse).

In de praktijk worden verschillende soorten EHTP-ritten onderscheiden:

- de patiënt wordt ter plaatse behandeld en hoeft niet naar het ziekenhuis vervoerd te worden;
- de patiënt blijkt geen behandeling nodig te hebben;
- de patiënt heeft wel een behandeling nodig, maar weigert deze;
- de ambulance is opgeroepen om de eerst gearriveerde ambulance te assisteren bij een ongeval, bij een reanimatie of bij het tillen van een patiënt;
- de reanimatie is gestaakt en de patiënt hoeft niet vervoerd te worden;
- bij het arriveren van de ambulance blijkt de patiënt reeds overleden te zijn;
- de ambulance vervoert het MMT;
- de ambulance vervoert een specialist.

loze-ritten

In het geval dat er bijvoorbeeld geen patiënt wordt aangetroffen spreken we van een loze rit. Er worden in de praktijk verschillende soorten loze ritten onderscheiden:

- een rit die wordt afgebroken door de centralist nadat het ambulanceteam de status vertrek heeft gegeven en voordat het ambulanceteam ter plekke is gearriveerd;
- een rit waarbij de ambulance, terwijl deze onderweg is naar de patiënt, een andere ritopdracht krijgt;
- de patiënt is niet gereed voor hulpverlening en/of vervoer;
- er wordt ter plekke niemand aangetroffen.

Planbare ambulancezorg

De planbare ambulancezorg wordt in de dagelijkse praktijk ook wel besteld vervoer genoemd. Er worden afspraken gemaakt met de patiënt over het moment waarop de ambulance aankomt bij de patiënt en wanneer de patiënt naar naartoe gebracht wordt. Bij de planbare ambulancezorg wordt, onvoorziene situaties daargelaten, altijd een patiënt vervoerd. Veelal betreft het vervoer van patiënten van, tussen en naar ziekenhuizen, andere zorginstellingen en het eigen woonadres.

Kenmerkend voor de planbare ambulancezorg is dat de patiënt liggend vervoerd moet worden en vrijwel altijd zorg nodig heeft. Dit onderscheidt ook de planbare ambulancezorg van het overige medisch geïndiceerde vervoer. Het planbare ambulancevervoer heeft een B-urgentie.

In de dagelijkse praktijk blijkt het besteld vervoer echter niet altijd even goed planbaar te zijn. Hier kunnen twee hoofdoorzaken voor aangewezen worden. In de eerste plaats is een groot deel van de B-ritten tijdsgebonden: een patiënt moet voor onderzoek naar het ziekenhuis gebracht worden waar specialistische apparatuur en personeel gereserveerd zijn voor het onderzoek van deze betreffende patiënt. Daarnaast is het vanuit kwaliteitsoverwegingen niet gewenst om patiënten die, na afloop van het onderzoek of na ontslag uit het ziekenhuis, lang te laten wachten op vervoer naar huis. Met andere woorden, ook voor het besteld vervoer geldt dat dit binnen een zekere termijn uitgevoerd dient te worden.

De onderstaande voorbeelden betreffen een aantal veel voorkomende situaties waarbij de ambulance met B-urgentie naar de patiënt vertrekt c.q. de patiënt met B-urgentie naar het ziekenhuis vervoerd wordt:

- een patiënt moet voor bestraling van zijn huisadres of vanuit een ander ziekenhuis naar een gespecialiseerd bestralingscentrum;
- iemand met waarschijnlijk problemen in de kransslagaders moet een hartcatheterisatie of een dotterbehandeling ondergaan in een ander ziekenhuis;
- een oudere vrouw die thuis gevallen is en een pols gebroken heeft, wordt opgenomen in een verpleeghuis;
- een man die lijdt aan kanker en mede daardoor verzwakt is, krijgt koorts en moet naar het ziekenhuis;
- een vrouw waarvan vermoed wordt dat zij een longembolie heeft, moet een onderzoek met radioactieve stoffen ondergaan in een gespecialiseerd ziekenhuis, zij moet dan heen en weer worden gebracht.

Complexiteit van zorg

De zorg geboden door het ambulanceteam varieert van laag-complexe tot hoog-complexe zorg. Het is niet per definitie zo dat de spoedeisende ambulancezorg altijd hoog-complexe en de planbare ambulancezorg altijd laag-complexe zorg betreft.

Van planbare zorg bestaat bijvoorbeeld ten onrechte het beeld dat dit relatief eenvoudige zorg betreft. Dit is onjuist. De zorgvraag bij B-ritten varieert van begeleidende taken tot intensive care-zorg. Tijdens MICU-ritten bijvoorbeeld waarbij intensive care-patiënten per ambulance van het ene naar het andere ziekenhuis worden vervoerd, wordt hoog-complexe zorg geboden. Daarnaast geldt ook dat de spoedeisende ambulancezorg ook niet in alle gevallen hoog-complexe zorg betreft. Bij de spoedeisende zorg kan juist ook sprake zijn van laag-complexe zorg-taken voor de ambulanceverpleegkundige.

Het proces ambulancezorg

Het proces ambulancezorg bestaat uit zes onderdelen. De star of life, het symbool van de ambulancezorg, heeft zes stralen die ieder een van de onderdelen representeren.

Onderstaand wordt het proces ambulancezorg beschreven vanuit het geval waarin een ambulance wordt ingeschakeld voor spoedeisende ambulancezorg.

Herkenning van het medisch probleem (intake en indicatie)

De ambulancezorg begint op het moment dat de centralist van de MKA de telefoon aanneemt. De centralist bepaalt de ernst van de zorgvraag en besluit vervolgens of er een ambulance gestuurd moet worden en met welke urgentie.

Alarmering

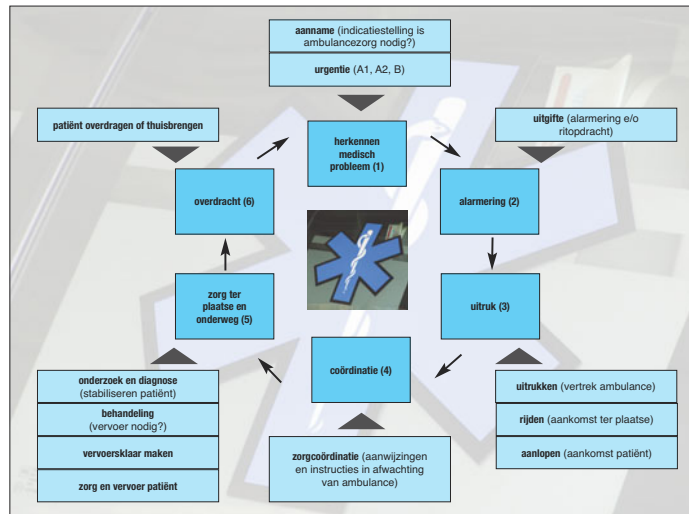
De centralist bepaalt vervolgens welke ambulance het best gestuurd kan worden en roept het betreffende ambulanceteam op.

Uitruk

Als het ambulanceteam de melding heeft ontvangen en zich richting de ambulance begeeft, begint de uitruk.

Coördinatie

Op het moment dat de ambulance uitrukt, houdt het werk voor de MKA nog niet op. De centralist van de MKA is verantwoordelijk voor de zorgcoördinatie en geeft aanwijzingen en instructies aan de melder of zorgvrager in afwachting van de komst van de huisarts en/of ambulancezorg.



Zorg ter plaatse en onderweg

Het ambulanceteam bestaat uit een ambulanceverpleegkundige en een ambulancechauffeur. De verpleegkundige beslist als het gaat om medisch-inhoudelijke zaken, de chauffeur assisteert. Het ambulanceteam onderzoekt ter plaatse de patiënt en stelt een werkd Diagnose. De patiënt wordt ter plaatse gestabiliseerd en voorbereid op vervoer. Onderweg naar het ziekenhuis blijft de verpleegkundige de patiënt monitoren en voert regelmatig controles uit. De chauffeur zorgt voor een snel en veilig vervoer naar het ziekenhuis.

Overdracht aan het ziekenhuis

In het ziekenhuis wordt de patiënt meestal overgedragen aan de afdeling Spoedeisende Hulp. De ambulanceverpleegkundige geeft alle relevante informatie door aan de verpleegkundigen in het ziekenhuis en laat een afschrift van het ritformulier -waarop alle informatie is vastgelegd en onder meer is aangegeven welke handelingen zijn uitgevoerd- achter in het ziekenhuis. Waar nodig biedt de ambulancechauffeur ondersteuning.

In geval van planbare ambulancezorg kan een aantal verschillen met bovenstaande beschrijving aangewezen worden. Zo zal de zorg ter plaatse niet of nauwelijks noodzakelijk zijn. De patiënt wordt vervoerd naar een ziekenhuis, een andere zorginstelling of naar huis. En ook hier vindt -indien noodzakelijk- overdracht plaats.

In voorgaande beschrijving wordt gesproken over het ambulanceteam, bestaande uit de ambulanceverpleegkundige en de ambulancechauffeur. In een toenemend aantal regio's wordt hier-

naast ook gebruik gemaakt van een solo-ambulance of motorambulance. De solo- of motorambulance wordt bemand door uitsluitend een ambulanceverpleegkundige, die de patiënt ter plaatse behandelt. Vervoer door de solo- of motorambulance is uiteraard niet mogelijk. Indien vervoer noodzakelijk is, wordt alsnog een reguliere ambulance opgeroepen.

Medisch-inhoudelijke zaken

Minstens zo belangrijk en informatief als de logistieke processen rond het ambulancevervoer met A1- en A2-urgentie, waarop in dit rapport het accent ligt, zijn de inhoudelijke zorgprocessen die door het ambulanceteam worden uitgevoerd. In 2007 is gestart met de voorbereiding van een medisch-inhoudelijke kernset, deze zaken worden vanaf 2008 conform landelijke meetplannen en definities gemeten en worden in 2009 in het rapport over 2008 gepubliceerd.

Kwaliteit

De sector ambulancezorg heeft in de afgelopen jaren veel aandacht besteed aan de kwaliteit van de ambulancezorgverlening. Gekoppeld aan de start van de RAV-vorming hebben organisaties zich geëngageerd aan het voornemen allen een HKZ (Harmonisatie Kwaliteit Zorginstellingen)-certificaat te behalen. Inmiddels nadert de sector een certificeringsgraad van 100%.

In onderstaande kaart is weergegeven welke RAV-regio's volledig HKZ-gecertificeerd zijn. Indien een of meer ambulanceorganisaties in de RAV-regio (of een onderdeel van de RAV) niet gecertificeerd is, wordt de regio als niet-gecertificeerd weergegeven.

kaart 1.1.1: HKZ-certificering per regio

In 2006 is gewerkt aan een nieuw HKZ-schema. Voor het nieuwe schema waren er afzonderlijke schema's voor MKA en ambulancedienst. In het nieuwe schema zijn de MKA en de ambulancedienst integraal opgenomen. In 2007 is het nieuwe schema gereed gekomen en ambulanceorganisaties kunnen zich vanaf medio 2007 certificeren conform dit nieuwe schema.

De sector ambulancezorg heeft inmiddels een hoge mate van certificering bereikt (98%). In vergelijking met andere sectoren in de zorg is dit een erg goed resultaat: onder de GGD'en (afdeling infectieziektepreventie en -bestrijding) en openbare apotheken heeft bijna 30% een HKZ-certificaat. Onder verzorgingshuizen, organisaties in kinderopvang en peuterspeelzaal werk en Algemeen Maatschappelijk Werk is gemiddeld 4% van de organisaties gecertificeerd.



1.2 Algemene beschrijving van de sector ambulancezorg

Wetgeving

Wet Ambulancevervoer

De ambulancezorg in Nederland wordt gereguleerd door de Wet Ambulancevervoer uit 1971. In deze wet is onder meer opgenomen dat Gedeputeerde Staten van de provincie bepalen met hoeveel ambulances tenminste aan het ambulancevervoer deelgenomen moet en ten hoogste mag worden. Gedeputeerde Staten beslissen tevens over de spreiding van de ambulances. Financiering van de ambulancezorg plaats via de zorgverzekeraar. In 1997 heeft de toenmalige minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport de nota 'Met zorg verbonden' opgesteld. In deze nota is de organisatievorm RAV (regionale ambulancevoorziening) geïntroduceerd. De RAV is beschreven als regionaal samenwerkingsverband tussen ambulancediensten en MKA. De RAV moest bijdragen aan de oplossing voor het toen geconstateerde kernprobleem in de ambulancezorg: de versnippering van de ambulancediensten en de daarmee samenhangende ondoelmatigheid van de ambulancezorg.

Wet Ambulancezorg en Regionale Ambulancevoorziening (RAV)

In het verlengde van de introductie van de RAV als organisatievorm voor de ambulancezorg is een nieuwe wet ontwikkeld: de Wet Ambulancezorg (WAZ). Deze wet is in november 2004 aangeboden aan de Tweede Kamer. In maart 2006 is de wet behandeld en aangenomen door de Tweede Kamer. Sindsdien ligt de wet bij de Eerste Kamer en wacht op agendering aldaar. Vooruitlopend op de inwerkingtreding van de WAZ wordt binnen de sector ambulancezorg toegewerkt naar een situatie waarin de ambulancezorg in heel Nederland is georganiseerd in RAV-en.

Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi) en WAZ

In 2006 is de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi) in werking getreden. Het doel van de WTZi is om geleidelijk meer vrijheid en verantwoordelijkheid voor de zorginstellingen te creëren door minder overheidsbemoeienis met de capaciteit en de bouw van zorginstellingen. De wet regelt welke instellingen in Nederland een toelating hebben om zorg te mogen verlenen, ten laste van de Zorgverzekeringswet of de AWBZ.

Het beleid van het ministerie van VWS op het terrein van de acute zorg is er op gericht dusdanige condities te scheppen dat patiënten met een acute zorgbehoefte snel op de juiste plek de juiste zorg kunnen ontvangen. Acute zorg is ketenzorg, verbetering is vooral tot stand te brengen door goede samenwerking in de vorm van een regionale organisatie en regionale afspraken. In de WTZi en de daaruit voortvloeiende beleidsregels is dit expliciet geregeld.

Met de WAZ is voor de sector ambulancezorg specifieke wetgeving tot stand gekomen die volledig in lijn is met de WTZi. De RAV is partner in het verplichte acute zorgketenoverleg conform de WTZi.

De praktijk

Regionale Ambulancevoorziening

Een Regionale Ambulancevoorziening (RAV) wordt binnen AmbulanceZorg Nederland gedefinieerd als:

'Een organisatie (een samenwerkingsverband of een fusie-organisatie waarbinnen door de ambulancediensten en meldkamer van een regio -die congruent is aan de politieregio- wordt samengewerkt. Deze organisatie staat geregistreerd bij de Kamer van Koophandel of kent voor de RAV een aangepaste Gemeenschappelijke Regeling. Daarnaast kent de RAV een afzonderlijk bestuur, een afzonderlijke directie en een transparante financiële huishouding.'

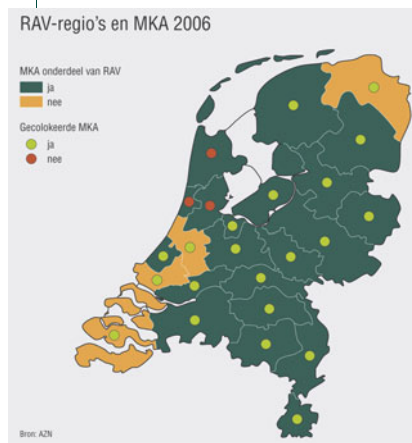
Nederland kent 24 RAV-regio's. In nog niet alle regio's is ook daadwerkelijk een RAV gerealiseerd. Daarnaast is in bepaalde regio's op papier wel een RAV gerealiseerd, maar bestaat deze RAV in de praktijk nog uit verschillende ambulancediensten en is de MKA nog geen onderdeel van de RAV, al wordt hier wel intensief mee samengewerkt.

kaart 1.2.1: RAV-vorming

Aan de regio's is gevraagd of in hun regio wordt voldaan aan de definitie van RAV. Bovenstaande kaart 1.2.1 geeft het resultaat hiervan weer. Opgemerkt wordt dat een aantal regio's wel aangeeft dat van een RAV sprake is, maar dat de situatie in de praktijk toch niet volledig aan de definitie van RAV voldoet (bijvoorbeeld omdat de Meldkamer Ambulancezorg geen onderdeel uitmaakt van de RAV).

Conform de voorgestelde Wet Ambulancezorg is de RAV de rechtspersoon waaraan de vergoeding tot het verrichten van ambulancezorg is verleend. Onder het verrichten van ambulancezorg vallen zowel het functioneren van de MKA als het verlenen van zorg door het ambulancepersoneel. De RAV is daarom ook opgebouwd uit een MKA en een ambulancedienst, die nauw met elkaar verbonden zijn en intensief met elkaar samenwerken. In de toekomstige nieuwe wet is vastgelegd dat MKA en ambulancedienst(en) onlosmakelijk met elkaar verbonden zijn en samen één organisatie vormen.



Meldkamer Ambulancezorg (MKA)**kaart 1.2.2: RAV-regio's en MKA**

In de regio's waar een RAV is gerealiseerd, is ook de MKA onderdeel van de RAV. In 21 regio's is sprake van een gecoloeerde meldkamer. Dit houdt in dat de meldkamers van ambulancezorg, politie en brandweer gezamenlijk gebruik maken van dezelfde ruimte(n), voorzieningen en systemen. Een en ander wordt zichtbaar op kaart 1.2.2.

Publieke, private en B3-diensten

RAV-en kunnen zowel publiek- als privaatrechtelijk georganiseerd zijn. Onder de privaatrechtelijk georganiseerde RAV-en vallen ook de B3-stichtingen die voor wat betreft de arbeidsvoorwaarden de gemeente-CAO volgen. De publiekrechtelijke RAV-en hebben de vorm van een gemeenschappelijke regeling, de privaatrechtelijke RAV-en zijn nagenoeg allen een stichting.

Eén sector, verschillende arbeidsvoorwaarden

Binnen de sector wordt gewerkt met twee verschillende arbeidsvoorwaardenregimes: de publieke diensten hanteren de CAR-UWO en de particuliere diensten hebben een eigen CAO Ambulancezorg. De B3-stichtingen volgden in 2006 de CAR-UWO. In diverse regio's zijn meerdere ambulancediensten actief en in veel gevallen zijn dit zowel publieke als private diensten. Dat betekent dat in deze regio's ook meer dan één CAO wordt gehanteerd. In 2006 waren er nog twee diensten die de CAO Ziekenhuizen hanteerden. Er zijn overigens weinig verschillen tussen de verschillende CAO's. Al in 2002 is het harmonisatieakkoord arbeidsvoorwaarden gesloten en zijn de arbeidsvoorwaarden op de vijf belangrijke onderdelen (primair loon, toeslagen, arbeidsduur, pensioenen en ziektekosten) geharmoniseerd. Op het thema pre-pensioen is evenwel geen harmonisatie bereikt.

Ambulancezorg actief in twee verschillende ketens

RAV-en werken nauw samen met partners in de acute zorgketen, zoals ziekenhuizen (met name afdelingen Spoedeisende Hulp) en huisartsenposten. Daarnaast vindt ook intensieve samenwerking plaats met partners in de keten van openbare orde en veiligheid, zoals politie en brandweer en GHOR. Deze samenwerking vindt plaats onder zowel normale omstandigheden als tijdens grootschalige ongevallen en rampen. In dit laatste geval liggen de coördinatie en eindverantwoordelijkheid in handen van de lokale overheid.

1.3 Ontwikkelingen en beleidsvoornemens sector ambulancezorg**Algemene ontwikkelingen**

De sector ambulancezorg is een sector in beweging. In de tweede helft van de vorige eeuw heeft het ziekentransport zich in hoog tempo ontwikkeld tot ambulancevervoer. Vooral sinds het begin van de jaren '90 van de vorige eeuw heeft de ontwikkeling zich voortgezet en is de sector van ambulancevervoer via ambulancehulpverlening inmiddels ambulancezorg geworden.

In 1971 is de Wet Ambulancevervoer in werking getreden. In navolging van deze wet zijn veertig Centrale Posten Ambulancevervoer (CPA) opgericht die het ziekenvervoer in hun gebied moesten regelen. Ambulancevervoer buiten de CPA om was in principe niet mogelijk. De provinciale overheden zijn verantwoordelijk gemaakt voor waar hoeveel ambulances moesten staan. Ook kwamen er eisen voor personeel en materieel. Aan het einde van de jaren '80 is er een landelijke ambulanceopleiding gekomen.

De kwaliteit van de hulp werd steeds hoger en vanaf het einde van de jaren '80 wordt gewerkt met protocollen. De protocollen geven aan wat in een bepaalde situatie gedaan moet worden. Sinds 1992 is het protocol landelijk en wordt het regelmatig geactualiseerd. Ook worden er steeds meer eisen gesteld aan de uitrusting van de ambulance.

In de loop der jaren is het aantal ambulancediensten en ook het aantal ambulances flink afgenomen. In 1976 waren er nog 236 diensten met 767 ambulances. In 1995 was dit aantal gedaald tot 129 diensten met 641 ambulances. Een groot deel van deze diensten was in particuliere handen. In de daarop volgende jaren zijn steeds meer ambulancediensten overgenomen door de overheid (GGD). Anno 2006 zijn er in Nederland 34 ambulancebedrijven met 668 ambulances. Overigens zijn er nooit 668 ambulances tegelijk op de weg, daarover meer in het volgende hoofdstuk.

Vooruitlopend op de WAZ zijn de ambulanceorganisaties gestart met de RAV-vorming. Gelijktijdig richten de RAV-en hun aandacht volop op de professionalisering van de organisatie. Een en ander wordt intensief ondersteund vanuit AmbulanceZorg Nederland. Dit uit zich bijvoorbeeld in het traject managementinformatie -met onderhavig rapport als een van de producten- HKZ-certificering van het grootste deel van de organisaties, beschrijving van in-, door- en uitstroombeleid en het juridisch kader ambulancezorg.

Van vervoer naar zorg

Dat de sector van oorsprong nog erg gericht was op vervoer, blijkt uit de grote aandacht voor de rijtijden van de ambulances. Ook in dit rapport is dit nog zichtbaar, er gaat veel aandacht uit naar de logistiek van het primaire proces: hoe lang doet de ambulance er over om bij de patiënt te komen? In dit rapport wordt een en ander in het perspectief gezet van het proces ambulancezorg, de herkomst en oorsprong van bepaalde normen en beelden die de buitenwereld heeft van de ambulancezorg.

De aandacht voor het aspect zorg neemt steeds meer toe, ook binnen het kader van managementinformatie. Ter aanvulling op de kernset is een set met medisch-inhoudelijke informatie in voorbereiding. Deze gegevens zullen in 2008 voor het eerst volgens landelijke definities geregistreerd en gepresenteerd gaan worden.

De ambulancezorg heeft met een aantal belangrijke zorginhoudelijke ontwikkelingen te maken:

- Nederland vergrijsst en mensen blijven langer thuis wonen. Steeds meer ziekten krijgen een chronisch karakter, ziekenhuizen fuseren en locaties gaan zich specialiseren. Een en ander leidt er toe dat er meer vraag naar zorg ontstaat én meer vraag naar vervoer met zorg.
- Cliënten veranderen: mensen worden meer cliënt in plaats van alleen patiënt en worden steeds mondiger. Gezien de veranderingen in de aard van ziektebeelden en de organisatie van ziekenhuizen moeten cliënten vaker heen en weer vervoerd worden.
- Andere zorgaanbieders in de keten innoveren en wijzigen hun aanbod. Het wordt zo voor RAV-en mogelijk het aanbod te differentiëren en uit te breiden, voor bepaalde regio's zal dit zelfs noodzakelijk zijn.
- Er is steeds meer aandacht voor ketenzorg als gevolg van kwaliteitseisen en de noodzaak tot doelmatigheid bij het leveren van zorg. Samenwerking en afstemming met ketenpartners worden steeds belangrijker.

Het menselijk kapitaal

Ambulancezorg is een product dat van begin tot eind door mensen geboden wordt. De sector kenmerkt zich door een personeelsbestand dat vaak lang in dienst is van de organisatie. De door- en uitstroom zijn laag en daardoor is ook de instroom van nieuw personeel beperkt.

Informatiebeleid als belangrijke voorwaarde

Informatiebeleid is voor de sector van essentieel belang. Zowel binnen de sector, waarbij alleen al gedacht kan worden aan de communicatie tussen de MKA en de ambulance, maar ook breder buiten de sector. De toenemende aandacht voor ketenzorg, maakt ook van belang dat er voldoende aandacht is voor communicatie en afstemming met ketenpartners.

Samen met brandweer en politie heeft de sector ambulancezorg in 2005 de visie op de meldkamer vastgesteld, die momenteel nader uitgewerkt en geïmplementeerd wordt. Kenmerkend is het onderscheid tussen twee verschillende onderdelen van de meldkamer: een gemeenschappelijk deel voor zowel brandweer, politie als ambulancezorg (de zogenaamde multidisciplinaire frontoffice) en voor iedere discipline een afzonderlijk eigen deel (de gespecialiseerde monodisciplinaire backoffice).

Op verschillende plekken in Nederland zijn initiatieven in ontwikkeling om bestaande meldkamers samen te voegen tot één grotere bovenregionale meldkamer.

Belangrijke sectorale ontwikkelingen in 2006

De volgende belangrijke ontwikkelingen hebben zich in 2006 rond de sector ambulancezorg voorgedaan.

- In 2006 heeft de sector met veel belangstelling de ontwikkelingen rond de Wet Ambulancezorg gevolgd. Het wetsvoorstel is in maart behandeld door de Tweede Kamer en wacht sindsdien op agendering door de Eerste Kamer.
- In 2006 heeft de actualisatie en het samenvoegen van de twee HKZ-schema's voor de ambulanceorganisaties en voor de MKA's plaatsgevonden. Het hele ambulancezorgverleningsproces én de noodzakelijke randvoorwaarden zijn nu in één schema geborgd.
- In 2006 zijn afspraken gemaakt over de rol van RAV-en en de MICU (Mobiele Intensive Care Unit)-centra naar aanleiding van de ontwikkeling van een landelijk dekkend netwerk voor het vervoer van IC-patiënten met een MICU. Tevens is een programma van eisen voor het MICU-voertuig opgesteld en zijn afspraken gemaakt over de financiering.
- Op 1 juli 2006 is de Brancherichtlijn Optische en Geluidssignalen Spoedeisende (OGS) medische hulpverlening in werking getreden.
- In december 2006 is het geactualiseerde Landelijk Protocol Ambulancezorg (LPA 7) gepresenteerd.
- Er is een nieuw model vastgesteld voor de initiële opleidingen. Doel van het nieuwe model is dat aspirant beroepsbeoefenaren na indiensttreding eerder en sneller SOSA (Stichting Opleidingen Scholing Ambulancehulpverlening) -gediplomeerd zijn en daarmee formeel bekwaam om ambulancezorg te verlenen.
- Op het terrein van arbeidszaken hebben zich niet zozeer nieuwe ontwikkelingen voorgedaan. Wel hebben diverse langer lopende thema's de aandacht van de sector gevraagd. Hierbij valt te denken aan het functioneel leeftijdsontslag (FLO), CAO-afspraken en de ontwikkeling van sectoraal loopbaan- en gezondheidsbeleid.
- In vervolg op de procedures voor de interregionale inzet van ambulances is in 2006 dynamisch ambulancemanagement gedefinieerd en zijn de randvoorwaarden voor uitvoering op papier gezet. De afspraken zijn verwerkt in een convenant.
- Er wordt landelijk een nieuw meldkamersysteem ontwikkeld. In 2006 is de eerste fase van het project NMS (Nieuw Meldkamer Systeem), het beschrijven van de meldkamerprocessen, uitgevoerd.
- In 2006 is de uitrol van het Landelijk Schakelpunt (LSP), de landelijke verkeerstoren die alle zorgpartners gaat verbinden, voorzichtig van start gegaan. Hiermee wordt het gebruik van het elektronisch patiëntendossier mogelijk gemaakt.

Opgaven voor de sector ambulancezorg

Gezien de ontwikkelingen ziet de sector zich in de komende jaren voor een aantal opgaven gesteld:

- RAV-en zullen zich gaan verbreden tot mobiele zorgverlener en zullen voor meer partijen gaan werken.
- RAV-en zullen tot vernieuwing binnen de keten komen, maar ook nieuwe producten gaan ontwikkelen.
- RAV-en zullen veel energie gaan steken in de implementatie van nieuwe wetgeving en alle zaken die daaruit voortvloeien. Hierbij kan gedacht worden aan de WAZ en bijvoorbeeld de invoering van een nieuwe financieringssysteem, maar ook de toekomstige Wet op de Veiligheidsregio's en de inbedding van de RAV binnen de veiligheidsregio.
- Binnen de sector wordt een systeem ontwikkeld van op elkaar afgestemde instrumenten voor personeels-, arbeidsmarkt- en gezondheidsbeleid. Aandachtspunten hierbij zijn loopbaanbeleid, productinnovatie en functiedifferentiatie. Het uiteindelijke doel is om tot een levensfasebestendig beleid en een aansluitend beloningsbeleid te komen.
- Scholing en opleiding van met name de medewerkers in de drie kernfuncties (ambulancechauffeur, ambulanceverpleegkundige, centralist MKA) zijn van belang voor de kwaliteit van de ambulancezorgverlening. Daarnaast zijn deskundigheidsbevordering en -handhaving van belang om een gezonde in-, door- en uitstroom binnen de sector mogelijk te maken.
- Managementinformatie en benchmark zijn onderwerpen die veel aandacht van de sector krijgen. Enerzijds is dit van belang voor de RAV en ambulanceorganisatie om het gevoerde beleid richting de externe partijen te legitimeren. Anderzijds opereren RAV-en binnen de eigen regio als enige ambulanceorganisatie in die regio. Het is van belang dat zij hun eigen prestaties scherp kunnen volgen en waar mogelijk kunnen vergelijken met andere organisaties.

In het vervolg van dit rapport krijgt u voor een aantal van de beleidsterreinen meer inzicht in de huidige stand van zaken.

2

De ambulancezorg op landelijk niveau

In deel 2 wordt inzicht gegeven in de landelijke cijfers met betrekking tot de ambulancezorg.

2.1 Randvoorwaarden voor het verlenen van ambulancezorg: capaciteit

Aantal ambulances

In geldende Wet Ambulancevervoer (WAV) uit 1971 is geregeld dat een vergunninghouder ambulances mag laten rijden op basis van afgegeven aanhangsels. Een aanhangsel is in de praktijk niets anders dan een (officieel geregistreerde) ambulance waarmee een RAV op grond van de vergunning ambulancezorg kan verlenen.

De provinciale overheid stelt vast met hoeveel ambulances ten minste moet en ten hoogste mag worden deelgenomen aan het ambulancevervoer. De provincie bepaalt tevens de spreiding van de ambulances via standplaatsen.

Over het algemeen zal een RAV nooit alle ambulances waarvoor de RAV een vergunning heeft ook tegelijk op de weg hebben, maar slechts een (beperkt) deel hiervan. Het overige deel is te beschouwen als reservecapaciteit om in te kunnen zetten tijdens onderhoud, schades en in geval van rampen en grootschalige ongelukken.

Het aantal ambulances van een RAV hangt sterk samen met diverse regionale factoren, zoals het aantal inwoners, de mate van stedelijkheid en de beschikbare financiële middelen.

In de toekomst, onder de WAZ, zal er geen sprake meer zijn van aanhangsels. Ook verdwijnt dan naar alle waarschijnlijkheid de rol van de provincie in de spreiding en capaciteit van de ambulancezorg. RAV-en krijgen dan op basis van het Referentiekader Spreiding & Beschikbaarheid een vergunning voor het verlenen van ambulancezorg. Uit Spreiding & Beschikbaarheid blijkt over hoeveel ambulances de RAV de beschikking heeft en waarmee de RAV de ambulancezorg in de regio zal waarborgen. RAV-en kunnen, mits gemotiveerd, afwijken van het referentiekader.

Op 31 december 2006 hadden de RAV-en in Nederland de beschikking over tenminste 668 ambulances. Dit betekent echter niet dat er dagelijks ook 668 ambulances op de weg rijden. Wel betekent dit dat er in geval van grootschalige rampen en calamiteiten een zekere capaciteit ambulances beschikbaar is om ingezet te worden en hulp en bijstand te verlenen.

Standplaatsen

Iedere RAV-regio beschikt over een aantal standplaatsen. De ambulances van de RAV-regio zijn verspreid over de verschillende standplaatsen om op deze manier een optimale spreiding van de beschikbare capaciteit (ambulances) over de regio te realiseren.

Voor de spreiding van standplaatsen zijn door het RIVM, in het rapport 'Ambulances binnen bereik' uit 2003, twee scenario's ontwikkeld. Uitgangspunt voor de spreiding was een rijtijd voor de ambulance van 13 minuten. Kosten van spreiding en beschikbaarheid zijn vooral gelegen in het aantal ambulances en het team.

Voormalig minister de Geus van Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft in 2003 de keuze

gemaakt voor een scenario waarbij 50 standplaatsen verplaatst moesten worden en er 3 nieuwe standplaatsen toegevoegd zouden worden. In totaal leidt dit tot 195 standplaatsen, waarmee theoretisch 95% van de Nederlandse bevolking binnen 15 minuten bereikt wordt. Naar aanleiding van deze keuze is het referentiekader Spreiding & Beschikbaarheid opgezet en is het scenario verder uitgewerkt met als doel 'realiseer 95% dekking met een minimum aantal verplaatsingen'. Dit heeft geleid tot 14 herallocaties.

Op 31 december 2006 waren in Nederland 190 standplaatsen. Dit betekent dat het in 2003 vastgestelde scenario met 195 standplaatsen nog niet gerealiseerd is.

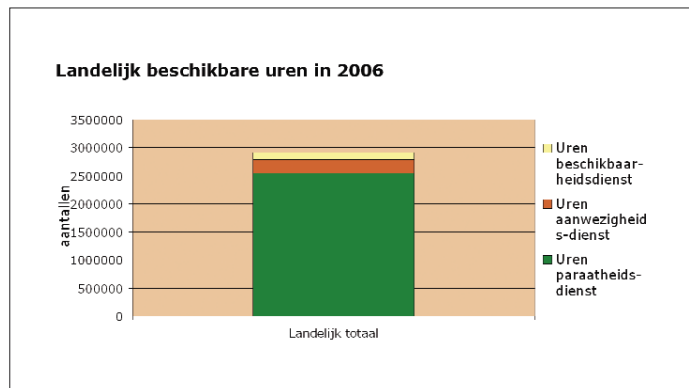
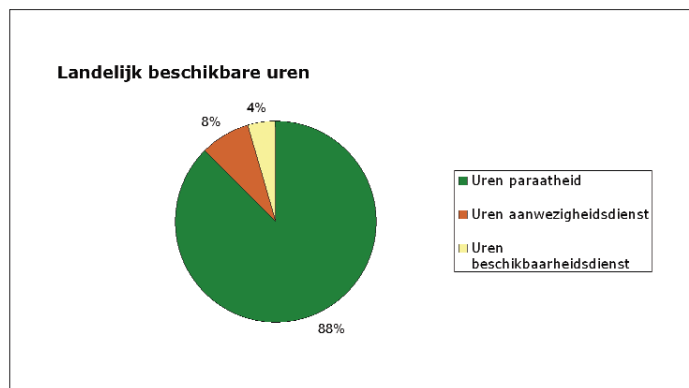
Met de introductie van dynamisch ambulancemanagement is het begrip standplaats enigszins gerelativeerd. Uit het RIVM-onderzoek ('Niet zonder zorg') uit 2001 is gebleken dat wanneer regiogrenzen als open worden beschouwd, meer mensen kunnen worden bereikt. Dit effect wordt nog groter als ook gewerkt wordt met zogenaamde mobiele paraatheid. Mobiele paraatheid houdt in dat de ambulance niet vanaf een vaste standplaats vertrekt, maar door de regio rijdt of op een strategische plaats is opgesteld en vanuit daar vertrekt als er een oproep is. In het beleidsdocument 'Dynamisch AmbulanceManagement' uit 2006 van AmbulanceZorg Nederland wordt een en ander nader toegelicht.

Beschikbare uren

Er worden binnen de ambulancezorg drie soorten diensten onderscheiden: parate diensten, aanwezigheidsdiensten en beschikbaarheidsdiensten. De parate dienst is de meest voorkomende dienstsoort. Het ambulanceteam is aanwezig op de post en is gedurende de hele dienst aan het werk. Bij een aanwezigheidsdienst is het ambulanceteam wel aanwezig op de post, maar is alleen op afroep aan het werk. Tijdens beschikbaarheidsdiensten is het ambulanceteam niet op de post aanwezig, maar wel beschikbaar om op afroep te werken.

In 2006 waren gedurende ruim 2,9 miljoen uren ambulanceverpleegkundigen, -chauffeurs en centralisten ingeroosterd om ambulancezorg te verlenen. Ruim 88% hiervan betrof parate diensten. Van de overige uren betrof het grootste deel aanwezigheidsdiensten (ruim 8%) en de rest beschikbaarheidsdiensten (circa 4%).

In de volgende grafiek wordt een en ander visueel inzichtelijk gemaakt:

grafiek 2.1.1: totaal aantal beschikbare uren ten behoeve van ambulancezorg

grafiek 2.1.2: verdeling landelijk beschikbare uren


In hoofdstuk 2.6 van dit rapport wordt nader ingegaan op het Referentiekader Spreiding & Beschikbaarheid en het feit dat minister Hoogervorst in totaal € 30 miljoen beschikbaar heeft gesteld voor de verbetering van de spreiding en beschikbaarheid van ambulances.

De middelen zijn met name ingezet voor een uitbreiding van de capaciteit, een toename van de parate diensten en heeft daarmee ook zijn weerslag gehad op de beschikbare uren.

2.2 Primair proces: productie

Onderscheid productie en prestatie

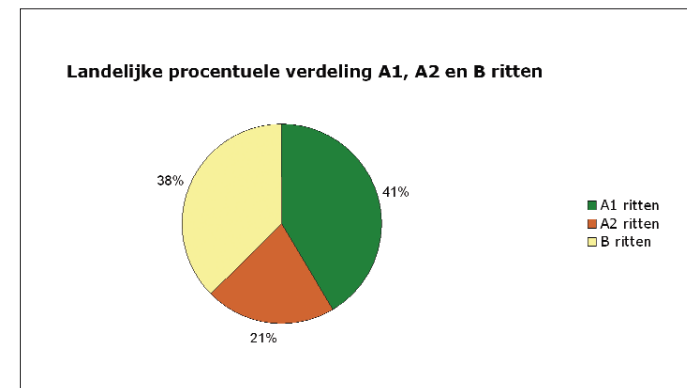
In de sector ambulancezorg wordt een onderscheid gemaakt tussen productie en prestatie. Bij productie, waar dit hoofdstuk op is gericht, gaat het om de aantallen ritten die door de ambulancediensten worden gereden. Bij prestatie gaat het om hoe snel deze ritten verreden worden.

Productie ambulancezorg in 2006

In dit hoofdstuk ligt het accent op het aantal ritten dat door de ambulancediensten in Nederland in 2006 is gereden. Hierbij is gekeken naar de A1-ritten, de A2-ritten, de B-ritten, de EHTP-ritten en de loze ritten die gereden zijn. Andere soorten ritten zijn nog niet meegenomen.

In deze eerste paragraaf worden de totalen in vogelvlucht beschouwd, in het vervolg van dit hoofdstuk wordt iedere soort rit nader beschouwd.

In 2006 zijn in totaal 933.718 ritten gereden. Hiervan waren 387.352 A1-ritten, 195.608 A2-ritten en 350.758 B-ritten.

grafiek 2.2.1: verdeling gerealiseerde ritten (A1, A2 en B)


Uit de aantallen blijkt dat de productie van de ambulancediensten in de loop der jaren is gestegen. Een vergelijking met cijfers van 2001 die door het RIVM zijn gebruikt voor het onderzoek 'Ambulances binnen bereik' en die gepubliceerd staan in het Nationaal Kompas Volksgezondheid blijkt dat het totaal aantal A1+A2+B-ritten sinds 2001 met 16% is gestegen (van 807.000 tot 934.000).

A1-ritten

In 2006 zijn in Nederland 387.352 ritten met A1-urgentie gereden.

A1 houdt in dat er gevaar bestaat voor het leven of blijvende invaliditeit bij een patiënt of waarbij dit bij de melding niet kan worden uitgesloten. De ambulance rijdt met zwaailichten en sirene en moet binnen 15 minuten na melding ter plaatse zijn.

A2-ritten

In 2006 zijn in Nederland 195.608 ritten met A2-urgentie gereden.

Een A2-inzet houdt in dat er geen direct levensgevaar voor de patiënt bestaat, maar dat snelle hulp wel wenselijk is. Deze hulp wordt geacht binnen een half uur ter plaatse zijn. De ambulance rukkt meteen uit en maakt al dan niet gebruik van bijzondere signalen.

B-ritten

In 2006 zijn in Nederland 350.758 ritten met B-urgentie gereden.

Onder het B-vervoer wordt al het overige vervoer (ten opzichte van het spoedvervoer) verstaan. B-vervoer is veelal vervoer tussen ziekenhuizen voor onderzoeken of behandelingen, mensen die thuis moeten worden opgehaald voor opname en mensen die uit een ziekenhuis ontslagen worden maar liggend vervoerd moeten worden. Deze ritten zijn gedeeltelijk van tevoren in te plannen, maar ook veel van deze ritten worden in de loop van de dag aangevraagd omdat niet altijd precies bekend is wanneer iemand opgehaald kan worden.

EHTP-ritten

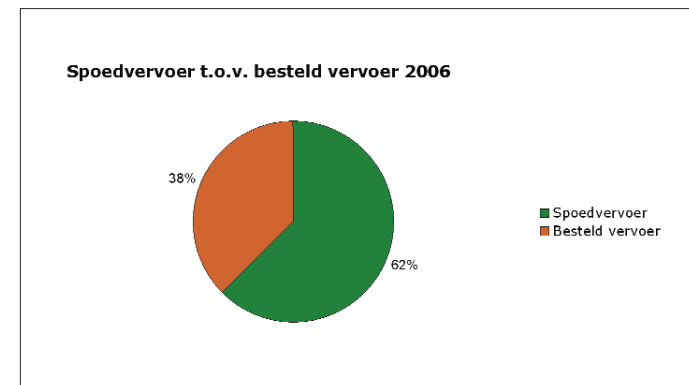
In 2006 zijn in Nederland 134.171 EHTP-ritten gereden.

Een EHTP-rit is een rit die wordt uitgevoerd met de intentie tot hulpverlening en/of vervoer van één of meer patiënten. Ter plaatse is na onderzoek van de patiënt of na hulpverlening niet gebleken dat vervoer noodzakelijk is en is derhalve geen patiënt vervoerd.

Verhouding spoedvervoer en besteld vervoer

Het spoedvervoer (A1, A2) bedraagt 62% van het totale ambulancevervoer.

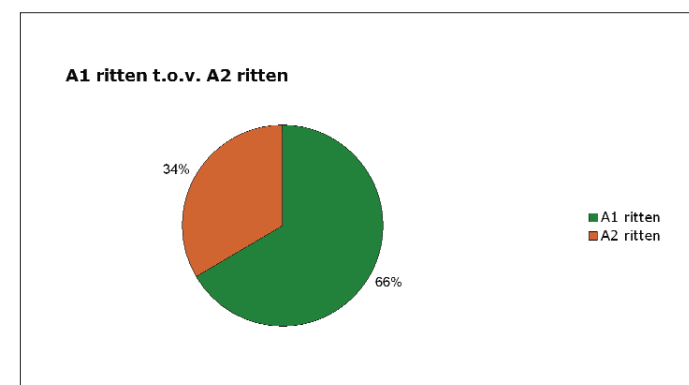
grafiek 2.2.2: verdeling spoed-besteld vervoer



Verhoudingen in het spoedvervoer

Over het algemeen blijkt dat in Nederland tweemaal zoveel A1-ritten als A2-ritten gereden worden.

grafiek 2.2.3: verdeling binnen het spoedvervoer



De verhouding tussen het aantal A1- en A2-ritten dat wordt uitgevoerd houdt verband met de doelmatigheid van de ambulancezorg. Regiospecifieke factoren spelen hierbij een belangrijke rol, zoals de wijze waarop door de MKA getrieerd wordt.

Loze ritten

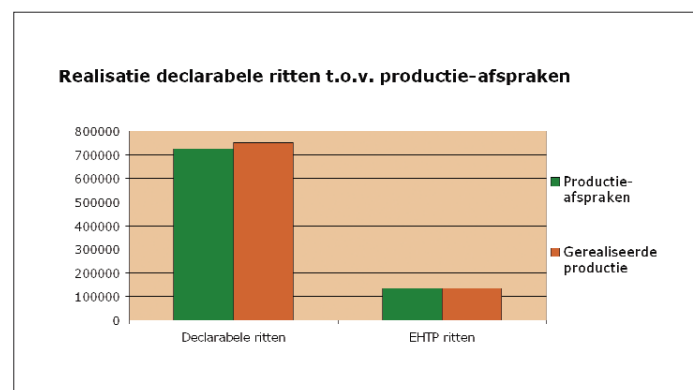
In 2006 is de ambulance 48.433 keren uitgerukt zonder dat er een patiënt wordt aangetroffen of waarbij de patiënt bij aankomst van de ambulance nog niet gereed was. Dit worden loze ritten genoemd. Een loze rit wordt uitgevoerd met de intentie tot hulpverlening en/of vervoer. Ter plekke blijkt echter dat er geen noodzaak tot hulpverlening (meer) aanwezig is.

Productieafspraken

RAV-en maken ieder jaar afspraken met de zorgverzekeraar. Dit betreffen onder andere productieafspraken over het aantal ritten dat zij verwachten uit te kunnen voeren, maar ook afspraken over de inzet van de vrije marge gelden, kwaliteit en ketensamenwerking. Op basis van de gemaakte productieafspraken ontvangen de RAV-en hun budget. De productieafspraken hebben betrekking op de declareerbare ritten (A1-, A2- en B-ritten, exclusief EHTP- en loze ritten), de EHTP-ritten en op het aantal kilometers.

Uit de productieafspraken blijkt dat ambulancediensten landelijk met de zorgverzekeraars overeengekomen zijn dat voor 2006 725.534 declareerbare ritten verwacht werden (daadwerkelijke productie: 751.114). Er werden 133.499 EHTP-ritten verwacht (daadwerkelijke productie: 134.171). Ambulanceorganisaties verwachtten 27.949.143 kilometers te zullen rijden in 2006.

grafiek 2.2.4: productie-afspraken ten opzichte van daadwerkelijk gerealiseerde productie



2.3 Primair proces: prestaties

Normen: rekenkundige en planningsnormen

In de Kwaliteitswet Zorginstellingen is gesteld dat het veld zichzelf normen kan opleggen voor verantwoorde zorg. De sector ambulancezorg heeft dit gedaan in het document 'Verantwoorde Ambulancezorg'. In 'Verantwoorde Ambulancezorg' is voor A1-ritten een veldnorm vastgelegd van 15 minuten. Een ambulance moet binnen 15 minuten na melding van een spoedrit ter plekke kunnen zijn.

De vastgestelde norm van 15 minuten is een planningsnorm en geen zorgnorm. Dat het geen zorgnorm is, heeft onder meer te maken met het aantal inwoners in het te bereiken gebied. Het is niet mogelijk om 100% van de inwoners te bereiken binnen 15 minuten, al was het alleen maar door overmacht zoals slecht weer of een onvindbaar adres. Een niet adequate spreiding van standplaatsen is niet de enige oorzaak voor overschrijdingen. Ook is het zo dat een ambulance een schaars goed is, er is geen onuitputtelijke capaciteit. Er kan zich door gelijktijdigheid van hulpvragen altijd een situatie voordoen waarin er geen ambulance beschikbaar is op korte termijn.

De norm van 15 minuten is gebruikt om te bepalen hoeveel standplaatsen er nodig zijn in Nederland en om te bepalen waar de standplaatsen en uitrukpunten geplaatst moeten worden. De norm van 15 minuten wordt tevens gebruikt om te bepalen hoeveel ambulances noodzakelijk zijn (zie ook Spreiding & Beschikbaarheid in hoofdstuk 2.6).

In 'Verantwoorde Ambulancezorg' is tevens vastgesteld dat er naar gestreefd wordt dat een ambulance bij een A2-rit binnen 30 minuten na de melding ter plaatse is.

Van vervoers- naar zorgnormen

De beschreven normen van 15 minuten voor A1-ritten en 30 minuten voor A2-ritten zijn nog echte vervoersnormen en stammen uit het tijdperk dat de sector nog vooral ambulancevervoer betrof. De sector heeft zich inmiddels tot ambulancezorg ontwikkeld. Dit brengt met zich mee dat er ook behoefte is aan zorgnormen.

Binnen de acute zorg wordt momenteel gewerkt aan de ontwikkeling van het Nederlands Triage Systeem (NTS), een eenduidig systeem voor triage dat in de toekomst gebruikt zal kunnen worden door huisartsen, ambulancezorg en de spoedeisende zorg in de ziekenhuizen. In NTS wordt een onderscheid in vijf urgentieklassen (U 1 t/m U5) gemaakt.

Het is hiermee niet ondenkbaar geworden dat de sector op termijn afstapt van de A1-, A2- en B-urgenties en overgaat naar de urgentieklassen van het NTS. Aan deze urgentieklassen kunnen dan voor de ambulancezorg zorgnormen gekoppeld gaan worden.

Tijdsintervallen A1- en A2-ritten

Voor zowel de A1- als de A2-ritten worden drie tijdsintervallen gemeten: de tijdsduur aanname en uitgifte, de uitruktijd en de aanrijdtijd. Ook wordt de responstijd gemeten, dit is eigenlijk hetzelfde als de optelsom van de tijdsduur aanname en uitgifte, de uitruktijd en de aanrijdtijd.

De tijdsduur aanname en uitgifte en de uitruktijd kunnen beter beïnvloed worden door de organisatie dan de aanrijdtijd. Bij de aanrijdtijd is het ambulanceteam afhankelijk van de lokale infrastructuur, daarnaast is de aanrijdtijd grotendeels regionaal geografisch bepaald.

tijdsduur aanname en uitgifte	uitruktijd	aanrijdtijd
responstijd		

Pro-actief dynamisch ambulancemanagement door de MKA kan wel van invloed zijn op de aanrijdtijd. De tijdsduur aanname en uitgifte kan beïnvloed worden door de centralisten van de MKA goed te trainen en op te leiden. De uitruktijd is voor een deel gedragsbepaald en kan daardoor in hoge mate door de organisatie beïnvloed worden.

Voor de A1-ritten geldt dat:

- de gemiddelde tijdsduur aanname en uitgifte bijna 2 minuten bedraagt,
- het ambulanceteam gemiddeld na 1,5 minuut vertrokken is en
- de ambulance daarna gemiddeld bijna 6,5 minuut nodig heeft om de plaats van bestemming te bereiken.

Voor de A2-ritten geldt dat:

- de gemiddelde tijdsduur aanname en uitgifte ongeveer 4,25 minuut bedraagt,
- het ambulanceteam na gemiddeld bijna 2,5 minuut vertrokken is en
- de ambulance daarna gemiddeld ruim 10 minuten nodig heeft om de plaats van bestemming te bereiken.

De prestaties van ambulanceorganisaties hebben betrekking op de responstijd van de A1- en de A2-ritten en op de mate waarin de A1-ritten binnen 15 minuten ter plaatse waren en de A2-ritten binnen 30 minuten:

- ambulances in Nederland hebben er in 2006 gemiddeld 10 minuten over gedaan om vanaf het begin van de melding in geval van een rit met A1-urgentie bij de patiënt te arriveren;
- in gemiddeld 91% van de A1-ritten is de ambulance binnen 15 minuten na het begin van de melding bij de patiënt gearriveerd;
- ambulances in Nederland hebben er in 2006 gemiddeld bijna 17 minuten over gedaan om vanaf het begin van de melding in geval van een rit met A2-urgentie bij de patiënt te arriveren;
- in gemiddeld 92% van de A2-ritten is de ambulance binnen 30 minuten na het begin van de melding bij de patiënt gearriveerd.

2.4 Personeel

In dit hoofdstuk wordt inzicht gegeven in de personele gegevens binnen de sector ambulancezorg.

Formatie

De ambulancezorg is een kleine branche waarin gespecialiseerd personeel werkzaam is. Er kunnen drie kernfuncties onderscheiden worden: ambulanceverpleegkundige, ambulancechauffeur en (verpleegkundig) centralist (van de MKA). Een en ander heeft tot gevolg dat de mogelijkheden tot in-, door- en uitstroom beperkt zijn.

In de sector waren in 2006 ruim 4.400 mensen werkzaam, waarvan ongeveer 3.900 in één van de drie kernfuncties binnen het primair proces.

Ten opzichte van het verleden zijn er steeds meer vrouwen werkzaam binnen de sector ambulancezorg. Desalniettemin is het beeld tegengesteld aan dat van bijvoorbeeld de verhouding man-vrouw werkzaam op een verpleegafdeling in een ziekenhuis. In 2006 lag de verhouding binnen de ambulancezorg op bijna 25% vrouwen en 75% mannen (waarbij alle functies zijn meegeteld, zowel de drie kernfuncties als de overige en ondersteunende functies).

Leeftijdsofbouw

De gemiddelde leeftijd van de medewerkers in de ambulancezorg stijgt. Gecombineerd met de toenemende vraag naar gezondheidszorg vanuit de bevolking kan in de toekomst een tekort aan personeel in de zorg gaan ontstaan.

Leeftijd en arbeidsmarktbeleid

De werkgelegenheid zal in de komende jaren stabiel blijven. Vanaf 2010 zullen echter veel mensen uit het arbeidsproces verdwijnen. Dit heeft gevolgen voor de arbeidsmarkt binnen de gehele gezondheidszorg en uiteraard ook voor de ambulancezorg. Arbeidsmarktbeleid is noodzakelijk om een goede aansluiting tussen kennis en vaardigheden van medewerkers en de vraag van organisaties met betrekking tot personeel te kunnen waarborgen.

In- en uitstroom

Zoals aangegeven zijn zowel de in- als de uitstroom binnen de sector ambulancezorg laag. Hetzelfde geldt voor de doorstroom van personeel. De mogelijkheden zijn overigens ook beperkt binnen de sector, dit hangt samen met het feit dat er een beperkt aantal kernfuncties bestaat binnen het primair proces.

Het is binnen de ambulancezorg niet meer mogelijk een baan voor het leven te hebben.

Mensen ontwikkelen zich: in hetzelfde beroep of naar andere beroepen, functies of banen. Het wordt bijvoorbeeld voor ambulancechauffeurs mogelijk zich binnen de gezondheidszorg te ontwikkelen en een carrière op te bouwen wanneer het instroomniveau voor deze functie op niveau 3 verzorgende wordt gesteld.

Het is van belang dat personeel optimaal gestimuleerd wordt zich te ontwikkelen en daarmee door te stromen naar andere beroepen binnen de gezondheidszorg.

Binnen de ambulancezorg gelden, zoals reeds eerder benoemd, twee verschillende arbeidsvoorwaardenregimes: de gemeentelijke CAR-UWO en de particuliere CAO Ambulancezorg. Ten aanzien van het loopbaanbeleid en de maximum leeftijd waarop men nog werkzaam kan zijn in de sector zijn binnen de CAO's verschillende keuzes gemaakt. Zo vindt men het in het publiekrechtelijk georganiseerde deel van de sector niet verantwoord om langer dan 20 jaar werkzaam te zijn in het primaire proces van de ambulancezorg. In het privaatrechtelijk georganiseerde deel ziet men nog wel mogelijkheden.

Om een goede in-, door- en uitstroom binnen de ambulancesector mogelijk te maken, zijn verschillende instrumenten wenselijk en noodzakelijk. Binnen de sector wordt veel aandacht besteed aan het ontwikkelen van deze instrumenten. Hierbij kan gedacht worden aan andere functies zoals visite-assistentie Huisartsenposten, de zorgmeldkamer, vervoersdifferentiatie en het aanbieden van scholing aan ketenpartners.

Naast loopbaanbeleid is opleidingsbeleid noodzakelijk om deskundigheidsbevordering en -handhaving op een hoog niveau te krijgen en houden. Binnen het opleidingsaanbod zal op sectoraal niveau gekeken worden naar een gedifferentieerd instroombeleid van ambulance-medewerkers en centralisten. Ook wordt aansluiting gezocht bij de landelijke ontwikkeling naar een opleiding tot acute zorgverlener.

Loopbaanbeleid is niet alleen van belang voor de medewerkers in het primaire proces en in de kernfuncties, maar ook voor de medewerkers in de diverse ondersteunende en staffuncties. Ook voor hen worden instrumenten en beleid ontwikkeld.

Aantal dienstjaren

Voor ambulanceverpleegkundigen en centralisten MKA geldt dat als zij instromen in de ambulancezorg zij vaak al een uitgebreid voortraject achter de rug hebben en werkzaam zijn geweest op verschillende afdelingen in het ziekenhuis (zoals intensive care en spoedeisende hulp). De gemiddelde instroomleeftijd is al snel 30 jaar of ouder. Het werk op de ambulance is voor veel van hen de laatste stap in hun carrière.

Het werk is daarnaast, mede door de hoge mate van zelfstandigheid en afwisseling, ook heel aantrekkelijk werk voor velen. Dit maakt echter de stap naar een andere functie minder interessant en mede hierdoor is het uitstroombestand binnen de sector laag. Dit geldt ook voor de ambulancechauffeurs.

2.5 Arbeidsomstandigheden

De overheid verschuift de verantwoordelijkheid voor onder andere arbeidsomstandigheden steeds meer richting werkgevers. Dit leidt er toe dat er minder regelgeving vanuit de rijksoverheid is. Daarnaast is men van mening dat werknemer en werkgever gezamenlijk verantwoordelijk zijn voor de inzetbaarheid van werknemers. Belangrijke aandachtspunten zijn de gezondheid en de persoonlijke ontwikkeling van medewerkers.

Een centrale vraag binnen de sector in het kader van gezondheidsbeleid is 'Hoe zorgen we er voor dat ons personeel met plezier, gezond en productief werkzaam is en blijft binnen de ambulancezorg?'

Arboconvenant

In april 2004 hebben de sociale partners binnen de ambulancezorg een arboconvenant afgesloten met het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid inzake psychische en fysieke belasting en terugdringing van ziekteverzuim. Dit arboconvenant heeft een looptijd van april 2004 tot en met juni 2007. Gedurende de looptijd van het convenant zijn de doelstellingen een aantal malen aangepast en uitgebreid. De doelstellingen zijn:

1. het verminderen van het ziekteverzuimpercentage met 1%-punt ultimo 2006 ten opzichte van het in 2003 vastgestelde verzuimcijfer over 2002 (7,1%);
2. het verminderen van het aantal verzuimgevallen langer dan 13 weken met 15% ultimo 2006 ten opzichte van de nulmeting (3,5%);
3. vermindering van de blootstelling van medewerkers aan fysieke belasting verband houdende met tillen, duwen en trekken en RSI met een percentage dat wordt bepaald na de uitvoering van de nulmeting;
- 3a. de blootstelling van medewerkers aan fysieke belasting verminderen met 25% in de periode tot 1 juli 2007;
4. vermindering van de blootstelling van medewerkers aan psychische belasting verband houdende met werkdruk, agressie en onveiligheid en traumatische ervaringen met een percentage dat wordt bepaald na uitvoering van de nulmeting;
- 4a. de blootstelling van medewerkers aan psychische belasting verminderen met 10% in de periode tot 1 juli 2007.

Uit de nulmeting is gebleken dat 25% van de ambulancemedewerkers regelmatig nek- en schouderklachten heeft, dat 41% regelmatig rugklachten heeft en dat 43% van de medewerkers te maken heeft gehad met bedreiging, agressie en geweld.

In de kernset 2006 zijn de eerste twee onderwerpen verwerkt. De resultaten met betrekking tot het ziekteverzuim en het langdurend verzuim worden hierna weergegeven. Vanaf 2008 zullen ook incidenten met betrekking tot agressie en geweld onderdeel uitmaken van de kernset.

Het arboconvenant loopt af in 2007. Het gevoerde beleid moet daarna geborgd en gecontinueerd worden. Dit zal gebeuren in de vorm van onder andere de invoering van de ontwikkelde aanstellings- en gezondheidskeuring (PAM, Periodiek Arbeidsgezondheidskundige Monitor) en de ontwikkeling van de arbocatalogus.

Uit de volgende paragrafen blijkt dat de doelstellingen ruimschoots behaald zijn. De cijfers zien er goed, maar het blijft van belang voldoende aandacht aan de arbeidsomstandigheden te besteden.

Ziekteverzuim

Het gemiddelde ziekteverzuim in 2006 bedroeg 5,1%.

In 2006 bedroeg het langdurend ziekteverzuim 2 (tussen 13 en 26 weken) 0,9%.

Het langdurend ziekteverzuim 3 (langer dan 26 weken, maximaal 2 jaar) lag op 1,9%.

Arbeidsongeschiktheid

In 2006 is de voormalige Wet op de Arbeidsongeschiktheid (WAO) vervangen door de Wet Werk en Inkomen naar Arbeidsvermogen (WIA).

De gemiddelde WIA-instroom was zeer beperkt in 2006, in totaal zijn 3 personen ingestroomd (dit is 0,1%).

2.6 Financiën

Onder het regime van de huidige WAV is sturing van de ambulancezorg (planning en spreiding van de capaciteit) de verantwoordelijkheid van de provincie en ligt de financiering van de ambulancezorg bij de zorgverzekeraar. In de WAZ is vastgelegd dat sturing en financiering van de sector in één hand komen te liggen. De minister van VWS bepaalt wie in welke regio de vergunning voor het verlenen van ambulancezorg krijgt aan de hand van een Programma van Eisen. Voor de sector ambulancezorg is een landelijk macrobudget beschikbaar. Dit bedroeg in 2006 € 330,9 miljoen.

Budgettering ambulancezorg en Spreiding & Beschikbaarheid

In 2004 heeft de minister van VWS het 'Landelijk referentiekader Spreiding en Beschikbaarheid' vastgesteld, dat uitgaat van landelijke uniforme uitgangspunten. In het verleden waren er verschillen in uitgangspunten voor het vaststellen van de spreiding en beschikbaarheid van de ambulancezorg. Niet alle regio's en provincies hanteerden dezelfde beleidsregels. Het Landelijk referentiekader Spreiding en Beschikbaarheid is een planningsgrondslag -die gebruikt kan worden in het vaststellen en financieren van de spreiding en beschikbaarheid van ambulancezorg- en een toetsingskader voor het beoordelen van regionale ambulanceplannen (RAP).

In de huidige financiering speelt het aantal standplaatsen een belangrijke rol. De RAV-en hebben enige vrijheid in het inzetten van hun middelen en kunnen standplaatsen beheren die niet in het budgetmodel voorkomen.

Een goede spreiding van standplaatsen over de regio is een voorwaarde voor een korte responstijd. Daarnaast is het van belang dat er voldoende ambulancecapaciteit paraat is om aan de vraag te kunnen voldoen. De spreiding en paraatheid bepalen de beschikbaarheid van ambulancezorg in een regio. Landelijk zijn op werkdagen overdag drie ambulances per 100.000 inwoners beschikbaar. Regionaal varieert dit tussen twee en zes ambulances.

In 2004 is de minister van VWS met de zorgaanbieders en de zorgverzekeraars overeengekomen dat er intensief gewerkt zal worden aan de verbetering van de spreiding en beschikbaarheid van ambulances in Nederland, op basis van het Referentiekader Spreiding en Beschikbaarheid. De minister heeft hiertoe € 30 miljoen beschikbaar gesteld. Afgesproken is dat de verbeteringen in twee fasen tot stand zouden komen, in 2004 is € 18 miljoen beschikbaar gekomen en in 2005 de resterende € 12 miljoen.

In alle regio's die middelen toegekend hebben gekregen uit de € 30 miljoen zijn concrete verbeteringen afgesproken in de vorm van extra standplaatsen en/of meer inzet van auto's en personeel. In de meeste regio's zijn ook afspraken gemaakt over verbeteringen die de extra inzet moet genereren op het gebied van de bereikbaarheid van burgers en het terugdringen van de overschrijding van aanrijdtijden.

De effecten van de € 30 miljoen worden in 2006 voor het eerst enigszins zichtbaar. Regio's hebben eerst moeten investeren in mensen en middelen, om ze vervolgens ook daadwerkelijk in te kunnen zetten.

De sector streeft al enige jaren naar een nieuwe budgetterings- en financieringssysteem. In de huidige situatie zijn onderdelen van het budget expliciet geoormd. Wanneer de WAZ een feit is, wordt naar alle waarschijnlijk ook gewerkt aan de invoering van een nieuw financieringssysteem op basis van beschikbaarheid. Verdeling op basis van beschikbaarheid moet er voor zorgen dat in iedere regio voldoende ambulances beschikbaar zijn om gemiddeld 95% van de bevolking binnen 15 minuten te kunnen bereiken. Overigens kan dit percentage van 95% voor verschillende regio's afwijken.

Met de verdeling van de € 30 miljoen is al een voorzichtige start gemaakt met lumpsum-financiering op basis van beschikbaarheid. Eerst is vastgesteld welk budget voor iedere RAV-regio benodigd is om de afgesproken ambulancezorg te kunnen verlenen (100%). Vervolgens zijn de middelen verdeeld over de regio's op zo'n manier, dat iedere regio uiteindelijk eenzelfde percentage (7,2%) verwijderd zou zijn van het benodigde totaal budget van 100%.

Dit heeft tot gevolg gehad dat de regio's niet allemaal evenveel middelen toegekend hebben gekregen. Er zijn ook regio's die geen deel van de € 30 miljoen hebben ontvangen.

3

De ambulancezorg op regionaal niveau

In deel 3 worden de landelijke cijfers uit deel 2
nader toelicht op regionaal niveau.

3.1 Randvoorwaarden voor het verlenen van ambulancezorg: capaciteit

Ambulances en standplaatsen

Op 31 december 2006 hadden de RAV-en in Nederland de beschikking over tenminste 668 aanhangsels en er waren 190 standplaatsen. Volgens de formele beleidsregels geven de aanhangsels bij de provinciale vergunning het aantal ambulances aan waarmee de ambulancezorg verstrekt kan worden door de ambulancedienst.

Op de kaart op de volgende pagina zijn de standplaatsen in Nederland weergegeven. Het overzicht met de namen van standplaatsen per regio staat in bijlage 8.

In tabel 3.1.1 is weergegeven hoe de 668 aanhangsels (ambulances) en 190 standplaatsen in aantallen zijn verdeeld over de 24 RAV-regio's.

tabel 3.1.1: aantal ambulances en aantal standplaatsen per RAV-regio

RAV-regio	aantal aanhangsels (ambulances)	aantal stand- plaatsen	aantal standpl. conform ref.kader
Groningen	37	11	14
Friesland	39	17	16
Drenthe	22	10	10
IJssel-Vecht	23	10	10
Twente	22	9	9
Noord-Oost Gelderland	34	9	9
Gelderland Midden	21	7	7
Gelderland Zuid	17	8	8
Utrecht	41	11	11
Noord-Holland Noord	24	9	8
Amsterdam/ Waterland	68	8	9
Kennemerland	17	3	3
Gooi- en Vechtstreek	11	3	2
Haaglanden	32	9	6
Hollands Midden	28	8	7
Rotterdam-Rijnmond	55	9	9
Zuid-Holland Zuid	17	6	6
Zeeland	23	7	9
Midden West Brabant	35	7	11
Brabant Noord	21	6	7
Zuidoost Brabant	24	7	7
Noord en Midden Limburg	17	7	7
Zuid Limburg	22	3	4
Flevoland	16	6	6
landelijk totaal	668	190	195
landelijk gemiddelde per RAV-regio	28	8	

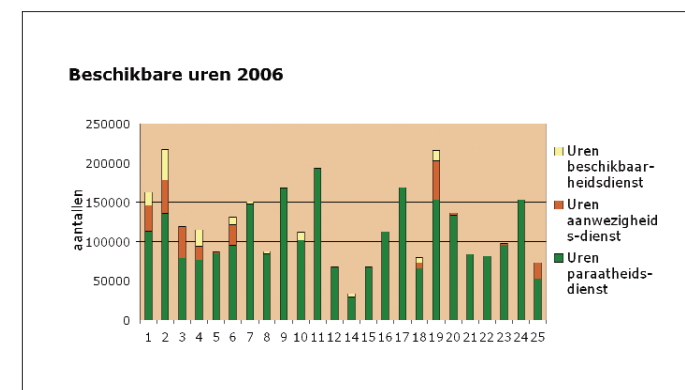
kaart 3.1.1: standplaatsen in Nederland, 2006



Beschikbare uren

Er worden binnen de ambulancezorg drie soorten diensten onderscheiden: parate diensten, aanwezigheidsdiensten en beschikbaarheidsdiensten. Slechts een deel van de RAV-en werkt naast de parate diensten ook met aanwezigheids- en of beschikbaarheidsdiensten. Er is ook een deel van de regio's waar met uitsluitend parate diensten wordt gewerkt.

grafiek 3.1.1: totaal aantal beschikbare uren per regio



tabel 3.1.2: beschikbare uren totaal-paraatheid-aanwezigheid-beschikbaarheid per regio in 2006

RAV-regio	uren paraatheid	uren aanwezig- heid	uren beschikb.- heid	uren totaal
Groningen	113.490	32.613	16.897	163.000
Friesland	135.856	42.708	38.736	217.300
Drenthe	79.524	39.420	0	118.944
IJssel-Vecht	76.400	17.500	20.800	114.700
Twente	85.330	1.800	0	87.130
Noord-Oost Gelderland	95.603	25.863	9.081	130.547
Gelderland Midden	147.732	0	3.276	151.008
Gelderland Zuid	84.589	0	2.920	87.509
Utrecht	167.960	0	0	167.960
Noord-Holland Noord	101.849	0	10.220	112.069
Amsterdam / Waterland	193.024	0	0	193.024
Kennemerland	67.808	0	0	67.808
Gooi- en Vechtstreek	29.328	0	4.212	33.540
Haaglanden	67.476	0	0	67.476
Hollands Midden	112.730	0	0	112.730
Rotterdam-Rijnmond	168.768	0	0	168.768
Zuid-Holland Zuid	66.025	6.675	7.100	79.800
Zeeland	153.036	49.770	13.140	215.946
Midden West Brabant	133.166	3.233	0	136.399
Brabant Noord	83.841	0	0	83.841
Zuidoost Brabant	80.870	0	0	80.870
Noord- en Midden Limburg	95.994	1.427	0	97.421
Zuid Limburg	153.088	0	0	153.088
Flevoland	52.680	20.440	0	73.120
Landelijk totaal	2.546.167	241.449	126.382	2.913.998
Gewogen gemiddeld per RAV-regio	106.090	21.950	12.638	121.417

* Het gewogen gemiddelde is bepaald aan de hand van het aantal RAV-en dat hoger dan 0 heeft aangegeven.

3.2 Primair proces: productie

Productie ambulancezorg in 2006

In tabel 3.2.1 is het totaal aantal ritten dat in 2006 is gereden per regio én landelijk weergegeven.

In tabel 3.2.2 zijn de totalen omgerekend naar het percentage van het totaal aantal gereden A1-, A2-, B-ritten in de regio. Hieruit kunnen de regionale verschillen objectiever worden afgeleid.

tabel 3.2.1: aantal (declarabele) ritten in 2006

RAV-regio	aantal A1-ritten	aantal A2-ritten	aantal B-ritten	totaal ritten
Groningen	17.583	12.782	16.746	47.111
Friesland	15.294	6.403	23.104	44.801
Drenthe	13.891	8.050	10.811	32.752
IJssel-Vecht	6.882	7.792	8.599	23.273
Twente	9.951	11.152	7.195	28.298
Noord-Oost Gelderland	13.968	14.292	11.910	40.170
Gelderland Midden	12.568	6.470	9.883	28.921
Gelderland Zuid	8.395	6.504	12.803	27.702
Utrecht	23.302	13.828	26.449	63.579
Noord-Holland Noord	17.296	5.011	11.707	33.987
Amsterdam / Waterland	51.836	12.952	40.068	104.856
Kennemerland	8.932	3.298	8.394	20.624
Gooi- en Vechtstreek	7.635	1.866	4.760	14.261
Haaglanden	31.350	13.143	10.729	55.222
Hollands Midden	20.439	5.317	14.235	39.991
Rotterdam-Rijnmond	39.128	9.744	30.984	79.856
Zuid-Holland Zuid	10.995	5.478	10.914	27.387
Zeeland	9.673	4.585	6.134	20.392
Midden West Brabant	16.766	16.437	24.274	57.477
Brabant Noord	9.155	9.081	16.997	35.233
Zuidoost Brabant	15.225	6.183	13.287	34.695
Noord- en Midden Limburg	7.861	4.750	7.736	20.347
Zuid Limburg	10.022	6.297	16.181	32.500
Flevoland	9.232	4.193	6.858	20.232
Totaal	387.352	195.608	350.758	933.718
Gemiddeld per RAV-regio	16.140	8.150	14.615	38.905

n.b.: De regio Haaglanden heeft aangegeven dat het aantal EHTP-ritten daar niet geregistreerd wordt.

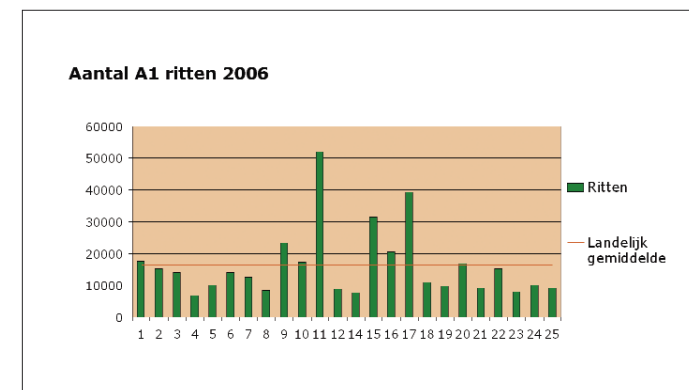
tabel 3.2.2: aantal ritten (in procenten van het totaal aantal -declarabele- ritten)

RAV-regio	% A1-ritten	% A2-ritten	% B-ritten
Groningen	37,3%	27,1%	35,5%
Friesland	34,1%	14,3%	51,6%
Drenthe	42,4%	24,6%	33,0%
IJssel-Vecht	29,6%	33,5%	36,9%
Twente	35,2%	39,4%	25,4%
Noord-Oost Gelderland	34,8%	35,6%	29,6%
Gelderland Midden	43,5%	22,4%	34,2%
Gelderland Zuid	30,3%	23,5%	46,2%
Utrecht	36,7%	21,7%	41,6%
Noord-Holland Noord	50,8%	14,7%	34,4%
Amsterdam / Waterland	49,4%	12,4%	38,2%
Kennemerland	43,3%	16,0%	40,7%
Gooi- en Vechtstreek	53,5%	13,1%	33,4%
Haaglanden	56,8%	23,8%	19,4%
Hollands Midden	51,1%	13,3%	35,6%
Rotterdam-Rijnmond	49,0%	12,2%	38,8%
Zuid-Holland Zuid	40,1%	20,0%	39,8%
Zeeland	47,4%	22,5%	30,1%
Midden West Brabant	29,2%	28,6%	42,2%
Brabant Noord	26,0%	25,8%	48,2%
Zuid Oost Brabant	43,9%	17,8%	38,3%
Noord- en Midden Limburg	38,6%	23,3%	38,0%
Zuid Limburg	30,8%	19,4%	49,8%
Flevoland	45,5%	20,7%	33,8%
Totaal	41,5%	20,9%	37,6%

A1-ritten

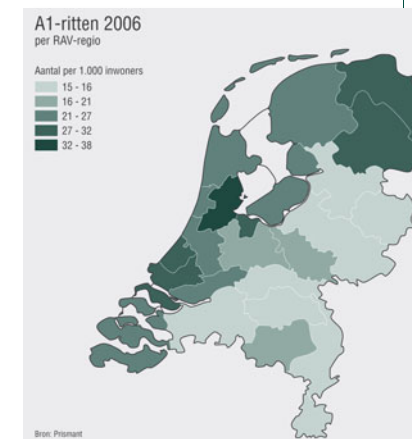
In 2006 zijn in Nederland 387.352 ritten met A1-urgentie gereden. Gemiddeld zijn dit 16.140 ritten per regio.

grafiek 3.2.1: aantal A1-ritten in 2006



Er is een duidelijk verschil in het aantal ritten dat per regio wordt gereden. Dit verschil heeft onder andere te maken met diverse lokale factoren, zoals de bevolkingsdichtheid, de mate van stedelijkheid, al dan niet aanwezigheid van een universitair medisch centrum en het aantal inwoners van een regio.

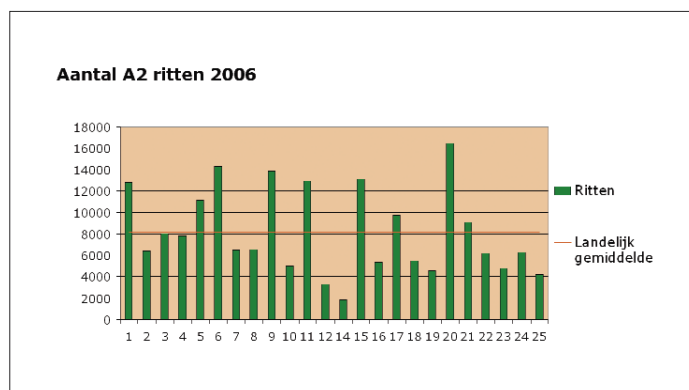
kaart 3.2.1: aantal A1-ritten per regio



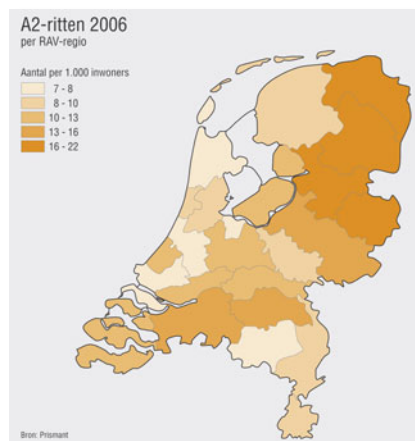
A2-ritten

In 2006 zijn in Nederland 195.608 ritten met A2-urgentie gereden. Gemiddeld zijn dit 8.150 ritten per regio.

grafiek 3.2.2: aantal A2-ritten



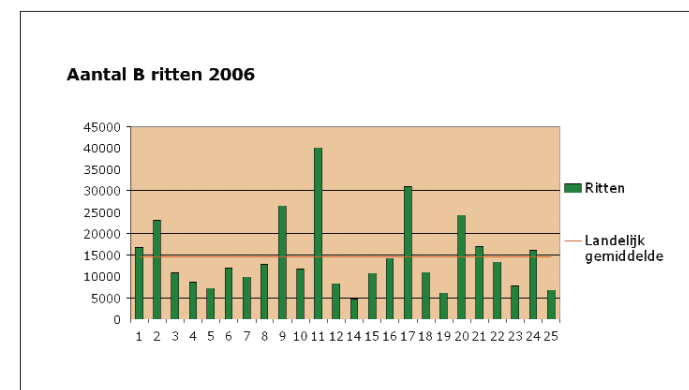
kaart 3.2.2: aantal A2-ritten per regio



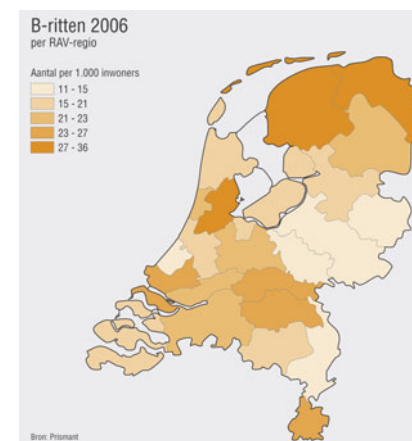
B-ritten

In 2006 zijn in Nederland 350.758 ritten met B-urgentie gereden. Gemiddeld zijn dit 14.615 ritten per regio.

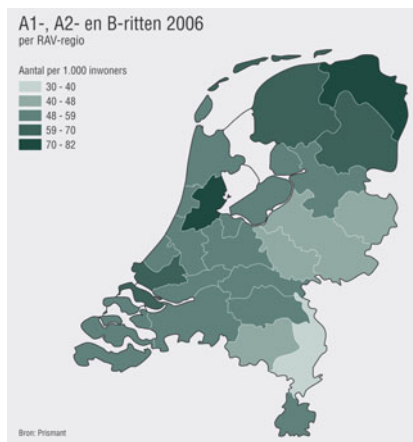
grafiek 3.2.3: aantal B-ritten



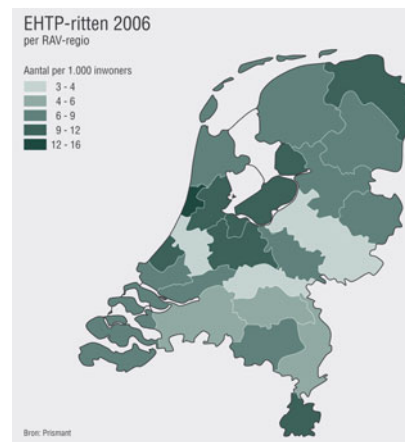
kaart 3.3: aantal B-ritten per regio



kaart 3.4: aantal A1-, A2- en B-ritten per regio



kaart 3.2.5: aantal EHTP-ritten per regio



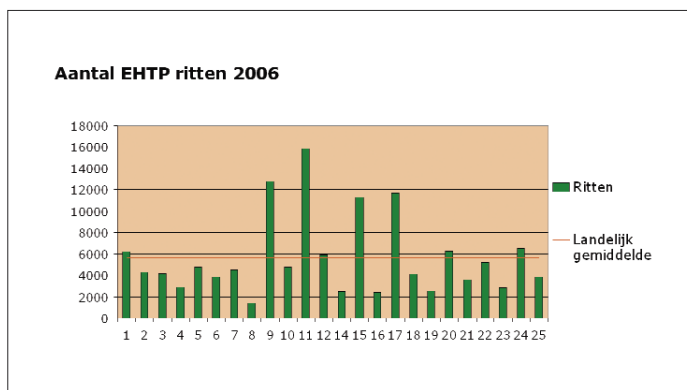
EHTP-ritten

In 2006 zijn in Nederland 134.171 EHTP-ritten gereden. Gemiddeld zijn dit 5.590 ritten per regio.

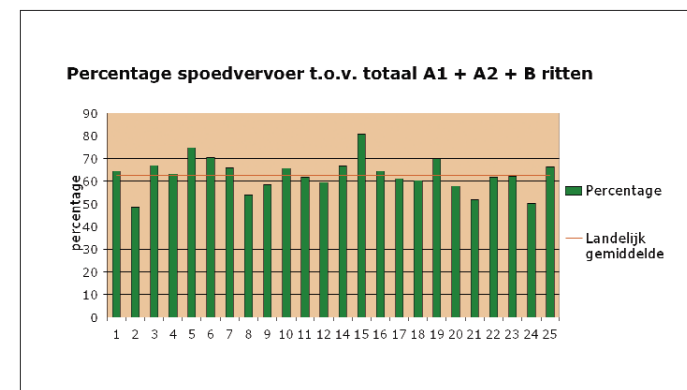
Verhouding spoedvervoer en besteld vervoer

Het spoedvervoer (A1 en A2) bedraagt 62% van het totale ambulancevervoer.

grafiek 3.2.4: aantal EHTP-ritten



grafiek 3.2.5: verhouding spoedvervoer ten opzichte van het totaal

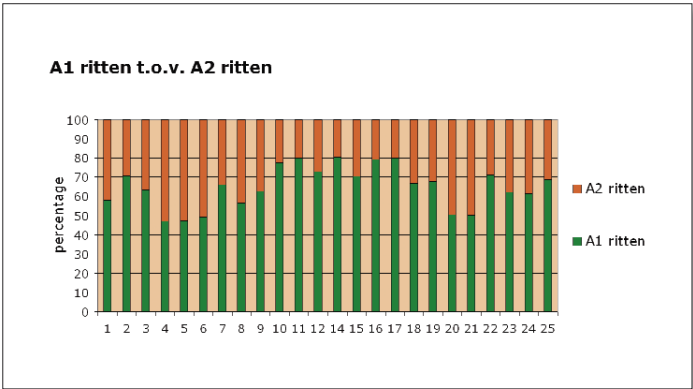


Verhoudingen binnen het spoedvervoer

Over het algemeen blijkt dat in Nederland tweemaal zoveel A1-ritten als A2-ritten gereden worden.

De regionale verschillen zijn groot, zoals uit onderstaande grafiek en tabel blijkt. Al eerder is aangegeven dat regiospecifieke factoren een rol spelen in de verhouding. In de toekomst zal nader onderzocht worden wat deze precies zijn en in hoeverre zij van invloed zijn op de verschillen.

grafiek 3.2.6: aantal A1-ritten ten opzichte van het aantal A2-ritten



tabel 3.2.3: aantal A1 ten opzichte van A2

RAV-regio	aantal A1-ritten ten opzichte van het aantal A2-ritten
Groningen	1,38
Friesland	2,39
Drente	1,73
IJssel-Vecht	0,88
Twente	0,89
Noord-Oost Gelderland	0,98
Gelderland Midden	1,94
Gelderland Zuid	1,29
Utrecht	1,69
Noord-Holland Noord	3,45
Amsterdam/Waterland	4,00
Kennemerland	2,71
Gooi- en Vechtstreek	4,09
Haaglanden	2,39
Hollands Midden	3,84
Rotterdam-Rijnmond	4,02
Zuid-Holland Zuid	2,01
Zeeland	2,11
Midden West Brabant	1,02
Brabant Noord	1,01
Zuidoost Brabant	2,46
Noord en Midden Limburg	1,65
Zuid-Limburg	1,59
Flevoland	2,20
Gemiddeld per RAV-regio	1,98

Productieafspraken

RAV-en maken ieder jaar afspraken met de zorgverzekeraar, waaronder de productieafspraken. Op basis van de gemaakte productieafspraken ontvangen de RAV-en hun budget. De productieafspraken hebben betrekking op de declarabele ritten (A1-, de A2- en B), de EHTP-ritten en op het aantal kilometers.

De volgende tabel biedt inzicht in de productieafspraken die in 2006 door de ambulanceorganisaties zijn gemaakt. Uit de productieafspraken blijkt, evenals uit de overzichten met aantallen ritten eerder in dit hoofdstuk, dat er aanzienlijke verschillen tussen de regio's zijn. De budgetten en productieafspraken worden onder andere beïnvloed en bepaald door diverse lokale factoren zoals de inwonersdichtheid, de oppervlakte, het aantal inwoners, de mate van stedelijkheid, al dan niet aanwezigheid van een universitair medisch centrum en de mate van rurale gebieden binnen de regio.

tabel 3.2.7: productieafspraken in 2006

Productieafspraken en gerealiseerde productie 2006					
RAV-regio	totaal aantal afgesproken declarabele ritten (A1+A2+B)	gerealiseerde declara- b. ritten*	totaal aantal afgespr. EHTP-ritten	gerealiseerde EHTP- ritten	totaal aantal afgespr. kilometers
Groningen	29.963	40.088	4.133	6.233	1.296.916
Friesland	27.997	38.928	3.901	4.306	1.598.393
Drenthe	23.000	27.391	3.800	4.140	1.350.000
IJssel-Vecht	19.250	19.476	2.975	2.854	1.100.000
Twente	24.100	22.836	3.600	4.740	1.100.000
Noord-Oost Gelderland	34.620	35.241	3.881	3.878	1.484.137
Gelderland Midden	23.196	22.976	4.304	4.541	880.000
Gelderland Zuid	21.676	22.991	3.696	1.401	940.669
Utrecht	50.500	45.890	11.000	12.782	2.400.000
Noord-Holland Noord	22.185	27.699	4.348	4.768	1.237.348
Amsterdam/Waterland	78.200	81.292	16.300	15.828	2.605.000
Kennemerland	22.023	10.253	3.566	5.880	624.477
Gooi- en Vechtstreek	10.500	11.050	2.100	2.495	345.000
Haaglanden	44.567	43.908	12.741	11.314	1.254.640
Hollands Midden	33.150	36.109	7.550	2.425	1.200.000
Rotterdam-Rijnmond	65.342	64.051	13.611	11.690	2.490.000
Zuid-Holland Zuid	19.650	21.759	3.950	4.111	700.000
Zeeland	16.500	17.087	2.750	2.566	1.130.000
Midden West Brabant	41.883	48.935	5.850	6.253	1.722.637
Brabant Noord	21.753	30.408	3.189	3.572	959.158
Zuidoost Brabant	25.422	26.845	4.939	5.240	1.001.700
Noord en Midden Limburg	19.249	16.018	2.565	2.807	1.195.000
Zuid Limburg	37.300	24.185	4.500	6.491	965.000
Flevoland	13.508	15.698	4.250	3.856	769.068
Landelijk totaal	725.534	751.114	133.499	134.171	30.349.143

* : gerealiseerde declarabele ritten = aantal A1-ritten + aantal A2-ritten + aantal B-ritten - aantal EHTP-ritten - aantal loze ritten

3.3 Primair proces: prestaties

De prestaties van ambulanceorganisaties hebben betrekking op de responstijd van de A1- en de A2-ritten en op de mate waarin de A1-ritten binnen 15 minuten ter plaatse waren en de A2-ritten binnen 30 minuten.

De responstijd is opgebouwd uit drie tijdsintervallen: de tijdsduur aanname en uitgifte, de uitruktijd en de aanrijdtijd. Ieder van deze tijdsintervallen wordt gemeten, de mate waarin de

organisatie invloed kan uitoefenen op de duur van het tijdsinterval varieert. Zo is men als het gaat om de aanrijdtijd sterk afhankelijk van de lokale infrastructuur en de geografische indeling van het gebied (al dan niet aanwezigheid van snelwegen, wegwerkzaamheden, rivieren die het gebied doorkruisen, etc.). In dit hoofdstuk wordt daarom niet alleen inzicht gegeven in de responstijden, maar ook in de drie afzonderlijke tijdsintervallen.

A1-ritten

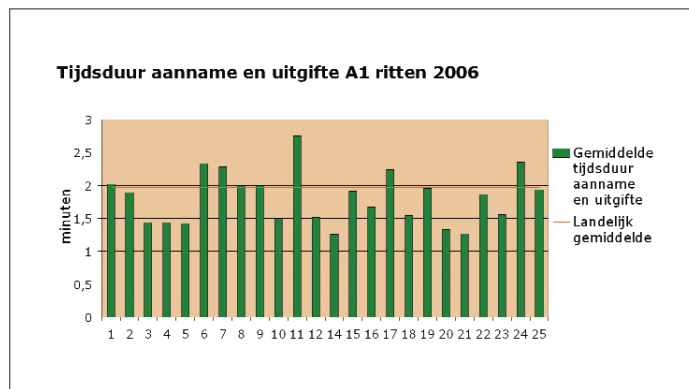
Tijdsduur aanname en uitgifte

De tijdsduur aanname en uitgifte begint op het moment dat in de MKA de telefoon wordt opgenomen en eindigt wanneer de centralist van de MKA het ambulanceteam heeft gealarmeerd c.q. een ritopdracht heeft gegeven. De landelijk gemiddelde tijdsduur aanname en uitgifte van de A1-ritten was 1,96 minuten in 2006.

tabel 3.3.1: tijdsduur aanname en uitgifte A1-ritten

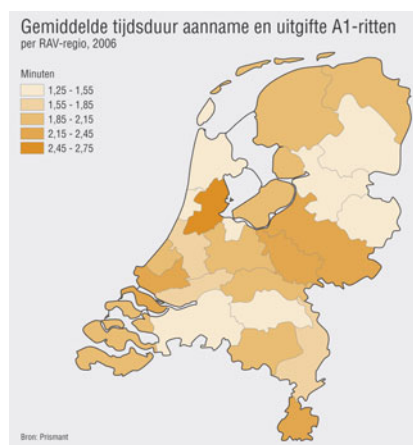
RAV-regio	tijdsduur aanname en uitgifte (in min.)
Groningen	2,02
Friesland	1,89
Drenthe	1,44
IJssel-Vecht	1,44
Twente	1,42
Noord-Oost Gelderland	2,34
Gelderland Midden	2,28
Gelderland Zuid	1,99
Utrecht	2,00
Noord-Holland Noord	1,50
Amsterdam / Waterland	2,75
Kennemerland	1,51
Gooi- en Vechtstreek	1,25
Haaglanden	1,91
Hollands Midden	1,67
Rotterdam-Rijnmond	2,24
Zuid-Holland Zuid	1,55
Zeeland	1,95
Midden West Brabant	1,33
Brabant Noord	1,26
Zuidoost Brabant	1,86
Noord- en Midden Limburg	1,55
Zuid Limburg	2,35
Flevoland	1,94
Gewogen gemiddelde per RAV-regio	1,96

grafiek 3.3.1: tijdsduur aanname en uitgifte A1-ritten in 2006



In onderstaande kaart is de gemiddelde tijdsduur aanname en uitgifte van A1-ritten per regio weergegeven in blokken van 0,3 minuten (= 18 seconden).

kaart 3.3.1: gemiddelde tijdsduur aanname en uitgifte A1-ritten



Uitruktijd

De uitruktijd begint op het moment dat de centralist van de MKA het ambulanceteam heeft gealarmeerd en eindigt op het moment dat het complete ambulanceteam vertrekt naar het door de centralist opgegeven adres waar de patiënt zich bevindt. De landelijk gemiddelde uitruktijd van de A1-ritten was 1,53 minuten in 2006.

tabel 3.3.2: uitruktijd A1-ritten

RAV-regio	uitruktijd (in min.)
Groningen	1,27
Friesland	1,18
Drenthe	1,07
IJssel-Vecht	1,57
Twente	0,86
Noord-Oost Gelderland	1,86
Gelderland Midden	1,81
Gelderland Zuid	1,31
Utrecht	1,00
Noord-Holland Noord	1,13
Amsterdam / Waterland	1,25
Kennemerland	1,30
Gooi- en Vechtstreek	1,18
Haaglanden	2,29
Hollands Midden	1,40
Rotterdam-Rijnmond	2,80
Zuid-Holland Zuid	1,60
Zeeland	2,00
Midden West Brabant	0,48
Brabant Noord	1,03
Zuidoost Brabant	0,98
Noord- en Midden Limburg	1,44
Zuid Limburg	2,08
Flevoland	1,99
Gewogen gemiddelde per RAV-regio	1,53