



Ambulances in-zicht 2014



Colofon

Ambulancezorg Nederland

Veerallee 68

Postbus 489, 8000 AL Zwolle

telefoon: 038 422 57 72

info@ambulancezorg.nl

www.ambulancezorg.nl

Tekst

Ambulancezorg Nederland, Zwolle

Eindredactie

Isolde Boers

Cijfers

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, Bilthoven (ritgegevens)

AZN (overige gegevens), Zwolle

Grafieken

RIVM, Bilthoven

Studio Lakmoes, Arnhem

Kaarten

RIVM, Bilthoven

Illustraties

Studio Lakmoes, Arnhem

Vormgeving

Vormix, Maarssen

Met dank aan

Anne van den Berg, Jannie Damstra, Geert Jan Kommer, Maarten Mulder, Marjolein Pijnappels,
Luppo de Vries

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

Voorwoord

Ambulances in-zicht, onze jaarlijkse verantwoording over onze bijdrage aan de zorg in Nederland. Zo goed mogelijk in maat en getal.

En dat ook in de wetenschap dat daarmee niet alles gezegd is over de zorg. Dat misverstand bestaat nog wel eens, alsof alles in cijfers en maten te vangen is. Ze zijn nuttig en nodig, geven een inzicht in de hardware, maar nog niet in al die duizenden contacten tussen patiënten en ambulanceverpleegkundigen op straat, in de ambulance en bij de transfer in een ziekenhuis. Die software is minstens even belangrijk, zo niet belangrijker.

Als AZN zijn we druk bezig dat deel van het kwaliteitsbeleid handen en voeten te geven. Niet eenvoudig, maar wel van groot belang voor een kwaliteitsoordeel over onze prestaties. En met dat laatste gaat het goed.

We voerden in 2014 bijna 1,2 miljoen ritten uit, waarbij het aantal A-1 ritten waarmee we binnen 15 minuten arriveren, is toegenomen tot bijna 94%. Het ziekteverzuimpercentage is gelukkig gedaald tot onder 5% en er zijn hier zeker mogelijkheden tot verdere beperking door een goed preventief beleid.

We zijn in 2014 ook gegroeid. Het aantal inzetten is met 4% gegroeid ten opzichte van 2013 en is het aantal medewerkers toegenomen tot ruim 5.600.

Die groei vraagt nadere aandacht. We onderzoeken momenteel hoe dat komt. Groei is niet op voorhand positief. Wellicht dat met name door verdere extramuralisering de toename deels te verklaren is. U hoort daar op termijn nader over van ons.

Al onze RAV's - samen goed voor ruim een half miljard euro- voeren iedere dag ruim 3.200 ritten uit. Van kleine tot grote incidenten, van ongevallen tot ernstig zieke patiënten. De ambulance kan wel worden beschouwd als de altijd beschikbare mobiele zorg, van hoge kwaliteit en toegewijd.

Misschien is ons publieke imago wel het meest in het oog springend. Al jaren lang en zonder uitzondering zeer gewaardeerd met hoge tevredenheidsscores.

En dat willen we graag zo houden. Met elan en vernieuwingsambities steeds opnieuw onze plaats bepalen in de ketens van de zorg, in alle bescheidenheid de mobiele partner in de zorg zijn om onze patiënten optimaal te verzorgen. Dat deden we met plezier in 2014. En dat blijven we doen.

Daarover verantwoorden we ons hier. Niet omdat transparantie van ànderen moet, maar omdat wij het een vanzelfsprekendheid vinden.

Hans Simons, *voorzitter Ambulancezorg Nederland*

Inhoudsopgave

Voorwoord	3
Inhoudsopgave	4
Verantwoording	8
Inleiding & leeswijzer	9
Facts & figures 2014	10

AMBULANCEZORG, DE BASIS 13

1 Definities en omschrijvingen	14
1.1 Ambulancezorg	14
1.2 25 RAV's in Nederland	14
1.3 Wettelijk kader: Twaz	14
1.4 Financieel kader: €500 miljoen in 2014	14
1.5 Ambulancezorg in de keten	15
acute zorg	15
openbare orde en veiligheid	15
1.6 CAO ambulancezorg	15
2 Ambulances en standplaatsen	16
2.1 755 ambulances	16
2.2 231 standplaatsen	16

PRODUCTIE & PRESTATIE 19

3 Productie	20
3.1 Algemeen	
spoedeisende en planbare ambulancezorg	20
patiënt vervoerd door de ambulance?	20
3.2 Spoedeisende ambulancezorg in cijfers	21
2014	21
door de jaren heen	22
ambulancezorg per inwoner	23
A1-inzetten	23
A2-inzetten	24
B-inzetten	25
verhouding spoedeisende en planbare ambulancezorg	26
verhouding A1- en A1-inzetten	27
3.3 Patiënt vervoerd door de ambulance?	28
2014	28
door de jaren heen	29
declarabele inzetten	30
EHGV-inzetten	31
loze inzetten	32
afgebroken inzetten	32

3.4	Ambulancezorg en dag(deel)	33
	dagdelen	33
	een gemiddelde dag	34
	ambulancezorg en dagen van de week	34
	A1-inzetten	35
	A2-inzetten	35
	B-inzetten	35
3.5	Ambulancezorg en de aard van het gebied	36
3.6	Spoedeisende ambulancezorg voor andere regio's	37
3.7	Aanvullend op spoedeisende ambulancezorg: rapid responder	37
3.8	Aanvullend op spoedeisende ambulancezorg: MICU	38
4	Prestatie	39
4.1	Algemeen: responstijden en normen	39
4.2	Resultaten A1	39
	2014 en de voorgaande jaren	39
	responstijd A1-inzetten	40
	A1-inzetten en vijftien minuten	41
	aanname en uitgifte A1-inzetten	43
	uitruktijd A1-inzetten	43
	aanrijtijd A1-inzetten	43
	responstijd A1-inzetten en de aard van het gebied	44
4.3	Resultaten A2	44
	2014 en de voorgaande jaren	44
	responstijd A2-inzetten	45
	A2-inzetten en dertig minuten	47
	aanname en uitgifte A2-inzetten	48
	uitruktijd A2-inzetten	48
	aanrijtijd A2-inzetten	48
	responstijd A2-inzetten en de aard van het gebied	49
5	Ambulancezorg medisch-inhoudelijk	50
5.1	Patiënten	50
5.2	Werkdiagnose	51
5.3	Uitgevoerde (voorbehouden) handelingen	52
5.4	Reanimatie	52
KWALITEIT		55
6	RAV	56
6.1	Kwaliteitscertificering: HKZ en veiligheidsmanagementsysteem	56
7	Medewerkers	57
7.1	Deskundigheid en scholing	57

8	Patiënten	58
8.1	Patiëntveiligheid	58
8.2	Patiëntervaringen: CQ-index	58
8.3	Onderzoeksagenda	59
8.4	Klachten	59
	MEDEWERKERS	61
9	Formatie	62
9.1	Functies en aantallen	62
	Man-/vrouwverdeling ambulancesector	63
9.2	Functies en fte's	64
9.3	Leeftijd	66
9.4	Arbeidsduur	67
9.5	Beschikbare uren voor ambulancezorg	68
10	Loopbaanmobiliteit	69
10.1	In- en uitstroom	69
10.2	Achtergronden bij instroom	70
10.3	Achtergronden bij uitstroom	70
11	Ziekteverzuim	71
11.1	Gemiddeld ziekteverzuim	71
11.2	WIA-instroom	72
12	Agressie & geweld	73
12.1	Aantal en aard	73
12.2	Dag en tijdstip	74
12.3	Locatie	76
12.4	Veroorzakers	77
12.5	Aanleiding	78
12.6	Juridische consequenties	78
12.7	Opvang door de RAV	79
	AMBULANCEZORG IS KETENPARTNER	81
13	De keten van acute zorg	82
13.1	De acute zorg	82
13.2	Aanvullend op ambulancezorg	83
	MMT	83
	First responder	83
14	De keten van openbare orde en veiligheid	85
	Incidenten jaarwisseling	85
	Landelijke grootschalige incidenten	85

BIJLAGEN

87

1	Tabellen	88
2	Vergelijkbaarheid van de cijfers	116
3	Toelichting op de normen	118
4	Kernset 2014	119
5	Definities	123
6	Medisch-inhoudelijke definities	127
7	Onderzoeksagenda	129
8	Verantwoording RIVM	130
9	Gebruikte afkortingen	134
10	Relevante documenten	135
11	Leden AZN	136
12	Standplaatsen in Nederland	138

Verantwoording

De Regionale Ambulancevoorzieningen zijn verantwoordelijk voor:
de betrouwbaarheid van de gegevens.

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

Het RIVM is verantwoordelijk voor:
de inhoud van de tabellen en grafieken met betrekking tot productie en prestatie.

Ambulancezorg Nederland is verantwoordelijk voor:
de inhoud van de overige tabellen en grafieken.

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

Ambulancezorg Nederland is verantwoordelijk voor:
de teksten en beleidsanalyses.

Inleiding & leeswijzer

Ambulances in-zicht is het jaarlijkse sectorrapport van de ambulancesector en geeft inzicht in de Nederlandse ambulancezorg. Dit is de negende editie over het jaar 2014. Deze digitale versie ondersteunt 'Ambulances in-zicht 2014, de highlights', de beknopte gedrukte versie.

opbouw Ambulances in-zicht 2014

'Ambulances in-zicht 2014' is als volgt opgebouwd:

- Het eerste deel van het sectorrapport heet 'Ambulancezorg, de basis'. Dit deel gaat in op verschillende randvoorwaarden voor het kunnen verlenen van ambulancezorg, zoals het wettelijk en het financieel kader.
- 'Productie en prestatie' is het tweede deel en beschrijft enerzijds de aantallen inzetten in 2014 en anderzijds de resultaten die in 2014 zijn behaald.
- Het derde deel is 'Kwaliteit'. Dit deel gaat in op de kwaliteitsaspecten met betrekking tot ambulancezorg. Dit deel kent een driedeling in kwaliteit met betrekking tot de RAV als geheel, met betrekking tot de medewerkers en met betrekking tot de patiënten.
- 'Medewerkers' is het vierde deel en beschrijft verschillende thema's die verband houden met de medewerkers werkzaam in de ambulancezorg.
- Het laatste deel van Ambulances in-zicht 2014 is 'Ambulancezorg is ketenpartner', dat de rol van de ambulancesector in zowel de keten van acute zorg als de keten van openbare orde en veiligheid beschrijft.

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

Facts & figures 2014

Onderstaand worden de belangrijkste facts en figures met betrekking tot de Nederlandse ambulancezorg in 2014 weergegeven. Alle onderwerpen worden in het sectorrapport nader uitgewerkt.

basisgegevens ambulancezorg

aantal RAV-regio's op 31 december 2014	25 regio's
aantal RAV's op 31 december 2014	25 RAV's
aantal ambulances op 31 december 2014	755
aantal standplaatsen op 31 december 2014	231
macro-budget voor de ambulancezorg in 2014 (incl. meldkamer ambulancezorg)	€500 miljoen
actueel wettelijk kader in 2014	Tijdelijke wet ambulancezorg

proces & product ambulancezorg

aantal A1-inzetten in 2014	579.784
gemiddelde responstijd A1-ritten in 2014	9:29 minuten
% A1-inzetten binnen 15 minuten ter plaatse in 2014	93,4%
aantal A2-inzetten in 2014	288.924
gemiddelde responstijd A2-inzetten in 2014	14:56 minuten
% A2-inzetten binnen 30 minuten ter plaatse in 2014	96,7%
aantal B-inzetten in 2014	321.612
totaal aantal inzetten in 2014	1.190.320
aantal declarabele inzetten in 2014	874.944
aantal EHGV-inzetten in 2014	243.530
aantal loze inzetten in 2014	53.311
aantal afgebroken inzetten in 2014	18.535
totaal aantal inzetten in 2014	1.190.320
volume groei 2014 tov 2013	4%
gemiddelde volume groei per jaar in de periode 2010-2014	3%
aantal regio's dat reanimaties heeft geregistreerd in 2014	14 regio's
aantal reanimaties in 2014	3.892

aantal MICU-regio's in 2014	7 regio's
aantal MICU-inzetten in 2014	1.504
aantal regio's dat inzetten rapid responder heeft geregistreerd in 2014	22
aantal inzetten rapid responder in 2014	53.749
aantal regio's dat inzetten first responder heeft geregistreerd in 2014	10 regio's
aantal inzetten first responder in 2014	3.320
aantal klachten in 2014	699
aantal klachten per 1.000 ambulance-inzetten in 2014	0,59

medewerkers ambulancezorg

aantal medewerkers op 31 december 2014	5.653
aantal medewerkers in de drie kernfuncties op 31 december 2014	4.898
aantal fte's op 31 december 2014	5.089 fte
aantal fte's in de drie kernfuncties op 31 december 2014	4.435 fte
aantal beschikbare uren voor het verlenen van ambulancezorg in 2014	3.230.604
gemiddeld instroompercentage in 2014	7,3%
gemiddeld uitstroompercentage in 2014	5,1%
gemiddeld ziekteverzuim in 2014	4,7%
aantal regio's dat agressie-incidenten heeft geregistreerd in 2014	22 regio's
aantal geregistreerde incidenten in 2014	421

AMBULANCEZORG, DE BASIS



1 Definities en omschrijvingen

1.1 Ambulancezorg

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

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

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

1.2 25 RAV's in Nederland

De ambulancezorg is per regio georganiseerd in Regionale Ambulancevoorzieningen (RAV's). De RAV is wettelijk aangewezen als de rechtspersoon die ambulancezorg mag verlenen en de meldkamer ambulancezorg in stand moet houden.

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

1.3 Wettelijk kader: Twaz

De Tijdelijke wet ambulancezorg is van kracht sinds 1 januari 2013 en is een tijdelijke wet met een looptijd van vijf jaar.

1.4 Financieel kader: € 500 miljoen in 2014

In Nederland zijn de zorgverzekeraars verantwoordelijk voor de financiering van de ambulancezorg. De zorgverzekeraars verdelen het landelijke macrobudget op basis van de beleidsregels, die de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) vaststelt.

In de rijksbegroting 2014 was voor de ambulancesector €500 miljoen opgenomen.

Eind 2014 had Nederland 16.902.146 inwoners. De ambulancezorg kostte in 2014 dus €29,60 per inwoner. Hiervoor is ambulancezorg 24 uur per dag zeven dagen per week beschikbaar en zijn in 2014 1.190.320 inzetten uitgevoerd.

1.5 Ambulancezorg in de keten

Ambulancezorg is onderdeel van de keten van acute zorg en werkt intensief samen met partners in de keten van openbare orde en veiligheid.

acute zorg

RAV's werken samen met partners in de acute zorgketen, zoals ziekenhuizen en traumacentra, huisartsen en huisartsenposten, GGZ-instellingen en verloskundigen. Het Regionaal Overleg Acute Zorg (ROAZ) speelt een belangrijke rol in de samenwerking binnen de acute zorgketen en heeft als doel er voor te zorgen dat een patiënt zo snel mogelijk op de juiste plaats terecht komt wanneer hij acute zorg nodig heeft.

openbare orde en veiligheid

Samenwerkingspartners in de keten van openbare orde en veiligheid zijn politie, GHOR en brandweer. Zowel onder normale omstandigheden als ten tijde van grootschalige ongevallen en rampen vindt samenwerking plaats.

1.6 CAO ambulancezorg

In 2014 was de cao ambulancezorg van kracht, de sector-cao die door alle RAV's wordt gevolgd. In oktober zijn de onderhandelingen over de nieuwe cao ambulancezorg van start gegaan, aangezien de cao per 2015 afloopt. De vakbonden FNV Zorg en Welzijn en CNV Zorg en Welzijn en de werkgeversdelegatie van Ambulancezorg Nederland hebben diverse keren overleg gevoerd. Dit overleg wordt in 2015 vervolgd. Duurzame inzetbaarheid was een centraal thema in de cao onderhandelingen. Sociale partners hebben in juni 2014 een event georganiseerd, waarin vijftien divers samengestelde teams van verschillende RAV's aan de slag zijn gegaan met dit onderwerp.

2 Ambulances en standplaatsen

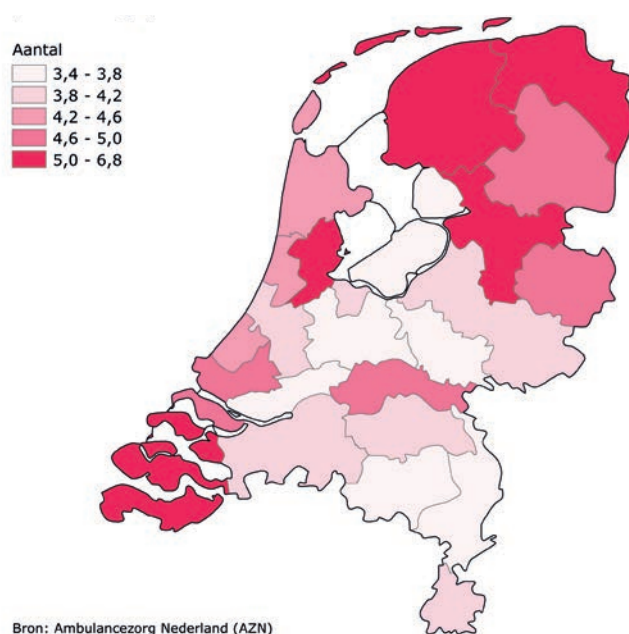
2.1 755 ambulances

In Nederland zijn zeven dagen per week 24 uur per dag ambulances en ambulancemedewerkers beschikbaar om ambulancezorg te kunnen verlenen.

Op 31 december 2014 hadden de RAV's in Nederland 755 ambulances beschikbaar, op 31 december 2015 waren dit er 744. In de praktijk zijn er niet voortdurend 755 ambulances op de weg. De beschikbare capaciteit wordt ook gedeeltelijk gereserveerd voor grootschalige rampen of calamiteiten of is nodig tijdens onderhoud of schade aan voertuigen en tijdens overlappende diensten.

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

■ kaart 2.1: aantal ambulances in 2014



► In bijlage 1 is in tabel 2.1 het aantal ambulances per regio weergegeven.

2.2 231 standplaatsen

Om de beschikbare ambulances optimaal over de regio te spreiden, beschikt iedere RAV over een aantal standplaatsen.

Op 31 december 2014 waren er 231 standplaatsen in Nederland.

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

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

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

■ kaart 2.2: standplaatsen in 2014



- In bijlage 1 is in tabel 2.2 naast het feitelijke aantal standplaatsen per regio ook het theoretische aantal standplaatsen conform het referentiekader 2013 aangegeven.

PRODUCTIE & PRESTATIE



3 Productie

3.1 Algemeen

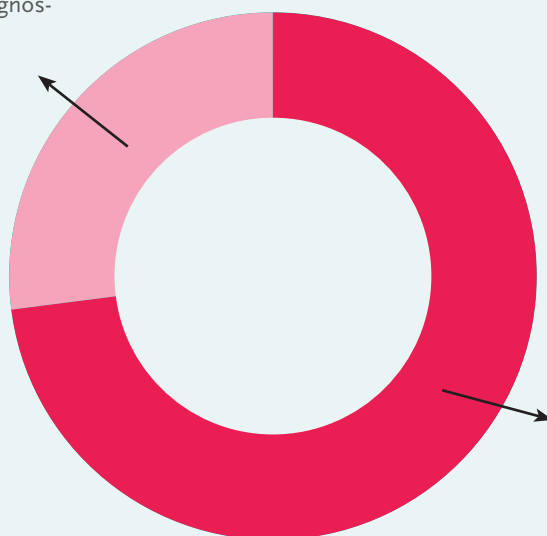
Bij het bieden van inzicht in productie en prestatie van de ambulancezorg in Nederland zijn twee verschillende benaderingen mogelijk. In de eerste plaats is dit het onderscheid tussen spoedeisende en planbare ambulancezorg, waarbij het verschil in urgentie centraal staat. De tweede benadering heeft betrekking op de vraag of er al dan niet een patiënt is vervoerd door de ambulance. Het totaal aantal inzetten is onafhankelijk van de benaderingswijze.

spoedeisende en planbare ambulancezorg

Het onderscheid tussen spoedeisende en planbare ambulancezorg heeft betrekking op het eerste deel van de inzet van de ambulance, wanneer de ambulance naar de patiënt (en het incident) toe gaat. Er wordt hier een onderscheid gemaakt tussen spoedeisende ambulancezorg, dit zijn inzetten met A1- of A2-urgentie, en planbare ambulancezorg, inzetten met B-urgentie (► zie bijlage 5 voor relevante definities).

27% planbare ambulancezorg

- zorg en vervoer van patiënten tussen het woon- of verblijfadres en zorginstellingen voor diagnostiek, therapie of opname en vice versa
- op basis van afspraken met de patiënt over tijdstippen van halen en brengen en de plaats van bestemming
- vindt plaats met een B-urgentie
- wordt in de dagelijkse praktijk ook wel besteld vervoer genoemd



73% spoedeisende ambulancezorg

- de ambulancezorg moet zo spoedig mogelijk ter plaatse zijn
- dit kan ieder moment van de dag nodig zijn
- de intentie is zorg verlenen en indien noodzakelijk de patiënt vervoeren, dit is afhankelijk van de situatie ter plaatse
- de centralist bepaalt de riturgentie A1 of A2

patiënt vervoerd door de ambulance?

De vraag of de ambulance al dan niet een patiënt heeft vervoerd gaat over het vervoer van de patiënt naar bijvoorbeeld het ziekenhuis. Dit heeft dus betrekking op het laatste deel van de inzet van de ambulance, vanaf het moment dat de ambulance ter plaatse is bij de patiënt. Bij dit onderscheid is de urgentie waarmee de ambulance tijdens het eerste deel van de inzet naar de patiënt toe is gereden niet relevant.

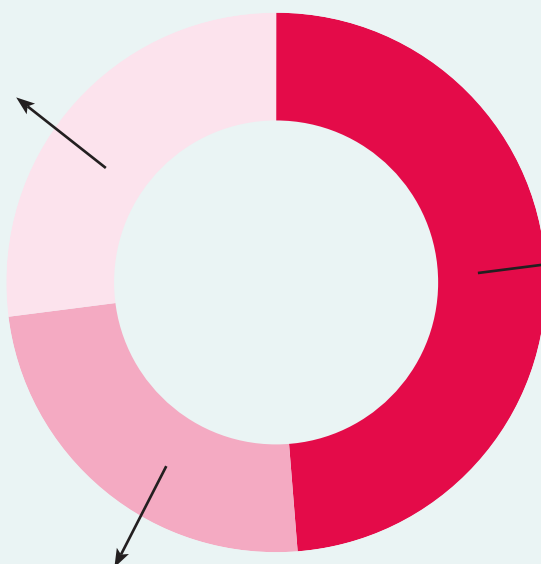
De ritten waarbij een patiënt is vervoerd zijn declarabele ritten, in het geval van EHGV- en loze inzetten wordt geen patiënt vervoerd.

3.2 Spoedeisende ambulancezorg in cijfers

2014

27% B-inzetten

- planbaar vervoer van patiënten die liggend vervoerd moeten worden en onderweg zorg nodig kunnen hebben (► zie ook bijlage 4)
- 321.302 B-inzetten in 2014



49% A1-inzetten

- een spoedeisende inzet bij een acute bedreiging van de vitale functies van de patiënt (► zie ook bijlage 4)
- 579.361 A1-inzetten in 2014
- 93,4% van de A1-inzetten was in 2014 binnen 15 minuten ter plaatse bij de patiënt
- de gemiddelde responstijd van A1-inzetten was in 2014 9:29 minuten

24% A2-inzetten

- een inzet waarbij geen sprake is van direct levensgevaar, maar waarbij er wel sprake kan zijn van (ernstige) gezondheidsschade (► zie ook bijlage 4)
- 288.436 inzetten in 2014
- 96,7% van de A2-inzetten was in 2014 binnen 30 minuten ter plaatse bij de patiënt
- de gemiddelde responstijd van A2-inzetten was in 2014 14:56 minuten

door de jaren heen

In Nederland hebben in 2014 1.190.230 ambulance-inzetten plaatsgevonden: 579.784 A1-inzetten, 288.924 A2-inzetten en 321.612 B-inzetten. Het aantal inzetten is met 4% gestegen ten opzichte van 2013.

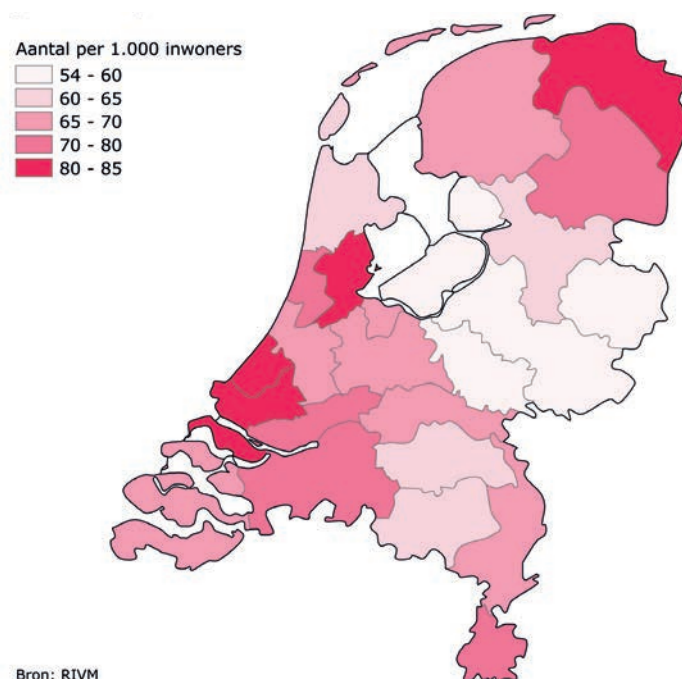
	2014	2013	2012	2011	2010
A1-inzetten	579.784	541.164	500.835	478.331	463.913
A2-inzetten	288.924	274.907	273.692	263.257	247.008
B-inzetten	321.612	328.709	325.892	342.838	350.347
alle inzetten	1.190.320	1.144.780	1.100.419	1.084.426	1.061.268

Sinds 2010 is het volume ambulancezorg gegroeid met 12%, dat is gemiddeld 3% per jaar.

► In bijlage 1 zijn in de tabellen 3.2.1 en 3.2.2 de regionale aantallen opgenomen.

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

■ kaart 3.2.1: aantal A1-, A2, B-inzetten per regio per 1.000 inwoners in 2014



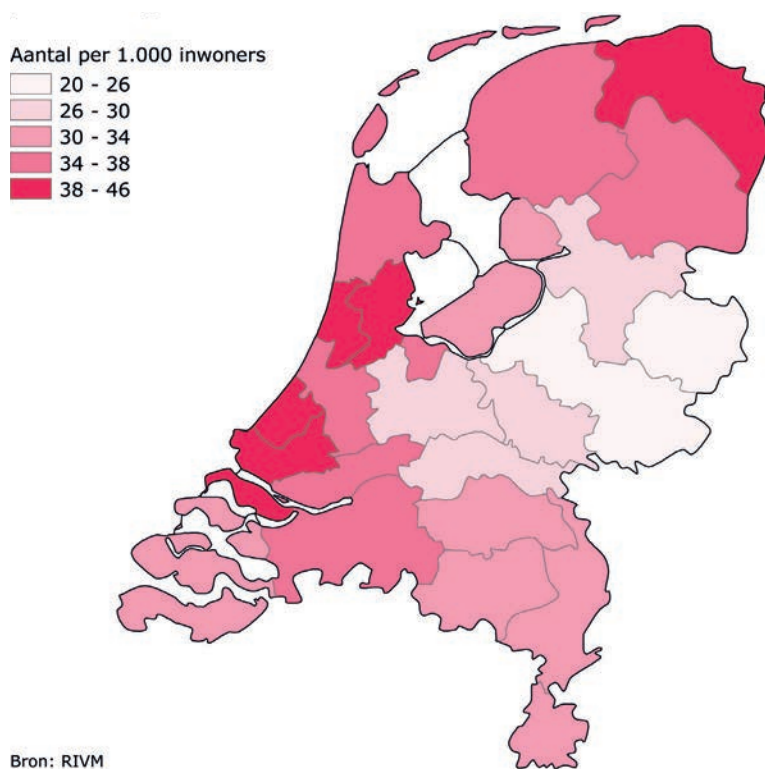
ambulancezorg per inwoner

Gemiddeld zijn in 2014 70 inzetten per 1.000 inwoners uitgevoerd, 51 inzetten per 1.000 inwoners hadden een A1- of A2-urgentie.

A1-inzetten

In 2014 waren in Nederland 579.784 inzetten met A1-urgentie. Dit is 49% van het totaal aantal ambulance-inzetten in 2014. Het aantal A1-inzetten is in 2014 met 38.197 inzetten gestegen ten opzichte van 2013. Sinds 2010 is het aantal A1-inzetten met gemiddeld 6% per jaar toegenomen.

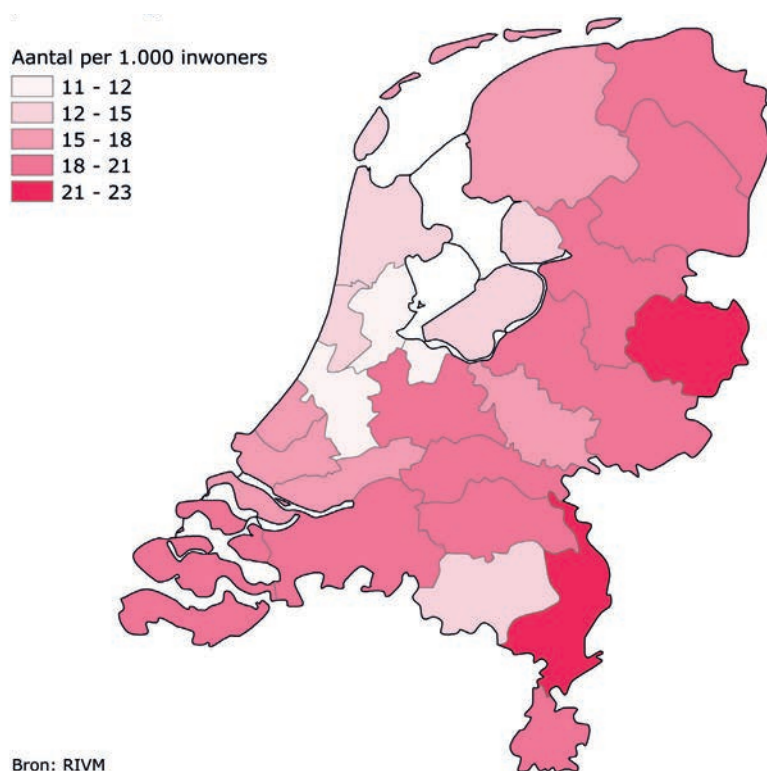
■ kaart 3.2.2: aantal A1-inzetten per regio per 1.000 inwoners in 2014



A2-inzetten

In 2014 waren in Nederland 288.924 inzetten met A2-urgentie. Dit is 24% van het totaal aantal ambulance-inzetten in 2014. Het aantal A2-inzetten is in 2014 met 14.017 inzetten gestegen ten opzichte van 2013. Sinds 2010 is het aantal A2-inzetten met gemiddeld 5% per jaar toegenomen.

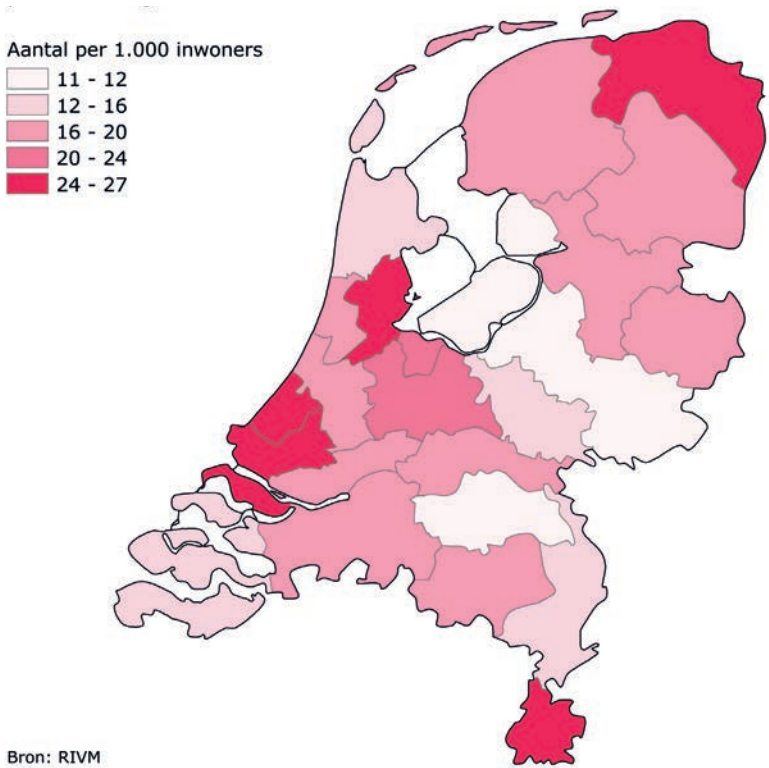
■ kaart 3.2.3: aantal A2-inzetten per regio per 1.000 inwoners in 2014



B-inzetten

In 2014 waren in Nederland 321.612 inzetten met B-urgentie. Dit is 27% van het totaal aantal ambulance-inzetten in 2014. Het aantal B-inzetten is in 2014 met 7.097 inzetten gedaald ten opzichte van 2013. Sinds 2010 is het aantal B-inzetten met gemiddeld 2% per jaar afgenomen

■ kaart 3.2.4: aantal B-inzetten per regio per 1.000 inwoners in 2014



verhouding spoedeisende en planbare ambulancezorg

De verhouding spoedeisende en planbare ambulance is de laatste jaren geleidelijk aan het verschuiven. Enkele jaren geleden bedroeg de spoedeisende ambulancezorg nog zo'n tweederde van het totaal, inmiddels is dit verschoven naar 73% in 2014.

In 2014 varieerde de verhouding tussen spoedeisende en planbare ambulancezorg per regio van 66 tot 81% spoedeisend en van 19 tot 34% planbare ambulancezorg. Dit regionale verschil heeft onder andere te maken met het aantal grote gespecialiseerde ziekenhuizen in een regio.

■ grafiek 3.2.1: spoedeisende ten opzichte van planbare ambulancezorg per regio in 2014



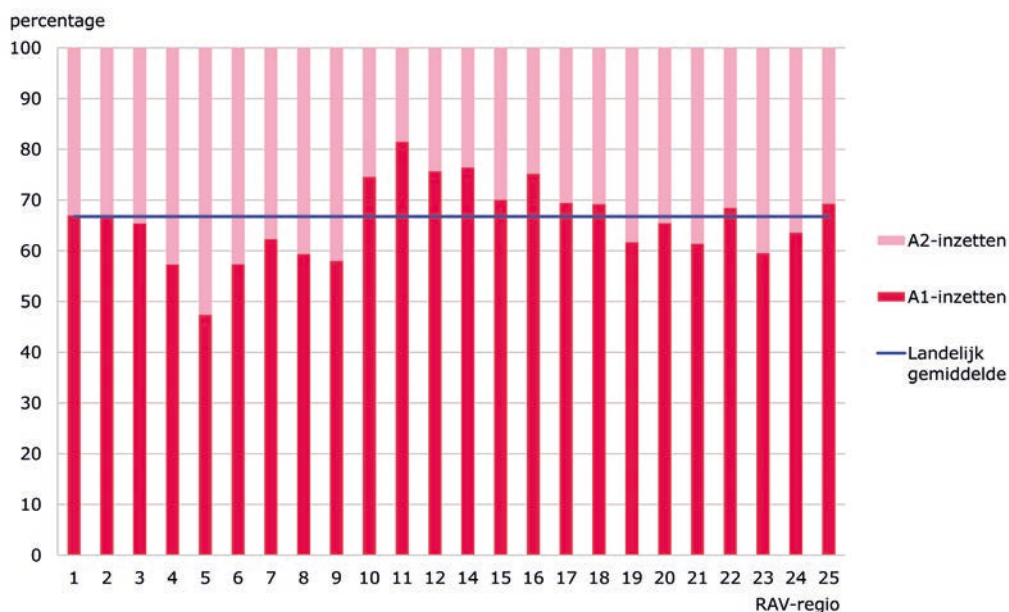
- In bijlage 1 zijn in tabel 3.2.3 de regionale verhoudingen tussen spoedeisende en planbare ambulancezorg weergegeven.

verhouding A1- en A2-inzetten

Het aantal A1-inzetten bedraagt al jaren ongeveer tweederde van het totaal aantal spoedeisende inzetten: in 2014 had 67% een A1-urgentie en 33% een A2-urgentie.

In 2014 varieerde het percentage A1-inzetten van 47 tot 81% en daarmee het percentage A2-inzetten van 19 tot 53%.

■ grafiek 3.2.2: A1-inzetten ten opzichte van A2-inzetten per regio in 2014



► In bijlage 1 zijn in tabel 3.2.4 de regionale verhoudingen tussen A1- en A2-inzetten weergegeven.

3.3 Patiënt vervoerd door de ambulance?

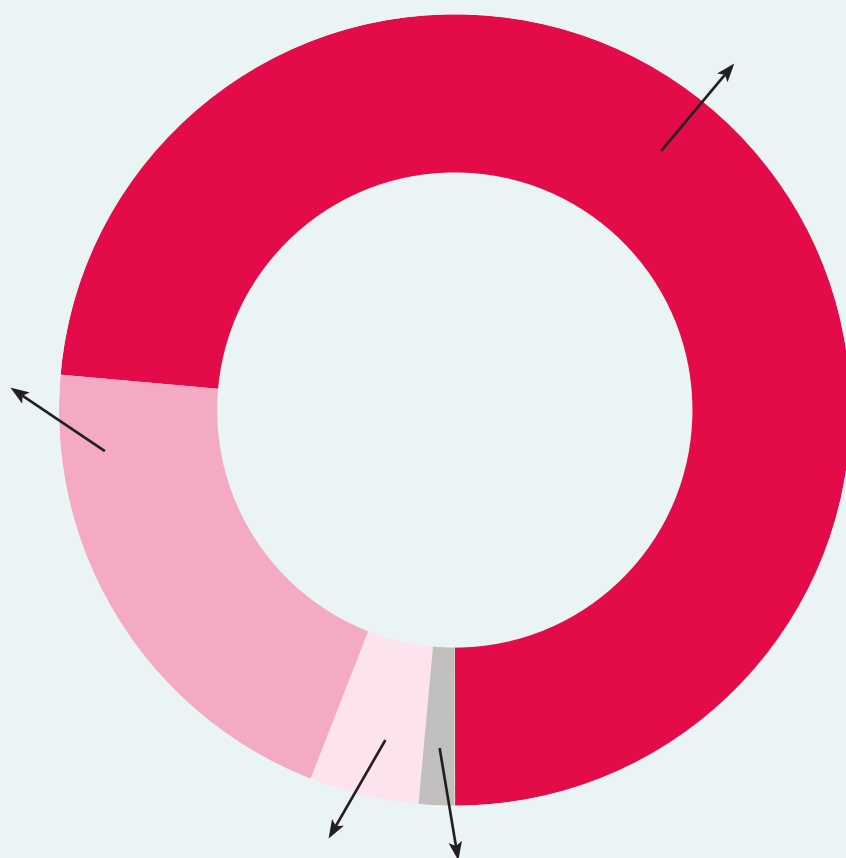
2014

20% EHGZ-inzetten

- een inzet waarbij ter plaatse na onderzoek en/of behandeling van de patiënt blijkt dat vervoer niet noodzakelijk is, er is wel altijd sprake van zorgverlening (► zie ook bijlage 4)
- 243.530 EHGZ-inzetten in 2014

74% declarabele inzetten

- een ambulancierit waarbij daadwerkelijk vervoer van een patiënt plaatsvindt (er zijn verschillende soorten declarabele ritten ► zie ook bijlage 4)
- 874.944 declarabele inzetten in 2014



4% loze inzetten

- een inzet die wordt uitgevoerd met de intentie tot hulpverlening en/of vervoer, maar waarbij ter plaatse blijkt dat de noodzaak tot geen van beide (nog) aanwezig is (► zie ook bijlage 4)
- 53.311 loze inzetten in 2014

1% afgebroken inzetten

- een inzet die wordt uitgevoerd met de intentie tot hulpverlening en/of vervoer, maar die tijdens het aanrijden en vóór de ambulance de bestemming bereikt, wordt afgebroken (► zie ook bijlage 4)
- 18.535 afgebroken inzetten in 2014

door de jaren heen

In Nederland hebben in 2014 1.190.230 ambulance-inzetten plaatsgevonden: 874.944 declarabele inzetten, 243.530 EHVG-inzetten, 53.311 loze inzetten en 18.535 afgebroken inzetten. Het aantal inzetten is met 4% gestegen ten opzichte van 2013.

	2014	2013	2012	2011	2010
declarabele inzetten	874.944	853.330	829.271	826.193	823.333
EHVG-inzetten	243.530	226.016	219.464	209.782	193.178
loze inzetten	53.311	65.434	51.684	48.451	44.757
afgebroken inzetten	18.535				
alle inzetten	1.190.320	1.144.780	1.100.419	1.084.426	1.061.268

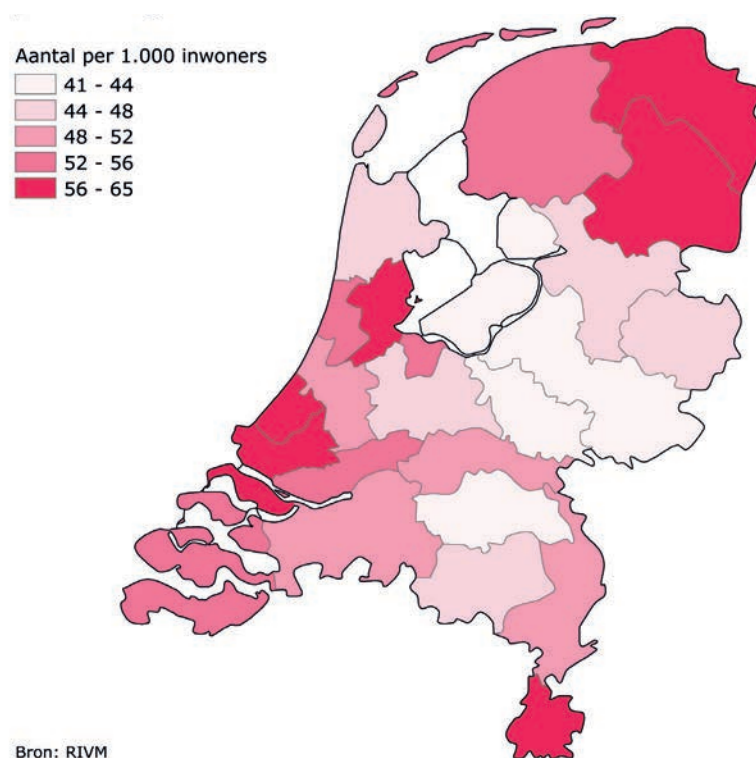
Sinds 2010 is het volume ambulancezorg gegroeid met 12%, dat is gemiddeld 3% per jaar. De absolute groei sinds 2010 bedraagt 129.052 inzetten.

► In bijlage 1 zijn in de tabellen 3.3.1 en 3.3.2 de regionale aantallen opgenomen.

declarabele inzetten

In 2014 waren in Nederland 874.944 declarabele inzetten. Dit is 74% van het totaal aantal ambulance-inzetten in 2013. Het aantal declarabele inzetten is in 2014 met 21.614 inzetten gestegen ten opzichte van 2013. Sinds 2010 is het aantal declarabele inzetten met gemiddeld 1,6% per jaar toegenomen.

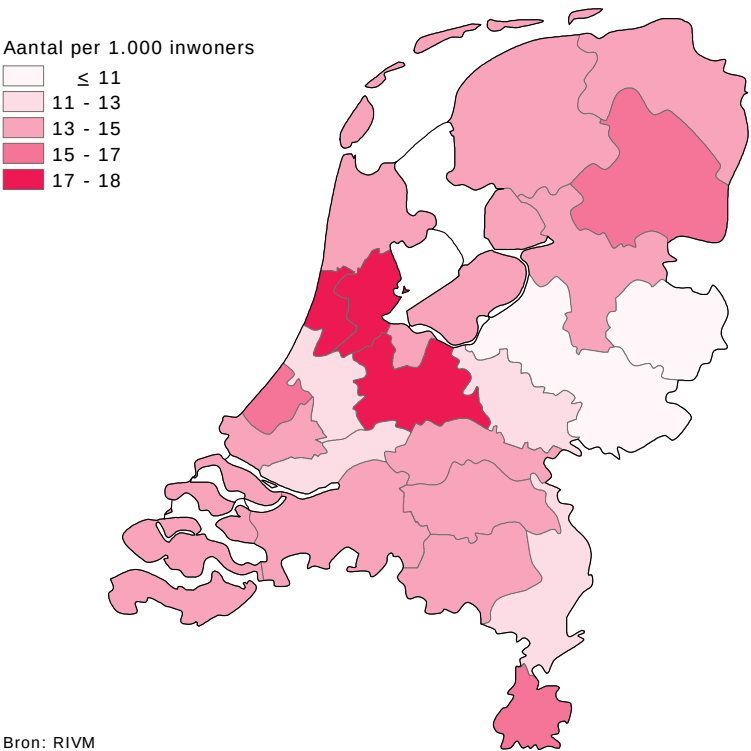
■ kaart 3.3.1: aantal declarabele inzetten per regio per 1.000 inwoners in 2014



EHGV-inzetten

In 2014 waren in Nederland 243.530 EHGV-inzetten. Dit is 21% van het totaal aantal ambulance-inzetten in 2013. Het aantal EHGV-inzetten is in 2014 met 17.514 inzetten gestegen ten opzichte van 2013. Sinds 2010 is het aantal EHGV-inzetten met gemiddeld 6,5% per jaar toegenomen.

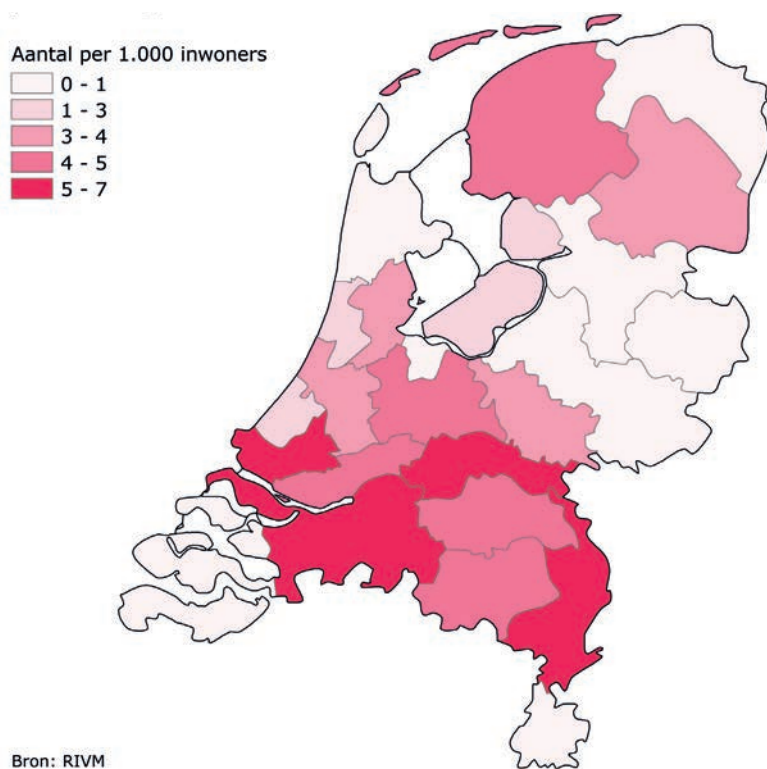
■ kaart 3.3.2: aantal EHGV-inzetten per regio per 1.000 inwoners in 2014



loze inzetten

In 2014 waren in Nederland 53.311 loze inzetten. Dit is 4% van het totaal aantal ambulance-inzetten in 2013. Het aantal loze inzetten is in 2014 met 12.123 inzetten gedaald ten opzichte van 2013. Sinds 2010 is het aantal loze inzetten met gemiddeld 4,8% per jaar toegenomen.

■ kaart 3.3.3: aantal loze inzetten per regio per 1.000 inwoners in 2014



afgebroken inzetten

In 2014 waren in Nederland 18,535 afgebroken inzetten. Dit is 2% van het totaal aantal ambulance-inzetten in 2013. Het aantal afgebroken inzetten wordt sinds 2014 in dit rapport weergegeven.

3.4 Ambulancezorg en dag(deel)

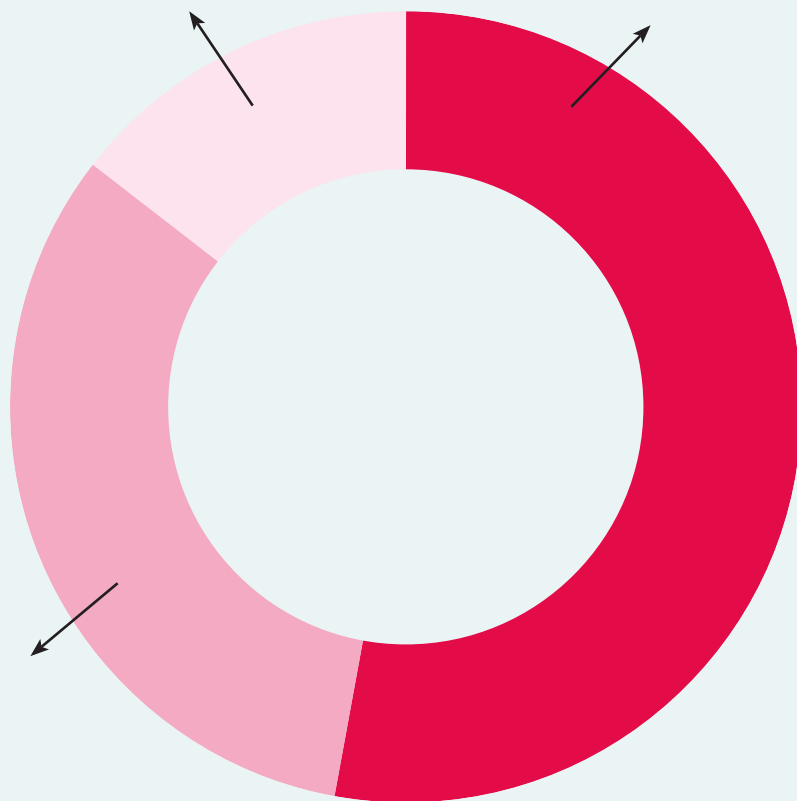
Dagdelen

14% nacht

- in 2014 vond 14,5% van de inzetten gedurende de nacht plaats

53% dag

- in 2014 vond 52,9% van de inzetten overdag plaats



33% avond

- in 2014 vond 32,6% van de inzetten in de avonduren plaats

een gemiddelde dag

Op een gemiddelde dag in 2014 werden 3.258 inzetten uitgevoerd, in een gemiddelde regio waren dit 136 inzetten:

- 1.587 A1-inzetten (66 A1-inzetten in een gemiddelde regio)
- 790 A2-inzetten (33 A2-inzetten in een gemiddelde regio)
- 880 B-inzetten (37 B-inzetten in een gemiddelde regio)

Op een gemiddeld dag waren er 20 inzetten per 100.000 inwoners, waarvan 15 spoedeisende inzetten (A1 en A2) per 100.000 inwoners.

Koningsdag 2014 (zaterdag 26 april) en Nieuwjaarsdag (woensdag 1 januari) waren de dagen waarop in 2014 de meeste ambulance-inzetten hebben plaatsgevonden. De rustigste dagen vinden plaats in de weken vanaf eind juli tot en met augustus.



Koningsdag
zaterdag 26 april



Nieuwjaarsdag
woensdag 1 januari



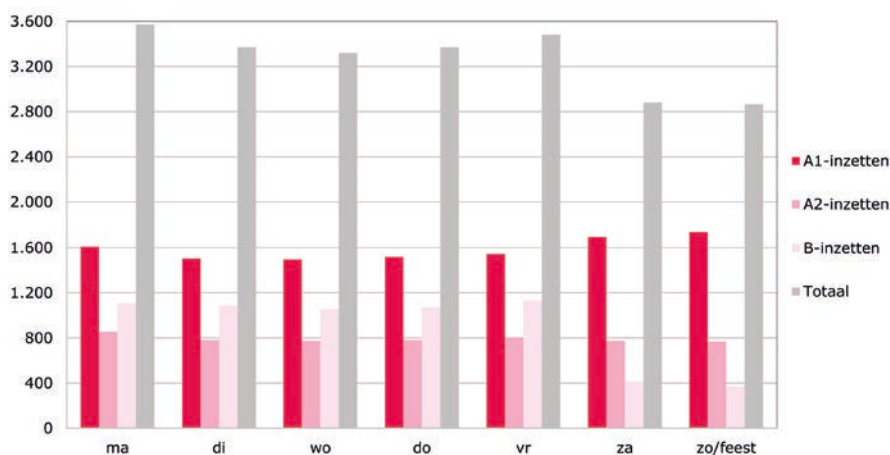
Een gewone dinsdag
dinsdag 9 december



ambulancezorg en dagen van de week

Gemiddeld vinden iedere dag dus meer dan 3.200 inzetten plaats. Gedurende de werkdagen ligt het aantal boven het gemiddelde en tijdens het weekend onder het gemiddelde. Met name de B-inzetten, maar ook de A2-inzetten laten tijdens het weekend een daling zien. Op zaterdag en zondag vinden echter meer A-inzetten plaats dan op werkdagen.

■ grafiek 3.4.1: verdeling inzetten per urgentie en totaal per dag van de week in 2014



A1-inzetten

Tot en met 2010 waren er enkele piektijdstippen waarop de meeste A1-inzetten op een dag plaatsvonden. Sinds 2011 is dit eigenlijk niet meer het geval. Het was in 2014 vanaf ongeveer 9.00 uur tot 19.00 uur structureel druk met A1-inzetten. De rustigste uren waren van 3.00 tot 7.00 uur 's nachts.

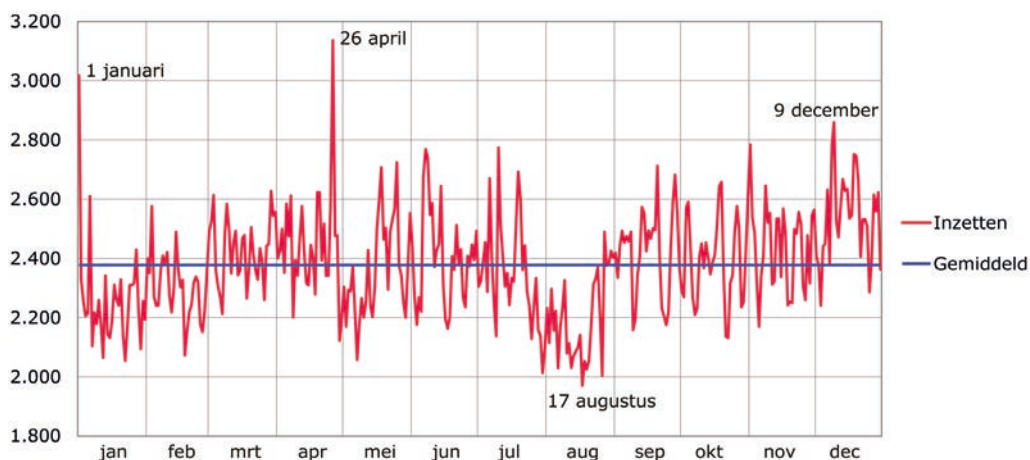
In 2014 was 42,3% van de inzetten overdag, 37,8% van de inzetten in de avonduren en 19,9% van de inzetten 's nachts.

A2-inzetten

Het aantal A2-inzetten liet in 2014 een 'piek' zien tussen 11.00 en 14.00 uur.

In 2014 was 51,2% van de inzetten overdag, 35,0% van de inzetten in de avonduren en 13,8% van de inzetten 's nachts.

■ grafiek 3.4.2: aantal A1- en A2-inzetten per dag in 2014



B-inzetten

B-inzetten vinden vooral tijdens werkdagen plaats, het aantal B-inzetten tijdens het weekend is ruim de helft minder.

Voor de B-inzetten zijn twee pieken zichtbaar:

- op werkdagen rond tien uur in de ochtend
- op werkdagen rond één uur 's middags

In 2014 was 73,4% van de inzetten overdag, 21,2% van de inzetten in de avonduren en 5,3% van de inzetten 's nacht (dit zijn vooral inzetten tijdens de vroege ochtenduren).

3.5 Ambulancezorg en aard van het gebied

De meeste inzetten vinden plaats binnen stedelijk gebied of richting stedelijk gebied.

30% matig stedelijk gebied

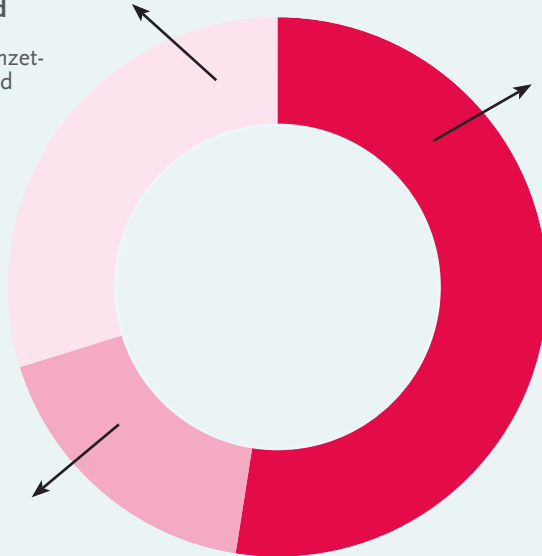
- in 2014 vond 30% van de inzetten in matig stedelijk gebied plaats:
 - 33% van de A1-inzetten,
 - 35% van de A2-inzetten en
 - 20% van de B-inzetten

52% stedelijk gebied

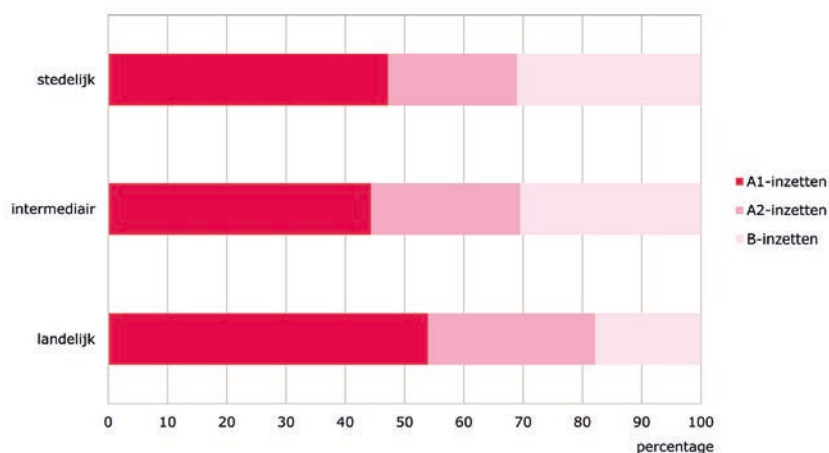
- de meeste inzetten (52%) zijn in 2014 uitgevoerd in stedelijk gebied:
 - 51% van de A1-inzetten,
 - 47% van de A2-inzetten en
 - 60% van de B-inzetten

18% perifeer gebied

- in 2014 vond 18% van de inzetten in perifeer gebied plaats:
 - 16% van de A1-inzetten,
 - 18% van de A2-inzetten en
 - 20% van de B-inzetten



■ grafiek 3.5.1: inzetten naar de aard van het gebied in 2014



3.6 Spoedeisende ambulancezorg voor andere regio's

In Nederland zijn RAV's verantwoordelijk voor de ambulancezorg die in de eigen RAV-regio wordt uitgevoerd. Dit betekent echter niet dat de RAV ook iedere inzet uitvoert die in de eigen regio plaatsvindt. Om verschillende redenen kan het beter zijn dat een inzet door een ambulance van een andere regio wordt uitgevoerd, bijvoorbeeld omdat deze ambulance sneller ter plaatse kan zijn. Binnen de sector zijn hierover afspraken gemaakt. Het centrale uitgangspunt is dat de beschikbare ambulancecapaciteit zo efficiënt mogelijk wordt ingezet.

In het voorgaande zijn de aantallen inzetten weergegeven conform de (wettelijke) verantwoordelijkheid van de RAV's, dus de inzetten die in de betreffende regio zijn uitgevoerd (al dan niet door een andere RAV). In 2014 hebben RAV's 17.110 spoedeisende inzetten voor elkaar uitgevoerd. Dit is 1,4% van het totaal aantal inzetten in 2014. 73% van deze 17.110 inzetten waren A1-inzetten, 27% had een A2-urgentie. Het zijn met name inzetten voor en door aangrenzende regio's.

► In bijlage 1 zijn in tabel 3.6.1 de regionale aantallen opgenomen.

3.7 Aanvullend op spoedeisende ambulancezorg: rapid responder

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

De rapid responder is een zorgprofessional en functioneel verbonden aan de RAV.

22 regio's in Nederland werken structureel met rapid responders. De wijze waarop de functie wordt ingevuld verschilt per regio. Deze verschillen hebben met name betrekking op het voertuig waarmee de rapid responder zich vervoert, niet met de wijze waarop de rapid responder de functie beroepsinhoudelijk invult.

In 2014 hebben de 22 RAV's 53.749 keer een rapid responder ingezet.

	aantal inzetten	door aantal regio's
2014	53.749	22
2013	56.190	22
2012	53.946	22
2011	53.397	22
2010	41.022	21

3.8 Aanvullend op spoedeisende ambulancezorg: MICU

In 2014 beschikten de volgende RAV's (verbonden aan het universitair centrum) over een MICU: Groningen en IJsselland (Groningen), Gelderland Zuid (Nijmegen), Utrecht (Utrecht), Amsterdam (Amsterdam), Rotterdam-Rijnmond (Rotterdam) en Zuid-Limburg (Maastricht).

In 2014 zijn er 1.504 MICU-ritten uitgevoerd. Het aantal uitgevoerde MICU-inzetten fluctueert ieder jaar, zonder dat hiervoor een eenduidige verklaring bekend is.

	2014	2013	2012	2011	2010
Groningen	104	124	150	141	126
IJsselland	104	152	111	125	109
Gelderland-Zuid	229	278	275	266	271
Utrecht	147	92	125	140	25
Amsterdam	242	326	313	405	366
Rotterdam-Rijnmond	535	551	150	151	537
Zuid-Limburg	143	174	149??	154	155
totaal	1.504	1.697	1.243	1.382	1.707

4 Prestatie

4.1 Algemeen: responstijden en normen

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

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

De responstijd is opgebouwd uit een drietal verschillende tijdsblokken.

responstijd		
tijdsduur aanname en uitgifte	uitruktijd	aanrijtijd

Aan de responstijd van A1-inzetten zijn, onder normale omstandigheden, normen verbonden. Meer over de aard en inhoud van deze normen in ► *bijlage 3*. De definities en omschrijvingen van de verschillende tijdsblokken zijn opgenomen in ► *bijlage 4*.

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

4.2 Resultaten A1

In acute, spoedeisende situaties, moet men zo spoedig mogelijk ter plaatse zorg kunnen verlenen. De ambulance moet daarom, onder normale omstandigheden, binnen maximaal vijftien minuten na het begin van de melding bij de patiënt arriveren. Deze vijftien minuten hebben betrekking tot de responstijd.

2014 en de voorgaande jaren

In 2014 is in gemiddeld 93,4% van de A1-inzetten de ambulance binnen 15 minuten na het begin van de melding bij de patiënt gearriveerd. Gemiddeld duurde dit 9:29 minuten (gemiddelde responstijd).

De responstijd en de onderliggende tijdsblokken zijn ieder jaar anders, maar blijven veelal rond hetzelfde gemiddelde schommelen.

■ tabel 4.2.1: ontwikkeling responstijden A1-inzetten door de jaren heen (2010-2014)

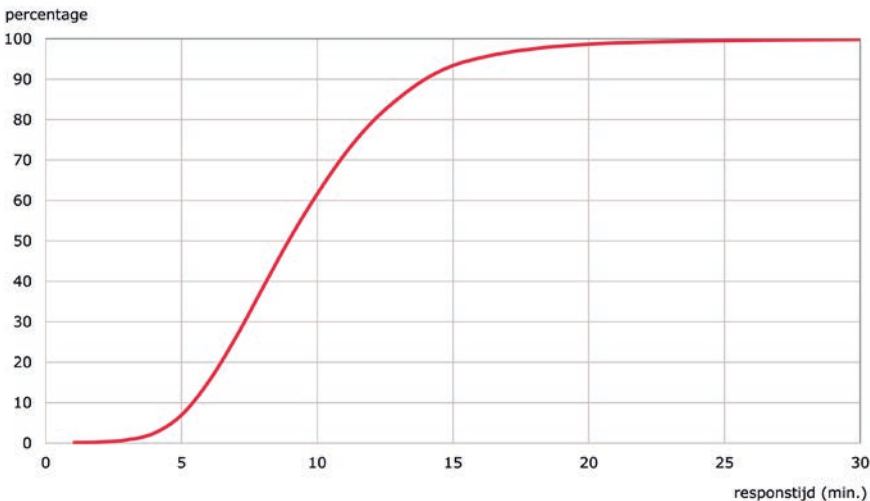
	2014	2013	2012	2011	2010
tijdsduur aanname en uitgifte	1:48 min	1:58 min.	1:58 min.	1:52 min.	1:51 min.
uitruktijd	0:56 min	0:58 min.	1:01 min.	1:02 min.	1:02 min.
aanrijtijd	6:41 min	6:39 min.	6:39 min.	6:36 min.	6:45 min.
responstijd	9:29 min	9:39 min.	9:40 min.	9:32 min.	9:40 min.
inzetten binnen 15 minuten bij de patiënt	93,4%	92,6 %	92,9 %	93,3 %	92,3 %

responstijd A1-inzetten

De landelijk gemiddelde responstijd van A1-inzetten bedroeg in 2014 9:29 minuten en was daarmee 10 seconden korter dan 9:39 minuten in 2013.

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

■ grafiek 4.2.1: landelijke curve gemiddelde responstijd A1-inzetten 2014



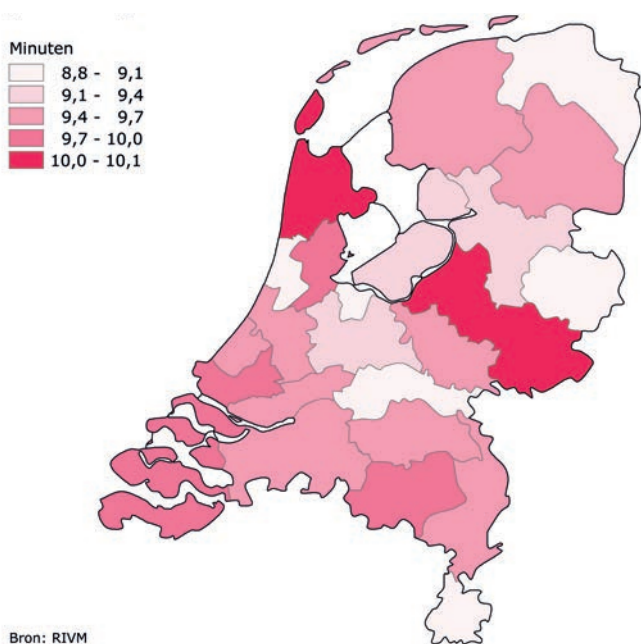
Door de jaren heen is de volgende variatie zichtbaar in de landelijk gemiddelde responstijd van A1-inzetten (2010-2014):

- de kortste landelijk gemiddelde responstijd was 9:29 minuten in 2014
- de langste landelijk gemiddelde responstijd was 9:40 minuten in 2010 en 2014

De gemiddelde responstijd varieert per regio (voor de regionale cijfers, ► zie tabel 4.2.1 in bijlage 1):

- in 2014 kwam onder de regionaal gemiddelden een responstijd tussen 9 en 9:30 minuten het meest voor
- in 2014 was de helft van de regionaal gemiddelde responstijden 9:27 minuten of langer

■ kaart 4.2.1: gemiddelde responstijd A1-inzetten per regio in 2014

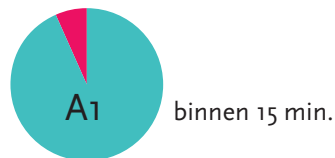


A1-inzetten en vijftien minuten

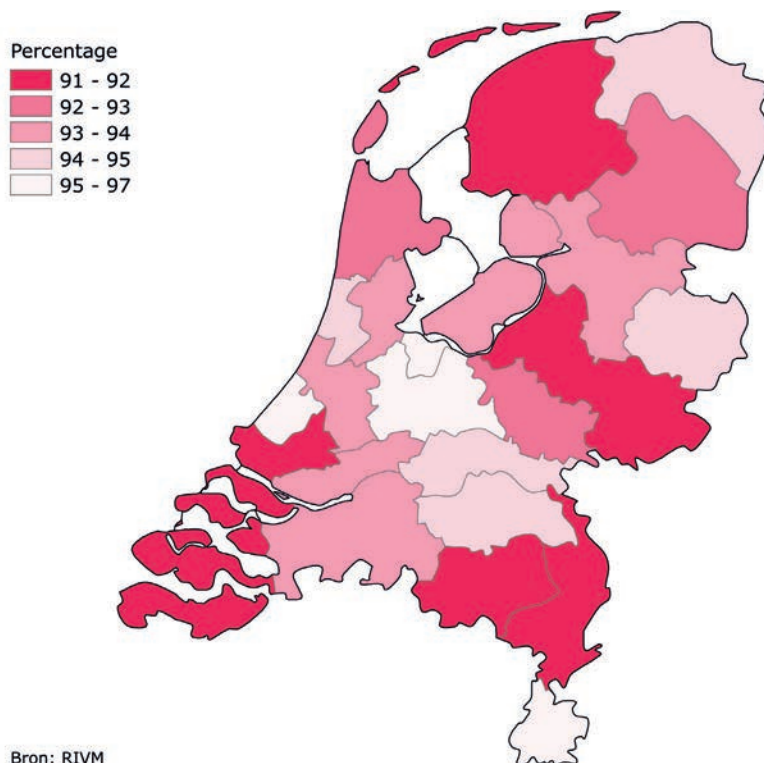
De landelijk middelde responstijd van 9:29 minuten in 2014 ligt ruim onder de vijftienminutennorm.

Van alle A1-inzetten die in 2014 werden uitgevoerd, was de ambulance in 93,4% binnen vijftien minuten na het begin van de melding bij de patiënt aanwezig. Dit is verbetering ten opzichte van 2013, toen het percentage 92,6% was.

► In tabel 4.2.2 in bijlage 1 zijn de regionale percentages opgenomen.



■ kaart 4.2.2: A1-inzetten binnen 15 minuten bij de patiënt per regio in 2014



Over het algemeen blijken overschrijdingen van de 15 minuten zich tot hooguit enkele minuten te beperken, al zijn er uiteraard altijd uitzonderingen.

93,4% van de A1-inzetten was in 2014 binnen vijftien minuten aanwezig.

95% van de A1-inzetten was in 2014 binnen 16 minuten aanwezig

► Het bijpassende regionale beeld wordt weergegeven in 4.2.3 tabel in bijlage 1.

aanname en uitgifte A1-inzetten

De landelijk gemiddelde tijdsduur aanname en uitgifte van A1-inzetten bedroeg in 2014 1:48 minuten en was 10 seconden korter ten opzichte van 1:58 minuten in 2013.

Door de jaren heen is de volgende variatie zichtbaar in de landelijk gemiddelde tijdsduur aanname en uitgifte van A1-inzetten (2010-2014):

- de kortste landelijk gemiddelde tijdsduur aanname en uitgifte was 1:48 minuten in 2014
- de langste landelijk gemiddelde tijdsduur aanname en uitgifte was 1:58 minuten in 2012 en 2013

De gemiddelde tijdsduur aanname en uitgifte varieert per regio (► voor de regionale cijfers, zie tabel 4.2.4 in bijlage 1):

- in 2014 kwam onder de regionaal gemiddelden een tijdsduur aanname en uitgifte tussen 1:30 en 1:40 het meest voor
- in 2014 was de helft van de regionaal gemiddelde tijdsduren aanname en uitgifte 1:38 minuten of langer

uitruktijd A1-inzetten

De landelijk gemiddelde uitruktijd van A1-inzetten bedroeg in 2014 0:56 minuten en was 5 seconden korter ten opzichte van 1:01 minuten in 2013.

Door de jaren heen is de volgende variatie zichtbaar in de landelijk gemiddelde uitruktijd van A1-inzetten (2010-2014):

- de kortste landelijk gemiddelde uitruktijd was 0:56 minuten in 2014
- de langste landelijk gemiddelde uitruktijd was 1:02 minuten in 2010 en 2011

De gemiddelde uitruktijd varieert per regio (► voor de regionale cijfers, zie tabel 4.2.5 in bijlage 1):

- in 2014 kwam onder de regionaal gemiddelden een uitruktijd van 0:50 tot 1:00 minuut het meest voor
- in 2014 was de helft van de regionaal gemiddelde uitruktijden 0:55 minuten of langer

aanrijtijd A1-inzetten

De landelijk gemiddelde aanrijtijd van A1-inzetten bedroeg in 2014 6:41 minuten en was 2 seconden korter dan 6:39 minuten in 2013.

Door de jaren heen is de volgende variatie zichtbaar in de landelijk gemiddelde aanrijtijd van A1-inzetten (2010-2014):

- de kortste landelijk gemiddelde aanrijtijd was 6:36 minuten in 2011
- de langste landelijk gemiddelde aanrijtijd was 6:45 minuten in 2010

De gemiddelde aanrijtijd varieert per regio (► voor de regionale cijfers, zie tabel 4.2.6 in bijlage 1):

- in 2014 kwam onder de regionaal gemiddelden een aanrijtijd tussen 6:20 en 6:30 minuten het meest voor
- in 2014 was de helft van de regionaal gemiddelde aanrijtijden 6:40 minuten of langer

responstijd A1-inzetten en de aard van het gebied

In 2014 is 51% van de A1-inzetten in stedelijk gebied uitgevoerd, 16% vond plaats in matig stedelijk gebied en 33% was in het perifeer gebied. De aard van het gebied is van invloed op de responstijden, de verschillen zijn zichtbaar in de onderstaande tabel:

■ tabel 4.2.2: responstijden A1-inzetten en de aard van het gebied in 2014

	stedelijk gebied	matig stedelijk gebied	plattelands-gebied	totaal
10 minuten	71%	62%	48%	62%
12 minuten	85%	80%	69%	79%
14 minuten	93%	91%	85%	90%
15 minuten	95%	94%	90%	93%
16 minuten	97%	96%	93%	95%
18 minuten	98%	98%	96%	98%
20 minuten	99%	99%	98%	99%

4.3 Resultaten A2

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

2014 en de voorgaande jaren

In 2014 is in gemiddeld 96,7% van de A2-inzetten de ambulance binnen 30 minuten na het begin van de melding bij de patiënt gearriveerd. Gemiddeld duurde dit 14:56 minuten (gemiddelde responstijd).

De responstijd en de onderliggende tijdsblokken zijn ieder jaar anders, maar blijven veelal rond hetzelfde gemiddelde schommelen.

■ tabel 4.3.1: ontwikkeling responstijden A2-inzetten door de jaren heen (2010-2014)

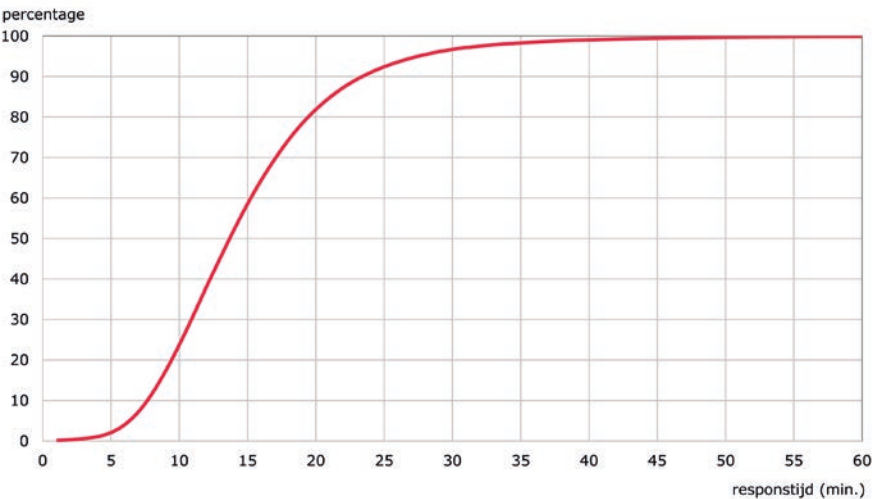
	2014	2013	2012	2011	2010
tijdsduur aanname en uitgifte	2:53 min	3:10 min.	3:11 min.	3:14 min.	3:25 min.
uitrijktijd	1:10 min	1:15 min.	1:17 min.	1:19 min.	1:20 min.
aanrijtijd	10:37 min	10:39 min.	10:32 min.	10:37 min.	10:51 min.
responstijd	14:56 min	15:26 min.	15:15 min.	15:25 min.	15:51 min.
inzetten binnen 15 minuten bij de patiënt	96,7%	96,1 %	96,3 %	96,0 %	95,5 %

responstijd A2-inzetten

De landelijk gemiddelde responstijd van A2-inzetten bedroeg in 2014 14:56 minuten en was daarmee een halve minuut korter dan 15:26 minuten in 2014.

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

■ grafiek 4.3.1: landelijke curve gemiddelde responstijd A2-inzetten 2014



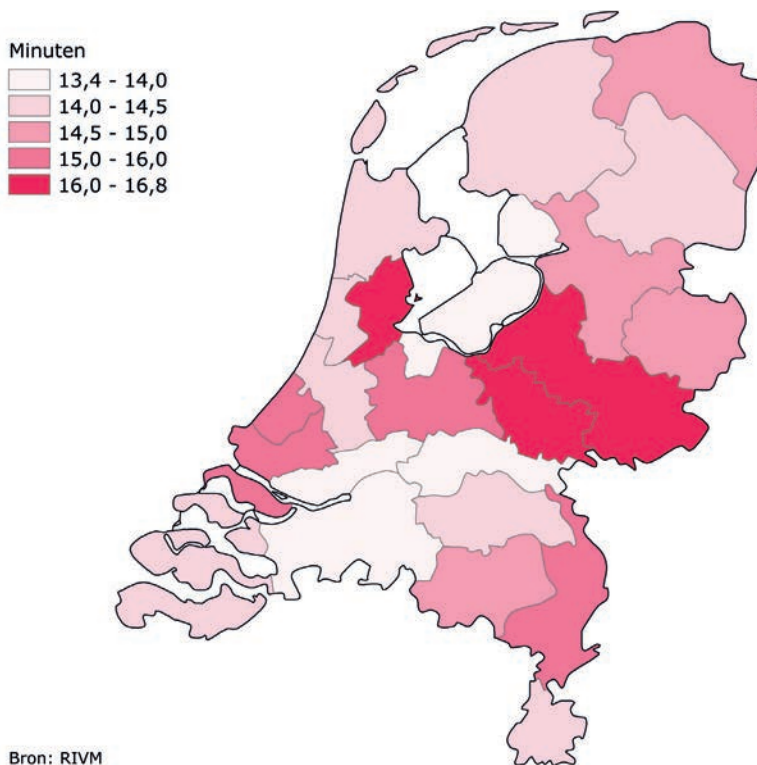
Door de jaren heen is de volgende variatie zichtbaar in de landelijk gemiddelde responstijd van A2-inzetten (2010-2014):

- de kortste landelijk gemiddelde responstijd was 14:56 minuten in 2014
- de langste landelijk gemiddelde responstijd was 15:51 minuten in 2010

De gemiddelde responstijd varieert per regio (► voor de regionale cijfers, zie tabel 4.3.1 in bijlage 1):

- in 2014 kwam onder de regionaal gemiddelden een responstijd tussen 14:00 en 14:30 minuten het meest voor
- in 2014 was de helft van de regionaal gemiddelde responstijden 14:26 minuten of langer

■ kaart 4.3.1: gemiddelde responstijd A2-inzetten per regio in 2014



A2-inzetten en dertig minuten

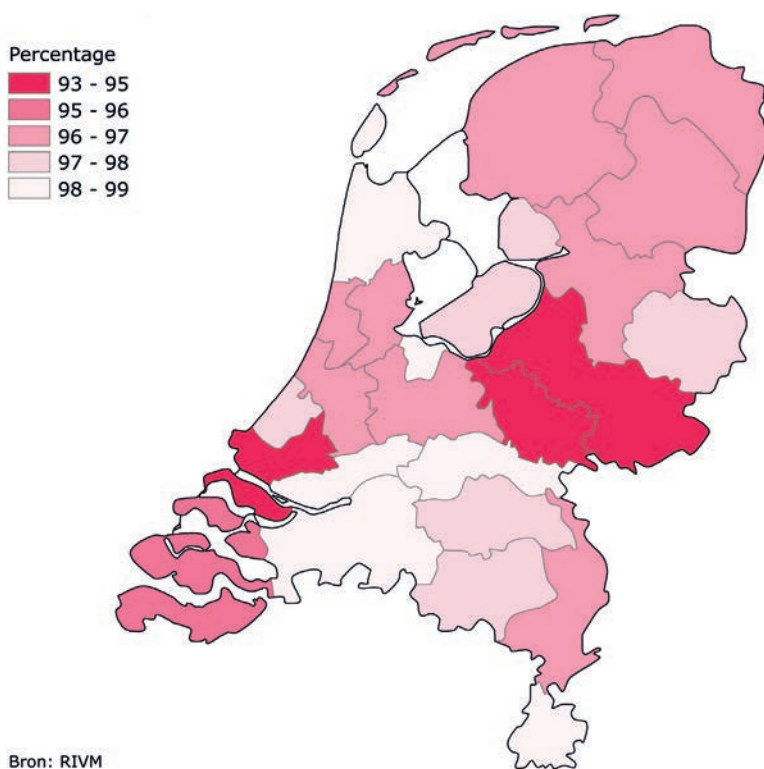
De landelijk gemiddelde responstijd van 14:56 minuten in 2014 ligt ruim onder de veldnorm van dertig minuten voor A2-inzetten.



Van alle A2-inzetten die in 2014 werden uitgevoerd, was de ambulance in 96,7% binnen dertig minuten na het begin van de melding bij de patiënt aanwezig. Dit is een verbetering ten opzichte van 2013, toen het percentage 96,1% was.

► In tabel 4.3.2 in bijlage 1 zijn de regionale percentages opgenomen.

■ kaart 4.3.2: A2-inzetten binnen 30 minuten bij de patiënt per regio in 2014



Over het algemeen blijken overschrijdingen van de 30 minuten zich tot hooguit enkele minuten te beperken, al zijn er uiteraard altijd uitzonderingen.

96,7% van de A2-inzetten was in 2014 binnen 30 minuten aanwezig

95% van de A2-inzetten was in 2014 binnen 28 minuten aanwezig

► Het bijpassende regionale beeld wordt weergegeven in 4.3.3 tabel in bijlage 1.

aanname en uitgifte A2-inzetten

De landelijk gemiddelde tijdsduur aanname en uitgifte van A2-inzetten bedroeg in 2014 2:53 minuten en was korter dan 3:10 minuten in 2013.

Door de jaren heen is de volgende variatie zichtbaar in de landelijk gemiddelde tijdsduur aanname en uitgifte van A2-inzetten (2010-2014):

- de kortste landelijk gemiddelde tijdsduur aanname en uitgifte was 2:53 minuten in 2014
- de langste landelijk gemiddelde tijdsduur aanname en uitgifte was 3:25 minuten in 2010

De gemiddelde tijdsduur aanname en uitgifte varieert per regio (► voor de regionale cijfers, zie tabel 4.3.4 in bijlage 1):

- in 2014 kwam onder de regionaal gemiddelden een tijdsduur aanname en uitgifte tussen 2:50 en 3:10 het meest voor
- in 2014 was de helft van de regionaal gemiddelde tijdsduren aanname en uitgifte 2:52 minuten of langer

uitruktijd A2-inzetten

De landelijk gemiddelde uitruktijd van A2-inzetten bedroeg in 2014 1:10 minuten en was 5 seconden korter dan 1:15 minuten in 2013.

Door de jaren heen is de volgende variatie zichtbaar in de landelijk gemiddelde uitruktijd van A2-inzetten (2010-2014):

- de kortste landelijk gemiddelde uitruktijd was 1:10 minuten in 2014
- de langste landelijk gemiddelde uitruktijd was 1:20 minuten in 2010

De gemiddelde uitruktijd varieert per regio (► voor de regionale cijfers, zie tabel 4.3.5 in bijlage 1):

- in 2014 kwam onder de regionaal gemiddelden een uitruktijd van 1:00 tot 1:10 minuut het meest voor
- in 2014 was de helft van de regionaal gemiddelde uitruktijden 1:08 minuten of langer

aanrijtijd A2-inzetten

De landelijk gemiddelde aanrijtijd van A2-inzetten bedroeg in 2014 10:37 minuten en was enigszins korter dan 10:39 minuten in 2013.

Door de jaren heen is de volgende variatie zichtbaar in de landelijk gemiddelde aanrijtijd van A2-inzetten (2010-2014):

- de kortste landelijk gemiddelde aanrijtijd was 10:32 minuten in 2012
- de langste landelijk gemiddelde aanrijtijd was 10:51 minuten in 2010

De gemiddelde aanrijtijd varieert per regio (► voor de regionale cijfers, zie tabel 4.3.6 in bijlage 1):

- in 2014 kwam onder de regionaal gemiddelden een aanrijtijd tussen 10:10 en 10:20 minuten het meest voor
- in 2014 was de helft van de regionaal gemiddelde aanrijtijden 10:30 minuten of langer

responstijd A2-inzetten en de aard van het gebied

In 2014 is 51% van de A1-inzetten in stedelijk gebied uitgevoerd, 16% vond plaats in matig stedelijk gebied en 33% was in het perifeer gebied. De aard van het gebied is van invloed op de responstijden, de verschillen zijn zichtbaar in de onderstaande tabel:

■ tabel 4.3.2: responstijden A1-inzetten en de aard van het gebied in 2014

	stedelijk gebied	matig stedelijk gebied	plattelands-gebied	totaal
20 minuten	85%	83%	78%	82%
25 minuten	93%	93%	91%	92%
29 minuten	97%	96%	95%	96%
30 minuten	97%	97%	96%	97%
31 minuten	98%	97%	97%	97%
35 minuten	99%	98%	98%	98%
40 minuten	99%	99%	99%	99%

5 Ambulancezorg medisch-inhoudelijk

Sinds 2008 registreert de ambulancesector op landelijk niveau een beperkt aantal medische gegevens om hiermee transparant en eenduidig inzicht te geven in de medisch-inhoudelijke processen binnen de ambulancezorg. De registratie is vooralsnog beperkt tot aantallen (hoeveel patiënten, hoeveel handelingen). Prestatie-indicatoren, die inzicht kunnen bieden in de resultaten van de geboden ambulancezorg, zijn in ontwikkeling en kunnen naar verwachting vanaf 2017 in Ambulances in-zicht opgenomen worden.

5.1 Patiënten

Van 21 RAV's zijn, al dan niet gedeeltelijk, gegevens over 2014 ontvangen.

Al deze 21 regio's hebben in 2014 het geslacht van de behandelde patiënten geregistreerd:

- 49% was man (50% in 2013)
- 51% was vrouw (50% in 2013)

In 2014 hebben de 21 regio's ook de leeftijd van de patiënten geregistreerd. Er worden vijf leeftijdscategorieën onderscheiden. Dit onderscheid is relevant, aangezien per groep de benodigde zorg verschilt. Voor de behandeling en zorg aan kinderen zijn aparte protocollen ontwikkeld en vooral in de traumatologie zijn er voor ouderen accentverschillen in de te bieden zorg.

■ tabel 5.1: leeftijd patiënten ambulancezorg 2010-2014

		2014	2013	2012	2011	2010
pasgeboren of	t/m 30 dagen					
zuigeling	1 maand tot 1 jaar	1%	1%	1%	1%	2%
kind	1 jaar tot 16 jaar	4%	4%	4%	4%	4%
volwassene	16 t/m 74 jaar	61%	60%	59%	60%	58%
oudere	75 jaar en ouder	34%	35%	36%	35%	36%

5.2 Werkdiagnose

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

Van 15 regio's is informatie ontvangen over de door de ambulance-eenheid geconstateerde werkdiagnose. Meest voorkomend zijn:

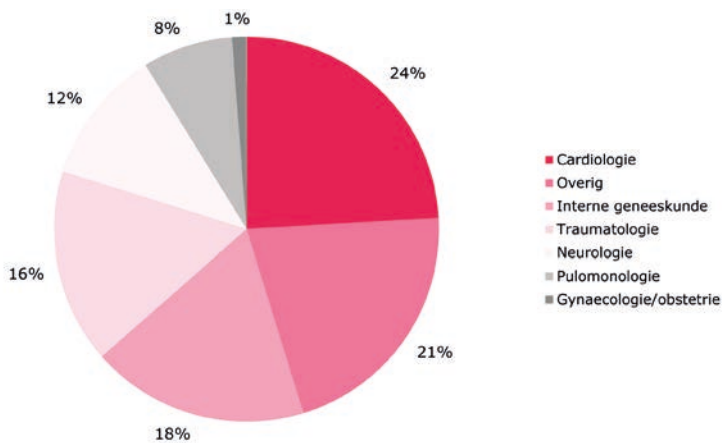
- 24% de cardiologische ziektebeelden (15% in 2013)
- 18% ziektebeelden passend bij interne geneeskunde (13% in 2013)
- 16% traumatologie / heelkunde (9% in 2013)

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

- 11% neurologie (7% in 2013)
- 8% pulmonologie (5% in 2013)
- 1% gynaecologie / obstetrie (1% in 2013)

(► voor een nadere toelichting: zie bijlage 5).

■ grafiek 5.2.1: werkdiagnoses ambulance-eenheid, ondergebracht binnen specialismen in 2015



Uit bovenstaande grafiek blijkt dat in 21% van de gevallen (50% in 2013) is aangegeven dat er sprake is van een ander medisch specialisme dan de genoemde zes. Hierbij kan gedacht worden aan kinderen, maar ook aan psychiatrische patiënten, patiënten die met spoed naar een ander ziekenhuis worden overgeplaatst en patiënten waarbij het niet (goed) mogelijk is ter plaatse een werkdiagnose te stellen en dus een specialisme bepalen evenmin (goed) mogelijk is.

5.3 Uitgevoerde (voorbehouden) handelingen

De ambulance-eenheid werkt in Nederland conform de ABCD-methode. Dit houdt in dat er gestructureerd onderzoek wordt uitgevoerd naar de gezondheidsproblemen van de patiënt. Binnen deze methodiek wordt een vaste volgorde aangehouden, naar belangrijkheid van de problemen (► voor een toelichting, zie bijlage 5).

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

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

Voorbehouden handelingen die in de ambulancezorg worden uitgevoerd op het terrein van de vrije luchtweg en ademhaling zijn vooral endotracheale intubaties. Ook worden coniotomieën en thoraxdrainages uitgevoerd. Risicovolle handelingen zijn het toedienen van zuurstof, het aanbrengen van mayotubes en masker-ballonbeademingen (► zie bijlage 5).

Voorbehouden handelingen in de ambulancezorg met betrekking tot de circulatie door ambulance-eenheden zijn vooral het plaatsen van (intraveneuze) infusen. Als een intraveneuze toegang niet lukt, wordt een intraossale naald geplaatst (► zie bijlage 5).

Reanimatie is een voorbehouden handeling met betrekking tot cardiologie en komt in paragraaf 5.4 aan de orde. Andere cardiologische voorbehouden handelingen in de ambulancezorg zijn transcutane pacebehandelingen en cardioversies (► zie bijlage 5).

In 2014 hebben in zeker 17 regio's ambulancemedewerkers ondersteuning verleend bij zo'n 800 bevallingen. De inzet van de ambulance-eenheid varieert hierbij van uitsluitend vervoer van een vrouw tijdens haar bevalling naar het ziekenhuis, tot daadwerkelijke assistentie bij een bevalling.

5.4 Reanimatie

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

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

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

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

- veertien regio's hebben in 2014 informatie met betrekking tot reanimatie en circulatie aangeleverd (17 regio's in 2013)
- er zijn 3.892 reanimaties door 14 regio's geregistreerd (5.688 reanimaties door 17 regio's in 2012)
- zes regio's hebben alle gevraagde gegevens met betrekking tot de Utstein standaard aangeleverd:
 - zij hebben 2.111 patiënten behandeld met een acute hartstilstand, 1.753 van hen zijn gereanimeerd;
 - 713 van de patiënten met een acute hartstilstand (33,7%) zijn door first responders met een AED behandeld. Defibrilleren houdt in dat er elektroshocks worden toegediend, bijvoorbeeld met een AED, met het doel het hartritme te herstellen;
 - bij ongeveer 30% van de door de zes RAV's geregistreerde patiënten met een acute hartstilstand was het eerste ritme defibrilleerbaar, dit houdt in dat de hartritmestoornis met een AED behandeld kon worden;
 - bij de overige patiënten was dit niet het geval en kon het hartritme niet middels defibrillatie hersteld worden. Dit verslechtert de overlevingskansen aanzienlijk.

KWALITEIT



6 RAV

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

6.1 Kwaliteitscertificering: HKZ en veiligheidsmanagementsysteem

De ambulancesector heeft in het afgelopen decennium veel aandacht besteed aan de kwaliteit van de ambulancezorg. Toen de RAV-vorming aan het begin van deze eeuw van start ging, hebben de organisaties zich gecommitteerd aan het voornemen allen een HKZ-certificaat te behalen (Harmonisatie Kwaliteit Zorginstellingen). Sinds 2009 zijn alle RAV's, inclusief de meldkamer ambulancezorg, HKZ-gecertificeerd. Het werken aan kwaliteit is en blijft een continue inspanning, een jaarlijkse audit en driejaarlijkse hercertificering dragen er toe bij dat RAV's op dit punt scherp blijven. Ook in 2014 was de ambulancesector weer 100% HKZ-gecertificeerd.

In juni 2011 is het nieuwe HKZ-schema voor de ambulancezorg uitgegeven. In dit schema is de module Patiënt-/cliëntveiligheid opgenomen. In de bestuurlijke afspraken Patiëntveiligheid heeft de sector vastgelegd dat een RAV eind 2013 beschikt over een gecertificeerd veiligheidsmanagementsysteem, als integraal onderdeel van het kwaliteitsmanagementsysteem. Vrijwel alle RAV's hadden dit op 31 december 2014 ook daadwerkelijk gerealiseerd.

7 Medewerkers

7.1 Deskundigheid en scholing

De ambulanceverpleegkundige en -chauffeur worden ter plaatse met veel verschillende omstandigheden en heel uiteenlopende typen patiënten geconfronteerd.

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

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

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

De medewerkers die werkzaam zijn in het primaire proces van de ambulancezorg worden permanent bij- en nageschoold, zowel landelijk als regionaal.

8 Patiënten

8.1 Patiëntveiligheid

Patiëntveiligheid is een thema dat van groot belang is voor de ambulancesector, zowel binnen het ambulancezorgproces als bij de schakels in de ketens waarin de ambulancezorg actief is.

Een veiligheidsmanagementsysteem is een goede basis voor het borgen van patiëntveiligheid. In 2011 is de ambulancesector een landelijk patiëntveiligheidsprogramma gestart. Het doel van dit programma is het verbeteren van de patiëntveiligheid binnen de ambulancezorg door veiligheidsrisico's te beheersen en vermijdbare onbedoelde schade tot een minimum te beperken.

De afspraken en doelstellingen van het programma zijn vastgelegd in bestuurlijke afspraken.

Ambulancezorg Nederland heeft samen met het veld instrumenten ontwikkeld, als handreiking voor de RAV's om binnen de eigen organisatie patiëntveiligheid op de agenda te zetten en een veiligheidsmanagement-systeem in te richten.

Het landelijk programma patiëntveiligheid is in 2013 formeel afgerond. RAV's hebben het stokje overgenomen om patiëntveiligheid binnen de organisatie verder vorm en inhoud te geven en te borgen. Ambulancezorg Nederland heeft hierbij een ondersteunende rol.

8.2 Patiëntervaringen: CQ-index

Consumer Quality index (CQi)-vragenlijsten worden in Nederland gebruikt om de kwaliteit van de zorg vanuit patiëntperspectief op een gestandaardiseerde manier te meten. Het NIVEL is in 2009 gestart met het ontwikkelen van een vragenlijst voor de spoedeisende ambulancezorg.

In 2013 is de CQi spoedeisende ambulancezorg geactualiseerd en is het discriminerend vermogen van de vragenlijst onderzocht. 16 RAV's hebben de vragenlijst aan hun patiënten voorgelegd. 1.700 patiënten hebben de vragenlijst ingevuld. Uit het onderzoek blijkt dat patiënten de spoedeisende ambulancezorg hoog tot zeer hoog waarderen, gemiddeld een 9 voor de ambulancezorg en een 8,4 door de meldkamer ambulancezorg. Vooral de thema's bejegening, communicatie en behandeling door ambulancehulpverleners scoren zeer hoog. In de beoordeling van de kwaliteit van alle 16 deelnemende RAV's is vrijwel geen verschil gevonden. In 2016 wordt de CQi spoedeisende ambulancezorg landelijk onder alle RAV's uitgezet.

Om ook de ervaringen van patiënten met planbare ambulancezorg te kunnen meten, heeft het NIVEL in 2014 een CQi voor de planbare ambulancezorg ontwikkeld. Ook deze CQi zal in 2016 landelijk onder alle RAV's worden uitgezet.

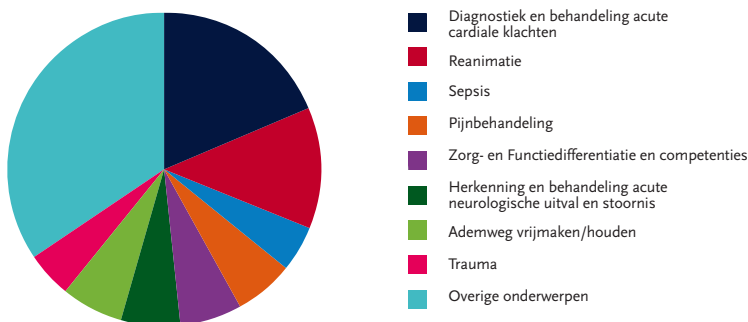
8.3 Onderzoeksagenda

Goede, tijdige, veilige en evidence-based ambulancezorg is essentieel. Om de ambulancezorg steeds verder te professionaliseren en de kwaliteit van de ambulancezorg te verbeteren, investeert de sector in wetenschappelijk onderzoek. De kennis die hiermee wordt opgedaan, wordt gebundeld en gedeeld binnen de sector.

In 2013 en 2014 heeft de ambulancesector een onderzoeksagenda samengesteld. De onderzoeksagenda is een prioriteitenlijst, waarop de belangrijkste onderwerpen staan waarnaar in de komende jaren meer onderzoek gedaan wordt. Daarnaast is de onderzoeksagenda een kader en leidraad voor toekomstige investeringen in de ambulancezorg.

Voor de ontwikkeling van de landelijke onderzoeksagenda is gebruik gemaakt van de Delphi-methodiek. Een expertpanel van 62 personen uit de ambulancezorg en aanpalende (wetenschappelijke) beroepsorganisaties heeft viermaal een digitale vragenlijst ingevuld. Telkens hebben zij benoemd welke onderwerpen zij relevant vonden en waarom.

Er zijn uiteindelijk negen thema's (► zie bijlage 7 voor de vastgestelde thema's) vastgesteld als onderwerp voor de onderzoeksagenda. Eerste Hulp Geen Vervoer (EHGV) staat met stip op nummer één. Er is immers tot nu toe weinig bekend over deze patiëntengroep. Binnen de ambulancesector wordt al veel geïnvesteerd in wetenschappelijk onderzoek. Er zijn 64 unieke onderzoeken geteld, de meeste onderzoeken vinden plaats op het gebied van cardiologie.



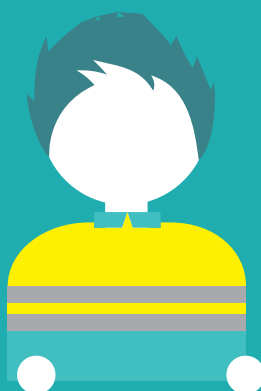
8.4 Klachten

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

In totaal hebben ambulanceorganisaties in 2014 699 ontvangen klachten geregistreerd (645 in 2013). In tabel 8.3.1 in bijlage 1 is dit aantal voor iedere regio teruggerekend naar het aantal klachten per 1.000 inzetten. Het aantal klachten per 1.000 inzetten is enigszins toegenomen naar 0,59. Dit betekent dat er 1 klacht wordt ingediend op iedere 1.700 inzetten.

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

MEDEWERKERS



9 Formatie

In 2014 waren er 5.653 medewerkers, verdeeld over 5.089 fte, werkzaam binnen de ambulancezorg. De ambulancesector is een compacte sector met veel gespecialiseerde medewerkers die direct gelieerd aan het primaire proces werkzaam zijn. Er zijn relatief weinig staf- en overige medewerkers.

De kernfuncties zijn: ambulanceverpleegkundige, ambulancezorgbegeleider, ambulancechauffeur, zorgambulancechauffeur en (verpleegkundig) centralist van de meldkamer ambulancezorg.

Van de 5.653 medewerkers in 2014 was 86,6% werkzaam in het primaire proces. Dit zijn 4.898 medewerkers, verdeeld over 4.435 fte.

9.1 Functies en aantallen

Het aantal medewerkers is toegenomen van 5.209 in 2010 tot 5.653 in 2014, dit is een stijging van 8,5% (gemiddeld 2,1% per jaar).

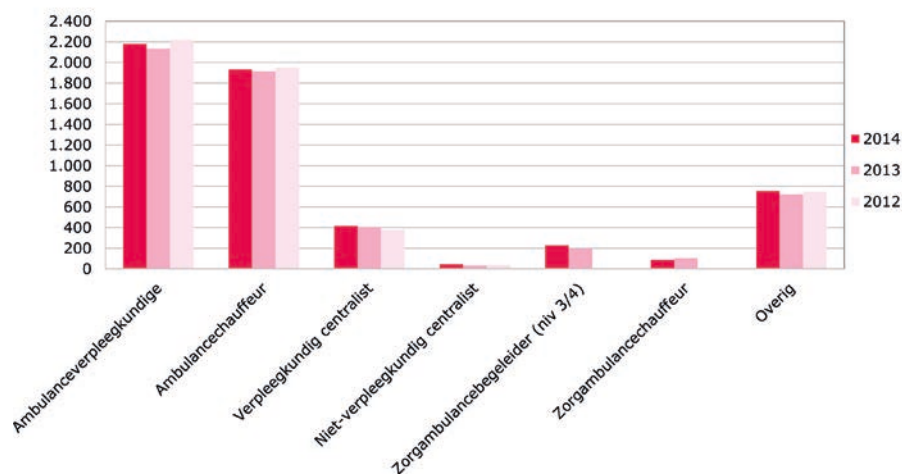
De ambulancesector werkt hard aan de differentiatie van het zorgaanbod. De variëteit in het vervoermiddel is steeds groter en in 2012 is het kwaliteitskader zorgambulance vastgesteld. De differentiatie heeft tot gevolg dat het aantal ambulanceverpleegkundigen en het aantal ambulancechauffeurs steeds minder gelijk op lopen. Als gevolg van de invoering van de zorgambulance voeren steeds meer RAV's een nieuwe functiegroep in, namelijk de zorgambulancemedewerkers. Deze groep wordt sinds 2013 ook expliciet in beeld gebracht in deze rapportage (voorheen waren de functies zorgambulancebegeleider (niveau 3 en 4) en zorgambulancechauffeur verwerkt in respectievelijk de formatie ambulanceverpleegkundige en ambulancechauffeur).

■ tabel 9.1.1: landelijke formatie aantallen medewerkers

	2014			2013			2012		
	man	vrouw	totaal	man	vrouw	totaal	man	vrouw	totaal
ambulanceverpleegkundige	1.435	745	2.180	1.414	719	2.133	1.445	773	2.218
ambulancechauffeur	1.690	245	1.935	1.685	228	1.913	1.712	237	1.949
MKA verpleegkundig centralist	146	272	418	143	265	408	134	243	377
MKA niet-verpleegkundig centralist	37	9	46	24	9	33	29	8	37
zorgambulancebegeleider (niv. 3 & 4)	64	166	230	55	142	197	-	-	-
zorgambulancechauffeur	69	20	89	74	29	103	-	-	-
overig	427	328	755	413	309	722	414	333	747
totaal	3.868	1.785	5.653	3.808	1.701	5.509	3.734	1.594	5.328

■ grafiek 9.1.1: aantal medewerkers per functie in 2012-2014

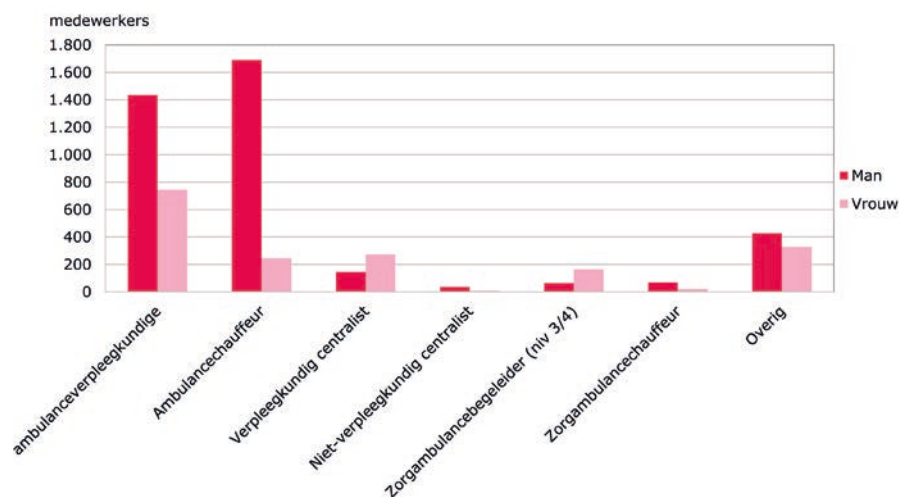
► De regionale formatie in aantallen is weergegeven in tabel 9.1.2 in bijlage 1.



Man-/vrouwverdeling ambulancesector

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

■ grafiek 9.1.2: man-/vrouwverdeling per functie in 2014



Onderstaande tabel brengt de verschuiving sinds 2006 in beeld:

■ **tabel 9.1.3: man-/vrouwverdeling in de loop der jaren**

	2014	2013	2012	2011	2010	2009	2008	2007
mannen	68,4%	69,1%	70,1%	70,6%	71,7%	72,8%	73,9%	75,9%
vrouwen	31,6%	30,9%	29,9%	29,4%	28,3%	27,2%	26,1%	24,1%

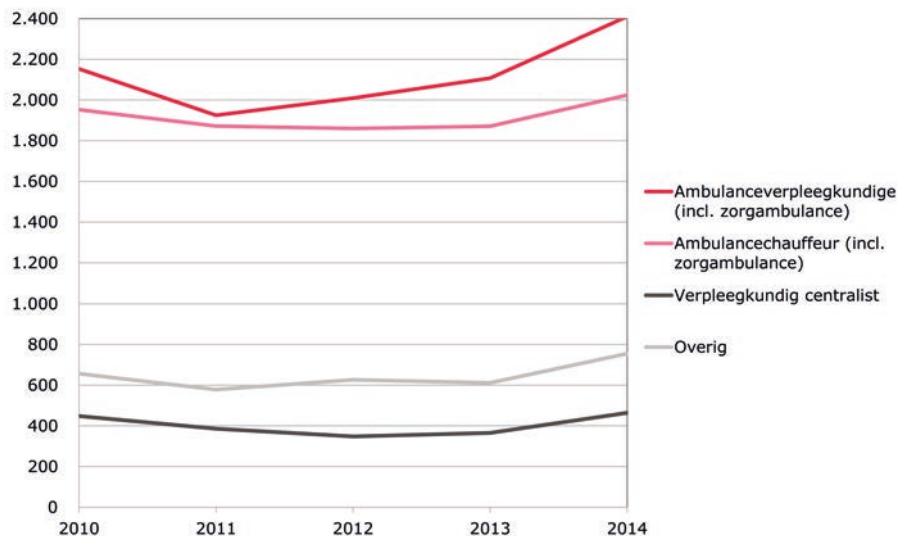
9.2 Functies en fte's

Vertaald naar full time equivalenten (fte) zag de formatie in de ambulancezorg er in 2014 als volgt uit:

■ **tabel 9.2.1: landelijke formatie aantallen medewerkers (in fte)**

	2014			2013			2012		
	man	vrouw	totaal	man	vrouw	totaal	man	vrouw	totaal
ambulanceverpleegkundige	1.333	659	1.992	1.329	617	1.946	1.354	655	2.009
ambulancechauffeur	1.627	196	1.823	1.606	194	1.800	1.658	202	1.860
MKA verpleegkundig centralist	127	223	350	126	212	338	120	194	314
MKA niet-verpleegkundig centralist	30	8	37	21	6	27	28	6	34
zorgambulancebegeleider (niv 3 & 4)	55	116	171	50	111	161	-	-	-
zorgambulancechauffeur	58	13	71	-	-	-	-	-	-
overig	384	243	627	376	235	611	379	247	626
totaal	3.627	1.462	5.089	3.566	1.388	4.954	3.539	1.304	4.843

■ grafiek 9.2.1: ontwikkeling fte's van 2010 tot en met 2014



► De regionale formatie in fte's is weergegeven in tabel 9.2.2 in bijlage 1.

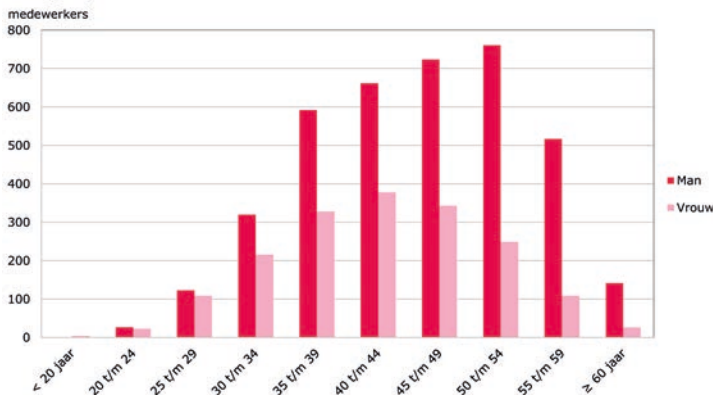
Binnen de MKA zijn zowel verpleegkundig als niet-verpleegkundig centralisten werkzaam. De verpleegkundig centralist is verantwoordelijk voor het meldkamerproces, geeft hier inhoud aan en zorgt voor een verantwoorde uitvoering van het proces van intake, indicatiestelling, zorgtoewijzing en zorginstructie.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

9.3 Leeftijd

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

- de meeste medewerkers heeft een leeftijd tussen 35 en 54 jaar (4.037, 71,4%)
- 31% van de medewerkers is jonger dan 40 jaar
- 14% van de medewerkers is ouder dan 55 jaar
- de grootste groep onder de mannen heeft een leeftijd van 50 tot 54, bij de vrouwen is de grootste leeftijdsgroep van 40 tot 44 jaar

■ grafiek 9.3.1: leeftijdsopbouw medewerkers ambulancezorg in 2014 (landelijk)



■ tabel 9.3.1: leeftijdsopbouw medewerkers ambulancezorg 2012-2014 (landelijk)

geslacht			2014		2013		2012	
	man	vrouw	totaal	% totaal	totaal	% totaal	totaal	% totaal
< 20 jaar	0	4	4	0,1%	8	0,1%	5	0,1%
20 t/m 24 jaar	27	23	50	0,9%	48	0,9%	42	0,8%
25 t/m 29 jaar	123	109	232	4,1%	251	4,6%	229	4,3%
30 t/m 34 jaar	320	216	536	9,5%	582	10,6%	570	10,7%
35 t/m 39 jaar	592	328	920	16,3%	943	17,1%	899	16,9%
40 t/m 44 jaar	662	378	1.040	18,4%	1.011	18,4%	1004	18,8%
45 t/m 49 jaar	724	343	1.067	18,9%	1.032	18,7%	1045	19,6%
50 t/m 54 jaar	761	249	1.010	17,9%	950	17,2%	949	17,8%
55 t/m 59 jaar	517	109	626	11,1%	554	10,1%	504	9,5%
≥ 60 jaar	142	26	168	3,0%	130	2,4%	81	1,5%
totaal	3.868	1.785	5.653	100,0%	5.509	100,0%	5.328	100%

► In tabel 9.3.2 in bijlage 1 zijn de regionale aantallen weergegeven.

9.4 Arbeidsduur

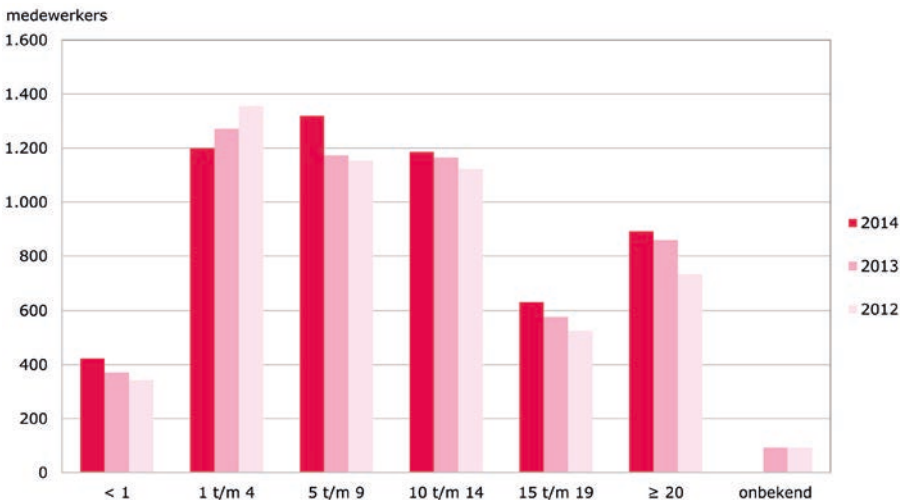
Medewerkers in de ambulancezorg zijn gemiddeld lang werkzaam in de sector.

- de grootste groep zijn de medewerkers met 5 tot 10 dienstjaren
- de groep medewerkers die 15 jaar en langer in dienst zijn neemt in omvang toe
- medewerkers zijn vaak al langer werkzaam in de zorg en meestal afkomstig uit het ziekenhuis

■ tabel 9.4.1: dienstjarenverdeling medewerkers ambulancezorg 2012-2014

aantal dienstjaren	2014		2013		2012	
	medewerkers	%	medewerkers	%	medewerkers	%
< 1 jaar	423	7,5%	371	6,7%	342	6,4%
1 t/m 4 jaar	1.200	21,2%	1.271	23,1%	1.355	25,4%
5 t/m 9 jaar	1.319	23,3%	1.173	21,3%	1.154	21,7%
10 t/m 14 jaar	1.186	21,0%	1.165	21,1%	1.123	21,1%
15 t/m 19 jaar	632	11,2%	577	10,5%	526	9,9%
> 20 jaar	892	15,8%	859	15,6%	735	13,8%
aantal dienstjaren onbekend	1	0,02%	93	1,7%	93	1,7%
totaal	5.653	100,0%	5.509	100,0%	5.328	100%

■ grafiek 9.4.1: aantal jaren dat medewerkers in dienst zijn (landelijk) 2012-2014



9.5 Beschikbare uren voor ambulancezorg

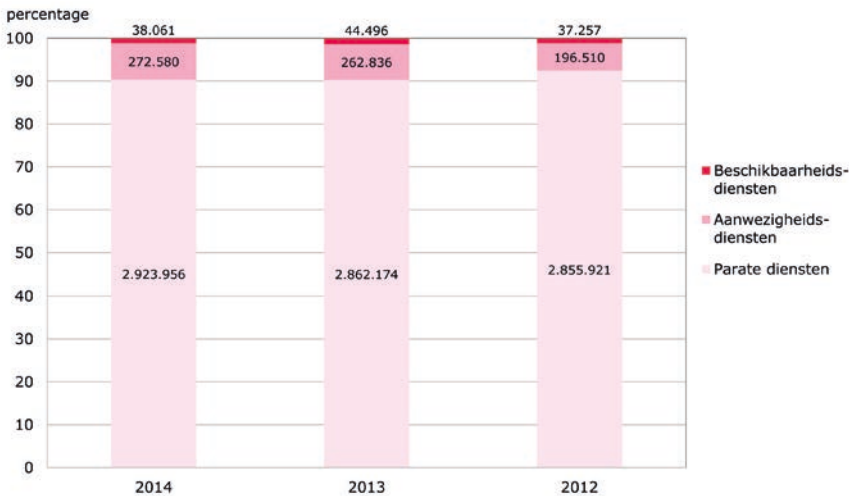
Om zeven dagen per week 24 uur per dag ambulancezorg te kunnen bieden, is voldoende personeel noodzakelijk. Onderstaand is het aanwezige personeel uitgedrukt in beschikbare (ingeroosterde) uren. De ambulancesector kent drie soorten diensten: parate diensten, aanwezigheidsdiensten en beschikbaarheidsdiensten.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

In 2014 waren gedurende 3.234.597 uren ambulance-eenheden beschikbaar voor het verlenen van ambulancezorg. Dit betrof 91% parate diensten, 8% aanwezigheidsdiensten en voor 1% beschikbaarheidsdiensten.

tabel 9.5.1: beschikbare uren ten behoeve van ambulancezorg 2012-2014

	2014		2013		2012	
	aantal	%	aantal	%	aantal	%
parate diensten	2.923.956	91%	2.862.174	91%	2.855.921	93%
aanwezigheidsdiensten	272.580	8%	262.836	8%	196.510	6%
beschikbaarheidsdiensten	38.061	1%	44.496	1%	37.257	1%
totaal	3.234.597		3.169.506		3.089.688	

grafiek 9.5.1: totaal beschikbare uren ten behoeve van ambulancezorg 2012-2014 (landelijk)



► In tabel 9.5.2 in bijlage 1 zijn de regionale aantallen weergegeven.

10 Loopbaanmobiliteit

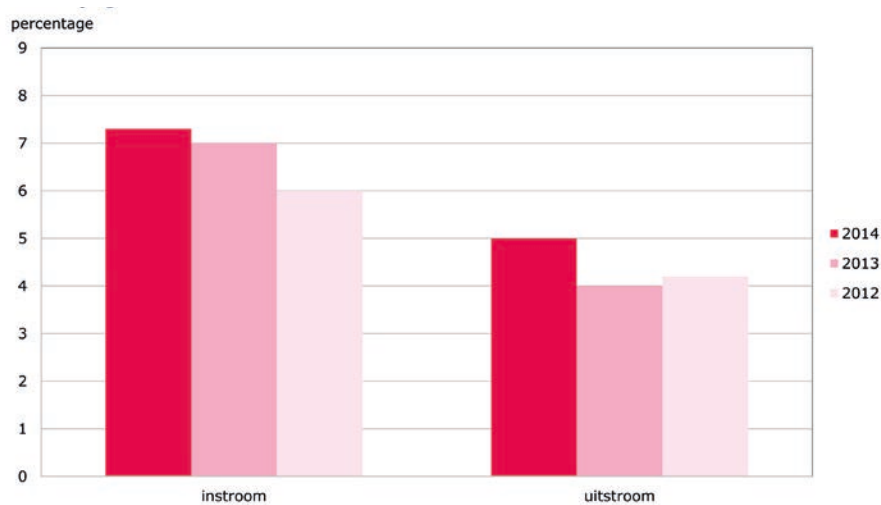
De differentiatie in het zorgaanbod biedt steeds meer mogelijkheden tot variatie in mogelijkheden van loopbaanpaden in de sector. Ook vindt er steeds meer samenwerking met ketenpartners plaats, bijvoorbeeld met ziekenhuizen. Een en ander leidt tot kansen en mogelijkheden, die de sector steeds beter weet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

10.1 In- en uitstroom

De landelijk gemiddelde in- en uitstroompercentages geven inzicht in de bewegingen binnen het personeelsbestand.

- het instroompercentage is gestegen ten opzichte van vorig jaar van 7,0 naar 7,3%
- het landelijk gemiddelde instroompercentage heeft sinds 2010 gefluctueerd tussen 6,0% en 8,0%.
- het uitstroompercentage is eveneens gestegen ten opzichte van vorig jaar van 4,0 naar 5,0%
- het landelijk gemiddelde uitstroompercentage heeft sinds 2010 gefluctueerd tussen 4,0% en 5,3%.

■ grafiek 10.1.1: landelijk gemiddelde in- en uitstroom 2012-2014



► In tabel 10.1.1 in bijlage 1 zijn de regionale in- en uitstroompercentages weergegeven.

10.2 achtergronden bij instroom

In 2014 zijn 394 medewerkers in dienst van de ambulancesector getreden (404 in 2013). 340 van hen zijn ingestroomd in een van de drie kernfuncties (292 in 2013).

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

- de grootste instroom betreft ambulanceverpleegkundigen (42%), gevolgd door ambulancechauffeurs (26%)
- het verschil in instroom tussen ambulanceverpleegkundigen en –chauffeurs hangt samen met de toenemende zorgdifferentiatie;
- het verschil in instroom tussen verpleegkundig en niet-verpleegkundig centralisten (9% respectievelijk 1%) hangt samen met de beschikbare werkzaamheden (verantwoordelijk voor het zorginhoudelijke proces en inzetbaar op logistieke werkzaamheden);
- medewerkers kiezen voor werken in de ambulancezorg op grond van de inhoud en de kenmerken van de functie;
- nieuwe ambulanceverpleegkundigen en verpleegkundig centralisten zijn vooral afkomstig vanuit ziekenhuizen (SEH- en IC-afdelingen) en in mindere mate van andere RAV's;
- nieuwe chauffeurs hebben over het algemeen al langer ervaring als chauffeur en zijn vaak werkzaam geweest in de zorg, al dan niet bij een andere RAV, ook zijn verschillende chauffeurs afkomstig van defensie.

10.3 achtergronden bij uitstroom

In 2014 hebben 267 medewerkers hun dienstverband beëindigd (232 in 2013), 230 van hen waren werkzaam in één van de drie kernfuncties (181 in 2013) en in ieder geval 74 van hen hebben ook de ambulancezorg verlaten (71 in 2013).

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

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

11 Ziekteverzuim

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

11.1 Gemiddeld ziekteverzuim

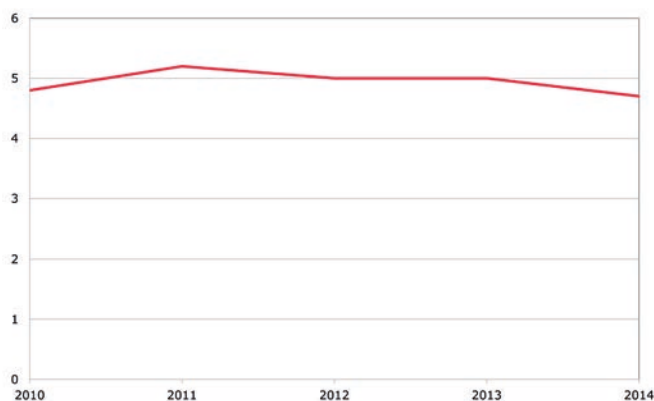
Het landelijk gemiddelde ziekteverzuimpercentage is in 2014 gedaald naar 4,7%.

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

■ tabel 11.1.1: ontwikkeling gemiddeld ziekteverzuim 2010-2014 (landelijk)

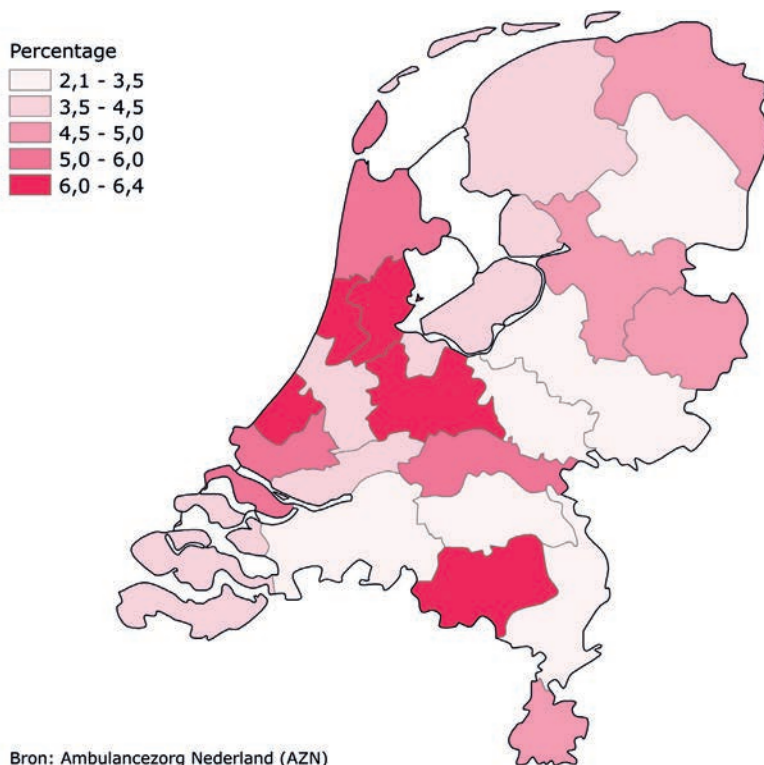
	2014	2013	2012	2011	2010
gemiddeld ziekteverzuim	4,7%	5,0%	5,0%	5,2 %	4,8%
gemiddeld kortdurend ziekteverzuim	0,9%	1,2%	1,0%	1,0 %	1,0%
gemiddeld middellangdurend ziekteverzuim	1,1%	1,2%	1,1%	1,3 %	1,5%
gemiddeld langdurend ziekteverzuim 1	1,5%	1,3%	1,3%	1,3 %	1,2%
gemiddeld langdurend ziekteverzuim 2	0,9%	0,6%	0,9%	0,7 %	0,5%
gemiddeld langdurend ziekteverzuim 3	0,7%	0,8%	0,9%	0,9 %	0,6%

■ grafiek 11.1.1: ontwikkeling gemiddeld ziekteverzuimpercentage 2010-2014



► In tabel 11.1.2 in bijlage 1 zijn de regionale ziekteverzuimpercentages weergegeven.

■ kaart 11.1.1: gemiddeld ziekteverzuimpercentage per regio in 2014



Bron: Ambulancezorg Nederland (AZN)

11.2 WIA-instroom

De WIA-instroom was in 2014 beperkt. In 2014 zijn negen personen in de WIA ingestroomd, dit is 0,16% (8 personen in 2013, dit was 0,15%). In de voorgaande jaren was de WIA-instroom steeds uiterst beperkt. Hieruit kan afgeleid worden, dat het verzuimbeleid en de mogelijkheden om tijdig te anticiperen op langdurige uitval als gevolg van ziekte goed zijn ontwikkeld binnen de ambulancesector.

12 Agressie & geweld

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

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

12.1 Aantal en aard

In 2014 hebben 22 regio's 351 agressie-incidenten geregistreerd. Dit betekent een daling van het aantal geregistreerde incidenten met 70 ten opzichte van 2013 (421 incidenten in 2013). Het ziet er naar uit dat het Plan van Aanpak Agressie & Geweld, dat de sector sinds 2011 heeft uitgevoerd, nog steeds zijn vruchten afwerpt.

Afgezet tegen de 1.189.100 ambulance-inzetten die in 2014 zijn uitgevoerd, betekent dit dat zich 0,3 incidenten per 1.000 inzetten hebben voorgedaan, of 30 incidenten per 100.000 inzetten (0,37 incidenten per 1.000 inzetten in 2013, dan wel 37 incidenten per 100.000 inzetten).

De ambulancesector maakt onderscheid in verbaal geweld, fysiek geweld, seksuele intimidatie, discriminatie en overige intimidatie. Ten opzichte van de voorgaande jaren is in 2014 de categorie discriminatie toegevoegd, serieuze bedreiging is vervangen overige intimidatie. In bijlage 4 zijn de exacte definities opgenomen.

- verbaal geweld kwam het meest voor in 2014 (64%),
- gevolgd door fysiek geweld (24%).

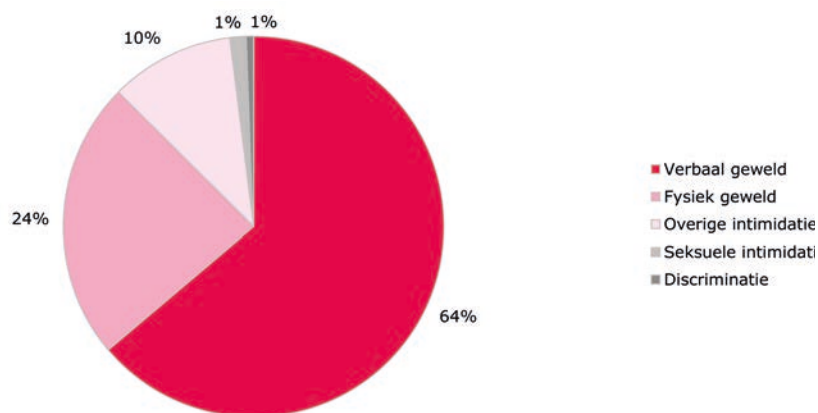
Onderstaande tabel en grafiek geven weer welke incidenten gemeld zijn:

■ tabel 12.1.1: aantal en verdeling incidenten 2012-2014

	2014		2013		2012	
	aantal	%	aantal	%	aantal	%
verbaal geweld	224	64%	243	58%	284	57%
fysiek geweld	83	24%	126	30%	142	28%
seksuele intimidatie	5	1%	4	1%	5	1%
discriminatie	2	1%				
overige intimidatie	37	10%	48	11%	69	14%
totaal	351		421		500	

► N.b.: sinds 2014 wordt gewerkt met een nieuwe indeling in incidenten. Voorheen werden verbale, fysieke en seksuele agressie en geweld en serieuze bedreiging onderscheiden. In 2014 is hier discriminatie aan toegevoegd en is de serieuze bedreiging vervangen door overige intimidatie. Voor een toelichting op de onderliggende definities, zie bijlage 4.

■ grafiek 12.1.1: verdeling incidenten in 2014



12.2 Dag en tijdstip

Van de 351 incidenten die in 2014 zijn geregistreerd, is van 309 bekend op welke dag het incident heeft plaatsgevonden:

- de meeste incidenten vonden plaats op zaterdag (73 incidenten);
- de minste incidenten waren op woensdag plaats (27 incidenten).

■ tabel 12.2.1: percentage incidenten per dag van de week 2012-2014

	2014	2013	2012
maandag	9%	9%	11%
dinsdag	10%	9%	11%
woensdag	8%	11%	8%
donderdag	11%	13%	10%
vrijdag	12%	14%	11%
zaterdag	21%	20%	16%
zondag	17%	18%	19%
onbekend	12%	6%	14%

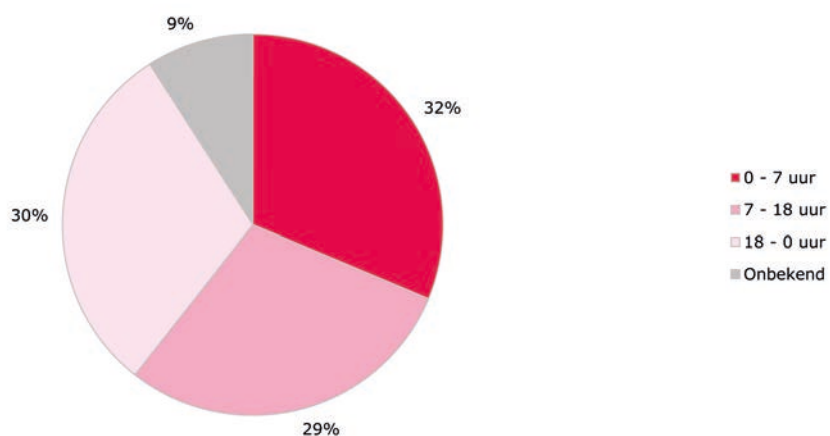
■ grafiek 12.2.1: percentage incidenten per dag van de week in 2014



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

- 31% van de incidenten vond plaats tussen 0.00 en 7.00 uur, (23% in 2013),
- 29% van de incidenten vond plaats tussen 7.00 en 18.00 uur (34% in 2013),
- 30% van de incidenten vond plaats tussen 18.00 en 0.00 uur (38% in 2013),
- van 9% van de incidenten is in 2014 het tijdstip niet geregistreerd (6% in 2013).

■ grafiek 12.2.2: percentage incidenten naar tijdstip in 2014



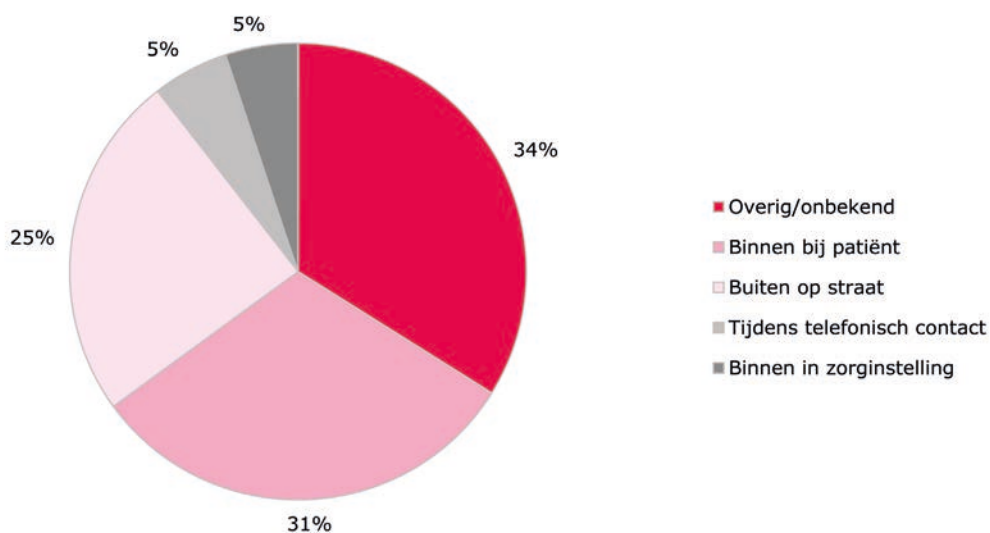
12.3 Locatie

Van de 351 geregistreerde incidenten in 2014 is van 232 incidenten bekend waar het incident heeft plaatsgevonden (313 van de 421 in 2012), van ruim een kwart van de gevallen is de locatie niet geregistreerd.

Niet alleen de ambulance-eenheid, die naar de patiënt toe gaat en onderweg of ter plaatse gehinderd kan worden, wordt geconfronteerd met agressie. Ook centralisten van de meldkamer ambulancezorg hebben met (vooral verbale) agressie te maken. De meeste incidenten vonden binnen bij de patiënt plaats, gevolgd door incidenten buiten op straat

- 31% van de incidenten speelde zich binnen bij de patiënt af (32% in 2013),
- 25% van de incidenten vond op straat plaats (25% in 2013),
- 5% van de incidenten vond plaats tijdens het telefonisch contact (15% in 2013).

■ grafiek 12.3.1: percentage incidenten naar locatie in 2014



12.4 Veroorzakers

Bij 170 van de 351 geregistreerde incidenten is vastgelegd wie het incident veroorzaakte:

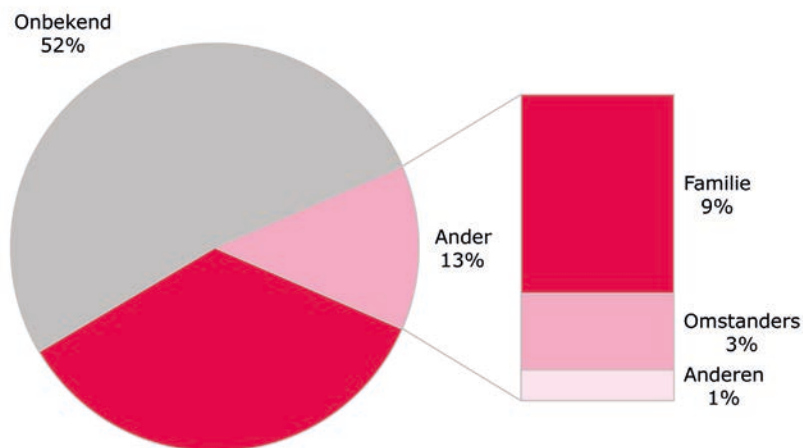
- in 35% van de gevallen was dit de patiënt zelf (122 patiënten in 2013, 43% in 2013),
- in 65% van de gevallen was het iemand anders dan de patiënt (229 andere veroorzakers in 2013, 46% in 2013).

Wie in deze 229 gevallen precies de veroorzaker (anders dan de patiënt) was, loopt uiteen:

- in 9% van de incidenten gaat het om familie of direct betrokkenen (52% in 2013),
- bij 52% is de veroorzaker (en diens relatie tot de patiënt) onbekend (35% in 2013),
- 3% van de veroorzakers zijn omstanders (12% in 2013).

Dit beeld fluctueert sterk per jaar.

■ grafiek 12.4.1: percentage incidenten naar veroorzaker in 2014

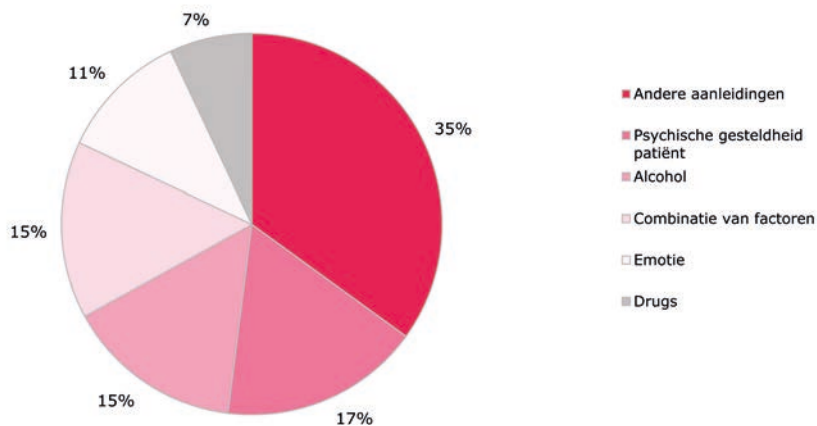


12.5 Aanleiding

De aanleiding van het incident is in 2014 bij 312 van de 351 incidenten geregistreerd. Vaak gaat het om een combinatie van factoren, waarbij hetzij emotie, hetzij alcohol een belangrijke rol spelen.

- bij 17% is de psychische gesteldheid van de patiënt aangewezen (10% in 2013),
- bij 22% zijn alcohol en/of drugs benoemd als de omstandigheid die tot agressie leidde (16% in 2013),
- bij 11% speelt emotie een hoofdrol (28% in 2013).

■ grafiek 12.5.1: percentage incidenten naar aanleiding in 2014



12.6 Juridische consequenties

Er wordt nog lang niet altijd aangifte gedaan van agressie/incidenten. Het beeld over 2014 is als volgt:

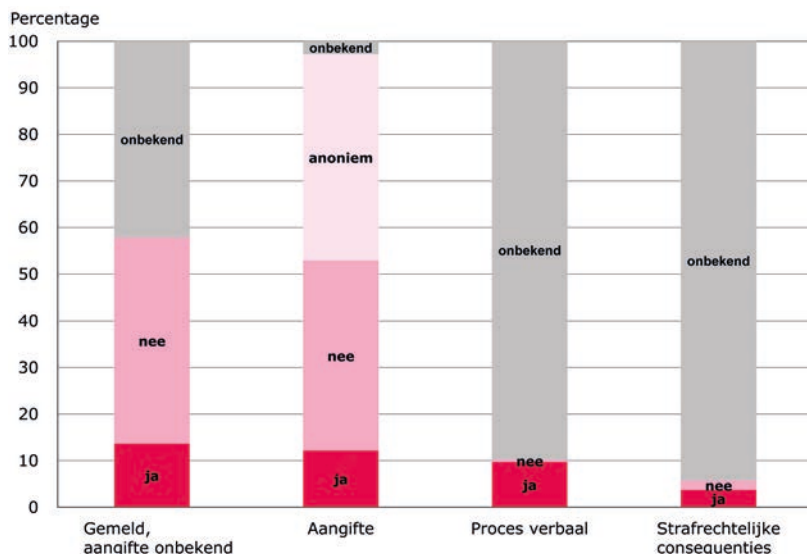
- 48 incidenten zijn wel gemeld bij de politie, het is niet bekend of hier ook aangifte over gedaan is,
- er is aangifte gedaan over 44 incidenten, bij tien incidenten is anoniem aangifte gedaan,
- er is geen aangifte gedaan van 147 incidenten,
- van de overige 160 incidenten is niet bekend of hier aangifte van gedaan is.

Aangifte doen betekent niet altijd automatisch dat er proces verbaal opgemaakt wordt door de politie, van 34 incidenten is bekend dat er proces verbaal is opgemaakt.

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

- van 13 incidenten is bekend dat er strafrechtelijke consequenties waren (waaronder vier boetes, eenmaal een strafrechtelijke vervolging, vier keer een taakstraf en vijf keer een andere (onbekende) consequentie),
- van de overige 21 incidenten waarvan proces verbaal is opgemaakt is hetzij bekend dat zij geen (strafrechtelijke) consequenties hebben, dan wel is dit nog niet bekend op het moment van publicatie van dit sectorrapport.

■ grafiek 12.6.1: juridische consequenties van incidenten in 2014



12.7 Opvang door de RAV

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

Bij 110 incidenten in 2014 heeft de RAV eerste opvang geboden en bij 38 incidenten is door de RAV in ondersteuning geboden bij de aangifte van het incident. Het BO-team is 63 keer in actie gekomen.

AMBULANCEZORG IS KETENPARTNER



13 De keten van acute zorg

De ambulancesector is actief in twee werelden. De sector is volwaardig en integraal onderdeel van de acute zorg en actieve en betrokken samenwerkingspartner van de openbare orde en veiligheid. De ambulancezorg heeft de bijzondere positie dat de ketens van acute zorg en OOV elkaar bij de ambulancesector ontmoeten.

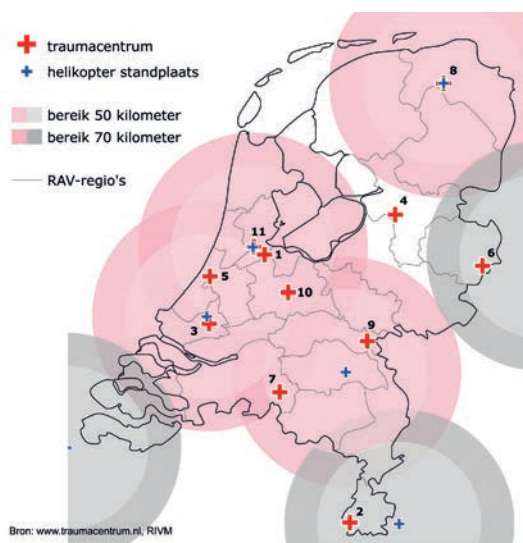
13.1 De acute zorg

Binnen de keten van acute zorg werken RAV's samen met onder andere huisartsen, huisartsenposten, verloskundigen, traumacentra, ziekenhuizen, SEH-afdelingen van ziekenhuizen en GGZ-instellingen.

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

Een belangrijke partij in de keten van acute zorg is het Regionaal Overleg Acute Zorg (ROAZ). In het ROAZ, geïnitieerd door traumacentra, maken de aanbieders van acute zorg in regionaal verband afspraken over een betere samenwerking. De kwaliteit van de acute keten wordt immers bepaald door de mate waarin zorgaanbieders met elkaar samenwerken, elkaar informeren en op de hoogte zijn van elkaars expertise en handelen. Doel van het ROAZ is er voor te zorgen dat een patiënt zo snel mogelijk op de juiste plaats terecht komt wanneer hij acute zorg nodig heeft.

■ kaart 13.1.1: traumacentra in Nederland



13.2 Aanvullend op ambulancezorg

MMT

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

Voor de inzet van een MMT zijn door het Landelijk Netwerk Acute Zorg en AZN inzetcriteria vastgesteld die leidend zijn voor de inzet van het MMT door de meldkamercentralist. In onderstaande tabel staat het aantal MMT-inzetten, zowel grondgebonden als met de helikopter, zoals het LNAZ deze heeft vastgesteld:

■ tabel 13.2.1: MMT-inzetten in 2014

	aantal inzetten MMT
2014	8.989
2013	7.570
2012	6.540
2011	6.220

Het MMT verplaatst zich, afhankelijk van de omstandigheden, per auto of per helikopter. Afhankelijk van de vervoerswijze bestaat het MMT uit een speciaal opgeleide (trauma-)arts uit het ziekenhuis, een gespecialiseerde verpleegkundige en een chauffeur of piloot. Indien gebruik wordt gemaakt van de traumahelikopter wordt ook een Heli Landing Officer, verantwoordelijk voor het veilig opstijgen en landen van de helikopter, aan het MMT toegevoegd.

Vier van de traumacentra beschikken over een traumahelikopter (Groningen, Nijmegen, Amsterdam en Rotterdam-Rijnmond), deze kunnen ook 's nachts ingezet worden. De overige zeven traumacentra hebben een MMT dat vanuit beschikbaarheidsdienst kan worden opgeroepen. Een deel van Nederland wordt afgedekt door buitenlandse helikopters: Zeeuws Vlaanderen en Walcheren door België (Brugge), Zuid Limburg en Twente door Duitsland (respectievelijk Würselen en Rheine). Patiënten op de Waddeneilanden (met uitzondering van Texel) worden vervoerd naar een ziekenhuis op het vasteland met een helikopter uit Leeuwarden van de Search and Rescue eenheid (SAR) van de Koninklijke Luchtmacht. Dit is geen traumahelikopter, omdat er geen trauma-arts beschikbaar is. Ook heeft de SAR-verpleegkundige andere bevoegdheden dan de ambulance-verpleegkundige.

First responder

Een first responder is een hulpverlener, die als eerste ter plaatse komt en die competent is eerste hulp te verlenen in een situatie waarin dit noodzakelijk is, in afwachting van een ambulance-eenheid. De first responder kan levensreddende handelingen verrichten en kan de behandeling opstarten, maar is niet bevoegd om de patiënt zelfstandig te behandelen. De first responder is niet, zoals de rapid responder, functioneel verbonden aan de RAV. De inzet van de first responder vindt wel plaats via de MKA, nadat de MKA een ambulance-eenheid heeft ingezet.

In 2014 hebben door tien regio's first responder-inzetten geregistreerd. Deze tien regio's hebben 3.320 keer een first responder ingezet (2.604 geregistreerde first responderinzetten in negen regio's in 2012).

■ tabel 13.2.2: inzetten first responder in 2014

	aantal inzetten first responder	door aantal regio's
2014	2.604	9
2013	3.320	10
2012	2.449	9
2011	2.353	9
2010	2.782	12

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

14 De keten van openbare orde en veiligheid

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

Wet- en regelgeving op het terrein van openbare orde en veiligheid is afkomstig van het ministerie van Veiligheid en Justitie (VenJ). Het betreft hier met name de Wet Veiligheidsregio's (WVR) die op 1 oktober 2010 in werking is getreden, maar ook de aanstaande aanpassingen in de Politiewet om de realisatie van de Landelijke Meldkamerorganisatie (LMO) mogelijk te maken.

Incidenten jaarwisseling

Al enkele jaren houdt het ministerie van VenJ bij hoe de jaarwisseling is verlopen. Er wordt informatie verzameld over onder meer onrust, vernieling en agressie jegens medewerkers met een publieke taak (zoals brandweer-, politie- en ambulancepersoneel). Sinds de jaarwisseling 2008-2009 werkt de sector ambulancezorg hier aan mee.

Over het algemeen kan gesteld worden dat de jaarwisselingen voor de ambulancezorg relatief rustig verlopen. Het is wel een drukke nacht dan gemiddeld, met veel inzetten die relatief vaak vuurwerk- of alcoholgerelateerd zijn. Er worden wel enkele agressie-incidenten gemeld tijdens de jaarwisseling, het dan vooral om verbale agressie.

Opgemerkt wordt dat er in de afgelopen jaren sprake is van een meer intensieve samenwerking met politie. In diverse regio's gaat de ambulance niet meer alleen naar een incident, maar wordt de ambulance-eenheid begeleid door een politie-eenheid.

Landelijke grootschalige incidenten

Eén aspect van de GHOR-werkzaamheden door ambulanceorganisaties is de inzet van ambulances tijdens rampen en grootschalige incidenten.

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

BIJLAGEN

- 1 Tabellen
- 2 Vergelijkbaarheid van de cijfers
- 3 Toelichting op de normen
- 4 Kernset 2014
- 5 Definities
- 6 Medisch-inhoudelijke definities
- 7 Onderzoeksagenda
- 8 Verantwoording RIVM
- 9 Gebruikte afkortingen
- 10 Relevante documenten
- 11 Leden AZN
- 12 Standplaatsen in Nederland

Bijlage 1: Tabellen

► Tabellen bij hoofdstuk 2 'Ambulances en standplaatsen'

■ tabel 2.1: aantal ambulances per regio

aantal ambulances	2014	2013	2012	2011	2010
Groningen	38	38	38	38	38
Friesland	38	38	38	38	38
Drenthe	24	24	22	22	22
IJsselland	29	29	29	29	28
Twente	30	28	26	26	26
Noordoost Gelderland	32	32	32	32	32
Midden Gelderland	23	23	23	23	23
Gelderland Zuid	27	27	21	21	21
Utrecht	46	46	46	46	42
Noord-Holland Noord	29	26	26	26	26
Amsterdam/Waterland	67	67	67	67	65
Kennemerland	24	24	24	24	24
Gooi- en Vechtstreek	10	10	10	11	11
Haaglanden	46	46	46	37	36
Hollands Midden	31	31	30	30	30
Rotterdam-Rijnmond	60	60	60	60	55
Zuid-Holland Zuid	18	18	18	18	17
Zeeland	26	24	24	24	24
Midden- en West Brabant	45	42	37	37	37
Brabant-Noord	27	25	23	22	22
Brabant Zuidoost	28	29	29	26	26
Noord- en Midden Limburg	19	19	19	17	17
Zuid Limburg	24	24	24	24	24
Flevoland	14	14	13	13	13
totaal	755	744	725	711	697

tabel 2.2: aantal standplaatsen in 2014

aantal standplaatsen	2014	2013	2012	2011	2010	conform referentiekader 2013
Groningen	13	11	11	11	11	13
Friesland	22	18	18	18	18	20
Drenthe	16	16	13	13	12	11
IJsselland	12	12	10	10	10	10
Twente	9	9	9	9	9	9
Noordoost Gelderland	9	9	9	9	9	10
Midden Gelderland	7	7	7	7	7	7
Gelderland Zuid	8	8	8	8	8	8
Utrecht	11	11	11	11	11	11
Noord-Holland Noord	9	9	9	9	9	8
Amsterdam/Waterland	11	9	9	9	9	9
Kennemerland	4	4	4	4	4	5
Gooi- en Vechtstreek	3	3	3	3	3	2
Haaglanden	9	8	8	8	8	6
Hollands Midden	9	9	9	10	9	7
Rotterdam-Rijnmond	12	12	9	9	9	9
Zuid-Holland Zuid	6	6	6	6	6	6
Zeeland	9	11	11	11	11	11
Midden- en West Brabant	16	10	10	9	9	13
Brabant-Noord	7	6	6	7	7	7
Brabant Zuidoost	7	7	7	7	7	7
Noord- en Midden Limburg	12	10	10	9	7	7
Zuid Limburg	4	4	4	4	3	4
Flevoland	6	6	6	6	6	6
totaal	231	215	207	207	202	206

► Tabellen bij hoofdstuk 3 'Productie'

■ tabel 3.2.1: aantal inzetten per regio in 2014

	aantal A1- inzetten	aantal A2- inzetten	2014 aantal B- inzetten	totaal	regionaal t.o.v. landelijk	2013 totaal	2012 totaal	2011 totaal	2010 totaal
Groningen	22.883	11.266	14.614	48.763	4,1%	47.219	46.395	46.542	46.015
Friesland	22.684	11.301	11.166	45.151	3,8%	42.934	41.308	40.409	39.680
Drenthe	18.296	9.697	9.336	37.329	3,1%	35.262	33.967	34.762	33.451
IJsselland	13.659	10.192	8.566	32.417	2,7%	32.505	31.739	32.354	32.572
Twente	12.682	14.103	10.121	36.906	3,1%	35.804	34.469	33.718	31.948
Noordoost Gelderland	19.668	14.638	9.583	43.889	3,7%	43.203	43.242	42.894	41.785
Gelderland Midden	18.918	11.454	9.104	39.476	3,3%	38.129	35.021	34.431	34.225
Gelderland Zuid	16.211	11.104	9.748	37.063	3,1%	35.677	33.698	31.968	32.309
Utrecht	33.907	24.537	28.472	86.916	7,3%	84.643	83.613	83.732	85.152
Noord-Holland Noord	23.488	8.003	8.492	39.983	3,4%	38.570	38.943	36.970	33.461
Amsterdam/Waterland	61.379	13.969	36.058	111.406	9,4%	108.160	108.266	103.973	101.472
Kennemerland	23.317	7.486	9.265	40.068	3,4%	38.817	38.414	39.031	37.924
Gooi- en Vechtstreek	8.685	2.686	5.750	17.121	1,4%	16.025	16.033	16.075	15.580
Haaglanden	43.729	18.678	26.630	89.037	7,5%	86.174	67.275	66.160	64.338
Hollands Midden	28.195	9.665	13.732	51.592	4,3%	50.898	49.929	49.786	47.529
Rotterdam-Rijnmond	50.098	22.060	30.819	102.977	8,7%	97.056	96.846	98.101	97.681
Zuid-Holland Zuid	16.954	7.543	9.424	33.921	2,8%	31.899	30.203	29.913	30.059
Zeeland	12.625	7.852	5.542	26.019	2,2%	24.532	24.514	23.747	23.042
Midden- en West Brabant	38.173	20.155	18.705	77.033	6,5%	73.170	67.347	65.444	64.226
Brabant-Noord	19.609	12.309	7.686	39.604	3,3%	38.246	36.887	35.008	33.514
Zuidoost Brabant	23.932	11.040	12.011	46.983	3,9%	43.646	43.546	41.946	41.001
Limburg Noord	17.255	11.733	6.740	35.728	3,0%	33.387	31.597	28.979	29.110
Zuid Limburg	20.344	11.650	15.607	47.601	4,0%	46.365	44.740	46.962	44.310
Flevoland	13.093	5.803	4.441	23.337	2,0%	22.459	22.427	21.521	20.884
totaal 2014	579.784	288.924	321.612	1.190.320					
totaal 2013	541.164	274.907	328.709	1.144.780		1.144.780			
totaal 2012	500.835	273.692	325.892	1.100.419			1.100.419		
totaal 2011	478.331	263.257	342.838	1.084.426				1.084.426	
totaal 2010	463.913	247.008	350.347	1.061.268					1.061.268

■ tabel 3.2.2: percentage inwoners dat gebruik maakt van ambulancezorg ten opzichte van het totaal aantal inzetten per regio in 2014

	aantal inwoners	aantal spoed- ritten	% inwoners (spoed)	aantal B- inzetten	% inwoners (B)	totaal inzetten	% inwoners (totaal)
Groningen	582.161	34.149	5,9%	14.614	2,5%	48.763	8,4%
Friesland	646.317	33.985	5,3%	11.166	1,7%	45.151	7,0%
Drenthe	488.988	27.993	5,7%	9.336	1,9%	37.329	7,6%
IJsselland	532.279	23.851	4,5%	8.566	1,6%	32.417	6,1%
Twente	637.391	26.785	4,2%	10.121	1,6%	36.906	5,8%
Noordoost Gelderland	812.001	34.306	4,2%	9.583	1,2%	43.889	5,4%
Gelderland Midden	667.790	30.372	4,5%	9.104	1,4%	39.476	5,9%
Gelderland Zuid	518.684	27.315	5,3%	9.748	1,9%	37.063	7,1%
Utrecht	1.253.672	58.444	4,7%	28.472	2,3%	86.916	6,9%
Noord-Holland Noord	645.715	31.491	4,9%	8.492	1,3%	39.983	6,2%
Amsterdam/Waterland	1.284.512	75.348	5,9%	36.058	2,8%	111.406	8,7%
Kennemerland	526.411	30.803	5,9%	9.265	1,8%	40.068	7,6%
Gooi- en Vechtstreek	245.000	11.371	4,6%	5.750	2,3%	17.121	7,0%
Haaglanden	1.051.980	62.407	5,9%	26.630	2,5%	89.037	8,5%
Hollands Midden	771.184	37.860	4,9%	13.732	1,8%	51.592	6,7%
Rotterdam-Rijnmond	1.268.840	72.158	5,7%	30.819	2,4%	102.977	8,1%
Zuid-Holland Zuid	483.000	24.497	5,1%	9.424	2,0%	33.921	7,0%
Zeeland	383.643	20.477	5,3%	5.542	1,4%	26.019	6,8%
Midden- en West Brabant	1.091.191	58.328	5,3%	18.705	1,7%	77.033	7,1%
Brabant-Noord	645.654	31.918	4,9%	7.686	1,2%	39.604	6,1%
Zuidoost Brabant	749.236	34.972	4,7%	12.011	1,6%	46.983	6,3%
Limburg Noord	515.852	28.988	5,6%	6.740	1,3%	35.728	6,9%
Zuid Limburg	604.000	31.994	5,3%	15.607	2,6%	47.601	7,9%
Flevoland	401.350	18.896	4,7%	4.441	1,1%	23.337	5,8%
totaal 2014	16.806.850	868.708	5,2%	321.612	1,9%	1.190.320	7,1%
totaal 2013	16.791.320	816.071	4,9%	328.709	2,0%	1.144.780	6,8%
totaal 2012	16.503.527	774.527	4,7%	325.892	2,0%	1.100.419	6,7%
totaal 2011	16.717.778	741.588	4,4%	342.838	2,1%	1.084.426	6,5%
totaal 2010	16.616.284	710.921	4,3%	350.347	2,1%	1.061.268	6,4%

■ tabel 3.2.3: spoedeisende ten opzichte van planbare ambulancezorg per regio in 2014

	% spoedeisende ambulancezorg tov totaal	% planbare ambulancezorg tov totaal
Groningen	70%	30%
Friesland	75%	25%
Drenthe	75%	25%
IJsselland	74%	26%
Twente	73%	27%
Noordoost Gelderland	78%	22%
Gelderland Midden	77%	23%
Gelderland Zuid	74%	26%
Utrecht	67%	33%
Noord-Holland Noord	79%	21%
Amsterdam/Waterland	68%	32%
Kennemerland	77%	23%
Gooi- en Vechtstreek	66%	34%
Haaglanden	70%	30%
Hollands Midden	73%	27%
Rotterdam-Rijnmond	70%	30%
Zuid-Holland Zuid	72%	28%
Zeeland	79%	21%
Midden- en West Brabant	76%	24%
Brabant-Noord	81%	19%
Zuidoost Brabant	74%	26%
Limburg Noord	81%	19%
Zuid Limburg	67%	33%
Flevoland	81%	19%
totaal 2014	73%	27%
<i>totaal 2013</i>	<i>71%</i>	<i>29%</i>
<i>totaal 2012</i>	<i>70%</i>	<i>30%</i>
<i>totaal 2011</i>	<i>68%</i>	<i>32%</i>
<i>totaal 2010</i>	<i>67%</i>	<i>33%</i>

■ tabel 3.2.4: A1-inzetten ten opzichte van A2-inzetten per regio in 2014

	% A1-inzetten tov spoedeisend	% A2-inzetten tov spoedeisend
Groningen	67%	33%
Friesland	67%	33%
Drenthe	65%	35%
IJsselland	57%	43%
Twente	47%	53%
Noordoost Gelderland	57%	43%
Gelderland Midden	62%	38%
Gelderland Zuid	59%	41%
Utrecht	58%	42%
Noord-Holland Noord	75%	25%
Amsterdam/Waterland	81%	19%
Kennemerland	76%	24%
Gooi- en Vechtstreek	76%	24%
Haaglanden	70%	30%
Hollands Midden	75%	25%
Rotterdam-Rijnmond	69%	31%
Zuid-Holland Zuid	69%	31%
Zeeland	62%	38%
Midden- en West Brabant	65%	35%
Brabant-Noord	61%	39%
Zuidoost Brabant	68%	32%
Limburg Noord	60%	40%
Zuid Limburg	64%	36%
Flevoland	69%	31%
totaal 2014	67%	33%
<i>totaal 2013</i>	<i>66%</i>	<i>34%</i>
<i>totaal 2012</i>	<i>65%</i>	<i>35%</i>
<i>totaal 2011</i>	<i>65%</i>	<i>36%</i>
<i>totaal 2010</i>	<i>65%</i>	<i>35%</i>

■ tabel 3.3.1: aantal inzetten per regio in 2014

	aantal declarabele- inzetten	aantal EHCV- inzetten	aantal loze inzetten	2014 aantal afgebr. inzetten	totaal	landelijk t.o.v. regionale	2013	2012	2011
Groningen	37.962	8.265	338	2.198	48.763	4,1%	47.219	46.395	46.542
Friesland	33.914	8.547	2.690	-	45.151	3,8%	42.934	41.308	40.409
Drenthe	28.167	7.639	1.523	-	37.329	3,1%	35.262	33.967	34.762
IJsselland	24.138	6.690	221	1.368	32.417	2,7%	32.505	31.739	32.354
Twente	28.803	6.857	109	1.137	36.906	3,1%	35.804	34.469	33.718
Noordoost Gelderland	34.159	8.726	170	834	43.889	3,7%	43.203	43.242	42.894
Gelderland Midden	28.481	8.490	2.505	-	39.476	3,3%	38.129	35.021	34.431
Gelderland Zuid	26.050	7.867	3.146	-	37.063	3,1%	35.677	33.698	31.968
Utrecht	59.341	21.923	5.652	-	86.916	7,3%	84.643	83.613	83.732
Noord-Holland Noord	29.612	9.227	281	863	39.983	3,4%	38.570	38.943	36.970
Amsterdam/Waterland	82.039	24.383	4.984	-	111.406	9,4%	108.160	108.266	103.973
Kennemerland	28.867	9.396	807	998	40.068	3,4%	38.817	38.414	39.031
Gooi- en Vechtstreek	12.793	3.203	180	945	17.121	1,4%	16.025	16.033	16.075
Haaglanden	65.417	16.540	1.846	5.234	89.037	7,5%	86.174	67.275	66.160
Hollands Midden	37.808	9.814	2.750	1.220	51.592	4,3%	50.898	49.929	49.786
Rotterdam-Rijnmond	77.176	18.973	6.828	-	102.977	8,7%	97.056	96.846	98.101
Zuid-Holland Zuid	25.715	5.802	2.404	-	33.921	2,8%	31.899	30.203	29.913
Zeeland	20.018	5.323	105	573	26.019	2,2%	24.532	24.514	23.747
Midden- en West Brabant	55.440	15.453	6.140	-	77.033	6,5%	73.170	67.347	65.444
Brabant-Noord	27.658	9.147	2.799	-	39.604	3,3%	38.246	36.887	35.008
Zuidoost Brabant	33.226	10.544	3.213	-	46.983	3,9%	43.646	43.546	41.946
Limburg Noord	26.046	6.171	3.511	-	35.728	3,0%	33.387	31.597	28.979
Zuid Limburg	35.580	9.179	491	2.351	47.601	4,0%	46.365	44.740	46.962
Flevoland	16.534	5.371	618	814	23.337	2,0%	22.459	22.427	21.521
totaal 2014	874.944	243.530	53.311	18.535	1.190.320				
<i>totaal 2013</i>	<i>853.330</i>	<i>226.016</i>	<i>65.434</i>		<i>1.144.780</i>				
<i>totaal 2012</i>	<i>829.271</i>	<i>219.464</i>	<i>51.684</i>		<i>1.100.419</i>		<i>1.144.780</i>		
<i>totaal 2011</i>	<i>826.193</i>	<i>209.782</i>	<i>48.451</i>		<i>1.084.426</i>			<i>1.100.419</i>	
<i>totaal 2010</i>	<i>823.333</i>	<i>193.178</i>	<i>44.757</i>		<i>1.061.268</i>				<i>1.084.426</i>

■ tabel 3.3.2: percentage declarabele en EHGV-inzetten ten opzichte van het totaal per regio in 2014

	aantal declarabele- inzetten	% declarabele- inzetten t.o.v. totaal	aantal EHGV- inzetten	% EHGV- inzetten t.o.v. totaal	totaal aantal inzetten
Groningen	37.962	77,9%	8.265	16,9%	48.763
Friesland	33.914	75,1%	8.547	18,9%	45.151
Drenthe	28.167	75,5%	7.639	20,5%	37.329
IJsselland	24.138	74,5%	6.690	20,6%	32.417
Twente	28.803	78,0%	6.857	18,6%	36.906
Noordoost Gelderland	34.159	77,8%	8.726	19,9%	43.889
Midden Gelderland	28.481	72,1%	8.490	21,5%	39.476
Gelderland Zuid	26.050	70,3%	7.867	21,2%	37.063
Utrecht	59.341	68,3%	21.923	25,2%	86.916
Noord-Holland Noord	29.612	74,1%	9.227	23,1%	39.983
Amsterdam/Waterland	82.039	73,6%	24.383	21,9%	111.406
Kennemerland	28.867	72,0%	9.396	23,5%	40.068
Gooi- en Vechtstreek	12.793	74,7%	3.203	18,7%	17.121
Haaglanden	65.417	73,5%	16.540	18,6%	89.037
Hollands Midden	37.808	73,3%	9.814	19,0%	51.592
Rotterdam-Rijnmond	77.176	74,9%	18.973	18,4%	102.977
Zuid-Holland Zuid	25.715	75,8%	5.802	17,1%	33.921
Zeeland	20.018	76,9%	5.323	20,5%	26.019
Midden- en West Brabant	55.440	72,0%	15.453	20,1%	77.033
Brabant-Noord	27.658	69,8%	9.147	23,1%	39.604
Zuidoost Brabant	33.226	70,7%	10.544	22,4%	46.983
Noord- en Midden Limburg	26.046	72,9%	6.171	17,3%	35.728
Zuid Limburg	35.580	74,7%	9.179	19,3%	47.601
Flevoland	16.534	70,8%	5.371	23,0%	23.337
totaal 2014	874.944	73,5%	243.530	20,5%	1.190.320
<i>totaal 2013</i>	<i>853.330</i>	<i>74,5%</i>	<i>226.016</i>	<i>19,7%</i>	<i>1.144.780</i>
<i>totaal 2012</i>	<i>829.271</i>	<i>75,4%</i>	<i>219.464</i>	<i>19,9%</i>	<i>1.100.419</i>
<i>totaal 2011</i>	<i>826.193</i>	<i>76,2%</i>	<i>209.782</i>	<i>19,3%</i>	<i>1.084.426</i>
<i>totaal 2010</i>	<i>823.333</i>	<i>77,6%</i>	<i>193.178</i>	<i>18,2%</i>	<i>1.061.268</i>

■ tabel 3.6.1: aantal spoedeisende inzetten voor en door andere regio's dan de eigen regio in 2014

	assistentie verleend aan andere regio's		assistentie ontvangen van andere regio's	
	A1	A2	A1	A2
Groningen	700	226	806	232
Friesland	232	81	432	118
Drenthe	946	270	723	215
IJsselland	428	149	1.253	772
Twente	135	41	207	196
Noordoost Gelderland	2.013	1.339	257	88
Gelderland Midden	332	98	2.222	1.037
Gelderland Zuid	539	164	461	151
Utrecht	678	221	327	76
Noord-Holland Noord	683	233	117	23
Amsterdam/Waterland	245	58	427	237
Kennemerland	523	188	578	143
Gooi- en Vechtstreek	126	22	310	50
Haaglanden	423	96	1.002	273
Hollands Midden	391	107	486	91
Rotterdam-Rijnmond	1.304	378	297	66
Zuid-Holland Zuid	210	65	538	137
Zeeland	196	48	194	50
Midden- en West Brabant	439	122	672	280
Brabant-Noord	771	349	623	193
Zuidoost Brabant	215	62	149	38
Limburg Noord	578	199	236	91
Zuid Limburg	63	22	57	16
Flevoland	354	48	150	13
totaal 2014	12.524	4.586	12.524	4.586
<i>totaal 2013</i>	<i>9.307</i>	<i>3.096</i>	<i>9.307</i>	<i>3.096</i>
<i>totaal 2012</i>	<i>8.208</i>	<i>3.276</i>	<i>8.208</i>	<i>3.276</i>
<i>totaal 2011</i>	<i>7.350</i>	<i>3.105</i>	<i>7.350</i>	<i>3.105</i>

► Tabellen bij hoofdstuk 4 'Prestatie'

■ tabel 4.2.1: gemiddelde responstijd A1-inzetten per regio (in min:sec)

	2014	2013	2012	2011	2010
Groningen	9:03	8:42	8:34	8:34	8:43
Friesland	9:41	9:21	9:35	9:57	9:48
Drenthe	9:26	9:09	9:16	9:05	9:08
IJsselland	9:20	9:39	9:35	9:37	9:28
Twente	8:59	8:57	8:52	9:02	9:13
Noordoost Gelderland	10:01	10:29	10:18	10:12	10:09
Gelderland Midden	9:29	9:29	9:05	9:02	9:13
Gelderland Zuid	9:03	9:27	9:14	9:32	9:41
Utrecht	9:07	9:15	9:13	9:01	9:16
Noord-Holland Noord	10:03	10:17	10:49	10:11	10:16
Amsterdam/Waterland	9:47	10:15	9:42	9:32	9:44
Kenemerland	8:50	8:33	8:41	8:07	8:37
Gooi- en Vechtstreek	8:55	8:52	8:48	9:02	9:24
Haaglanden	9:27	9:19	9:35	9:32	9:42
Hollands Midden	9:31	9:20	9:57	9:35	9:16
Rotterdam-Rijnmond	9:44	9:47	10:36	10:29	10:21
Zuid-Holland Zuid	9:26	9:49	9:22	9:25	9:41
Zeeland	9:43	9:49	10:03	10:09	10:46
Midden- en West Brabant	9:25	10:22	9:51	9:37	10:04
Brabant-Noord	9:31	10:15	9:42	9:25	9:43
Zuidoost Brabant	9:55	9:27	9:23	9:20	9:19
Limburg Noord	9:38	9:52	9:57	9:52	10:06
Zuid Limburg	8:55	10:05	10:04	9:52	10:07
Flevoland	9:09	9:06	9:23	9:23	9:32
gewogen landelijk gemiddelde	9:29	9:39	9:40	9:32	9:40

■ tabel 4.2.2: A1-inzetten binnen 15 minuten bij de patiënt per regio

	2014		2013		2012		2011		2010	
	aantal	%	aantal	%	aantal	%	aantal	%	aantal	%
Groningen	18.814	94%	18.288	95%	17.248	96%	17.769	96%	16.875	95%
Friesland	17.743	91%	16.762	92%	12.249	90%	12.842	89%	13.575	90%
Drenthe	15.373	93%	14.350	94%	7.991	93%	8.591	94%	11.250	92%
IJsselland	10.690	94%	9.912	93%	9.378	93%	7.774	93%	8.587	93%
Twente	11.388	95%	10.818	95%	10.091	95%	9.499	94%	9.379	93%
Noordoost Gelderland	17.735	91%	16.490	89%	15.470	90%	14.544	90%	13.422	89%
Gelderland Midden	14.001	93%	14.256	93%	13.684	95%	12.258	95%	11.716	95%
Gelderland Zuid	12.652	95%	11.942	95%	12.293	95%	10.429	93%	10.322	92%
Utrecht	27.457	96%	24.911	95%	23.710	95%	22.843	96%	18.005	95%
Noord-Holland Noord	19.817	92%	18.931	93%	15.938	88%	15.011	90%	14.305	90%
Amsterdam/Waterland	48.149	93%	40.791	91%	45.137	93%	43.651	94%	42.878	93%
Kennemerland	19.192	95%	15.793	95%	12.043	95%	17.659	96%	17.136	95%
Gooi- en Vechtstreek	6.833	97%	6.430	97%	6.457	97%	6.465	96%	6.227	95%
Haaglanden	35.151	95%	34.565	95%	34.086	96%	34.128	97%	31.195	97%
Hollands Midden	23.109	93%	23.396	95%	21.755	96%	22.128	96%	22.427	96%
Rotterdam-Rijnmond	38.649	92%	35.690	91%	33.291	89%	35.422	90%	35.375	89%
Zuid-Holland Zuid	13.643	93%	12.043	93%	11.437	94%	11.017	94%	10.507	92%
Zeeland	10.095	91%	9.344	91%	9.203	89%	8.603	88%	7.786	85%
Midden- en West Brabant	31.117	93%	28.268	89%	23.379	92%	18.493	92%	17.061	89%
Brabant-Noord	16.426	94%	14.694	89%	13.225	94%	10.345	94%	9.100	93%
Zuidoost Brabant	19.110	92%	15.525	94%	14.932	93%	13.886	92%	13.297	93%
Limburg Noord	13.071	92%	11.409	90%	10.448	90%	9.318	90%	8.875	88%
Zuid Limburg	17.628	97%	16.007	92%	14.583	92%	14.215	92%	12.790	91%
Flevoland	11.006	94%	9.863	94%	10.707	93%	10.245	93%	9.534	92%
gewogen landelijk gemiddelde	468.849	93%	430.478	93%	398.735	93%	387.135	93%	371.624	92%

■ tabel 4.2.3: percentage A1-inzetten binnen 14, 15 en 16 minuten bij de patiënt per regio in 2014

	% A1-inzetten bij de patiënt binnen:			95% ter plaatsse in:
	14 min	15 min	16 min	
Groningen	91%	94%	96%	16 minuten
Friesland	88%	91%	94%	17 minuten
Drenthe	90%	93%	95%	16 minuten
IJsselland	90%	94%	96%	16 minuten
Twente	91%	95%	96%	16 minuten
Noordoost Gelderland	87%	91%	94%	17 minuten
Gelderland Midden	89%	93%	95%	17 minuten
Gelderland Zuid	91%	95%	96%	16 minuten
Utrecht	93%	95%	97%	15 minuten
Noord-Holland Noord	88%	92%	94%	17 minuten
Amsterdam/Waterland	90%	93%	95%	16 minuten
Kennemerland	93%	95%	96%	16 minuten
Gooi- en Vechtstreek	93%	97%	98%	15 minuten
Haaglanden	91%	95%	96%	15 minuten
Hollands Midden	90%	93%	95%	16 minuten
Rotterdam-Rijnmond	88%	91%	93%	17 minuten
Zuid-Holland Zuid	90%	93%	95%	16 minuten
Zeeland	88%	91%	93%	18 minuten
Midden- en West Brabant	90%	93%	95%	16 minuten
Brabant-Noord	90%	94%	96%	16 minuten
Zuidoost Brabant	88%	91%	94%	17 minuten
Limburg Noord	88%	92%	94%	17 minuten
Zuid Limburg	95%	97%	98%	14 minuten
Flevoland	90%	94%	95%	17 minuten
gewogen landelijk gemiddelde 2014	90%	93%	95%	16 minuten
<i>gewogen landelijk gemiddelde 2013</i>	<i>89%</i>	<i>93%</i>	<i>95%</i>	<i>17 minuten</i>
<i>gewogen landelijk gemiddelde 2012</i>	<i>89%</i>	<i>93%</i>	<i>95%</i>	<i>17 minuten</i>
<i>gewogen landelijk gemiddelde 2011</i>	<i>90%</i>	<i>93%</i>	<i>95%</i>	<i>16 minuten</i>
<i>gewogen landelijk gemiddelde 2010</i>	<i>89%</i>	<i>92%</i>	<i>94%</i>	<i>17 minuten</i>

tabel 4.2.4: gemiddelde tijdsduur aanname en uitgifte A1-inzetten per regio (in min:sec)

	2014	2013	2012	2011	2010
Groningen	2:01	1:41	1:41	1:47	1:46
Friesland	2:02	1:43	1:50	1:52	1:48
Drenthe	2:02	1:43	1:44	1:27	1:27
IJsselland	1:41	1:58	2:01	2:04	1:53
Twente	1:51	1:26	1:34	1:35	1:41
Noordoost Gelderland	1:38	1:56	1:58	2:00	1:49
Gelderland Midden	1:44	1:40	1:31	1:31	1:33
Gelderland Zuid	1:20	1:37	1:34	1:44	1:37
Utrecht	1:38	1:39	1:40	1:50	1:54
Noord-Holland Noord	1:14	1:36	2:15	1:37	1:36
Amsterdam/Waterland	2:36	2:48	2:28	2:34	2:32
Kennemerland	1:31	1:18	1:26	1:05	1:25
Gooi- en Vechtstreek	1:37	1:35	1:32	1:41	1:46
Haaglanden	2:14	2:16	2:22	2:08	2:06
Hollands Midden	1:35	1:35	2:23	2:01	1:41
Rotterdam-Rijnmond	2:14	2:35	2:17	2:07	2:05
Zuid-Holland Zuid	1:27	1:59	1:31	1:24	1:29
Zeeland	1:07	1:22	1:31	1:37	1:47
Midden- en West Brabant	1:21	2:09	2:02	1:40	1:45
Brabant-Noord	1:20	1:58	1:55	1:30	1:33
Zuidoost Brabant	2:02	1:56	1:55	2:00	1:52
Limburg Noord	1:19	1:27	1:26	1:24	1:24
Zuid Limburg	1:30	2:00	1:58	1:45	1:49
Flevoland	1:42	1:34	1:34	1:38	1:40
gewogen landelijk gemiddelde	1:48	1:58	1:58	1:52	1:51

■ tabel 4.2.5: gemiddelde uitruktijd A1-inzetten per regio (in min:sec)

	2014	2013	2012	2011	2010
Groningen	0:45	0:44	0:43	0:41	0:43
Friesland	0:53	0:54	0:54	0:55	0:54
Drenthe	0:51	0:49	0:49	0:46	0:44
IJsselland	0:57	0:35	0:35	1:01	1:02
Twente	0:43	0:29	0:45	0:46	0:43
Noordoost Gelderland	1:06	0:58	0:52	0:51	0:54
Gelderland Midden	0:39	0:39	0:37	0:41	0:45
Gelderland Zuid	0:49	1:00	0:49	0:44	0:48
Utrecht	0:59	1:03	1:05	0:54	0:57
Noord-Holland Noord	0:50	0:50	0:51	0:49	0:51
Amsterdam/Waterland	1:02	1:11	1:10	1:10	1:12
Kennemerland	0:56	0:55	0:55	0:51	0:53
Gooi- en Vechtstreek	0:55	0:56	0:55	0:53	0:52
Haaglanden	0:58	1:03	1:23	1:32	1:31
Hollands Midden	1:02	0:59	1:04	1:07	1:05
Rotterdam-Rijnmond	1:25	1:32	1:36	1:34	1:26
Zuid-Holland Zuid	1:08	1:08	1:02	1:07	1:21
Zeeland	0:56	0:58	0:58	0:59	1:07
Midden- en West Brabant	0:42	0:46	0:41	0:42	0:40
Brabant-Noord	0:35	0:42	0:37	0:38	0:41
Zuidoost Brabant	0:51	0:56	0:55	0:54	0:49
Limburg Noord	0:55	0:58	1:02	0:57	0:49
Zuid Limburg	0:45	0:56	1:00	0:58	1:01
Flevoland	0:26	0:33	0:58	1:08	1:09
gewogen landelijk gemiddelde	0:56	0:58	1:01	1:02	1:02

■ tabel 4.2.6: gemiddelde aanrijtijd A1-inzetten per regio (in min:sec)

	2014	2013	2012	2011	2010
Groningen	6:15	6:15	6:09	6:04	6:13
Friesland	6:40	6:39	6:45	7:01	6:59
Drenthe	6:29	6:34	6:37	6:48	6:53
IJsselland	6:38	6:21	6:48	6:28	6:20
Twente	6:22	5:56	6:32	6:41	6:48
Noordoost Gelderland	7:14	7:27	7:24	7:21	7:23
Gelderland Midden	6:59	7:02	6:56	6:49	6:53
Gelderland Zuid	6:40	7:10	6:51	7:04	7:16
Utrecht	6:29	6:33	6:28	6:17	6:25
Noord-Holland Noord	7:57	7:46	7:38	7:42	7:50
Amsterdam/Waterland	6:11	6:21	6:08	5:53	6:01
Kennemerland	6:21	6:15	6:15	6:05	6:14
Gooi- en Vechtstreek	6:21	6:19	6:22	6:26	6:46
Haaglanden	6:14	6:08	5:55	5:55	6:08
Hollands Midden	6:49	6:46	6:29	6:26	6:29
Rotterdam-Rijnmond	5:52	5:32	6:31	6:37	6:47
Zuid-Holland Zuid	6:49	6:39	6:48	6:58	6:51
Zeeland	7:28	7:21	7:29	7:27	7:45
Midden- en West Brabant	7:19	7:19	7:04	7:12	7:36
Brabant-Noord	7:31	7:27	7:08	7:15	7:27
Zuidoost Brabant	6:57	6:32	6:33	6:23	6:34
Limburg Noord	7:20	7:23	7:26	7:29	7:50
Zuid Limburg	6:40	7:03	6:58	7:00	7:09
Flevoland	6:58	6:57	6:49	6:36	6:43
gewogen landelijk gemiddelde	6:41	6:39	6:39	6:36	6:45

■ tabel 4.3.1: gemiddelde responstijd A2-inzetten per regio (in min:sec)

	2014	2013	2012	2011	2010
Groningen	15:01	14:55	14:53	15:47	16:11
Friesland	14:21	14:20	13:19	14:07	14:41
Drenthe	14:13	14:38	12:29	12:58	14:27
IJsselland	14:52	15:57	16:28	16:21	15:22
Twente	14:36	14:55	14:44	15:14	16:01
Noordoost Gelderland	16:47	18:14	17:51	17:59	17:38
Gelderland Midden	16:27	16:35	15:59	15:57	16:17
Gelderland Zuid	13:25	14:04	13:52	14:37	14:53
Utrecht	15:57	16:08	15:51	15:29	16:07
Noord-Holland Noord	14:13	14:48	16:21	16:21	16:12
Amsterdam/Waterland	16:29	17:16	17:07	17:16	17:46
Kennemerland	14:05	15:05	15:38	14:21	15:18
Gooi- en Vechtstreek	13:59	14:21	13:58	14:22	14:56
Haaglanden	15:44	16:20	16:44	17:22	17:43
Hollands Midden	14:26	13:57	14:53	15:14	15:05
Rotterdam-Rijnmond	15:25	15:18	16:33	16:38	17:04
Zuid-Holland Zuid	13:32	14:10	14:24	14:53	15:29
Zeeland	14:15	15:30	16:12	16:01	16:19
Midden- en West Brabant	13:30	14:57	14:12	14:12	14:40
Brabant-Noord	14:12	15:24	14:58	14:54	15:16
Zuidoost Brabant	14:59	14:46	14:09	14:09	13:55
Limburg Noord	15:38	15:23	14:55	14:52	15:07
Zuid Limburg	14:00	15:09	15:02	14:50	15:30
Flevoland	13:55	14:02	14:45	15:09	15:17
gewogen landelijk gemiddelde	14:56	15:26	15:15	15:25	15:51

■ tabel 4.3.2: A2-inzetten binnen 30 minuten bij de patiënt per regio

	2014		2013		2012		2011		2010	
	aantal	%	aantal	%	aantal	%	aantal	%	aantal	%
Groningen	8.975	96%	8.963	96%	8.808	96%	8.022	95%	7.295	94%
Friesland	9.454	97%	8.935	97%	11.728	97%	9.041	97%	7.465	97%
Drenthe	8.408	97%	8.129	96%	13.635	97%	13.130	96%	9.935	95%
IJsselland	8.097	97%	7.671	96%	7.593	94%	7.120	95%	8.631	97%
Twente	12.111	98%	12.424	97%	12.426	97%	11.875	96%	11.440	95%
Noordoost Gelderland	12.958	94%	11.715	91%	11.637	93%	11.727	91%	11.448	92%
Gelderland Midden	8.248	94%	8.535	93%	8.236	94%	8.167	94%	7.724	94%
Gelderland Zuid	8.136	98%	7.435	98%	8.054	98%	7.024	97%	6.847	97%
Utrecht	17.640	97%	16.514	96%	16.292	96%	15.417	97%	15.418	95%
Noord-Holland Noord	7.282	98%	7.442	98%	6.077	95%	6.069	95%	6.001	95%
Amsterdam/Waterland	10.821	96%	9.469	96%	9.690	95%	9.154	95%	8.574	95%
Kenemerland	6.100	97%	4.776	96%	3.355	95%	4.931	97%	4.799	96%
Gooi- en Vechtstreek	2.160	98%	1.956	97%	1.819	98%	1.888	98%	1.928	97%
Haaglanden	14.591	97%	14.361	96%	13.116	96%	12.782	95%	13.265	96%
Hollands Midden	7.638	97%	8.018	98%	8.404	97%	7.246	97%	5.722	97%
Rotterdam-Rijnmond	16.495	95%	16.545	95%	15.917	94%	14.263	94%	13.912	94%
Zuid-Holland Zuid	6.302	99%	6.296	99%	6.431	98%	5.825	98%	5.898	97%
Zeeland	6.401	96%	5.776	94%	5.300	94%	5.152	95%	4.957	94%
Midden- en West Brabant	15.715	99%	15.392	97%	17.467	98%	20.160	98%	18.659	98%
Brabant-Noord	10.288	97%	9.637	96%	10.031	97%	10.937	97%	9.865	97%
Zuidoost Brabant	8.650	97%	9.823	97%	9.260	98%	8.542	98%	8.076	98%
Limburg Noord	8.847	97%	8.502	97%	8.587	97%	7.702	97%	7.242	96%
Zuid Limburg	9.806	99%	8.987	97%	9.442	98%	9.317	97%	8.614	96%
Flevoland	4.977	98%	4.878	97%	4.966	96%	4.746	95%	4.697	94%
gewogen landelijk gemiddelde	230.100	97%	222.179	96%	228.271	96%	220.237	96%	208.412	96%

■ tabel 4.3.3: percentage A2-inzetten binnen 25, 30 en 35 minuten bij de patiënt per regio in 2014

	% A2-inzetten bij de patiënt binnen:			95% ter plaatse in:
	25 min	30 min	35 min	
Groningen	92%	96%	98%	29 minuten
Friesland	94%	97%	98%	27 minuten
Drenthe	93%	97%	98%	28 minuten
IJsselland	92%	97%	98%	28 minuten
Twente	93%	98%	99%	27 minuten
Noordoost Gelderland	88%	93%	96%	33 minuten
Gelderland Midden	88%	94%	96%	33 minuten
Gelderland Zuid	95%	98%	99%	25 minuten
Utrecht	91%	97%	99%	28 minuten
Noord-Holland Noord	94%	98%	99%	27 minuten
Amsterdam/Waterland	90%	96%	99%	29 minuten
Kennemerland	94%	97%	98%	27minuten
Gooi- en Vechtstreek	95%	98%	99%	26minuten
Haaglanden	91%	97%	99%	28 minuten
Hollands Midden	94%	97%	98%	27 minuten
Rotterdam-Rijnmond	90%	95%	97%	31 minuten
Zuid-Holland Zuid	95%	99%	99%	25 minuten
Zeeland	92%	96%	97%	29 minuten
Midden- en West Brabant	96%	98%	99%	25 minuten
Brabant-Noord	94%	97%	99%	26 minuten
Zuidoost Brabant	93%	97%	99%	27 minuten
Limburg Noord	91%	97%	98%	28 minuten
Zuid Limburg	96%	99%	99%	24 minuten
Flevoland	94%	97%	99%	27 minuten
gewogen landelijk gemiddelde 2014	92%	97%	98%	28 minuten
<i>gewogen landelijk gemiddelde 2013</i>	<i>91%</i>	<i>96%</i>	<i>98%</i>	<i>29 minuten</i>
<i>gewogen landelijk gemiddelde 2012</i>	<i>92%</i>	<i>96%</i>	<i>98%</i>	<i>29 minuten</i>
<i>gewogen landelijk gemiddelde 2011</i>	<i>91%</i>	<i>96%</i>	<i>98%</i>	<i>29 minuten</i>
<i>gewogen landelijk gemiddelde 2010</i>	<i>90%</i>	<i>96%</i>	<i>98%</i>	<i>30 minuten</i>

■ tabel 4.3.4: gemiddelde tijdsduur aanname en uitgifte A2-inzetten per regio (in min:sec)

	2014	2013	2012	2011	2010
Groningen	3:19	3:19	3:30	4:03	4:00
Friesland	2:47	2:49	2:41	2:50	2:54
Drenthe	3:02	3:10	2:40	2:27	2:47
IJsselland	3:01	2:54	2:57	3:51	3:17
Twente	2:55	2:55	2:59	3:15	3:49
Noordoost Gelderland	3:16	4:00	4:01	4:09	3:50
Gelderland Midden	3:32	3:34	3:15	3:09	3:10
Gelderland Zuid	2:06	2:32	2:34	2:49	2:44
Utrecht	3:32	3:31	3:29	3:36	3:55
Noord-Holland Noord	1:44	2:06	2:57	2:53	2:38
Amsterdam/Waterland	3:49	4:06	3:55	4:09	4:29
Kenemerland	2:26	2:31	2:53	2:10	2:51
Gooi- en Vechtstreek	2:52	3:00	2:46	2:47	2:59
Haaglanden	3:38	4:16	4:36	4:29	4:29
Hollands Midden	2:34	2:31	3:15	3:10	2:52
Rotterdam-Rijnmond	3:25	3:52	3:45	3:42	4:34
Zuid-Holland Zuid	2:13	2:40	2:43	2:41	2:54
Zeeland	1:57	2:30	2:50	2:52	3:09
Midden- en West Brabant	1:50	2:36	2:30	2:27	2:37
Brabant-Noord	2:07	2:41	2:57	2:55	3:09
Zuidoost Brabant	2:48	2:58	2:49	3:01	2:54
Limburg Noord	2:43	2:37	2:29	2:25	2:26
Zuid Limburg	2:28	2:59	2:54	2:39	2:52
Flevoland	3:09	2:57	3:37	4:06	3:58
gewogen landelijk gemiddelde	2:53	3:10	3:11	3:14	3:25

■ tabel 4.3.5: gemiddelde uitruktijd A2-inzetten per regio (in min:sec)

	2014	2013	2012	2011	2010
Groningen	1:05	1:06	1:03	1:04	1:04
Friesland	1:09	1:11	1:05	1:05	1:04
Drenthe	1:03	1:01	0:57	0:55	0:58
IJsselland	1:08	0:53	0:54	1:22	1:29
Twente	1:32	1:25	1:33	1:32	1:23
Noordoost Gelderland	1:30	1:21	1:12	1:14	1:19
Gelderland Midden	1:11	1:14	1:06	1:11	1:13
Gelderland Zuid	0:54	1:03	0:55	0:50	0:55
Utrecht	1:13	1:21	1:25	1:19	1:26
Noord-Holland Noord	0:58	1:03	1:11	1:07	1:09
Amsterdam/Waterland	1:20	1:39	1:50	1:53	1:56
Kennemerland	1:11	1:23	1:24	1:15	1:15
Gooi- en Vechtstreek	1:10	1:10	1:14	1:07	1:08
Haaglanden	1:08	1:15	1:47	2:07	2:04
Hollands Midden	1:19	1:15	1:29	1:38	1:41
Rotterdam-Rijnmond	1:49	2:00	2:02	2:01	1:47
Zuid-Holland Zuid	1:17	1:25	1:16	1:26	1:58
Zeeland	1:03	1:13	1:19	1:23	1:30
Midden- en West Brabant	0:47	0:56	0:51	0:54	0:49
Brabant-Noord	0:44	0:55	0:49	0:49	0:54
Zuidoost Brabant	1:05	1:19	1:14	1:15	1:06
Limburg Noord	0:52	0:57	1:01	1:00	0:55
Zuid Limburg	0:57	1:16	1:17	1:17	1:21
Flevoland	0:29	0:40	1:22	1:40	1:33
gewogen landelijk gemiddelde	1:10	1:15	1:17	1:19	1:20

■ tabel 4.3.6: gemiddelde aanrijdtijd A2-inzetten per regio (in min:sec)

	2014	2013	2012	2011	2010
Groningen	10:09	10:11	9:57	10:01	10:18
Friesland	10:15	10:09	9:22	10:01	10:38
Drenthe	9:39	9:48	8:26	8:54	9:54
IJsselland	10:20	10:18	10:50	10:18	9:57
Twente	9:57	9:30	10:17	10:27	10:48
Noordoost Gelderland	11:22	12:00	11:53	11:53	11:45
Gelderland Midden	11:01	11:00	11:03	11:03	11:17
Gelderland Zuid	10:18	10:28	10:24	10:57	11:15
Utrecht	11:12	11:16	10:57	10:35	10:45
Noord-Holland Noord	11:31	11:40	12:06	12:04	12:10
Amsterdam/Waterland	11:24	11:34	11:28	11:19	11:25
Kennemerland	10:13	10:53	10:58	10:41	10:52
Gooi- en Vechtstreek	9:51	9:52	9:49	10:13	10:23
Haaglanden	10:48	10:50	10:33	10:49	11:10
Hollands Midden	10:15	10:02	9:52	10:16	10:26
Rotterdam-Rijnmond	9:32	8:54	10:14	10:24	10:42
Zuid-Holland Zuid	9:57	9:58	10:25	10:46	10:43
Zeeland	10:46	11:07	11:27	11:13	10:55
Midden- en West Brabant	10:47	11:16	10:45	10:44	11:03
Brabant-Noord	11:09	11:35	11:00	10:54	10:56
Zuidoost Brabant	10:58	10:19	10:00	9:46	9:48
Limburg Noord	11:52	11:42	11:12	11:18	11:26
Zuid Limburg	10:30	10:50	10:45	10:45	11:04
Flevoland	9:56	10:00	9:47	9:36	9:43
gewogen landelijk gemiddelde	10:37	10:39	10:32	10:37	10:51

► Tabel bij hoofdstuk 8

■ tabel 8.3.1: aantal klachten per 1.000 inzetten per regio

	2014	2013	2012	2011	2010
Groningen	0,98	1,02	0,88	0,41	0,76
Friesland	0,69	0,44	0,51	0,32	0,35
Drenthe	0,38	0,20	0,35	0,32	0,18
IJsselland	0,37	0,12	0,03	0,34	0,25
Twente	0,68	0,53	0,55	0,53	0,53
Noordoost Gelderland	0,21	0,35	0,53	0,56	0,60
Gelderland Midden	0,53	0,45	0,57	0,41	0,64
Gelderland Zuid	0,78	0,45	0,65	0,50	0,74
Utrecht	0,53	0,50	0,54	0,32	0,50
Noord-Holland Noord	0,48	0,75	1,08	0,87	1,23
Amsterdam/Waterland	0,99	0,85	0,70	0,29	0,34
Kennemerland	0,30	0,70	0,70	0,56	0,13
Gooi- en Vechtstreek	0,64	0,69	0,81	0,81	0,39
Haaglanden	0,31	0,32	0,42	0,23	0,28
Hollands Midden	0,23	0,39	0,32	0,16	0,25
Rotterdam-Rijnmond	0,67	0,63	0,50	0,44	0,46
Zuid-Holland Zuid	0,59	0,75	0,70	0,53	0,30
Zeeland	0,54	0,82	4,00	0,29	0,52
Midden- en West Brabant	0,40	0,62	0,56	0,21	0,42
Brabant-Noord	0,43	0,47	0,49	0,37	0,51
Zuidoost Brabant	0,55	0,41	0,60	0,64	0,51
Limburg Noord	1,46	0,81	0,41	0,83	0,82
Zuid Limburg	0,46	0,35	0,45	0,34	0,27
Flevoland	0,90	0,98	0,94	1,16	0,81
aantal klachten per 1.000 inzetten	0,59	0,56	0,64	0,48	0,46
1 klacht per ... inzetten	1.703	1.775	1.552	2.368	2.148
totaal aantal klachten	699	645	709	458	494

► Tabellen bij hoofdstuk 9

■ tabel 9.1.2: regionale formatie aantallen medewerkers in 2014

	AVP	ACH	MK vpc	MK nvpc	ZAB	ZAC	overig	totaal 2014	totaal 2013	totaal 2012
Groningen	126	117	13	1	4	1	32	294	269	258
Friesland	112	106	12	4	14	2	31	281	277	272
Drenthe	79	69	8	4	15	0	51	226	232	237
IJsselland	85	77	13	2	14	0	73	264	221	219
Twente	82	68	19	0	15	7	33	224	222	226
Noordoost Gelderland	96	84	15	1	5	0	12	213	209	214
Gelderland Midden	65	54	19	0	9	6	17	170	168	162
Gelderland Zuid	75	67	15	0	4	4	24	191	203	186
Utrecht	146	103	23	0	37	0	82	391	383	394
Noord-Holland Noord	86	78	32	0	0	1	26	223	223	210
Amsterdam/Waterland	171	153	28	8	24	24	82	490	462	426
Kennemerland	77	68	20	1	2	2	14	184	175	174
Gooi- en Vechtstreek	31	24	8	0	0	0	9	72	71	68
Haaglanden	103	90	22	3	14	14	44	290	286	268
Hollands Midden	92	83	17	10	0	0	34	236	238	209
Rotterdam-Rijnmond	156	134	23	7	29	2	38	389	371	353
Zuid-Holland Zuid	59	45	13	0	13	4	19	153	149	150
Zeeland	80	69	14	0	2	2	9	176	190	171
Midden- en West Brabant	125	109	22	2	12	7	23	300	275	277
Brabant-Noord	76	68	18	0	3	5	18	188	176	177
Zuidoost Brabant	76	80	22	0	6	4	7	195	188	198
Limburg Noord	58	70	12	1	8	4	47	200	201	180
Zuid Limburg	72	72	17	0	0	0	18	179	194	178
Flevoland	52	47	13	2	0	0	12	126	126	121
totaal 2014	2.180	1.935	418	46	230	89	755	5.655		
<i>totaal 2013</i>	<i>2.133</i>	<i>1.913</i>	<i>408</i>	<i>33</i>	<i>197</i>	<i>103</i>	<i>722</i>		<i>5.509</i>	
<i>totaal 2012</i>	<i>2.218</i>	<i>1.949</i>	<i>377</i>	<i>37</i>	<i>-</i>	<i>-</i>	<i>747</i>			<i>5.328</i>

AVP = ambulanceverpleegkundige
 ACH = ambulancechauffeur
 MK vpc = verpleegkundig centralist meldkamer ambulancezorg
 MK nvpc = niet-verpleegkundig centralist meldkamer ambulancezorg
 ZAB = zorgambulancebegeleider
 ZAB = zorgambulancechauffeur

■ tabel 9.2.2: regionale formatie aantallen medewerkers in 2014 (in fte)

	AVP	ACH	MK vpc	MK nvpc	ZAB	ZAC	overig	totaal 2014	totaal 2013	totaal 2012
Groningen	107	107	12	1	2	0	27	256	243	243
Friesland	110	102	9	4	8	2	29	263	256	253
Drenthe	75	68	8	3	10	0	46	211	216	220
IJsselland	79	72	10	2	5	0	44	213	191	188
Twente	75	66	15	0	6	6	29	196	196	198
Noordoost Gelderland	90	81	13	1	4	0	11	200	200	196
Gelderland Midden	60	51	16	0	4	5	13	149	150	148
Gelderland Zuid	58	63	13	0	3	3	16	157	173	168
Utrecht	129	95	20	0	32	0	74	350	346	357
Noord-Holland Noord	78	73	25	0	0	1	25	202	198	189
Amsterdam/Waterland	151	146	24	7	19	23	69	440	398	371
Kennemerland	65	56	16	1	14	13	12	178	152	148
Gooi- en Vechtstreek	28	25	6	0	0	0	7	65	62	62
Haaglanden	94	87	18	3	8	6	36	264	267	255
Hollands Midden	87	80	14	5	0	0	27	214	200	185
Rotterdam-Rijnmond	142	129	19	6	22	2	33	354	335	327
Zuid-Holland Zuid	52	46	12	0	7	1	17	135	131	131
Zeeland	74	67	13	0	2	2	6	164	177	154
Midden- en West Brabant	116	106	17	1	9	7	20	275	256	260
Brabant-Noord	68	64	13	0	2	3	15	165	157	159
Zuidoost Brabant	71	69	19	0	5	4	6	173	179	194
Limburg Noord	63	56	10	2	5	4	37	177	174	156
Zuid Limburg	67	69	15	0	0	0	16	167	178	161
Flevoland	50	45	14	2	0	0	11	122	119	117
totaal 2014	1.992	1.823	350	37	171	89	627	5.089		
<i>totaal 2013</i>	<i>1.946</i>	<i>1.800</i>	<i>338</i>	<i>27</i>	<i>161</i>	<i>71</i>	<i>611</i>		<i>4.954</i>	
<i>totaal 2012</i>	<i>2.009</i>	<i>1.860</i>	<i>314</i>	<i>34</i>	<i>-</i>	<i>-</i>	<i>626</i>			<i>4.843</i>

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

■ tabel 9.3.2: leeftijdsopbouw medewerkers ambulancezorg 2012-2014 (regionaal)

	< 20 jaar	20 t/m 24 jaar	25 t/m 29 jaar	30 t/m 34 jaar	35 t/m 39 jaar	40 t/m 44 jaar	45 t/m 49 jaar	50 jaar 54 jaar	55 t/m 59 jaar	60 ≥ jaar	totaal
Groningen	0	2	14	35	60	47	62	35	31	8	294
Friesland	0	0	9	35	51	67	40	42	29	8	281
Drenthe	0	0	7	11	46	48	48	45	17	4	226
IJsselland	1	3	5	9	49	51	54	49	24	19	264
Twente	0	0	4	16	22	37	70	51	17	7	224
Noordoost Gelderland	0	0	6	23	41	31	48	41	23	0	213
Gelderland Midden	0	10	21	20	28	35	26	20	9	1	170
Gelderland Zuid	0	1	2	14	20	32	51	38	21	10	189
Utrecht	0	0	13	40	47	76	76	87	46	6	391
Noord-Holland Noord	0	4	9	19	42	47	40	35	25	2	223
Amsterdam/Waterland	0	3	30	44	75	72	79	101	64	22	490
Kennemerland	0	0	5	9	29	31	38	40	29	3	184
Gooi- en Vechtstreek	0	0	1	8	17	15	10	10	9	2	72
Haaglanden	0	3	8	32	45	58	41	59	31	13	290
Hollands Midden	3	8	15	25	30	40	40	35	32	8	236
Rotterdam-Rijnmond	0	1	21	47	64	59	61	76	42	18	389
Zuid-Holland Zuid	0	1	6	11	26	23	23	23	30	10	153
Zeeland	0	1	10	21	25	30	18	32	34	5	176
Midden- en West Brabant	0	5	11	38	63	67	47	40	26	3	300
Brabant-Noord	0	0	2	18	33	45	36	32	15	7	188
Zuidoost Brabant	0	2	7	18	29	40	51	32	16	0	195
Limburg Noord	0	6	15	17	30	34	40	28	25	5	200
Zuid Limburg	0	0	8	11	34	31	41	31	19	4	179
Flevoland	0	0	3	15	14	24	27	28	12	3	126
totaal 2014	4	50	232	536	920	1.040	1.067	1.010	626	168	5.653
<i>totaal 2013</i>	<i>8</i>	<i>48</i>	<i>251</i>	<i>582</i>	<i>943</i>	<i>1.011</i>	<i>1.032</i>	<i>950</i>	<i>554</i>	<i>130</i>	<i>5.509</i>
<i>totaal 2012</i>	<i>5</i>	<i>42</i>	<i>229</i>	<i>570</i>	<i>899</i>	<i>1.004</i>	<i>1.045</i>	<i>949</i>	<i>504</i>	<i>81</i>	<i>5.328</i>

■ tabel 9.5.2: beschikbare uren per dienstsoort per regio

	aantal parate uren	aantal aanwezig- heids uren	aantal beschik- bare uren	totaal 2014	<i>totaal</i> 2013	<i>totaal</i> 2012
Groningen	146.745	19.710	0	166.455	159.582	159.582
Friesland	156.858	54.846	26.280	237.984	227.929	228.349
Drenthe	106.041	42.705	0	148.746	155.166	104.121
IJsselland	110.351	31.113	0	141.464	141.464	141.464
Twente	116.188	0	0	116.188	116.188	116.242
Noordoost Gelderland	117.397	33.215	0	150.612	147.001	144.033
Gelderland Midden	97.760	0	0	97.760	98.098	95.176
Gelderland Zuid	125.957	0	2.920	128.877	104.395	103.712
Utrecht	206.768	0	0	206.768	215.393	218.128
Noord-Holland Noord	111.752	6.898	0	118.650	116.441	116.703
Amsterdam/Waterland	220.033	0	0	220.033	216.040	208.416
Kenemerland	90.168	0	0	90.168	90.168	90.168
Gooi- en Vechtstreek	37.700	0	0	37.700	35.880	35.880
Haaglanden	139.000	0	0	139.000	140.808	132.577
Hollands Midden	115.462	0	0	115.462	115.462	115.462
Rotterdam-Rijnmond	213.743	0	0	213.743	210.584	207.896
Zuid-Holland Zuid	82.050	5.824	6.266	94.140	92.082	92.082
Zeeland	111.904	23.868	0	135.772	120.328	120.924
Midden- en West Brabant	178.802	0	0	178.802	175.027	171.592
Brabant-Noord	104.967	0	0	104.967	103.512	102.908
Zuidoost Brabant	102.550	0	0	102.550	102.550	105.025
Limburg Noord	77.271	25.281	0	102.552	99.790	127.577
Zuid Limburg	101.241	0	2.595	103.836	104.202	103.095
Flevoland	53.248	29.120	0	82.368	81.416	48.576
totaal 2014	2.923.956	272.580	38.061	3.234.597		
<i>totaal 2013</i>	<i>2.862.174</i>	<i>262.836</i>	<i>44.496</i>		<i>3.169.506</i>	
<i>totaal 2012</i>	<i>2.855.921</i>	<i>196.510</i>	<i>37.257</i>			<i>3.089.688</i>

► Tabellen bij hoofdstuk 10

■ tabel 10.1.1: regionale in- en uitstroompercentages

	2014		2013		2012		2011		2010	
	in	uit	in	uit	in	uit	in	uit	in	uit
Groningen	11,0	3,2	8,4	3,8	5,0	5,0	8,2	6,2	6,6	6,6
Friesland	8,0	7,0	5,8	5,1	13,5	2,4	7,3	4,2	6,8	2,9
Drenthe	5,0	6,0	3,8	4,2	7,0	5,0	5,0	8,8	14,0	6,0
IJsselland	7,3	9,9	2,0	2,2	2,9	6,6	7,3	2,5	7,4	3,2
Twente	4,0	4,5	1,8	3,3	2,1	1,1	8,9	3,9	4,9	2,3
Noordoost Gelderland	5,4	3,4	5,0	4,7	3,7	2,2	7,9	0,9	6,1	9,7
Gelderland Midden	5,3	4,1	5,5	4,0	6,4	4,9	13,0	4,3	7,1	3,8
Gelderland Zuid	3,3	6,1	10,8	2,5	4,1	2,5	10,6	5,8	8,9	3,9
Utrecht	7,1	5,1	2,8	5,6	5,6	4,2	12,2	5,4	11,8	7,7
Noord-Holland Noord	7,2	3,6	11,2	3,6	5,7	2,2	7,0	4,5	8,1	4,3
Amsterdam/Waterland	15,3	6,5	9,7	5,4	7,8	4,3	7,0	7,0	9,3	6,3
Kennemerland	5,0	1,0	6,6	1,1	2,2	2,4	5,1	4,0	5,0	4,5
Gooi- en Vechtstreek	4,9	5,5	11,2	1,6	6,4	3,4	4,8	6,4	9,4	10,9
Haaglanden	8,1	5,9	4,9	5,7	4,4	8,0	8,8	11,7	6,3	4,4
Hollands Midden	6,0	7,0	13,8	3,8	3,3	4,7	6,0	8,3	3,7	3,1
Rotterdam-Rijnmond	8,1	4,2	6,1	3,9	3,5	3,1	4,6	2,7	5,7	5,0
Zuid-Holland Zuid	6,0	2,0	9,0	3,4	4,2	2,9	7,8	2,4	5,5	2,8
Zeeland	11,6	5,6	7,5	0,0	7,8	4,5	9,0	1,2	12,5	7,8
Midden- en West Brabant	8,7	5,3	7,8	3,9	7,3	4,9	9,0	5,7	8,9	3,9
Brabant-Noord	5,9	2,1	2,2	1,6	3,9	5,1	13,8	4,3	12,5	7,0
Zuidoost Brabant	7,7	6,0	6,8	6,8	9,0	3,2	7,8	5,7	7,7	4,8
Limburg Noord	4,3	5,4	12,5	3,1	11,6	5,0	5,4	12,3	8,2	3,1
Zuid Limburg	1,1	6,7	10,3	5,8	10,9	6,3	5,2	2,7	6,6	3,6
Flevoland	6,3	4,0	6,7	2,5	4,1	6,2	7,1	5,5	10,5	8,9
gewogen landelijk gemiddelde	7,3	5,0	7,0	4,0	6,0	4,2	7,9	5,3	8,0	5,2

► Tabellen bij hoofdstuk 11

■ tabel 11.1.2: gemiddeld ziekteverzuim per regio 2012-2014

	alg. ziekte- verzuim %	kort- durend	middellang- durend	lang- durend I	lang- durend II	lang- durend III
Groningen	4,8	0,7	1,5	1,1	1,0	0,6
Friesland	4,1	0,7	1,1	0,4	1,1	0,9
Drenthe	2,1	0,5	1,0	0,3	0,3	0,0
IJsselland	5,0	0,9	1,0	0,9	0,9	1,3
Twente	4,6	0,9	1,4	0,7	0,4	1,1
Noordoost Gelderland	2,8	0,7	0,9	0,5	0,5	0,2
Gelderland Midden	3,3	2,2	0,4	0,3	-	0,4
Gelderland Zuid	5,1	1,2	1,6	1,0	0,8	0,5
Utrecht	6,2	1,0	0,9	0,6	1,1	2,6
Noord-Holland Noord	5,5	0,7	1,2	0,9	1,1	1,6
Amsterdam/Waterland	6,2	0,8	1,2	4,2	-	-
Kennemerland	6,4	1,0	1,0	-	-	5,0
Gooi- en Vechtstreek	4,0	1,0	1,1	1,3	0,8	0,0
Haaglanden	6,3	1,0	1,5	1,5	1,1	1,3
Hollands Midden	3,7	1,5	1,4	0,4	0,2	0,2
Rotterdam-Rijnmond	6,0	0,7	1,5	3,0	1,3	-
Zuid-Holland Zuid	4,0	1,0	1,0	2,0	-	-
Zeeland	4,2	1,0	1,1	0,7	0,8	0,7
Midden- en West Brabant	3,4	0,6	0,6	1,7	0,6	-
Brabant-Noord	3,5	0,6	0,5	1,9	0,6	-
Zuidoost Brabant	6,2	1,9	1,1	5,6	8,0	-
Limburg Noord	2,2	0,6	0,9	0,2	0,1	0,4
Zuid Limburg	4,7	0,7	1,1	3,0	-	-
Flevoland	4,5	0,8	1,0	0,6	1,2	0,9
gewogen landelijk gemiddeld 2014	4,7	0,9	1,1	1,5	0,9	0,7
<i>gewogen landelijk gemiddelde 2013</i>	5,0	1,2	1,2	1,3	0,6	0,8
<i>gewogen landelijk gemiddelde 2012</i>	5,0	1,0	1,1	1,3	0,9	0,9

Bijlage 2: Vergelijkbaarheid van de cijfers

Managementinformatie, nog steeds in ontwikkeling

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

Kwaliteit en betrouwbaarheid van de gegevens

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

AZN werkt met betrekking tot de logistieke gegevens (gepresenteerd in hoofdstuk 3 en 4) samen met het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). Het RIVM berekent op eenduidige wijze de ritgegevens uit de rittendatabases die door de regio's worden overgedragen aan het RIVM. De ritgegevens worden voor alle regio's op dezelfde wijze berekend aan de hand van sectoraal vastgestelde meetplannen, wat de betrouwbaarheid en vergelijkbaarheid van de gegevens ten goede komt.

Verskil cijfers vanaf 2009 en die van de jaren daarvoor

Sinds 2009 wijken de cijfers, zoals gepubliceerd in hoofdstuk 4, af van de cijfers over de voorgaande jaren (2008 en vroeger). Sinds 2009 wordt voor ieder tijdsinterval -tijdsduur aanname en uitgifte, uitruktijd, aanrijtijd en responstijd- een andere database gehanteerd.

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

Concreet betekent een en ander het volgende:

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

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

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

Territoriale congruentie

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

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

De effecten van de gebiedswijziging zijn niet meer zichtbaar in de sectorrapportage.

Bijlage 3: Toelichting op de normen

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

Steeds verdere aanscherping

De 15-minutennorm is in de loop der jaren in Nederland steeds verder aangescherpt.

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

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

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

Vergelijking met het buitenland

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

Is er een relatie tussen responstijd en gezondheidswinst?

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

Bijlage 4: Kernset 2014

ALG ALGEMEEN

- 1. NAW-gegevens**
naam RAV
(post) adres, postcode, woonplaats
telefoon- en faxnummer
emailadres contactpersoon
type RAV, juridische structuur RAV
gecoloekteerde, gemeenschappelijke, geïntegreerde meldkamer
- 2. capaciteit**
aantal ambulances en aantal standplaatsen
- 3. ingeroosterde uren**
aantal uren paraatheid, aanwezigheid en beschikbaarheid van ambulance-eenheid (teleenheid)
- 4. regionale gegevenst**
aantal inwoners en oppervlakte RAV-regio

PP PRIMAIR PROCES AMBULANCEZORG, LOGISTIEK

- A1 A1-inzetten**
aantal A1-inzetten
aanname- en uitgiftetijd, uitruktijd, aanrijtijd en responstijd A1-inzetten
aantal en percentage A1-inzetten binnen 15 minuten na start melding ter plaatse
- A2 A2-inzetten**
aantal A2-inzetten, ook met en zonder gebruik van OGS
aanname- en uitgiftetijd, uitruktijd, aanrijtijd en responstijd A2-inzetten
aantal en percentage A2-inzetten binnen 30 minuten na start melding ter plaatse
- R inzetten rapid responder**
aantal inzetten
- B B-rinzetten**
aantal inzetten
- E EHGV-inzetten**
aantal inzetten
- Af afgebroken inzetten**
aantal inzetten

- L** **loze ritten**
aantal inzetten
- V** **voorwaardenscheppende inzetten**
aantal inzetten
- MICU** **MICU-inzetten**
aantal inzetten
- AV** **aanvullende voorzieningen ambulancezorg**
aantal MMT-inzetten (primair en secundair, heli en grondgebonden) en inzetten first responder

K **KWALITEIT**

- 1** **certificering**
HKZ, veiligheidsmanagementsysteem?
- 2** **klachten**
aantal klachten

M **PRIMAIR PROCES AMBULANCEZORG: MEDISCH**

- AP** **algemene patiëntgegevens**
geslacht en leeftijd
- WD** **werkd Diagnose/toestandsbeeld**
van meldkamer, ambulance-eenheid
- H** **(voorbehouden) handelingen**
aantal handelingen met betrekking tot
 - ademhaling (mayotubes, masker-ballon-beademingen, endotracheale intubaties, coniotomieën, spoedthoraxdrainages, zuurstoftoedieningen)
 - circulatie (intramusculaire, -veneuze en – ossale infusen)
 - disability (immobilisaties halswervels, wervelkolom en bekken)
 - reanimatie (aantal aspecten Utstein template, zie bijlage 5)
 - overige cardiologie (cardioversies en transcutane pacebehandelingen)
 - overig (partus)

P&O **PERSONEEL & ORGANISATIE**

- F** **formatie**
aantallen beschikbaar personeel in fte en absolute aantallen:
 - totaal
 - ambulanceverpleegkundige

- ambulancechauffeur
- begeleider zorgambulance, niveau 3 en 4
- zorgambulancechauffeur
- (niet-) verpleegkundig centralist meldkamer ambulancezorg
- overige medewerkers

L leeftijden

aantallen beschikbaar personeel naar leeftijd

M mobiliteit: in- door en uitstroom

instroom

- instroompercentage
- aantal ingestroomde medewerkers (ambulanceverpleegkundige, ambulancechauffeur, (niet-) verpleegkundig centralist)
- redenen van instroom (o.a.: arbeidsvoorwaarden, arbeidsomstandigheden, inhoud en kenmerken van de functie, geografische redenen, ontwikkelmogelijkheden)
- instroomrichtingen ambulanceverpleegkundigen en centralisten (collega RAV, MKA, ziekenhuis, school)
- instroomrichtingen ambulancechauffeurs (collega RAV, chauffeursvak, zorgachtergrond, defensie, school)

uitstroom

- uitstroompercentage
- aantal uitgestroomde medewerkers (ambulanceverpleegkundige, ambulancechauffeur, (niet-) verpleegkundig centralist)
- redenen van uitstroom (ontslag, beëindiging arbeidsovereenkomst voor bepaalde tijd, andere functie binnen of buiten de sector, VUT/pensioen, WIA/arbeidsongeschiktheid, overlijden)
- uitstroomrichtingen (ziekenhuis, andere functie binnen/buiten de zorg)

D arbeidsduur

aantallen beschikbaar personeel naar aantal dienstjaren

AO ARBEIDSOMSTANDIGHEDEN

1 gemiddeld ziekteverzuimpercentage

2 deelziekteverzuimpercentages

- kortdurend
- middellangdurend
- langdurend I, II en III

3 WIA

WIA-instroom in absolute aantallen en in percentage

AG AGRESSIE & GEWELD

A aantal incidenten

- verbaal geweld
- fysiek geweld
- seksuele intimidatie
- discriminatie
- overige intimidatie

TL incident: waar en wanneer?

- dag (maandag t/m zondag)
- tijdstip (0.00-6.59, 7.00-17.59, 18.00-23.59 uur)
- locatie (tijdens telefonisch contact, binnen bij patiënt, binnen in zorginstelling, buiten op straat)

O aanleiding van het incident

- aanleiding of oorzaak bekend (emotie, alcohol, drugs, psychische gesteldheid)
- aanleiding of oorzaak niet bekend

D dader / veroorzaker van het incident

- patiënt (al dan niet psychiatrische/IBS-patiënt (z)onder begeleiding)
- familieleden of direct betrokkenen
- omstanders
- andere hulpverlener

JC juridische consequenties van het incident

- incident gemeld bij politie?
- (anoniem) aangifte gedaan bij politie?
- proces verbaal opgemaakt?
- strafrechtelijke consequenties (boete, strafrechtelijke vervolging, taakstraf)

Sp ondersteuning door de RAV

- geen ondersteuning RAV
- eerste opvang
- inzet BO-team
- ondersteuning bij aangifte
- externe opvang via RAV

Bijlage 5: Definities

Bij hoofdstuk 1:

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

ambulance-eenheid: de ambulance-eenheid bestaat uit een ambulanceverpleegkundige en een ambulancechauffeur

Bij hoofdstuk 2:

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

standplaats: een locatie waar vandaan de ambulance vertrekt, waar voorzieningen zijn voor ambulance-personeel en waar materieel voorradig is

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

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

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

Bij hoofdstuk 3:

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

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

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

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

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

loze rit: een rit die wordt uitgevoerd met de intentie tot hulpverlening en/of vervoer, waarbij na aankomst op de (veronderstelde) locatie van de patiënt blijkt dat geen noodzaak voor hulpverlening en/of vervoer (meer) aanwezig is

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

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

Bij hoofdstuk 4:

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

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

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

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

Bij hoofdstuk 8:

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

Bij hoofdstuk 9:

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

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

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

Bij hoofdstuk 11:

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

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

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

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

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

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

Bij hoofdstuk 12:

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

verbaal geweld: schreeuwen, schelden, beledigen, vernederen, treiteren, pesten, vals beschuldigen, smaad, vloeken

fysiek geweld: beetpakken, duwen, trekken, slaan, vastgrijpen, schoppen, krabben, gooien met voorwerpen, vernielen of beschadigen van voorwerpen, fysiek hinderen, spugen, bijten, diefstal van eigendommen, verwonden, geven van een kopstoot, mishandelen, gebruik van een wapen, besmette prikken gebruiken, fysiek hinderen het werk uit te voeren, fysiek hinderen in bewegingsvrijheid

discriminatie: discriminatie naar huidskleur, naar sekse, naar leeftijd, naar geloofsovertuiging, naar seksuele geaardheid of voorkeur

seksuele intimidatie: seksueel getinte opmerkingen, seksueel getinte blikken, seksueel getinte gedragingen, nafluiten, exhibitionisme, aanranding, seksuele chantage, hijgers, verkrachting, seksuele handtastelijkheden

overige intimidatie: dreigen, bedreigen, onder druk zetten, dwingen tot taken, bemoeilijken of onmogelijk maken taken of handelingen uit te voeren, lokaalvredebreuk, bedreigende gebaren maken, chanteren, bekladden, dreigbrief of email, gezinsleden bedreigen, stalken, achtervolgen, bommelding, wapengebruik

Bij hoofdstuk 13:

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

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

Bijlage 6: Medisch-inhoudelijke definities

In deze bijlage worden de medisch-inhoudelijke begrippen, die in hoofdstuk 5 worden gebruikt, nader toegelicht. De terminologie is in de bijlage opgenomen in volgorde waarin de begrippen voorkomen.

Hoofdspecialismen

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

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

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

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

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

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

(Voorbehouden) handelingen

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

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

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

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

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

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

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

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

intramusculaire injectie: een injectie gegeven in de spier

intraveneuze naald: wordt geplaatst in een ader

intraossale naald: wordt in de beenmergholte ingebracht

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

Utstein template

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

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

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

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

Bijlage 7: Onderzoeksagenda

Het expertpanel was het nagenoeg unaniem eens over de onderwerpen voor op de onderzoeksagenda. Na vier rondes zijn de volgende thema's vastgesteld:



Bijlage 8: Verantwoording RIVM

Inleiding

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

- buiten het RIVM: voor de registratiepakketten Ravis en OpenCare:AMBU hebben de producenten FACE en CENTRIC modules ontwikkeld voor een selectie van ritgegevens. Deze modules zijn oorspronkelijk ontwikkeld voor het onderzoek Landelijk Referentiekader Spreiding en Beschikbaarheid en in 2008 aangepast voor het sectorrapport 2007. In 2009, 2010 en 2011 zijn deze modules opnieuw gebruikt. De modules zijn aan de regio's ter beschikking gesteld. Met de modules konden de regio's de benodigde ritgegevens en stamtabellen (codetabellen) selecteren. Het resultaat is aan het RIVM toegestuurd. In een aantal gevallen is de gegevensverzameling via CENTRIC verlopen omdat de regio de benodigde software voor selectie niet had.
- door het RIVM: de databewerking door het RIVM verliep in twee stappen. In de eerste stap zijn per regio de ritgegevens en de stamtabellen ingelezen in een database waarna productiecijfers zijn geselecteerd. De selectie van de productiecijfers is in een verslag voorgelegd aan de regio. Na goedkeuring door de regio zijn de productiecijfers ingelezen in een landelijke database. In de tweede stap van de databewerking is een analyse van de ritgegevens uitgevoerd conform de AZN-meetplannen. De resultaten hiervan zijn ter goedkeuring aan de regio voorgelegd. Na goedkeuring zijn de cijfers beschikbaar gekomen voor publicatie in voorliggend rapport.

Selectie van productiecijfers

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

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

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

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

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

Analyse tijdenregistratie spoedvervoer

Interregionale assistentie

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

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

Criteria meetplannen

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

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

Opmerkingen bij deze criteria:

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

Ad 2: selectie geschiedt op basis van urgentie meldkamer

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

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

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

Uitwerking tijdenanalyse

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Generieke plotfoutfilter

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

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

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

Bijlage 9: Gebruikte afkortingen

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

Bijlage 10: Relevante documenten

Ambulances in-zicht 2013/2012/2011/2010/2009/2008/2007/2006, Ambulancezorg Nederland, 2014/
2013/2012/2011/2010/2009/2008/2007

Beleidsdocument Dynamisch Ambulancemanagement, Ambulancezorg Nederland, 2009

Nota verantwoorde ambulancezorg, versie 4.0, Ambulancezorg Nederland, 2013

Referentiekader spreiding en beschikbaarheid, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2013

Uniform begrippenkader ambulancezorg, versie 3.0, Ambulancezorg Nederland, 2013

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

Bijlage 11: Leden Ambulancezorg Nederland (AZN)

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

¹ Connexion Ambulance Services verzorgt de ambulancezorg in de regio Noordoost Gelderland

² Ambulance Amsterdam verzorgt de ambulancezorg in de regio's Zaanstreek-Waterland en Amsterdam-Amstelland

RAV-regio		leden
19	Zeeland	Connexion Ambulance Services ¹
20	Midden- en West- Brabant	RAV Midden-West Brabant ³
21	Brabant Noord	RAV Brabant Noord ³
22	Brabant Zuidoost	RAV Brabant Zuidoost
23	Noord Limburg	RAV Limburg Noord
24	Zuid Limburg	RAV Zuid Limburg
25	Flevoland	RAV Flevoland

³ RAV Brabant Midden-West Noord verzorgt de ambulancezorg in de regio's Brabant Noord en Brabant Midden-West

Bijlage 12: Standplaatsen in Nederland

(In onderstaand overzicht zijn alleen de standplaatsen opgenomen conform de definitie in het UBK; uitrukposten, steunpunten, etc. zijn niet opgenomen.)

1	Groningen	Appingedam
		Groningen Noord
		Groningen Zuid
		Leens
		Niebert
		Sappemeer
		Stadskanaal
		Ter Apel
		Veendam
		Uithuizermeeden
		Vlagtwedde
		Winschoten
		Winsum
2	Friesland	Ameland
		Bergum
		Bolsward
		Buitenpost
		Dokkum
		Drachten
		Franeke
		Harlingen
		Joure
		Koudum
		Leeuwarden
		Leeuwarden
		Lemmer/Balk
		Metslawier
		Oosterwolde
		Oudehorne
		Schiermonnikoog
		Sneek
		Stiens
3	Drenthe	Vlieland
		Terschelling
		Wolvega
		Annen
		Assen
		Assen-Noord

		Beilen
		Borger
		Coevorden
		Dieverbrug
		Eelde
		Emmen
		Emmen-Noord
		Hoogeveen
		Hoogeveen-Oost
		Klazienaveen
		Meppel
		Roden
		Tynaarlo
4	IJsselland	Balkbrug
		Deventer
		Hardenberg
		Ommen
		Raalte
		Rouveen ('Lichtmis')
		Schalkhaar
		Steenwijk
		IJsselmuiden
		Zwartsluis
		Zwolle
		Zwolle-West
5	Twente	Almelo
		Enschede
		Haaksbergen
		Hengelo
		Markelo
		Nijverdal
		Oldenzaal
		Tubbergen
		Vroomshoop
6	Noordoost Gelderland	Apeldoorn
		Borculo
		Doetinchem
		Elburg
		Harderwijk
		Heerde
		Varsseveld
		Winterswijk
		Zutphen

7	Gelderland Midden	Arnhem
		Barneveld
		Dieren
		Ede
		Oosterhout (gemeente Nijmegen)
		Renkum
		Zevenaar
8	Gelderland Zuid	Beuningen
		Culemborg
		Geldermalsen
		Kesteren
		Nijmegen
		Tiel
		Zaltbommel
9	Utrecht	Amersfoort - Centrum
		Amersfoort - Noord
		Doorn
		Maarsse
		Nieuwegein
		Rhenen
		Utrecht - Centrum
		Utrecht - Noord
		Vinkeveen
		Woerden
		Zeist
10	Noord-Holland Noord	Alkmaar Noord
		Alkmaar Zuid
		De Mossel
		Den Burg
		Den Helder
		Hoogkarspel
		Schagen
		Wieringerwerf
		Wognum
11/13	Amsterdam & Zaanstreek-Waterland	Aalsmeer
		Amsterdam, Karperweg
		Amsterdam (4x)
		Amstelveen
		Monnickendam
		Purmerend
		Wormerveer
		Zaandam
		Haarlem
12	Kennemerland	

		Heemskerk Hoofddorp Velsen
14	Gooi- en Vechtstreek	Noord Weesp Zuid
15	Haaglanden	Delft Den Haag Den Haag Centrum Het Witte Kruis Ambulancezorg Leidschendam, Voorburg Wassenaar Westland Zoetermeer Zoetermeer-Centrum
16	Hollands Midden	Alphen a/d Rijn Gouda Hillegom Leiden Leiderdorp Moordrecht Nederlek Nieuwveen Noordwijk
17	Rotterdam-Rijnmond	Barendrecht Berkel en Rodenrijs Brielle Capelle aan den IJssel Dirksland Goedereede Haringvlietdam Noord (Hellevoetsluis) Maasstad Maasvlakte Oude Tonge Rotterdam Centrum Rotterdam Noord Schiedam Spijkenisse Vlaardingse

18	Zuid-Holland Zuid	Dordrecht
		Gorinchem
		Klaaswaal
		Meerkerk
		Papendrecht
		Zwijndrecht
19	Zeeland	Burg Haamstede
		Goes
		Grijpskerke
		Hulst
		Kruiningen
		Middelburg
		Oostburg
		Oostkapelle
		Poortvliet
		Terneuzen
		Zierikzee
20/21	Brabant Midden-West-Noord	Bergen op Zoom
		Breda-Noord
		Breda-Zuid (Ulvenhout)
		Boxtel
		Den Bosch
		Giessen
		Haps
		Oosterhout
		Oss
		Tilburg-Noord
		Tilburg-Zuid
		Uden
		Veghel
		Waalwijk
		Zevenbergen
22	Brabant-Zuidoost	Best
		Deurne
		Eersel
		Eindhoven
		Helmond
		Maarheeze
		Valkenswaard

22	Noord en Midden Limburg	Blerick
		Echt
		Horst
		Gennep
		Panningen
		Roermond
		Roggel
		Venlo
		Venray
24	Zuid Limburg	Weert
		Well
		Geleen
		Gulpen
		Heerlen
25	Flevoland	Maastricht
		Almere
		Dronten
		Emmeloord
		Lelystad
		Urk
		Zeewolde

