AZRR jaarverslag 2017

AmbulanceZorg Rotterdam-Rijnmond

CONTACT

Bezoekadres
AZRR
Breslau 2
2993 LT Barendrecht
Tel. 0180-64 33 00

Postadres
Postbus 4
2990 AA Barendrecht

Concept en realisatie
SD Communicatie, Naaldwijk

Redactie
AZRR, Mark Preesman

Fotografie
Maarten van der Voorde Fotografie

www.azrr.nl

AZRR jaarverslag 2017

Inhoud

Voorwoord

1 *Introductie*

2 *Leiderschap*

3 *Strategie en beleid*

4 *Management van medewerkers*

5 *Management van middelen*

6 *Management van processen*

7 *Waardering door patiënten*

8 *Waardering door medewerkers*

9 *Waardering door de maatschappij*

10 *Bestuur en financiers*

11 *Nevenfuncties en bezoldiging leden Raad van Bestuur*

12 *Jaarverslag Raad van Toezicht*

Voorwoord

Hierbij presenteren wij u het jaarverslag AZRR 2017. In dit jaar is door onze medewerkers weer met veel inzet gewerkt om ambulancezorg te bieden van een hoogwaardig kwaliteitsniveau. Het aantal uitgevoerde ambulanceritten is in 2017 opnieuw gestegen. In totaal zijn 114.812 ambulanceritten uitgevoerd, een stijging van ruim 2.000 ritten ten opzichte van voorgaand kalenderjaar. De prestaties zijn door de stijgende zorgvraag verder onder druk komen te staan. Uitbreiding van het aantal diensten en de formatie is een grote opgave vanwege de krapte op de arbeidsmarkt, die overigens landelijk in de gehele zorgsector merkbaar is.

Het voortdurend beschikbaar houden van voldoende ambulances voor spoedeisende zorg krijgt onze allerhoogste prioriteit. Dat betekent in bepaalde situaties dat dit ten koste gaat van het besteld vervoer, waardoor de wachttijden kunnen oplopen.
Er wordt gezocht naar innovatieve oplossingen om meer zorg op maat te bieden en een nieuw potentieel aan medewerkers op de arbeidsmarkt aan te boren. Zo is in gezamenlijkheid met de grootstedelijke regio's Amsterdam en Haaglanden een pilot in ontwikkeling om een aanvullende vorm van zorgdifferentiatie te gaan onderzoeken: de medium care ambulance. Deze vorm van zorgdifferentiatie kan de druk op de spoedeisende ambulancezorg verminderen en tegelijkertijd het bestelde vervoer versterken. Het gaat dan met name om ritten waarbij tijdens het vervoer verpleegkundige zorg, begeleiding en monitorbewaking nodig is maar waarbij er geen vitale functies bedreigd zijn. Deze ritten werden tot op heden door spoedambulances verreden. Het bemensen van de medium care ambulance kan met een ander type personeel plaatsvinden (verpleegkundige niveau 4). Dit biedt op de arbeidsmarkt kansen om een nieuwe doelgroep aan te boren en tegelijkertijd biedt dit intern mogelijkheden voor eigen medewerkers om door te groeien vanaf bijvoorbeeld de zorgambulance of om de loopbaan geleidelijk af te bouwen richting de pensioenleeftijd. Goed nieuws is dat de Minister van VWS inmiddels toestemming heeft gegeven om met de pilot van start te gaan. Wij als Raad van Bestuur verwachten veel van deze pilot.

Tegelijkertijd hebben we de werving van personeel geïntensiveerd en is een campagne gestart om verpleegkundigen te werven voor de spoedeisende ambulancezorg. Hiervoor is een recruiter in de arm genomen. Ook wordt landelijk door de werkgevers en vakbonden onderhandeld over een nieuwe cao ambulancezorg. Dit is van belang om concurrerend te zijn met andere zorgaanbieders en een aantrekkelijke werkgever te kunnen zijn.
Samen met ketenpartners binnen het Regionaal Overleg Acute Zorg (ROAZ) maakt AZRR zich sterk om de problematiek binnen de acute zorgketen gezamenlijk aan te pakken. Bijvoorbeeld door met elkaar na te denken over het inrichten van transferia in ziekenhuizen om de overdracht van patiënten te bevorderen.

Met het oog op verdere doorontwikkeling van de organisatie hopen we dat de Minister van VWS op korte termijn een duidelijkheid verschaft over de toekomstige inrichting van het stelsel. De huidige Tijdelijke wet ambulancezorg (Twaz) loopt eind 2020 af en het is essentieel om te weten of het stelsel ingericht wordt op publieke aansturing van de ambulancezorg, of juist op privatisering (lees: aanbesteding). Voor de zomer worden de eerste richtinggevende uitspraken van de minister verwacht.

In dit voorwoord hebben wij u alvast een eerste indruk gegeven van de ontwikkelingen en activiteiten in 2017. Een compleet overzicht leest u in dit jaarverslag. Wij bedanken onze medewerkers, ondernemingsraden, ketenpartners en alle andere betrokkenen voor hun inzet en bijdragen aan de ambulancezorg in het achterliggende kalenderjaar.

Barendrecht, mei 2018

Raad van Bestuur AZRR,
A. (Arjen) Littooij, voorzitter
S. (Stef) Hesselink
A.J.A. (Arie) Wijten

1 Introductie

1.1 Wat is AZRR?

AmbulanceZorg Rotterdam-Rijnmond (AZRR) is de vergunninghouder voor het leveren van ambulancezorg in de regio Rotterdam-Rijnmond. AZRR is een samenwerkingsverband tussen de partners Veiligheidsregio Rotterdam-Rijnmond (VRR) en BIOS-groep en is als juridische rechtsvorm een coöperatie.

VRR en BIOS-groep zorgen gezamenlijk voor voldoende ambulancevoertuigen en vakbekwaam personeel volgens het vastgestelde paraatheidsrooster en beschikbaarheidsplan. De jaarlijkse productieafspraken met de zorgverzekeraar zijn leidend voor het jaarlijkse aantal te leveren diensten.

Het afhandelen van telefonische (112-)meldingen en aanvragen voor ambulancezorg is uitbesteed aan de Meldkamer Ambulancezorg (MKA) als onderdeel van de Gemeenschappelijke Meldkamer (GMK) van de VRR. Tevens zorgt de MKA als regisseur van het primaire proces voor de aansturing en spreiding van beschikbare ambulances en voor de coördinatie bij opgeschaalde incidenten en crises.
De beleidsmatige ondersteuning van AZRR wordt verzorgd door AZRR / Stafbureau. De ondersteuning richt zich op terreinen als algemene beleidsontwikkeling, financieel beleid, informatievoorziening, medische advisering, scholing, ketenmanagement en netwerkregie, innovatie en kwaliteit. Op het gebied van opleidingen beschikt AZRR over een eigen regionaal opleidingscentrum (ROC). In afstemming met AZRR / Stafbureau verzorgt AZRR / ROC de regionale opleidingen voor het ambulancepersoneel van AZRR.

1.2 Wat doet AZRR?

Bij AZRR zijn ruim 390 medewerkers werkzaam. De ambulancemedewerkers en meldkamercentralisten staan dag en nacht paraat om de bijna 1,3 miljoen inwoners in het verzorgingsgebied en de vele tienduizenden werknemers in het uitgebreide haven- en industriegebied in geval van nood bij te staan. Het gaat daarbij om zowel spoed- als besteld vervoer. In 2017 zijn in totaal 114.812 ritten uitgevoerd.

Het verzorgingsgebied van AZRR wordt gekenmerkt door een sterk verstedelijkt gebied met een relatief hoge zorgvraag (Rotterdam en omstreken) en enkele rurale gebieden met een relatief lage zorgvraag (Voorne-Putten en Goeree-Overflakkee). De regio omvat de gemeenten Albrandswaard, Barendrecht, Brielle, Capelle aan den IJssel, Goeree-Overflakkee, Hellevoetsluis, Krimpen aan den IJssel, Lansingerland, Maassluis, Ridderkerk, Rotterdam, Nissewaard, Schiedam, Vlaardingen en Westvoorne.

De diensten starten en eindigen centraal vanuit vier standplaatsen. Deze vier standplaatsen bevinden zich in Barendrecht, Rotterdam Kralingen, Dirksland en Brielle. De postlocaties beschikken over een aantal basis-voorzieningen om een ambulance te stationeren. De locaties zijn geografisch verspreid over de regio en zijn gevestigd in Brielle, Capelle aan den IJssel, Dirksland, Goedereede, Hellevoetsluis (Haringvlietdam-Noord), Lansingerland (Berkelse Poort), Maasvlakte (Coloradoweg), Rotterdam Centrum (Baan), Rotterdam Kralingen (Brugwachter), Rotterdam Zuid (Maasstad ziekenhuis), Nissewaard (Spijkenisse), Oude Tonge en Vlaardingen (Hoogstad).

Naast postlocaties kunnen ook zogeheten opstellocaties worden gebruikt om een optimale dekkingsgraad te realiseren. Een opstellocatie is een strategische, goed bereikbare locatie waar de ambulance tijdelijk wordt gestationeerd om direct inzetbaar te zijn. In 2017 heeft AZRR gebruikt gemaakt van één opstellocatie, namelijk Wellebrug (Bernisse).

Naast het gebruik van post- en opstellocaties bewegen ambulancevoertuigen zich continu dynamisch door het gebied. Dit wordt ook wel rijdende paraatheid genoemd. Wanneer een ambulance in een bepaald gebied een nieuwe ritopdracht krijgt, worden de overige op dat moment vrije ambulances opnieuw gepositioneerd.

Adult

Dit gebeurt onder regie van de MKA. Op deze wijze wordt gestreefd naar een zo hoog mogelijke dekkingsgraad om alle inwoners van de regio te voorzien van tijdige en kwalitatief hoogwaardige ambulancezorg.

Aansluitend op de diversiteit binnen de zorgvraag worden verschillende zorgproducten geleverd. Dit vertaalt zich in een gedifferentieerd wagenpark bestaande uit reguliere ambulances, Mobiele Intensive Care Units (MICU's), Zorgambulances, ambulancemotoren en monolances.

Het MICU-transport van IC-patiënten tussen ziekenhuizen vindt plaats vanuit de Stichting MICU Zuid-West Nederland. De patiënt wordt begeleid door een MICU-team, bestaande uit een IC-arts of intensivist en een MICU-verpleegkundige. AZRR faciliteert het MICU-voertuig en de MICU-chauffeur.

1.3 AZRR en kwaliteitszorg

AZRR beschikt over het keurmerk HKZ (Harmonisatie Kwaliteitszorg Zorgsector). De reikwijdte van het keurmerk omvat de aandachtsgebieden kwaliteit en patiëntveiligheid. Voor beide aandachtsgebieden is AZRR HKZ-gecertificeerd.
Naast de HKZ-certificering wordt het INK-managementmodel gebruikt als instrument voor de doorontwikkeling van de organisatie. Het INK-model wordt toegepast voor het bepalen van de positie en koers van de organisatie in de dynamische, voortdurend veranderende omgeving. Het INK-model brengt de verschillende aandachtsgebieden binnen de organisatie op gestructureerde wijze in beeld en verbindt deze met elkaar.

Vanuit de visie worden prioriteiten vastgesteld en wordt de gewenste koers bepaald. De hoofdstukindeling van dit jaarverslag is gebaseerd op het INK-managementmodel:

2 Leiderschap

2.1 Visie en missie

De visie van AZRR, die richtinggevend is voor zowel de beleidsvorming als de zorgverlening, luidt:

De patiënt op het juiste moment de juiste zorg bieden.

De visie begint met de patiënt omdat deze in de zorgverlening centraal staat. Hoewel de context waarbinnen de ambulancezorg plaatsvindt en het speelveld van de acute zorgketen en de keten van openbare orde en veiligheid soms complex oogt, gaat het in de kern over het op het juiste moment bieden van de juiste zorg.

AZRR heeft de volgende missie geformuleerd:

Het leveren van verantwoorde en veilige ambulancezorg in de regio Rotterdam-Rijnmond vanuit een doelmatige organisatie en in goede samenspraak met alle betrokken partijen, waarbij de beschikbare middelen zo efficiënt mogelijk worden ingezet.
AZRR is een proactieve, innovatieve en ondernemende organisatie waarin de aandacht is gericht op het resultaat, de medewerkers en de benodigde randvoorwaarden.
De wensen, behoeften en gezondheidssituatie van de patiënt staan centraal. Als zorg-instelling levert AZRR goede zorg vanuit een sterke professionaliteit, met oog voor patiëntveiligheid en in lijn met de wettelijke vereisten en afspraken binnen de sector.

AZRR levert de dienstverlening in nauwe samenwerking met zowel partners in de acute zorgketen (bijvoorbeeld huisarts, ziekenhuis en traumacentrum) als partners op het gebied van Openbare Orde en Veiligheid (GHOR, politie en brandweer), waarbij wederzijds respect voor elkaars competenties een belangrijke pijler is.
Vooruitgang, groei en succes vereisen samenwerking en het continu verbeteren van de organisatie.

In het verlengde van deze missie hanteert AZRR de volgende uitgangspunten:

- Elke patiënt heeft recht op een gelijke kwaliteit van gezondheidszorg waarbij de kwaliteit van de zorg in beginsel niet afhankelijk mag zijn van de plaats, aard en schaal van het incident.
- Patiëntveiligheid richt zich op het voorkómen van vermijdbare schade aan de patiënt. Hiertoe brengt AZRR proactief en retrospectief de risico's binnen het proces van ambulancezorg in kaart en voert maatregelen door om de kans op vermijdbare schade te reduceren of te elimineren.
- Vanaf de eerste melding van een incident bij de meldkamer tot de overdracht van de patiënt aan de zorginstelling is sprake van een ongedeeld proces van ambulancezorg, waarbij de sturing op het primair proces ligt bij de meldkamer ambulancezorg.
- Waar mogelijk wordt de afstemming en samenwerking tussen de meldkamer en uitvoerende ambulancezorg verder geïntensiveerd en versterkt.
- Binnen de beschikbare middelen wordt een optimaal en gedifferentieerd pakket van zorgverlening geboden, afgestemd op de actuele zorgvraag.
- Innovatie is essentieel om de zorgverlening voortdurend te verbeteren en te optimaliseren.

2.2 Organisatieontwikkelingen

De landelijke overheid streeft al sinds halverwege de jaren '90 naar de oprichting van Regionale Ambulancevoorzieningen (RAV-en): één rechtspersoon per (veiligheids)regio, waarbinnen de meldkamer ambulancezorg en de uitvoerende ambulancedienst(en) samenwerken. Na diverse ontwikkelingen en wetsvoorstellen is per 1 januari 2013 de Tijdelijke wet ambulancezorg (Twaz) van kracht geworden met een beoogde looptijd van vijf jaar. De Twaz is in 2017 voor een periode van maximaal drie jaar verlengd tot en met 31 december 2020. Naar verwachting zal de minister voor medische zorg en sport in de loop van 2018 de Tweede Kamer informeren over de 'ruwe lijn' die hij voor ogen heeft voor de toekomstige inrichting van de ambulancezorg.
Tot het moment van de inwerkingtreding van de Twaz waren in Rotterdam-Rijnmond twee partijen aangewezen als vergunninghouder: VRR en BIOS-groep. Op basis van de goede samenwerking hebben VRR en BIOS-groep gezamenlijk de Coöperatie AZRR opgericht als rechtspersoon voor het (doen) uitvoeren van ambulancezorg.

Er zijn dienstverleningsovereenkomsten (DVO's) afgesloten tussen de Coöperatie AZRR en VRR en BIOS-groep rond het leveren van personeel, materieel en diensten. De DVO's hebben betrekking op zowel de uitvoerende ambulancezorg als de meldkamer ambulancezorg (MKA).

AZRR anticipeert continu op toekomstige ontwikkelingen zoals het aflopen van de Twaz en de oprichting van een Landelijke Meldkamer Organisatie (LMO).
Reeds in 2015 werd een kwartiermaker aangesteld met als taak om AZRR voor te bereiden op een mogelijk traject van aanbesteding van ambulancezorg na afloop van de Twaz. Een belangrijke stap was de vaststelling van het document 'Organisatieontwikkeling AZRR'. Dit document richt zich met name op de ontwikkeling van de organisatieaspecten van AZRR.
Concreet heeft dit geleid tot de werving en aanstelling van een directeur AZRR, die als derde lid is toegetreden tot de Raad van Bestuur. Deze directeur AZRR houdt zich bezig met de dagelijkse directievoering van AZRR.
De verlenging van de looptijd van de Twaz biedt AZRR de gelegenheid om zich nog beter te prepareren op een mogelijke aanbesteding.

2.3 Organisatiestructuur

De organisatiestructuur van de Coöperatie AZRR is afgeleid van de Zorgbrede Governancecode. De Coöperatie AZRR heeft een algemene ledenvergadering (ALV) die bestaat uit twee leden. Er is een Raad van Toezicht die bestaat uit vier onafhankelijke personen.
De Raad van Bestuur bestaat uit drie leden. Naast de directeur AZRR hebben hierin de eindverantwoordelijke directeuren van de partners VRR en BIOS-groep zitting.

Het MT AZRR, onder voorzitterschap van de directeur AZRR, richt zich op de dagelijkse aansturing van de organisatie.

Op operationeel niveau is een gezamenlijk Teamleiders Overleg (TLO) actief.

De ambitie is om als AZRR steeds meer toe te werken naar een gezamenlijke bedrijfsvoering.

Verpleegkundig specialist
PAX
AMBULANCE

3 Strategie en beleid

3.1 Werving personeel en uitbreiding doelgroepen

De allerhoogste prioriteit voor AZRR heeft het werven van medewerkers om de formatie op sterkte te brengen. De uitvoerbaarheid van beleid is voor een groot deel afhankelijk van de beschikbaarheid van voldoende menskracht. Er is daarom in 2017 veel energie gestoken in het werven van nieuw personeel. Vooral het werven van verpleegkundigen is vanwege krapte op de arbeidsmarkt een grote uitdaging.

Een kansrijke mogelijkheid om de formatie verder uit te breiden is om personeel op verschillende functieniveaus in dienst te nemen. Zo zou er een tussencategorie gecreëerd kunnen worden tussen de Zorgambulance en de reguliere ambulance. Dit biedt aan de ene kant meer mogelijkheden om personeel te werven op de arbeidsmarkt en aan de andere kant betekent dit ook dat er binnen de organisatie meer doorgroeimogelijkheden en mogelijkheden voor tweede loopbaanbeleid ontstaan. AZRR wil de mogelijkheden voor loopbaanontwikkeling stimuleren en een aantrekkelijk werkgever zijn.

Uiteraard is met het oog op de werving zorgvuldigheid belangrijk bij het vaststellen van ingangseisen en het verwerven van aanvullende competenties door scholing. Ook zijn heldere inzetcriteria vanuit de meldkamer ambulancezorg (MKA) nodig. Als AZRR zijn we verantwoordelijk voor alle patiënten die onze zorg nodig hebben en streven we vanuit onze visie naar 'de juiste zorg op het juiste moment'.
Inmiddels is AZRR concreet aan de slag gegaan en wordt er in de praktijk geëxperimenteerd. Een voorbeeld hiervan is de B1-pilot vanuit het Erasmus MC. In deze pilot wordt een geoormerkte ambulance ingezet voor het gepland overplaatsen van patiënten (volwassenen én kinderen). De ambulance rijdt vanaf de SEH van het Erasmus MC naar omliggende ziekenhuizen. De nadruk ligt op overplaatsingen binnen de eigen regio. De eerste ervaringen zijn zeer positief en bieden perspectief voor de toekomst om dit te continueren of uit te breiden.
Ook is onderzocht of er meer diensten met de Zorgambulance ingepland kunnen worden, mede om het spoedvervoer te ontlasten. De Zorgambulance wordt bijvoorbeeld in een pilotvorm ook op andere tijdstippen ingezet. Zo wordt momenteel in een pilot de inzet van een extra Zorgambulance op zondag onderzocht. Allemaal manieren om meer zorg te kunnen leveren en ervoor te zorgen dat de spoedcapaciteit die we beschikbaar hebben zich kan focussen op de levensbedreigende situaties.

3.2 Spreiding en beschikbaarheid

In 2017 is de implementatie verder ter hand genomen van het Plan Spreiding en Beschikbaarheid dat voorgaand kalenderjaar is vastgesteld.

Verplaatsing postlocaties

In het plan spreiding en beschikbaarheid (S&B) is onder meer het nieuwe postplan opgenomen. Er zijn ten opzichte van het vorige plan vijf postverschuivingen opgenomen in het plan:

- Hargalaan Schiedam naar Hoogstad Vlaardingen
- Goedereede gemeentehuis naar Goedereede brandweerkazerne
- Spijkenisse Slotlaan naar Spijkenisse Halfweg
- Haringvlietdam naar Hellevoetsluis N57 / N496
- Oude Tonge naar Nieuwe Tonge

Er is een projectgroep samengesteld die zich bezighoudt met het realiseren van de nieuwe locaties. De eerste twee verschuivingen (Hoogstad en Goedereede) zijn reeds gerealiseerd. Beide nieuwe postlocaties zijn tot stand gekomen in goede samenwerking met en gebruik makend van bestaande locaties van de VRR.
Voor de nieuwe locatie Spijkenisse Halfweg is het daar gevestigde industrieterrein verkend. Onderzocht is welke bestaande panden beschikbaar zijn en voldoen aan de vereisten voor een postlocatie, of die met enige aanpassingen geschikt gemaakt kunnen worden. Er zijn inmiddels mogelijkheden gevonden en er zijn gesprekken gevoerd met gemeente Nissewaard.
Voor de verplaatsing van Haringvlietdam naar Hellevoetsluis N57 / N496 zijn gesprekken gevoerd met gemeente Hellevoetsluis en is overleg gevoerd met de Provincie. Dit heeft een positief resultaat opgeleverd en groen licht om dit traject verder uit te lopen.
Voor de verschuiving Oude Tonge naar Nieuwe Tonge is in eerste instantie gekeken naar de mogelijkheden van de brandweerkazerne in Nieuwe Tonge. Dit bleek echter niet te voldoen aan de vereisten. Daarom is verder gezocht naar een alternatief. Inmiddels is een optie genomen op een stuk grond in Nieuwe Tonge. De nieuwe locatie zal rekening houdend met het voldoen aan de eisen van de lokale commissie welstand naar verwachting in het najaar van 2018 opgeleverd kunnen worden.

Uitbreiding wagenpark

Op basis van het Plan S&B is AZRR met de zorgverzekeraar in gesprek gegaan over extra ambulances. De onderhandeling met de zorgverzekeraar heeft opgeleverd dat AZRR het wagenpark met 8 extra ambulances kan uitbreiden. De zorgverzekeraar stelt de financiering van de voertuigen wel afhankelijk van de mate waarin het AZRR lukt om het aantal diensten conform het nieuwe referentiekader uit te breiden. In de praktijk betekent dit een gefaseerde uitbreiding van het wagenpark. Inmiddels zijn in het achterliggende kalenderjaar 3 van de 8 voertuigen aangeschaft.
Omdat op locatie Brugwachter (Rotterdam-Noord) het aantal diensten volgens het Plan S&B verhoudingsgewijs het meest zal toenemen, wordt vooral gekeken naar uitbreiding van de garagecapaciteit op deze locatie. In verband met de renovatie van de Maastunnel in de komende twee jaar nog relatief meer ambulancecapaciteit op de zuidoever. De uitbreiding van de locatie Brugwachter wordt daarom iets getemporiseerd en afgestemd op het weer volledig toegankelijk zijn van de Maastunnel.

Inzet Rapid Responders in landelijke gebieden

Deze maatregel is volgens de projectgroep S&B noodzakelijk vanwege de op bepaalde momenten lage dekkingsgraad in landelijke gebieden. Het feit dat de meeste ziekenhuizen zich in het stedelijk gebied bevinden en ambulances hierdoor vaak langdurig onderweg zijn met een patiënt, versterkt dit effect. De inzet van een Rapid Responder in landelijk gebied is een waarborg dat er toch binnen afzienbare tijd ambulancezorg opgestart kan worden. Dit kan levens redden of gezondheidsschade bij de patiënt voorkomen of beperken. Daarbij geldt overigens wel in alle gevallen dat voor vervoer naar het ziekenhuis er zo spoedig mogelijk een reguliere ambulance achter de Rapid Responder aangestuurd zal moeten worden. Als deze vanuit een verder gelegen gebied moet komen, is het vanuit het oogpunt van patiëntveiligheid cruciaal dat de Rapid Responder de eerste medische handelingen alvast heeft opgestart. Dit vergroot de overlevingskansen van de patiënt aanzienlijk.

Pilot 24-uursdienst

Als organisatie zien we grote voordelen voor het invoeren van 24-uursdiensten als het gaat om landelijke gebieden. In het stedelijk gebied is er sprake van hoge werkdruk door een groot rittenaanbod. Hier zijn 24-uursdiensten daarom niet aan de orde. In landelijk gebied neemt de dekkingsgraad van ambulancezorg en daarmee de kans voor een patiënt om een acute situatie te overleven aanzienlijk toe. De ambulance wordt gedurende de late avonduren en de nacht uitsluitend ingezet voor spoedritten in het omliggende gebied. Overdag en in de vroege avond is het voertuig breder inzetbaar.

Het uitgangspunt is dat medewerkers in de pilot meedraaien op basis van vrijwilligheid. Voor de beoogde pilot, die zal plaatsvinden in Goedereede, zijn inmiddels voldoende vrijwilligers die enthousiast zijn om mee te draaien. In 2017 is het formele traject via vakbond en ondernemingsraden in gang gezet. We hopen op een constructieve bespreking en instemming met de pilot met als doel verbetering van de patiëntenzorg.

3.3 Innovatie

3.3.1 Pilot Medium Care Ambulancezorg

De RAV-en van Amsterdam, Haaglanden en Rotterdam-Rijnmond hebben in december 2017 een pilot aanvraag ingediend bij het Ministerie van VWS om een aanvullende vorm van zorgdifferentiatie te gaan onderzoeken door het introduceren van een extra niveau in het planbare ambulancevervoer dat ligt

tussen de ALS-ambulance (high care) en de zorgambulance (low care): de medium care ambulance.
Hierbij staat high care ambulancezorg (naast het acute spoedvervoer) voor overplaatsingen met inzet van een ambulanceverpleegkundige (ALS, waarbij er sprake is van bedreigde of gestoorde vitale functies), medium care ambulancezorg voor vervoer van patiënten na eerste diagnostiek en/of (eerste) behandeling, waarbij tijdens het vervoer verpleegkundige zorg en begeleiding, en continue monitorbewaking nodig is en low care ambulancezorg voor zorgambulancevervoer zoals omschreven in het kwaliteitskader zorgambulance.

De huidige kwaliteitskaders zijn onvoldoende toegesneden op de aanvullende differentiatie van ambulancezorg op medium care niveau. De uitvoering van de pilot voorziet daarom in monitoring van medium care ambulancezorg door de drie deelnemende RAV-en voor de periode van 1 jaar en in een evaluatie hiervan. Na goedkeurig door het Ministerie van VWS zal de pilot in 2018 worden uitgevoerd. Wanneer de evaluatie positief is en besloten wordt om de pilot om te zetten in een structurele nieuwe vorm van zorgdifferentiatie, zal op basis van de ervaringen uit de pilot samen met de betrokken veldpartijen een kwaliteitskader 'medium care ambulancezorg' worden opgesteld.

3.3.2 Crush trial

In november 2017 is in de regio Rotterdam-Rijnmond de Compare Crush trial gestart. De studie is een samenwerking tussen de twee PCI-centra in de regio en AZRR, met steun van de Cardiologen Club Rijnmond (CCR). Onderzocht wordt of het toedienen van fijngemalen prasugrel aan patiënten met een acuut hartinfarct (STEMI) een beter klinisch resultaat geeft dan het slikken van gehele tabletten.
Al eerder is gebleken dat vermalen tabletten sneller en beter geabsorbeerd worden. Nu wordt onderzocht of dit ook een gunstiger effect heeft op de uiteindelijke omvang van het infarct en daarmee leidt tot een betere uitkomst voor de patiënt.

3.3.3 Hart4all

In aansluiting op goede ervaringen in andere RAV-en, heeft AZRR in 2017 het besluit genomen zich aan te sluiten bij Hart4all. Het doel van Hart4all is om burgerhulpverleners de mogelijkheid te bieden om met (familie van) het slachtoffer en/of medeburgerhulpverleners in contact te kunnen komen.
Burgerhulpverleners weten bij veel ongevallen levens te redden door snel in te grijpen, eerste hulp te verlenen en te reanimeren. De ambulance is vaak snel ter plaatse. Professionele hulpverleners nemen dan de zorg over en

vervoeren het slachtoffer naar het ziekenhuis. De burgerhulpverlener blijft vaak alleen achter, zonder te weten wat de afloop is.
Hart4ALL matcht burgerhulpverleners en (familie van) het slachtoffer. Bij een reanimatie of ernstig ongeval krijgen de burgerhulpverleners een clickbandje uitgereikt door de medewerkers van de ambulance. Bij het slachtoffer wordt dit clickbandje om de pols of enkel aangebracht. Met behulp van de code kunnen zowel de burgerhulpverlener als (familie van) het slachtoffer vrijblijvend inloggen op de website van Hart4ALL. Als zij beiden aangeven contact te willen, zorgt Hart4ALL voor een match. De privacy van de patiëntgegevens is hierdoor altijd gewaarborgd. Burgerhulpverleners kunnen na een match antwoord op prangende vragen krijgen, zoals: Hoe gaat het met het slachtoffer? Heeft het slachtoffer het gered? Ook het slachtoffer en/of de familie heeft vaak behoefte aan contact met de burgerhulpverleners. Hart4ALL speelt hiermee in op een belangrijke behoefte.

3.3.4 Pilot centrale triage voor spoedzorg

Tijdens twee weekenden in juni 2017 heeft AZRR, met één van de VSAZ als projectleider, geparticipeerd in de pilot centrale triage voor spoedzorg. De pilot is opgezet vanuit de meldkamer ambulancezorg in samenwerking met huisartsenpost (HAP) 't Hellegat. De doelstelling van deze pilot was het verkrijgen van inzicht in het effect van centrale triage op spoedaanvragen via de HAP en 112-meldingen vanuit het gebied Goeree-Overflakkee. Met name welk effect deze directe samenwerking tussen de HAP-triagist, de MKA-centralist en een regiearts (kaderhuisarts Spoedzorg) heeft op de kwaliteit van zorg. Vanuit de evaluatie is geconcludeerd dat deze gezamenlijke aanpak zeker kan bijdragen aan het bieden van 'de juiste zorg, op de juiste plaats door de juiste hulpverlener'. Verdere mogelijkheden voor zorgcoördinatie worden door AZRR in samenwerking met de keten-partners nader onderzocht.

3.4 Kwaliteit

Het kwaliteitsbeleid richt zich op de borging van vastgestelde procesbeschrijvingen en werkinstructies binnen AZRR. Beschreven processen en werkinstructies worden met een vaste frequentie gereviseerd zodat zij blijven aansluiten bij de actuele situatie. Het uitgangspunt is ook dat er sprake is van één ongedeeld proces van ambulancezorg, waarin de meldkamer en ambulancediensten elk hun verantwoordelijkheden hebben.

Het is hierbij van belang dat de afzonderlijke schakels in het primaire proces, te weten indicatiestelling, coördinatie en zorgverlening optimaal op elkaar aansluiten. Ook beleidsmatige zaken zoals interne audits, de klachtenprocedure, het melden van incidenten, projectmatig werken en verbetermanagement worden in gezamenlijkheid als AZRR vormgegeven.

In 2017 heeft opnieuw een externe audit plaatsgevonden en blijft het HKZ-certificaat voor de Coöperatie AZRR behouden. In het hoofdstuk Management van processen leest u meer over de invulling van kwaliteitszorg binnen AZRR.

3.5 Patiëntveiligheid

Patiëntveiligheid houdt in dat een patiënt zo min mogelijk risico loopt op onbedoelde (en dus vermijdbare) lichamelijke of psychische schade tijdens de zorgverlening. In feite dateert patiëntveiligheid al uit het jaar 400 voor Christus. Hippocrates liet zijn leerlingen immers al beloven nooit iemand kwaad te doen. Zorgverleners worden vanaf de start van hun opleiding getraind hoe om te gaan met de risico's die het medisch handelen met zich mee brengt. Denk aan bijwerkingen, complicaties en dergelijke.
Dit is echter tot een paar jaar geleden nooit als zodanig benoemd onder de noemer ‘patiëntveiligheid’. Vraag een willekeurige ambulancemedewerker wat patiëntveiligheid is en deze zal in eerste instantie misschien verbaasd kijken, maar wel prima kunnen vertellen op welke risico’s gelet moet worden bij het toedienen van een bepaald medicijn of het uitvoeren van een risicovolle handeling. En dat is waar het in de kern om gaat! Op basis van onderzoek ter plaatse breng je als zorgverlener in kaart welke risico’s van toepassing zijn bij die specifieke patiënt. Wat is bijvoorbeeld de medische voorgeschiedenis? Wat is het medicijngebruik? Is er een resistentie voor bepaalde antibiotica? Door dergelijke patiëntrisico’s volgens vaste methodes in beeld te brengen, goed te documenteren en over te dragen aan de ketenpartner wordt voorkomen dat bij de patiënt schade optreedt die in principe vermijdbaar zou zijn geweest. Daarbij komen we bij de definitie van patiëntveiligheid.

In het hoofdstuk Management van processen leest u meer over de invulling van patiëntveiligheid binnen AZRR.

3.6 Scholingsbeleid

AZRR beschikt voor de ambulancemedewerkers (het rijdende deel) over een Regionaal Opleidingscentrum (ROC). Vanuit AZRR / ROC wordt nascholing verzorgd door docenten, instructeurs (ambulanceverpleegkundigen, ambulancechauffeurs en zorgambulancebegeleiders), rijvaardigheidsinstructeurs en praktijkbegeleiders.
Het Regionaal Opleidingsplan wordt gehanteerd om richting te geven aan de scholing van alle medewerkers binnen AZRR die te maken hebben met patiëntencontact. Hierin worden visie, missie en strategie op het gebied van opleidingen beschreven. Anticiperend op actuele ontwikkelingen wordt de vertaalslag gemaakt naar het benodigde aanbod in opleidingen. Onderwerpen die specifiek aandacht krijgen zijn productdifferentiatie, bekwaamheden en toetsingsbeleid. Scholingen voor het rijdend ambulancepersoneel worden georganiseerd door het ROC van AZRR. De scholingen worden opgebouwd uit de volgende onderdelen:

- Onderhouden
- Verdieping
- Maatwerk en kwaliteitsborging
- Toekomstgerichte ontwikkeling

Op elke nascholingsdag komen één of meerdere van deze onderdelen aan de orde. Bijscholingen voor centralisten worden georganiseerd vanuit de Gemeenschappelijke Meldkamer (GMK) van de VRR. Voor het verzorgen van deze opleidingen is het Opleidingsbeleidsplan GMK leidend. De landelijke initiële opleiding voor ambulanceverpleegkundigen, ambulancechauffeurs en verpleegkundig centralisten vindt plaats aan de Academie voor Ambulancezorg (AvA). De certificering van initiële opleidingen in de ambulancezorg is in handen gegeven van het College voor Zorgopleidingen (CZO). AZRR beschikte reeds over het CZO-keurmerk voor de opleiding tot ambulanceverpleegkundige, ambulancechauffeur en verpleegkundig meldkamercentralist.

3.7 Medisch beleid

Het medisch management bestaat uit een medisch manager ambulancezorg (MMA) en een aantal verpleegkundig specialisten acute zorg (VSAZ). De formatie verpleegkundig specialisten (VSAZ) binnen AZRR bestond in 2017 uit twee reeds gediplomeerde verpleegkundig specialisten en twee verpleegkundigen in opleiding tot specialist (VIOS).

De MMA is verantwoordelijk voor het medisch inhoudelijk beleid en voor de naleving van de wetgeving die betrekking heeft op de (medische) zorg aan patiënten.
De MMA heeft een bijzondere positie binnen de bekwaamheidsstructuur. In het kader van de Wet BIG doen ambulancezorgverleners en meldkamercentralisten hun medische werkzaamheden in opdracht van de MMA. De MMA mag de opdracht alleen verstrekken als deze er redelijkerwijs van overtuigd is dat de medewerker bekwaam is.

Het takenpakket en het aandachtsgebied van de VSAZ bevinden zich tussen die van de MMA en de ambulanceverpleegkundigen. De VSAZ is nauw betrokken bij de dagelijkse praktijk en is aan de andere kant opgeleid om praktijkgerichte onderzoeken te verrichten en een rol te spelen bij de training en onderwijs van ambulancepersoneel. Door het inzetten van de VSAZ als rechterhand van de MMA wordt maximaal gebruik gemaakt van de expertise van de VSAZ en wordt binnen AZRR een flinke slag gemaakt in het verbeteren van de kwaliteit van zorg. De VSAZ dient verder o.a. als vraagbaak voor collega's, bijvoorbeeld bij complexe zorgvragen, geeft 'coaching on-the-job' aan individuele medewerkers en levert een bijdrage aan het meten van de zorgkwaliteit door thematisch hulpverleningen op straat te evalueren.

3.8 Ketenmanagement en netwerkregie

Het Regionaal Overleg Acute Zorg (ROAZ) is in het leven geroepen voor afstemming binnen de acute zorgketen in de regio. Aan het ROAZ wordt deelgenomen door vertegenwoordigers op bestuurlijk niveau van onder meer huisartsen en huisartsenposten, regionale ambulancevoorzieningen, ziekenhuizen, GGZ-instellingen met crisisfunctie en verloskundigen. AZRR participeert actief in het ROAZ.

Het ROAZ vindt zijn wettelijke basis in de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi). De ziekenhuizen in Nederland met een erkenning voor Traumacentrum zijn door VWS aangewezen om de regisseursrol op zich te nemen. In de regio Zuidwest Nederland is dit het Erasmus Medisch Centrum.

Voor afstemming van de dagelijkse samenwerkingsprocessen bestaan diverse structurele overlegvormen die in paragraaf 6.4 aan de orde komen.

3.9 Financieel Beleid

Jaarlijks wordt aan de hand van vooraf bepaalde demografische parameters (bevolkingsomvang) en prestatie-gerichte parameters (aantal geleverde diensten en verreden ritten) het wettelijk budget bepaald door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa).
Het berekende budget is de maximale vergoeding voor de verleende diensten door AZRR. Daarnaast kan in overleg met de zorgverzekeraars aanvullend budget verworven worden voor het uitvoeren van specifieke vernieuwende projecten (zie paragraaf 3.2).
Door de jaarlijkse stijging van de zorgvraag (zie paragraaf 10.3) is het feitelijk aantal verreden ritten hoger dan het aantal ritten wat bepaald is door de NZa. Dit leidt tot een zogeheten financieringsoverschot, wat betekent dat AZRR meer ritten heeft gefactureerd dan waar men volgens het wettelijk bepaalde budget recht op heeft. Dit financieringsoverschot dient na afsluiting van het kalenderjaar en het vaststellen van de jaarcijfers terugbetaald te worden aan de zorgverzekeraars, gewogen naar hun marktaandeel in de regio.
AZRR maakt zich er sterk voor dat de beschikbare financiële middelen afgestemd zijn op de actuele zorgvraag, zodat de kwaliteit en kwantiteit van de dienstverlening gewaarborgd kunnen blijven worden.

Inmiddels is een ontwikkeling in gang gezet waarbij de Coöperatie AZRR een meer zelfstandige rol ten opzichte van de leden vervult. Zo worden medische artikelen inmiddels rechtstreeks via de Coöperatie aangeschaft. Om de aanschaf van artikelen en de kostenbeheersing in algemene zin te verbeteren, is er in 2017 een verplichtingadministratie ingericht die waarborgt dat bestellingen uitsluitend gedaan kunnen worden door de verantwoordelijke budgethouders en in lijn zijn met het afgesproken budget en de vastgestelde begroting.

3.10 Informatiebeleid

Eén van de belangrijkste doelstellingen van het informatiebeleid betreft de verfijning van de registratie-mogelijkheden in het digitaal ritformulier en het komen tot de volledige, tijdige en betrouwbare meetgegevens. Naast betere analyse van de interne processen, ontstaan hierdoor tevens meer mogelijkheden voor gegevens-uitwisseling met partners in de acute zorgketen. Hierbij dient uiteraard rekening gehouden te worden met vereisten op het gebied privacy.

Ook wordt energie gestoken in het implementeren van ondersteunende software waarmee de rol van de meld-kamer als regisseur van het primair proces wordt versterkt en waarmee deze de spreiding van ambulances over de regio kan bevorderen. Hierdoor kan in spoedeisende situaties een ambulance sneller ter plaatse zijn bij de patiënt.

Daarnaast wordt invulling gegeven aan de vereisten uit de wet datalekken door het invoeren van een duidelijke meldingsprocedure en de ontwikkeling van een awareness programma bij de medewerkers.

Ook wordt hard gewerkt aan de ontwikkeling van indicatoren die inzicht geven in de inhoudelijke kwaliteit van de zorgverlening. In 2017 zijn binnen de branche zeven indicatoren ontwikkeld en vastgesteld. Een voorbeeld van een indicator is het percentage traumapatiënten bij wie de pijnintensiteit bij aankomst van de ambulance is gemeten.

Een andere ambitie betreft de implementatie van NEN 7510, het keurmerk voor informatiebeveiliging in de zorg. Het gaat dan met name om het waarborgen van de beveiliging van patiëntgegevens. Het voorbereidings-traject voor de certificering is in 2017 gestart. AZRR wordt hierbij ondersteund door een extern bureau (M&I partners). De risico's zijn in kaart gebracht door middel van een risico inventarisatie en evaluatie. Op basis daarvan zijn de eerste prioriteiten bepaald. Aan de vertaling naar de praktijk wordt inmiddels gewerkt door de meldkamerorganisatie en rijdende dienst. Daarnaast is een aanvang gemaakt met het inrichten van het (Information Security Management System (ISMS) en is gestart met het opstellen van het informatiebeveiligings-beleid dat begin 2018 zal worden vastgesteld.
Deze werkzaamheden leiden er toe dat AZRR voldoet aan de normen die gesteld worden aan informatie-beveiliging in de zorgsector en in 2018 NEN 7510 gecertificeerd kan worden.

4 Management van medewerkers

4.1 Personeelsbestand AZRR

Op 31 december 2017 zijn in totaal 391 medewerkers (351,18 FTE) werkzaam ten behoeve van de Coöperatie AZRR. Totaal betreft dit 260 mannen en 131 vrouwen. De gemiddelde leeftijd ligt rond 45 jaar. Medewerkers zijn voornamelijk in dienst bij de partners VRR of BIOS-groep. Binnen de Coöperatie zijn tot op heden drie functionarissen aangesteld. In de tabel is het totaal aantal medewerkers en FTE's vermeld.

Formatie

	FTE
Ambulanceverpleegkundige	132,70
Ambulancechauffeur	133,99
Zorgambulancemedewerker	24,67
Verpleegkundig centralist	25,40
Niet-verpleegkundig centralist	5,00
Directie, management, staf en overige medewerkers	29,42
Directie, management, staf en overige medewerkers	27,00
Totaal	**351,18**

Aantal personen, leeftijdsopbouw en verdeling man-vrouw

	M	V	Totaal
< 25 jaar	2	0	2
25 - 29 jaar	17	5	22
30 - 34 jaar	16	25	41
35 - 39 jaar	38	24	62
40 - 44 jaar	40	27	67
45 - 49 jaar	30	17	47
50 - 54 jaar	59	16	75
55 - 59 jaar	39	12	51
> 60	19	5	24
Totaal	**260**	**131**	**391**

4.2 Functionerings- en beoordelingsgesprekken

In 2017 zijn volgens planning functionerings- of beoordelingsgesprekken gevoerd. Behalve aan het huidige het functioneren wordt ook aandacht besteed aan persoonlijke ontwikkeling.

Voor medewerkers bestaat de mogelijkheid voor het vervullen van neventaken zoals praktijkbegeleider, instructeur of Rapid Responder. Ook kunnen medewerkers zitting nemen in verschillende commissies of werkgroepen zoals de materialencommissie, werkgroep patiëntveiligheid, werkgroep hygiëne en dergelijke. Vanwege de krapte aan personeel is de beleidslijn echter wel om de belasting voor neventaken in te kaderen en medewerkers zoveel mogelijk effectief in te zetten ten behoeve van de dagelijkse zorgverlening.

Er wordt personeel uitgewisseld tussen ambulancediensten en MKA met als doelstelling om kennis, vaardigheden en ervaringen uit te wisselen en zo het gezamenlijke proces van ambulancezorg te versterken. Ook hebben medewerkers de mogelijkheid om binnen het reguliere dienstrooster werkzaamheden te verrichten op andere locatie. Voorbeelden hiervan zijn het verlenen van ambulancezorg op de Maasvlakte en de inzet als Rapid Responder op Goeree-Overflakkee.

4.3 Opleiding en bijscholing

Op het gebied van opleiding en bijscholing van medewerkers, wordt uitvoering gegeven aan het scholingsbeleid zoals beschreven in paragraaf 3.5 van dit jaarverslag.

Op het gebied van opleiding en bijscholing van medewerkers, wordt uitvoering gegeven aan het scholingsbeleid zoals beschreven in paragraaf 3.5 van dit jaarverslag.

4.3.1 Landelijke initiële opleiding

In 2017 zijn 11 ambulanceverpleegkundigen, 10 ambulancechauffeurs en 3 centralisten van de MKA geslaagd voor de landelijke initiële opleiding bij de Academie voor Ambulancezorg (AvA). Ook is in dit kalenderjaar een aantal nieuwe medewerkers met deze opleiding gestart. Dit betreft 11 ambulanceverpleegkundigen, 7 ambulancechauffeurs en 7 centralisten van de MKA.

4.3.2 Moduletrainingen

Vanuit het ROC worden moduletrainingen georganiseerd voor ambulanceverpleegkundigen en ambulancechauffeurs in opleiding. De activiteiten worden eerst op het ROC getraind. Daarna komen ze tijdens de eerstvolgende scholingsdag bij de AvA aan de orde. Vervolgens worden de activiteiten onder begeleiding van een praktijkbegeleider toegepast. Tenslotte wordt casuïstiek getraind om medewerkers goed voor te bereiden op de praktijk en het landelijk assessment. In de rijvaardigheidsopleidingen voor ambulancechauffeurs en Rapid Responders zijn is in 2017 speciaal aandacht besteed aan de brancherichtlijn voor het rijden met optische en geluidssignalen spoedeisende medische hulpverlening.

4.3.3 Landelijk assessment

Periodiek legt een medewerker een landelijk assessment af bij de AvA. De afname van de toets vindt plaats op basis van zowel theoretische kennis als casuïstiek. Casuïstiek wordt getoetst voor de aandachtsgebieden cardiologie, traumatologie, non-trauma en pediatrie. De ambulancechauffeurs leggen aanvullend een verkeers- en vervoerstechnische toets (VVT) af. Ter voorbereiding op het landelijk assessment biedt het ROC trainingen aan.

In 2017 hebben 17 teams, bestaande uit een ambulanceverpleegkundige en een ambulancechauffeur, het landelijk assessment afgelegd. Het overgrote deel van de groep slaagde in de eerste ronde voor het assessment. Een deel van deze medewerkers heeft op basis van het assessment vanuit het ROC een aanvullende, individueel op maat gemaakte scholing ontvangen. Centralisten van de MKA nemen geen deel aan het landelijk assessment, maar leggen een assessment af dat intern door de meldkamer wordt georganiseerd (zie paragraaf 4.3.5).

4.3.4 Regionale nascholing

In 2017 stonden diverse nascholingen op het programma. Aandachtspunten die naar voren kwamen vanuit IGZ en VIM-meldingen zijn hierin zoveel mogelijk geïntegreerd.
In de regionale nascholingen is naast een aantal zaken die verband houden met traumatologie, ook aandacht besteed aan de toepassing van de meldcode kindermishandeling en huiselijk geweld. Dit laatste onderdeel is verzorgd door de aandachtfunctionarissen kindermishandeling en huiselijk geweld.
Verder is onder het thema ‘reflectie en leren’ aandacht gegeven aan het belang van de bewustwording van het eigen handelen en de toepassing van zelfreflectie hierop. In deze scholingen is de opgedane kennis toegepast aan de hand van casuïstiekbesprekingen.

4.3.5 Meldkamer Ambulancezorg

In 2017 hebben zeven opleidingsmomenten plaatsgevonden, rond de volgende onderwerpen:

- E-learning CityGIS
- ICT en applicaties nieuwe gezamenlijke meldkamer
- Coaching on-the-job’ verpleegkundig centralisten
- Assessments verpleegkundig centralisten
- Casuïstiektraining rond het onderwerp Grootschalige Geneeskundige Bijstand (GGB).
- Basic Life Support (BLS)
- Hercertificering uitvraagprotocol ProQA

4.3.6 Zorgambulance

De initiële opleiding en nascholing voor medewerkers van de Zorgambulance wordt vanuit het ROC verzorgd. De opleiding en nascholing bestaat uit rijvaardigheidstraining, theoretisch onderwijs en praktijkstages. De medewerkers van de zorgambulance zijn geschoold in de ABDC-methodiek en getraind in het gebruik van de nieuwe verbandmiddelen. In 2017 zijn zeven nieuwe medewerkers opgeleid.

4.3.7 Rapid Responder

Een Rapid Responder is een solistisch werkende ambulanceverpleegkundige die eerste hulp ter plaatse verleent. De Rapid Responder kan worden ingezet op een zogeheten Monolance (kleine personenauto) of een Motorambulance. De initiële opleiding en nascholing voor Rapid Responders wordt vanuit het ROC verzorgd. In 2017 heeft één medewerker de Rapid Responder opleiding gevolgd en afgerond.

4.3.8 Individuele trainingen en inloopdagen

Op aangeven van de leidinggevende, een eigen verzoek van de medewerker of naar aanleiding van specifieke aandachtspunten vanuit het landelijk assessment is een aantal individuele maatwerktrainingen door het ROC verzorgd. Ook voor medewerkers die na zwangerschapsverlof of ziekte de werkzaamheden hebben hervat, zijn specifieke trainingen georganiseerd.

Verdeeld over het jaar zijn er 23 inloopdagen georganiseerd. Deze inloopdagen zijn facultatief. Werknemers kunnen op eigen initiatief 'binnenlopen' voor training en advies. Op deze wijze kunnen medewerkers zich op basis van hun individuele behoefte gericht ontplooien en professionaliseren.

4.3.9 Overige scholingen en diensten aan derden

Naast de reguliere scholingen zijn er in 2017 aanvullende scholingen verzorgd ten behoeve van deskundigheidsbevordering van docenten en instructeurs die de verschillende trainingen en scholingen verzorgen. Twee praktijkbegeleiders van de MKA hebben deelgenomen aan intervisiemomenten van de AvA..

Naast interne behoefte aan instructie en scholing organiseert AZRR ook scholingen voor ketenpartners. Dit zijn scholingen rondom medische hulpverlening en / of rijvaardigheidstraining. Voorbeelden zijn de instructie aan de Brandweer Rotterdam-Rijnmond, de Gezamenlijke Brandweer, diverse afdelingen van de Veiligheidsregio Rotterdam-Rijnmond (VRR) en verpleegkundigen van het Mobiel Medisch Team (MMT).

LANCE

5 Management van middelen

5.1 Wagenpark

AZRR beschikt over een gedifferentieerd wagenpark. Op 31 december 2017 bestond dit wagenpark uit 57 reguliere ambulances, 10 Zorgambulances, 2 Mobiele Intensive Care Units (MICU's), 2 ambulancemotoren en 8 monolances.
In 2017 zijn twee zorgambulances één monolance vervangen omdat de afschrijvingstermijn ten einde liep. Daarnaast zijn drie nieuwe reguliere ambulances aangeschaft ter uitbreiding van het wagenpark.

5.2 Medische inventaris en verbruiksmaterialen

In 2017 zijn de glucosemeters volgens schema vervangen. Ook is het larynxmasker voor kinderen in gebruik genomen. Het larynxmasker is een hulpmiddel dat wordt gebruikt als alternatief voor een endotracheale tube om de luchtwegen van een patiënt onder algehele anesthesie of bewusteloosheid open te houden. Via het larynxmasker kan een patiënt gedurende het vervoer zelfstandig ademen of beademd worden.

In het kader van het eerder aangeschaft verbandmateriaal in het kader van terroristische dreiging zijn de verbandmiddelen samengevoegd in een nieuwe handzame tas.

In 2017 is ook de kindermap vernieuwd. Dit heeft geleid tot meer overzicht, eenvoud in gebruik en gespecificeerde medicatiedoseringen per gewicht / leeftijd. De vernieuwde kindermap is in november toegevoegd aan de inventaris van alle ambulances in het wagenpark.

Hygiëne is in 2017 opnieuw een belangrijk aandachtsgebied binnen de ambulancezorg geweest. Een goede hygiëne is van belang om de kans op overdracht van micro-organismen tijdens de behandeling en het vervoer van de patiënt te verminderen. Onder andere de speciale reinigingsdoekjes om de contactpunten en kleine oppervlaktes te ontsmetten zijn beschikbaar op de ambulancevoertuigen, evenals het ontsmettingssysteem (Saniswiss). Op alle postlocaties zijn posters opgehangen met instructies hoe om te gaan met handhygiëne. Deze posters hangen in de schoonmaakruimte van de ambulanceposten en op de personeelstoiletten. Hygiëne is tevens een onderwerp dat in regionale scholingen, werkbesprekingen en jaargesprekken is teruggekomen in 2017.

5.3 Administratieve organisatie

In 2017 is hard gewerkt aan de doorontwikkeling van de administratieve organisatie van AZRR. Dit is belangrijk bij het toewerken naar een gezamenlijke bedrijfsvoering.

5.3.1 Aanpak opzet administratieve organisatie

Het uitgangspunt is om op grond van de geïdentificeerde risico's te zorgen voor een eenduidige aanpak van de werkzaamheden. Dit is vormgegeven in een aantal heldere procedures. Het vastleggen van de administratieve organisatie in procedures heeft naast verheldering van de werkzaamheden ook tot doel om te zorgen voor het borgen van kennis zodat bijvoorbeeld een nieuwe medewerker eenvoudig een beeld kan krijgen van de werkzaamheden.

5.3.2 Risicoparagraaf

Vanaf 2017 is in het financieel jaaroverzicht een risicoparagraaf opgenomen die aangeeft welke actuele strategische risico's er zijn. Per genoemd risico is ingeschat wat de kans is dat het risico zich manifesteert en wat de financiële gevolgen in dat geval zijn.

5.3.3 Beheer financiële middelen

Binnen AZRR worden alle transacties via de bank afgehandeld en is geen contante kas aanwezig. Binnen deze transacties wordt consequent functiescheiding toegepast op basis van het 'Four Eye principle', waarbij er bij iedere financiële transactie twee functionarissen hun handtekening dienen te zetten. Op deze wijze is een functiescheiding en controlemechanisme gecreëerd bij de invoer van nieuwe crediteuren, het klaarzetten van betalingen en het accorderen voor betalingen.

5.3.4 Rittenadministratie en facturatie

Elke ambulancerit wordt geregistreerd in een sterk beveiligde database. In de registratie wordt onderscheid gemaakt in spoedritten en planbare ritten / besteld vervoer. Dit onderscheid vertaalt zich in verschillende tarieven, vastgesteld door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa).
Ritformulieren worden na een controleslag klaargezet voor facturatie. Dit leidt na goedkeuring in het Vecozo-portaal tot het uploaden van facturatiebestanden naar de verzekeraar. Het Vecozo-portaal is een landelijk beschikbare omgeving voor zorginstellingen ter controle of en bij welke verzekeraar de patiënt verzekerd is. Een klein gedeelte van de facturen wordt handmatig aangemaakt, bijvoorbeeld wanneer de patiënt niet verzekerd is en zelf dient te betalen.

BRANDWEER
Dordrecht
LE 14.250
AMBULANCE
TRIAGE KLASSE 2

6 Management van processen

6.1 Kwaliteits- en veiligheidsmanagementsysteem

AZRR beschikt over een gecertificeerd kwaliteits- en veiligheidsmanagentsysteem waarin de procedures voor de primaire, ondersteunende en besturingsprocessen zijn beschreven. Het kwaliteits- en veiligheids-managementsysteem is voor alle medewerkers via het intranet toegankelijk.

Op donderdag en vrijdag 29 en 30 juni is AZRR bezocht voor de jaarlijkse HKZ-certificering. In de steekproef zijn dit jaar de opkomstlocaties Breslau en Dirksland en ook de meldkamer ambulancezorg bezocht. Daarnaast zijn verschillende geplande interviews uitgevoerd rond onder andere opleidingen, kwaliteit, patiënt-veiligheid, ketenpartners, P&O, materialen en inkoop.

De belangrijkste conclusie van de audit is dat het HKZ-keurmerk opnieuw voor een jaar is verlengd. Als sterke punten zijn benoemd de SWOT-analyse, het Plan Spreiding en Beschikbaarheid (S&B), de verzorging van de opleidingen, de bevlogenheid van de geïnterviewde ambulancemedewerkers en de manier waarop de meld-kamer in de hectiek van alledag de regie weet te houden op het zorgproces. Ook de inzet waarmee binnen de steeds moeilijker wordende omstandigheden en krapte alles in het werk wordt gesteld om zoveel mogelijk

ambulances op de weg te krijgen is genoemd. Ondanks de moeilijke omstandigheden zijn grote stappen gezet in de ontwikkeling van de organisatie.

Daarnaast is een aantal punten benoemd die AZRR nog verder kan verbeteren. Rond twee aandachtspunten heeft het auditteam een tussentijdse voortgangsrapportage gevraagd. Dit betreft de opiatenregistratie en de registratie van vaccinaties. De betreffende werkafspraken zijn inmiddels aangescherpt en de registraties verbeterd.

6.2 Planning & Control cyclus

In 2017 is veel tijd uitgetrokken om de financiële rapportages uit te bouwen naar een operationeel dashboard. Ook is de frequentie van deze rapportage naar een maandelijkse rapportage opgevoerd.

In het operationele dashboard is ruimte gemaakt om naast de financiële rapportage ook te rapporteren over zaken zoals personeelsbezetting, responspercentages en medische kwaliteitsindicatoren.

Ook is in 2017 een vervolgslag gemaakt met het vertalen van data naar managementinformatie door de rapportage te voorzien van een advies hoe bepaalde gerapporteerde risico's beheerst of ondervangen kunnen worden binnen de P&C-cyclus.

6.3 Patiëntveiligheid, incidentmeldingen en calamiteiten

6.3.1 Prospectieve Risico Inventarisaties

In 2017 heeft de werkgroep patiëntveiligheid een vervolg gegeven aan de prospectieve risico inventarisaties (PRI's). Deze worden gemaakt met behulp van de speciaal daarvoor ontwikkelde BowTie-methodiek. Met deze methodiek worden rond gesignaleerde risico's de oorzaken, gevolgen en benodigde maatregelen in samenhang bekeken. De risico inventarisaties richten zich op de benoemde kritische processen zoals de aanname op de meldkamer, zorgverlening ter plaatse en overdracht van een patiënt aan de zorginstelling.

Nu AZRR de interne kritische processen allemaal geanalyseerd zijn op patiëntveiligheid, wordt de aandacht verbreed naar patiëntveiligheid binnen de zorgketen. In dit kader hebben verschillende constructieve sessies plaatsgevonden met vertegenwoordigers van huisartsen en huisartsenposten (HAP's). Er is vooral aandacht besteed aspecten rond patiëntveiligheid op het gebied van triage en overdracht / doorverwijzing van patiënten. Dit wordt verder uitgewerkt in een BowTie-diagram met bijbehorende actiepunten voor huisartsen(posten) en ambulancezorg.

6.3.2 Veilig Incident Melden

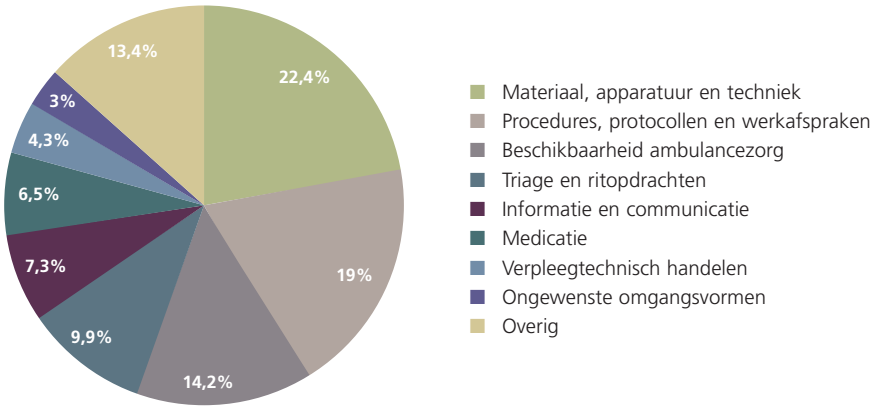
AZRR maakt gebruik van de methodiek van Veilig Incident Melden (VIM). Hierbij kunnen meldingen van (bijna)incidenten door medewerkers laagdrempelig en veilig kunnen worden gemeld via intranet. Deze worden vervolgens geregistreerd in een specifiek hiervoor ontwikkeld softwarepakket. De term 'veilig melden' houdt in deze context in dat het accent ligt op leren en reflecteren en niet op sanctioneren.

AZRR heeft er stevig op ingezet om het VIM-men zo laagdrempelig mogelijk te maken. Medewerkers kunnen via een link op intranet snel een eenvoudig een VIM-melding doen. Ook kan dit via de Ipad die ambulance-verpleegkundigen tijdens de zorgverlening bij zich hebben voor het verwerken van de digitale ritformulieren. De VIM-procedure heeft het melden van incidenten en bijna-incidenten aantoonbaar laagdrempeliger gemaakt. In 2017 zijn in totaal 122 VIM-meldingen geregistreerd.

Een VIM-melding wordt gekoppeld aan een casemanager die de casus inhoudelijk onderzoekt, indien nodig inhoudsdeskundigen raadpleegt en de uitkomst terugkoppelt aan de melder. Een VIM-melding wordt doorgaans binnen twee tot drie weken afgehandeld. Afgeleid van casuïstiek worden gerichte verbeteracties in gang gezet.

Per VIM-melding kunnen door de medewerker meerdere aspecten gemeld worden die impact hebben op de patiëntveiligheid. Het geregistreerde aantal VIM-meldingen correspondeert daarom niet 1 op 1 met het aantal aspecten waarover is gemeld. Daarom is het informatiever om de aspecten waarop de meldingen betrekking hebben inzichtelijk te maken in percentages. In het taartdiagram is visueel gemaakt op welke aspecten de VIM-meldingen hebben.

Procentuele verdeling aspecten VIM-meldingen



Wat opvalt in het taartdiagram is dat de meeste VIM-meldingen gaan over de categorieën "procedures, protocollen en werkafspraken", "informatie en communicatie" en "materiaal, apparatuur en techniek". Zelfreflectie op het eigen professioneel handelen zoals bij de categorieën "verpleegtechnisch handelen" en "medicatiefouten" vindt organisatiebreed nog relatief weinig plaats. In de verdere doorontwikkeling en volwassenwording van de organisatie is het stimuleren van een veilige omgeving om te melden over eigen fouten of verkeerde inschattingen een aandachtspunt.

6.3.3 Calamiteiten

Op het moment dat bij een hulpverlening iets gebeurt dat mogelijk een calamiteit is, is AZRR als zorg-aanbieder wettelijk verplicht om dit te melden bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ). Van een calamiteit is sprake wanneer er mogelijk een relatie is tussen de verleende of juist niet verleende zorg en schade aan de patiënt of overlijden. De inspectie vraagt de zorgaanbieder om te onderzoeken wat er precies is gebeurd, wat de oorzaken zijn en welke verbetermaatregelen genomen zullen worden. Het doel is om ervan te leren en herhaling te voorkomen.

In 2017 heeft AZRR één calamiteit gemeld bij IGZ. De calamiteit is volgens een vaste procedure onderzocht door een commissie waarin met behulp van niet-betrokken collega's via de PRISMA methode wordt geanalyseerd. Vaak blijkt dat de calamiteit het gevolg is van meerdere factoren. De onderzoeken zijn intensief

en hebben een grote impact op de betrokken medewerkers. Het ‘second victim’ risico is bekend en vraagt zorgvuldige begeleiding door de leidinggevende.
AZRR heeft in 2017 tevens drie keer een bijdrage geleverd aan onderzoek naar aanleiding van een calamiteit bij ketenpartners.

Alle verbetermaatregelen worden opgenomen in het softwareprogramma Improve. In het MT AZRR wordt besloten wie met welke prioriteit verantwoordelijk is voor het uitvoeren van de verbetermaatregel en hoe monitoring van het resultaat plaatsvindt.

Binnen AZRR wordt nog gezocht naar de juiste manier om calamiteiten geanonimiseerd te delen met alle medewerkers. Zodra hiervoor het goede format is gevonden kunnen meldingen, conclusies en verbeter-maatregelen ook worden opgenomen in een jaarverslag.

6.4 Samenwerkingsprocessen met ketenpartners

Er bestaat een aantal vaste overlegvormen om de samenwerking binnen de acute zorgketen te structureren.

6.4.1 Traumacentrum Zuid West Nederland

Binnen de acute zorgketen werkt AZRR nauw samen met het Traumacentrum Zuid West Nederland. Afstemming vindt op periodieke basis plaats binnen het subregionaal ketenoverleg. Eveneens worden vanuit AZRR ambulanceverpleegkundigen gedetacheerd voor het (Heli) Mobiel Medisch Team (MMT).

6.4.2 Ziekenhuizen

Met de ziekenhuizen in de regio wordt periodiek overleg gevoerd. Dit overleg richt zich vooral op de samenwerking en overdracht van patiënten op de spoedeisende eerste hulp (SEH).
Regelmatig worden gezamenlijke casuïstiekbesprekingen georganiseerd, gericht op het ambulancepersoneel en het SEH-personeel van de ziekenhuizen.

6.4.3 Huisartsenposten (HAP's)

AZRR heeft samenwerkingsafspraken met alle huisartsenposten binnen de regio Rotterdam-Rijnmond. Op basis hiervan vindt structureel afstemmingsoverleg plaats. Belangrijke thema's zijn onder meer gezamenlijke zorg ter plaatse, informatie-uitwisseling en overdracht van patiënten.

6.4.4 Geestelijke Gezondheidszorg

De zorg rondom verwarde personen heeft ook dit jaar veel landelijke aandacht gehad. In het Bestuurlijk Overleg "Triage, passende zorg en vervoer" waarin, naast de gemeente Rotterdam en Dordrecht, alle betrokken GGZ instellingen binnen de regio's Rotterdam Rijnmond en Zuid Holland Zuid en de beide ambulancediensten van deze regio's betrokken zijn, zijn afspraken gemaakt die het mogelijk maken de zorg voor deze specifieke patiënten-categorie te verbeteren. Zo is afgesproken dat de AZRR als verwijzer patiënten ter acute beoordeling kan presenteren bij de Spoedeisende Eerste Hulpen Psychiatrie (SEH-P) in onze regio. Dit in situaties waarbij er niet gewacht kan worden op beoordeling door de Acute Dienst van de GGZ en somatische problematiek is uitgesloten.

Teven is een pilot van start gegaan met een Meldpunt GGZ. Het Meldpunt GGZ bekijkt of de patiënt eventueel klinisch bekend is en geeft aan de ambulancebemanning door bij welke SEH-P de patiënt gepresenteerd kan worden, waarna de patiënt per ambulance vervoerd kan worden. Het Meldpunt GGZ geeft aan de betreffende SEH-P door dat de ambulance onderweg is. Daarnaast is het Meldpunt GGZ 7 x 24 uur beschikbaar voor overleg en advies.

6.4.5 Verloskundigen

Voor de samenwerking op het gebied van verloskunde zijn werkafspraken beschreven tussen AZRR en de partners binnen de acute verloskunde. Deze partners zijn vertegenwoordigd in het District Verloskundig Platform Rotterdam-Rijnmond.

Dit platform vertegenwoordigt de binnen de verloskundige samenwerkingsverbanden (VSV's) werkzame gynaecologen, verloskundigen en huisartsen die actief zijn op het gebied van verloskunde. Op basis van de werkafspraken zijn zogeheten parallelle acties uitgewerkt. Dit zijn afspraken tussen verloskundigen / ziekenhuizen (gynaecologen) enerzijds en ambulancezorg anderzijds met betrekking tot overdracht en handelwijze in acute situaties.

6.4.6 ROAZ expertisegroepen

Binnen de kaders van het ROAZ (zie paragraaf 3.7) fungeren enkele expertisegroepen. AZRR is vaste deelnemer in diverse expertisegroepen. Naast deze expertisegroepen zijn er vanuit het ROAZ twee overlegvormen in het leven geroepen die zich bezighouden met actuele problematiek. Dit zijn de werkgroep keten in stroomversnelling in relatie tot de overbelasting van de SEH-afdelingen in de regio en het crisisteam arbeidsmarkt, die zich bezig houdt met het anticiperen op de krapte op de arbeidsmarkt binnen de acute zorg. Aan beide werkgroepen neemt AZRR actief deel.

6.5 Opgeschaalde zorg en integraal regionaal crisisplan

6.5.1 Integraal regionaal crisisplan

Zorgorganisaties moeten ook in bijzondere situaties zorg kunnen blijven leveren. Of dit nu tijdens een groot ongeval met veel slachtoffers is of bij een brand waardoor voorzieningen als ICT uitvallen en/of benodigd materiaal niet meer beschikbaar is. Planvormig om voorbereid te zijn op deze bijzondere situaties staat beschreven in het integraal regionaal cisisplan. Dit plan richt zich niet alleen op flitsrampen en snelle opschaling, maar op crisis in de volle breedte en de wijze waarop de bedrijfscontinuïteit kan worden gewaarborgd.

6.5.2 Grootschalige Geneeskundige Bijstand

AZRR heeft de beschikking over drie zogenaamde calamiteitenvoertuigen. De calamiteitenvoertuigen brengen in opgeschaalde situaties (> 30 slachtoffers) ambulancezorgprofessionals en medische hulpmiddelen (behandelcapaciteit) op de plaats van het incident. Ieder afzonderlijk voertuig wordt bemenst door twee ambulancechauffeurs (ACH) en vier ambulanceverpleegkundigen (AVP). Zij vormen samen één calamiteitenteam.
De drie calamiteitenteams van AZRR worden bijgestaan door eveneens drie noodhulpteams van het Nederlandse Rode Kruis (NRK). De regio Rijnmond werkt met een aanvullende module op het landelijke noodhulpteam (NHT) model: een NHT-PLUS. Dit houdt in dat, naast NHT, alle vrijwilligers van onze regio van het NRK tevens beschikken over een NHT + opleiding, zodat zij assisterend aan de calamiteitenteams kunnen optreden in de hoofdketen ten behoeve van T1 en T2 slachtoffers. In de praktijk betekent dit dat alle NHT-PLUS vrijwilligers in de regio Rotterdam-Rijnmond zowel inzetbaar zijn in de hoofdketen als in de nevenketen. De alarmering van een noodhulpvoertuig/noodhulpteam van het NRK altijd gekoppeld aan de alarmering van een calamiteitenvoertuig/team van AZRR.

FERNO

7 Waardering door patiënten

7.1 Patiënttevredenheid

In 2017 is het eindrapport verschenen van het patiënttevredenheidsonderzoek, geïnitieerd vanuit brancheverenigingAZN, waarin ook AZRR heeft geparticipeerd. Het onderzoek is uitgevoerd door onderzoeksinstituut NIVEL. De kwaliteit van zorg is gemeten met de Consumer Quality Index (CQI), een gestandaardiseerde methodiek voor klantervaringsonderzoek in de zorg.

Patiënten waarderen de ambulancezorg gemiddeld met het rapportcijfer 9. Deze score representeert de ervaringen van de patiënt met de thema's meldkamer, vervoer, bejegening, medisch handelen, communicatie en spoedeisende zorg. Aan dit landelijk onderzoek deden alle regionale ambulancevoorzieningen (RAV's) mee. Er zijn geen significante verschillen tussen de RAV's gevonden in cliëntervaringen. Cliëntervaringen worden onderdeel van de kwaliteitsinformatie die de ambulancesector gaat ontsluiten via het 'Sectorkompas ambulancezorg'.

7.2 Klachten

Vanaf het kalenderjaar 2017 is de nieuwe Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) van kracht. Deze wet vervangt en bundelt een aantal andere wetten en regelingen, waaronder de Wet klachtrecht cliënten zorgsector (Wkcz). De insteek is om klachten zo laagdrempelig mogelijk af te handelen.

Ten opzichte van de eerder geldende wetgeving is onder meer veranderd dat de klachtenfunctionaris de klager desgevraagd adviseert en helpt bij het formuleren van de klacht. Over het in te zetten klachttraject wordt vooraf afgestemd met de klager. Zo kan de klager kiezen of hij een bemiddelingstraject wil, of dat de klacht formeel wordt voorgelegd aan de klachtencommissie voor een oordeel. Wanneer de klager kiest voor een formeel traject is een brief van de klager noodzakelijk en wordt deze ook uitgenodigd om te verschijnen op de hoorzitting van de klachtencommissie.
Een andere relevante wijziging is dat aansluiting bij een door de Minister van VWS erkende onafhankelijke geschilleninstantie verplicht is. AZRR is via branchevereniging AZN aangesloten bij de Landelijke Geschillencommissie.

Klachten geven inzicht in de mate waarin de dienstverlening gewaardeerd wordt en op welke gebieden verbetering mogelijk is. Voor AZRR zijn klachten daarom een belangrijke informatiebron. Bij de registratie van klachten wordt onderscheid gemaakt tussen klachten van cliënten / direct betrokkenen en klachten van ketenpartners (huisartsen, ziekenhuizen en andere hulpverleners of zorginstellingen).

De klachtenfunctionaris gaat na wat toedracht en oorzaak van de klacht is. Ook gaat de klachtenfunctionaris in veel gevallen in gesprek met de klager en het betrokken ambulancepersoneel. Bemiddeling leidt in vrijwel alle gevallen tot afwikkeling van de klacht. Wanneer de bemiddelingspoging toch geen bevredigend resultaat oplevert of wanneer de klager daar in eerste aanleg reeds de voorkeur aan geeft, wordt de klacht formeel in behandeling gegeven aan de klachtencommissie.

In 2017 werden in totaal 87 klachten geregistreerd. 70 klachten zijn ingediend door cliënten / direct betrokkenen en 17 klachten zijn ingediend door ketenpartners. De klachten die in 2017 zijn ingediend, konden voor het overgrote deel door bemiddeling worden afgehandeld. Twee klachten zijn formeel ter

Spoedeisende Hulp

behandeling voorgelegd aan de klachtencommissie, waarvan er één uiteindelijk weer is ingetrokken door de klager. In 2017 zijn geen klachten geregistreerd die geleid hebben tot een melding bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ).

In sommige klachten wordt onvrede geuit over meerdere aspecten. Veelal is er echter één aspect aan te wijzen dat het zwaarst weegt en dat uiteindelijk heeft geleid tot het indienen van de klacht. De tabel laat zien welke klachten per hoofdaspect zijn ingediend in 2017.

Overzicht geregistreerde klachten naar type

Type klacht	Klachten cliënten / direct betrokkenen	Klachten ketenpartners
Bejegening	23	6
Lange wachttijd B-vervoer	21	4
Medisch technisch handelen	12	1
Indicatiestelling / urgentiebepaling	4	4
Ambulance te laat (A1-urgentie)	2	0
Ambulance te laat (A2-urgentie)	3	0
Kwaliteit materiaal	0	0
Overige	5	0
Totaal ingediende klachten	70	17
Afgehandeld in bemiddelingsfase	68	17
Afgehandeld door klachtencommissie	2	0
Naar aanleiding van klacht melding gedaan bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ)	0	0
Naar aanleiding van klacht melding gedaan bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ)	0	0

7.3 Bedankjes

Regelmatig worden bedankjes ontvangen van patiënten, familieleden of andere betrokken omdat ze zeer tevreden zijn over de zorgverlening. Dit gebeurt bijvoorbeeld via een persoonlijke brief of e-mail. In het kalenderjaar 2017 heeft AZRR officieel 27 bedankjes geregistreerd.

SENNHEISER

8 Waardering door medewerkers

8.1 In- en uitstroom

Cijfers met betrekking in- en uitstroom van medewerkers zijn een nuttige informatiebron die een indicatie geven van de waardering van medewerkers om te werken bij AZRR.

Het werven van voldoende gekwalificeerde medewerkers in de steeds krapper wordende arbeidsmarkt, is geen eenvoudige opgave. In 2017 heeft AZRR opnieuw regelmatig een beroep moeten doen op uitzendkrachten om te waarborgen dat er voldoende parate ambulances beschikbaar waren. In 2017 is een gedeelte van de vacatures vervuld. Het gemiddelde instroompercentage van AZRR als RAV bedraagt in het achterliggende kalenderjaar 9,7%. In 2017 zijn veertien ambulanceverpleegkundigen, negen ambulancechauffeurs, zes verpleegkundig centralisten, zes zorgambulancebegeleiders en drie overige medewerkers hun werkzaamheden bij AZRR begonnen. In totaal zijn dit 38 instromers.

Het gemiddelde uitstroompercentage bedraagt 8,2%. In 2017 zijn veertien ambulanceverpleegkundigen, tien ambulancechauffeurs, drie verpleegkundig centralisten, twee zorgambulancebegeleiders en drie overige medewerkers uitgestroomd. In totaal zijn dit 32 uitstromers. De meest voorkomende redenen voor uitstroom

zijn het aanvaarden van een andere functie binnen de gezondheidszorg, het gaan werken in een andere ambulanceregio en de overgangsregeling voor functioneel leeftijdsontslag (FLO).

8.2 Ziekteverzuim

Het werken binnen de ambulancezorg vraagt veel van de fysieke en mentale weerbaarheid van medewerkers. Stressvolle omstandigheden en situaties van agressie en geweld vragen om een goede opvang en nazorg. AZRR beschikt over een Team Collegiale Ondersteuning (TCO) waar medewerkers na een ingrijpend incident een beroep op kunnen doen.

Het gemiddelde ziekteverzuim binnen AZRR bedroeg in 2017 5,8%. Ten opzichte van het voorgaande kalenderjaar is sprake van een stijging van 0,7 procentpunt. Dit wordt verklaard door de toegenomen werkdruk en deels ook door een stevige griepepidemie. Onderstaande tabel maakt de ontwikkeling van het ziekteverzuim in de achterliggende jaren inzichtelijk.

Ontwikkeling ziekteverzuim

Jaar	Ziekteverzuim
2013	5,6%
2014	6,0%
2015	6,2%
2016	5,1%
2017	5,8%

XL
L
S
M
M
KARTSANA
POWERBRAVA

9 Waardering door de maatschappij

9.1 Communicatie in de media

In 2017 heeft AZRR via de media veel publiciteit gegeven aan de werving van nieuwe collega's. Zo zijn onder andere in Dagblad Trouw, het Algemeen Dagblad en de Telegraaf artikelen verschenen met interviews met een ambulanceverpleegkundige en met de directeur AZRR. Ook de regionale omroep Radio- en TV Rijnmond heeft items gemaakt over de werving van verpleegkundigen. Daarnaast heeft de directeur AZRR een interview gegeven in De Telegraaf met een toelichting op de toenemende druk op de aanrijtijden. In regionale huis-aan-huis bladen heeft AZRR met meerdere artikelen gestaan, zoals bijvoorbeeld over de collega's van de Rapid Responder, Zorgambulance en rijvaardigheidsinstructeurs.

Bij de NOS heeft een ambulancechauffeur in een nieuwsitem uitleg gegeven over het rijden met zwaailicht en sirene in het verkeer. Ook was AZRR op televisie te zien in meerdere afleveringen van Flikken Rotterdam.

9.2 Wetenschappelijke publicaties, officiële presentaties en netwerken

AZRR participeert regelmatig in wetenschappelijk onderzoek of levert een bijdrage aan officiële presentaties op symposia en congressen. Ook wordt actief deelgenomen aan diverse netwerken en overlegvormen. In 2017 zijn de volgende zaken relevant om te noemen:

Publicaties:

- Deddens, GJ., *"Acuut Aneurysma Aorta Abdominalis (Resultaten PARA2-pilot)"*, AmbulanceZorg 2017, (9) 25-26, Vakblad V&VN Ambulancezorg.

Presentaties:

- Breeman, W., Eversdijk, M., Waes, van, O., *"Traumaquiz versie 2017"*, Nationaal Coassistenten Congres 2017, Egmond aan Zee, 9 april 2017
- Waarden, van der, N.W.P.L., *"The truth hurts, but silence kills" a case report of domestic violence*, Hermann Memorial Hospital, Texas Medical Center, Houston, USA, Nov 7th, 2017
- Breeman, W., *"Ambulancecare in Rotterdam, the Netherlands"*, City of Houston, Houston Fire dept. headquarters, 8 november 2017
- Deddens, G.J., *"Wezen waar je Wezen moet"* Samenwerking in de ketenzorg en de Verpleegkundig Specialist, Erasmus MC, Rotterdam, 8 november 2017,
- Waarden, van der, N.W.P.L.., Stok, M., *"Ketencasus Geriatrie: Een onverwachte wending"*, Refereeravond Traumacentrum ZWN / ROAZ, Erasmus MC, 22 november 2017.

Posterpresentatie:

- Deddens, G.J., *"Prehospital Assessment Rotterdam Aortic Aneurysm"*. Jaarcongres V&VN VS Together into the Future. Arnhem. 5-6 oktober 2017

Netwerken, Expertise- en werkgroepen:

- ROAZ Expertisegroep CVA
- Werkgroep Ambulancezorg op het water, AZN
- Werkgroep BMH, Ambulancezorg Nederland
- Kennisplatform Onderzoek AZN
- Registratiecommissie Verpleegkundig Specialisten
- Accreditatie Kwaliteitsregister V&VN (Ambulancezorg) en Register Specialismen Verpleegkunde
- Congrescommissie V&VN VS Congres
- Netwerk VSAZ, V&VN Ambulancezorg

Kennis en ervaringen binnen de ambulancezorg kunnen bredere relevantie hebben en worden gedeeld met andere ketenpartners. In 2017 is vanuit AZRR bijgedragen aan de volgende scholingen: bij ketenpartners:

- Prehospitale Zorg & Verdrinking, Duikongevallen en Onderkoeling, Opleiding Acute Zorg (IC - en SEH verpleegkundige), Zorgacademie Erasmus MC, Rotterdam
- Prehospitale Zorg & Verdrinking, Opleiding tot anesthesiemedewerker, Zorgacademie, Erasmus MC, Rotterdam
- Ambulancezorg en LPA 8 (i.s.m. MKA), Opleiding Huisartsgeneeskunde Erasmus Universiteit, Instituut voor Huisartsengeneeskunde, Rotterdam
- ABCDE-methodiek en reanimatie, Masteropleidingen Advanced Nursing Practice en sportfysiotherapie, Instituut voor Gezondheidzorg, Hogeschool Rotterdam.

De VSAZ namen in 2017 verder deel aan vier sessies intercollegiale toetsing in samenwerking met de collega's uit het Maasstad ziekenhuis, Ikazia ziekenhuis en Erasmus MC.

9.3 Presentaties voor scholen, zorginstellingen en gemeenten

Vanuit AZRR zijn in 2017 weer diverse presentaties verzorgd op scholen. Aan de hand van de verbandkoffer, AED en andere apparatuur wordt het dagelijkse werk op de ambulance toegelicht. Ook kunnen kinderen een kijkje nemen in de ambulance. Daarnaast zijn presentaties verzorgd in "De club van 112", een educatiecentrum

waar onder andere kinderen van groep 8 bewust gemaakt worden diverse aspecten op het gebied van (brand) veiligheid.
Voormalig medewerkers van de ambulancedienst geven onderwijs aan deze doelgroep door middel van casuïstiek en onderwijsleergesprekken. Onderwerpen zijn onder meer eerste hulp bij brandwonden, valincidenten en verkeersongelukken.
Ook heeft AZRR een bijdrage geleverd aan open dagen van zorginstellingen en demonstraties voor publiek die vanuit diverse gemeenten zijn georganiseerd.

9.4 Terugdringen agressie en geweld

Werknemers met een publieke taak worden tijdens hun werk helaas soms geconfronteerd met agressie en geweld. Ook ambulancemedewerkers hebben te maken met vormen van agressie en geweld.

In 2017 is in onze regio 45 keer melding gedaan van agressie en geweld gericht tegen ambulancepersoneel. Het totaal aantal is een verdubbeling van het aantal meldingen ten opzichte van vorig kalenderjaar. In 2017 is de module agressie en geweld in het digitaal ritformulier in werking gesteld. Hierdoor is het voor ambulance-personeel laagdrempeliger en sneller mogelijk om een melding te doen.

Het merendeel van de meldingen had betrekking op verbale agressie, zoals dreigen, schelden of beledigen. In zes gevallen was er sprake van een vorm van fysiek geweld. In acht van de 45 gevallen heeft de melding geleid tot een officiële aangifte bij de politie.

9.5 Signaleren huiselijk geweld en kindermishandeling

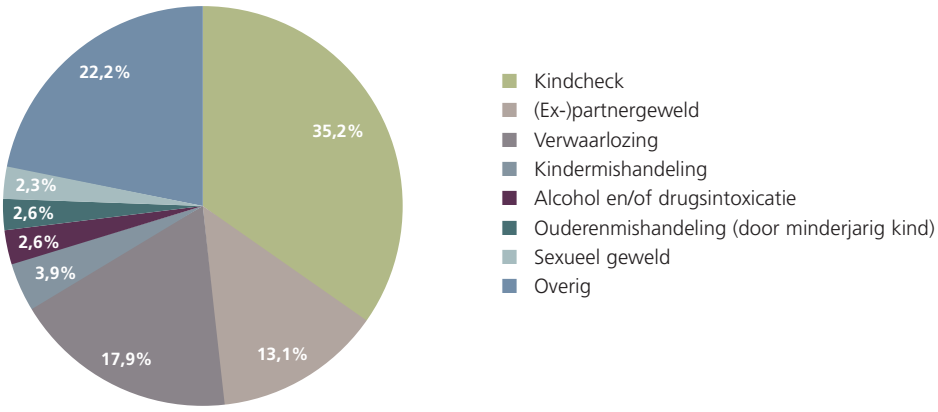
Jaarlijks worden in Nederland 119.000 kinderen verwaarloosd of mishandeld. Gemiddeld overlijdt zelfs iedere week één kind als gevolg van kindermishandeling. Naast kindermishandeling is er onder de noemer huiselijk geweld aandacht voor onder andere (ex-)partnergeweld, mishandeling van ouderen en getuige zijn van huiselijk geweld. Met het inwerkingtreden van de Wet meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling is het verplicht

om een meldcode te hanteren die aan de wettelijke eisen voldoet en om de kennis en het gebruik van deze meldcode te bevorderen. AZRR heeft deze meldcode inmiddels geïmplementeerd.

De meldcode is toegeschreven naar de ambulancezorg zodat deze ook te hanteren is in het kortdurende en vaak eenmalige patiëntcontact waarvan doorgaans sprake is. Medewerkers kunnen via intranet de stappen van de meldcode doorlopen. Hiervoor wordt gewerkt in een digitaal beveiligde omgeving waarmee de privacy is gewaarborgd en er ook recht wordt gedaan aan het medisch beroepsgeheim.
Een onderdeel van de meldcode is de kind-check, waarbij de zorgverlener in het contact met volwassen patiënten uit een bepaalde doelgroep verplicht is om te onderzoeken of een patiënt mogelijk kinderen heeft die van hem of haar afhankelijk zijn. Het gaat dan om patiënten die in een medische conditie of in omstandigheden verkeren die risico's kunnen opleveren voor de veiligheid van het kind. Bijvoorbeeld een ernstige verslaving, een zware depressie of een andere psychische stoornis.

Binnen AZRR is formatieruimte gecreëerd voor de coördinatiefunctie kindermishandeling en huiselijk geweld. De functie wordt ingevuld door twee medewerkers die hier beiden 8 uur per week aan besteden. De coördinator fungeert als vraagbaak, ondersteunt en adviseert ambulancepersoneel rond het doen van een melding, houdt de registratie bij, ziet toe op de dossiers en verslaglegging en onderhoudt contacten met direct betrokkenen (ouders / verzorgers), ketenpartners en Veilig Thuis.
In 2017 zijn in totaal 178 meldingen geregistreerd van kindermishandeling en huiselijk geweld. In één melding komen soms meerdere aspecten van geweld of mishandeling terug. Onderstaande figuur maakt inzichtelijk welke aspecten in welke mate terugkomen in de geregistreerde meldingen.

Procentuele verdeling aspecten kindermishandeling en huiselijk geweld



10 Bestuur en financiers

In dit hoofdstuk worden de eindresultaten beschreven waarover AZRR zich verantwoord aan bestuur en financiers.

10.1 Productiecijfers

10.1.1 Gerealiseerde productie 2017

Voor definities van de gehanteerde uitsplitsing van ritten in onderstaande tabellen verwijzen wij naar het Uniform Begrippenkader Ambulancezorg (UBK), zoals dat landelijk binnen de branche is vastgesteld. Onderstaande tabel toont het aantal geleverde diensten en uitgevoerde ritten in 2017.

Ritten naar declarabiliteit	
Declarabele ritten	80.600
Niet declarabele ritten (o.a. EHGV)	20.009
Afgebroken ritten	4.843
Loze ritten	9.360
Totaal	**114.812**

10.1.2 Aantal ritten per urgentie

De tabel geeft inzicht in het aantal ritten dat per urgentiecode is verreden in 2017.

Ritten naar urgentie	
A1-ritten	52.033
A2-ritten	29.330
B1-ritten	19.125
B2-ritten	14.324
Totaal	**114.812**

10.2 Dekkingsgraad

Een belangrijke indicator voor de beschikbaarheid van ambulancezorg is de dekkingsgraad. Wettelijk is vastgelegd dat 97% van de bevolking binnen 15 minuten responstijd bereikt moet kunnen worden. De norm van 97% behaalt AZRR ruimschoots. Gedurende de nachtelijke uren is de dekkingsgraad 99,1%. Overdag realiseert AZRR zelfs een dekkingspercentage van 100%. Het RIVM brengt periodiek de dekkingspercentages in beeld en publiceert deze op haar website, die u via onderstaande link kunt bezoeken:

www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/acute-zorg/regionaal-internationaal/ambulancezorg#node-rijtijd-vanaf-dichtstbijzijnde-ambulancestandplaats

10.3 Prestaties

10.3.1 A1-Prestaties per gemeente en gebied

Het aantal ritten dat AZRR heeft uitgevoerd is in het achterliggende kalenderjaar wederom toegenomen. Dit wordt veroorzaakt door de stijgende zorgvraag (onder meer door de vergrijzing en doordat ouderen langer zelfstandig thuis wonen).

Tegelijkertijd heeft AZRR logistiek gezien te maken met een afnemend aantal afdelingen spoedeisende hulp (SEH's) in de regio. Doordat ziekenhuizen fuseren of zorg concentreren, maken zij een efficiencyslag maar dit heeft effect op de beschikbaarheid van ambulances. Ambulances moeten hierdoor namelijk gemiddeld langere afstanden afleggen en zijn daardoor langer bezet.
Ook de SEH's hebben op hun beurt te kampen met een stijgende zorgvraag waardoor de overdrachtstijd toeneemt en SEH's op bepaalde momenten een patiëntenstop toepassen. Het komt hierdoor regelmatig voor dat een ambulance de patiënt naar een verder gelegen ziekenhuis moet vervoeren. Dergelijke ontwikkelingen gaan allemaal ten koste van de beschikbare capaciteit en hebben daarmee een drukkend effect op de prestatie.
Ook de krapte op de arbeidsmarkt is een grote uitdaging voor AZRR. Met name het werven van verpleegkundig personeel is een knelpunt. In samenwerking met uitzendbureaus wordt alles in het werk gesteld om voldoende ambulances op de weg te krijgen. De krapte is inmiddels echter dusdanig dat het geen vanzelfsprekendheid is dat het rooster volledig gevuld wordt.

De prestaties komen met name onder druk te staan bij gelijktijdigheid van ritten. In situaties van extreme schaarste wordt tijdelijk het besteld vervoer door reguliere ambulances stopgezet om de beschikbaarheid bij spoedeisende situaties te kunnen waarborgen.

Onderstaande tabel maakt de prestaties in 2017 per gebied en per gemeente inzichtelijk.

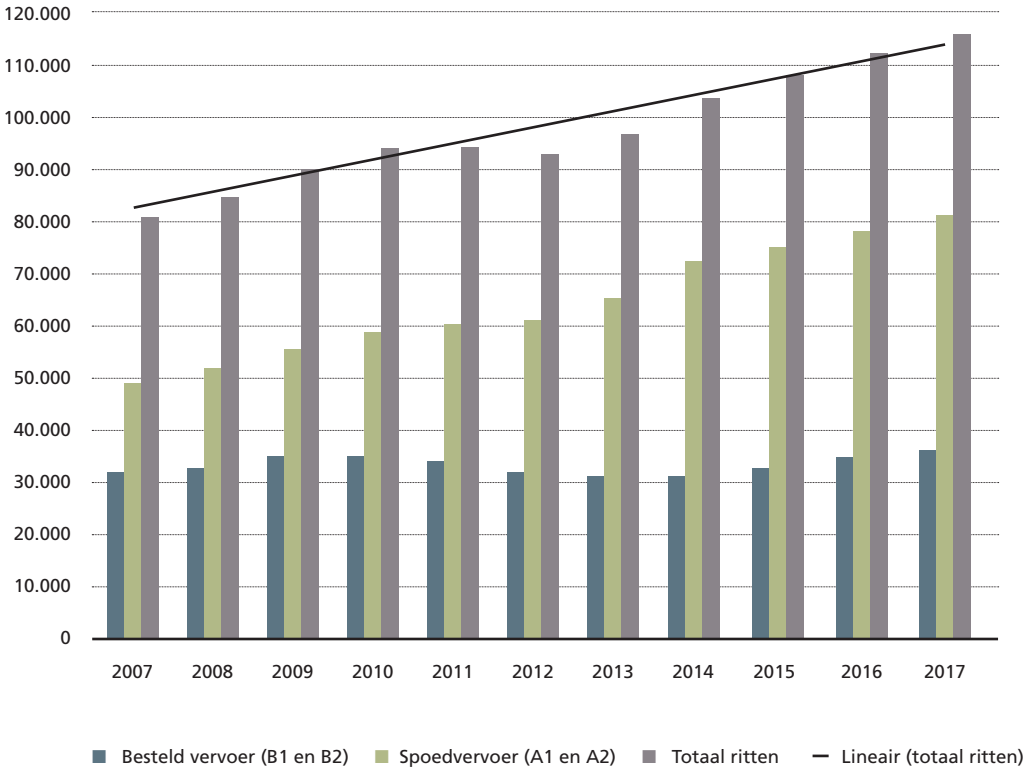
	Aantal A1-ritten	<15 minuten responstijd	<16 minuten responstijd	<17 minuten responstijd	Gemiddelde responstijd (minuten)
Rotterdam en omstreken					
Rotterdam	28.737	90,8%	93,1%	94,9%	0.0:09:59
Schiedam	3.014	90,6%	93,8%	95,2%	0.0:10:26
Vlaardingen	2.693	88,9%	91,7%	93,7%	0.0:09:25
Capelle aan den IJssel	2.502	88,3%	91,0%	92,9%	0.0:10:30
Ridderkerk	1.671	88,8%	92,9%	94,7%	0.0:11:40
Barendrecht	1.407	90,6%	92,2%	94,3%	0.0:09:52
Lansingerland	1.083	82,1%	87,3%	91,0%	0.0:11:05
Maassluis	1.020	77,2 %	82,3%	86,9%	0.0:12:23
Albrandswaard	740	81,6%	87,3%	90,4%	0.0:12:14
Krimpen aan den IJssel	815	77,5%	84,0%	87,8%	0.0:12:16
Subtotaal	**43.682**	**89,5%**	**92,2%**	**94,2%**	**0.0:10:14**
Voorne-Putten					
Nissewaard	3.355	83,6%	87,0%	89,6%	0.0:09:48
Hellevoetsluis	1.333	88,0%	90,5%	92,9%	0.0:11:09
Brielle	657	80,0%	84,0%	89,0%	0.0:10:29
Westvoorne	620	80,7%	86,5%	89,6%	0.0:11:59
Subtotaal	**5.965**	**83,9%**	**87,4%**	**90,3%**	**0.0:10:24**
Goeree-Overflakkee*					
Subtotaal	**1.631**	**82,0%**	**85,8%**	**88,9%**	**0.0:10:49**
Postcode niet bekend bij uitgifte rit*					
Subtotaal	**755**	**79,4%**	**82,4%**	**86,8%**	**0.0:11:59**
Totaal alle ritten	**52.033**	**88,6%**	**91,4%**	**93,5%**	**0.0:10:17**

* = AZRR wil inzicht geven in alle ritten die zij uitvoert. De categorie ‘postcode niet bekend bij uitgifte rit’ betreft een restcategorie waarbij op het moment van uitgifte van de rit geen postcode kan worden geregistreerd. Het gaat dan bijvoorbeeld om incidenten op snelwegen, in parken, wandelgebieden, winkelcentra etcetera. Er zijn doorgaans op basis van GPS wel coördinaten bekend, waardoor de ritopdracht zonder vertraging uitgegeven kan worden. Omdat deze incidenten in de registratie niet gekoppeld zijn aan een gemeente, worden zij separaat getoond. Daarnaast heeft AZRR in het kader van zogeheten burenhulpafspraken ook ritten uitgevoerd in gemeenten buiten de regiogrens.

10.3.2 Trends in ontwikkeling aantal ritten en A1-prestaties AZRR

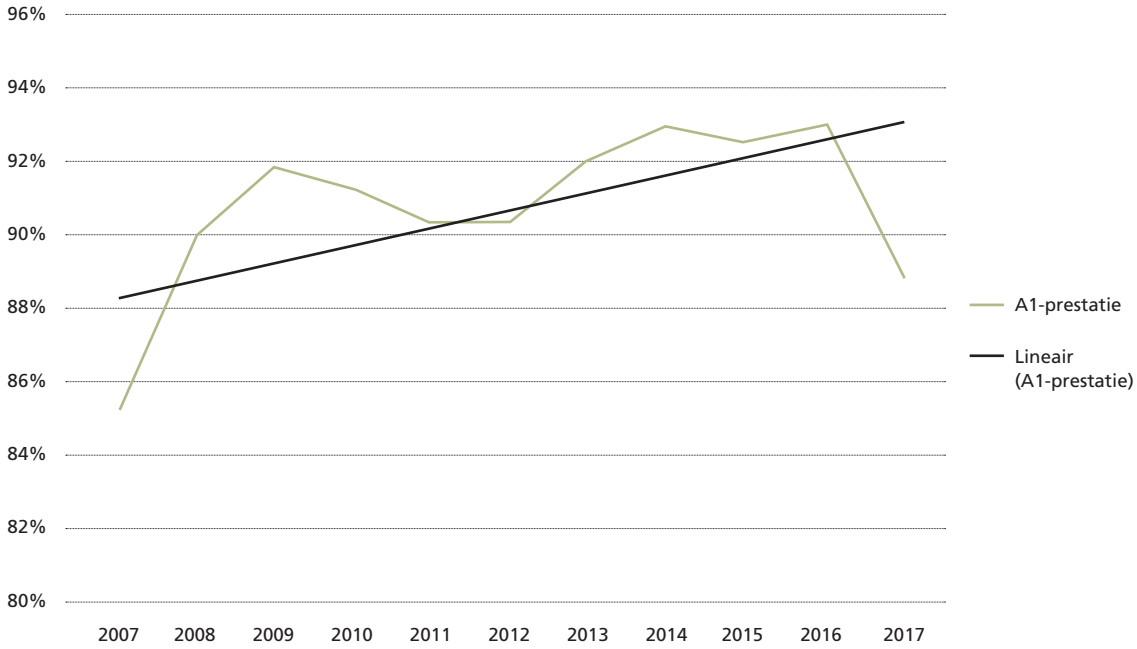
In deze paragraaf wordt inzichtelijk gemaakt hoe het aantal uitgevoerde ritten en de A1-prestaties zich over een langere tijdperiode hebben ontwikkeld.

Ontwikkeling aantal ritten AZRR



De grafiek laat zien dat het aantal ritten in de achterliggende jaren sterk is gestegen en jaarlijks blijft stijgen. Bij benadering van 80.000 in 2007 naar bijna 115.000 in 2017. Het aantal ambulances in het wagenpark is in 2017 uitgebreid en zal ook de komende jaren op basis van het aantal geleverde diensten meegroeien. Het vinden van voldoende medewerkers voor het bemensen van de voertuigen is de grootste opgave voor AZRR gezien de krapte aan personeel op de arbeidsmarkt.

Ontwikkeling A1-prestaties AZRR



De grafiek maakt de ontwikkeling van de prestatie in het A1-vervoer zichtbaar in de periode 2007 t/m 2017. In 2011 is de meetmethode is aangepast conform de meetmethode van het RIVM. Dit heeft geleid tot een trendbreuk en (fictieve) terugval in prestatie in die periode.
De grafiek maakt verder inzichtelijk dat de jaarlijkse stijging van het aantal ritten, in combinatie met de krapte aan personeel, inmiddels een dusdanig effect heeft dat de prestatie is teruggevallen naar een niveau onder de 90%.

Naast een intensieve wervingscampagne voor het bezetten van de spoedcapaciteit, wordt ingezet op verdere functiedifferentiatie en het werven van nieuw personeel voor onder andere het leveren van medium care ambulancezorg (zie ook paragraaf 3.2.1).

11 Nevenfuncties leden Raad van Bestuur

11.1 Samenstelling

De Raad van Bestuur AZRR (RvB) bestond op 31 december 2017 uit de volgende leden:

- De heer A.J.A. (Arie) Wijten, directeur AZRR
- De heer mr. drs. A. (Arjen) Littooij, voorzitter RvB
- De heer S. (Stef) Hesselink

De leden van de Raad van Bestuur bekleedden in 2017 diverse nevenfuncties. Deze worden verantwoord in onderstaande tabel.

	Relevante nevenfuncties (gegevens per 31 december 2017)
A.J.A. Wijten	Voorzitter Lokale Rekenkamer gemeente Hendrik-Ido-Ambacht Voorzitter Stichting Urgentiebepaling Woningzoekenden Rotterdam-Rijnmond
mr. drs. A. Littooij	Algemeen Directeur en Regionaal Commandant Brandweer bij Veiligheidsregio Rotterdam-Rijnmond Bestuurslid Stichting World Police and Firegames Bestuurslid Profwielerronde Oostvoorne Adviesraad studie Bestuurskunde Erasmus Universiteit Rotterdam Voorzitter CDA steunfractie Westvoorne
S. Hesselink	Algemeen directeur en eigenaar van BIOS-groep en haar gelieerde bedrijven CFO van Stichting MICU Zuidwest-Nederland Directeur MICU International B.V. Non-executive Chairman of the Board bij S+B Algemeen directeur LQ Invest Bestuurder bij de Stichting Star of Life Team Commissaris Transvision B.V. Bestuurslid bij de Stichting Lysmata

De heer A.J.A. Wijten is full-time aangesteld als directeur AZRR en ontvangt een jaarlijkse bezoldiging die valt binnen de Wet normering bezoldiging topfunctionarissen publieke en semipublieke sector (Uitvoeringsregeling WNT).

Aangezien de heren A. Littooij en S. Hesselink respectievelijk eindverantwoordelijk directeur zijn van de Coöperatieleden VRR en BIOS-groep, hebben zij als lid van de Raad van Bestuur AZRR geen bezoldiging ontvangen.

PHILIPS
ORGAMBULANCE
KARTSANA

12 Jaarverslag Raad van Toezicht

12.1 Samenstelling

De Raad van Toezicht van de coöperatie Ambulancezorg Rotterdam-Rijnmond U.A. bestond eind 2017 uit de volgende leden:

- De heer H.C.J. Roijers, voorzitter
- De heer R.W. van Peursen, vicevoorzitter
- De heer drs. J. Schaart
- De heer H.P.J. Gerla RA

12.2 Rooster van aftreden

Het volgende rooster van aftreden was op 31 december 2017 van toepassing:

- 31 december 2019 H.C.J. Roijers
- 30 juni 2020 R.W. van Peursen
- 31 december 2017 Drs. J. Schaart
- 31 december 2018 H.P.J. Gerla RA

De samenstelling van de Raad van Toezicht(RvT) bleef in 2017 ongewijzigd. Dit zal niet het geval zijn in 2018. In verband met het aanvaarden van een andere functie heeft de heer Schaart aangegeven niet beschikbaar te zijn voor een tweede benoemingstermijn. De heer Gerla zal, ook wegens het aanvaarden van een andere functie, zijn lidmaatschap met ingang van 1 maart 2018 beëindigen.

Medio 2017 is door de RvT een wervings- en selectietraject gestart om te voorzien in de vacature die ontstaat door het vertrek van de heer Schaart. Na het bekend worden van het voorgenomen vertrek van de heer Gerla is besloten om via het lopende wervings- en selectietraject te voorzien in de vervulling van de twee ontstane vacatures.
Inmiddels zijn de heren J.J. Dorresteijn en H.H.A.M. Janssen op voordracht van de Raad van Toezicht per 1 april 2018 door de Algemene Ledenvergadering benoemd als leden van de Raad van Toezicht.

	(Hoofd-)functies en relevante nevenfuncties (gegevens per 31 december 2017)
H.C.J. Roijers • benoemd per 1 januari 2013 • herbenoemd per 1 januari 2016 • tweede termijn	• Voorzitter Raad van Toezicht Zonnehuisgroep Vlaardingen • Directeur Gemeenschappelijk Bezit Evides BV
R.W. van Peursen • benoemd per 1 januari 2013 • herbenoemd per 1 juli 2016 • tweede termijn	• Van Peursen advies+begeleiding, zelfstandig adviseur
Drs. J. Schaart • benoemd per 1 januari 2014 • eerste termijn	• Directeur-bestuurder Centrale Huisartsendienst Drenthe vanaf 1 augustus 2017 • Lid Raad van Bestuur Stichting Arq tot 1 november 2017 • Vicevoorzitter Raad van Toezicht Meander Medisch Centrum Amersfoort • Lid Raad van Toezicht Vanboeijen Assen • Bestuurslid Capaciteitsorgaan tot 1 oktober 2017 • Voorzitter Stichting 4 mei Concert tot 1 oktober 2017
H.P.J. Gerla RA • benoemd per 1 januari 2015 • eerste termijn	• Secretaris Stichting Curium* • Secretaris Stichting Trombosedienst Leiden e.o.* • Lid Raad van Commissarissen Sleutelnet B.V.* • Lid Dagelijks Bestuur Transmuralis* • Voorzitter Raad van Toezicht Stichting BioPartner Academisch Bedrijvencentrum Leiden* • Lid Raad van Commissarissen Genomescan* • Lid Bestuur Stichting Gerard van Kleef • Vicevoorzitter Raad van Toezicht Stichting Pameijer • Voorzitter Raad van Toezicht Stichting LRMP Foundation *qualitate qua

12.3 Bezoldiging WNT-2

De leden van de RvT ontvangen voor hun werkzaamheden een bezoldiging. Met ingang van 1 januari 2016 is de 'Regeling bezoldigingsmaxima topfunctionarissen zorg en jeugdhulp' in werking getreden. De klasse-indeling van AZRR is door de Raad van Toezicht vastgesteld op klasse II. De bezoldiging van de leden van de Raad van Toezicht blijft binnen het bezoldigingsmaximum dat voor topfunctionarissen en toezichthouders voor deze klasse is vastgesteld.

In 2017 waren de volgende bedragen van toepassing:

Voor de voorzitter:	€ 10.500 per jaar (inclusief BTW € 12.705)
Voor de leden:	€ 7.000 per jaar (inclusief BTW € 8.470)

12.4 Verslag van de werkzaamheden

In het verslagjaar vergaderde de RvT vier keer: op 19 april, 9 juni, 3 november en 8 december.

De RvT heeft geconstateerd dat ook in 2017 aanzienlijke stappen zijn gemaakt in de verdere invulling van de planning- en controlcyclus bij AZRR. Door middel van gedetailleerde kwartaalrapportages wordt de Raad van Toezicht op de hoogte gebracht van de relevante ontwikkelingen binnen AZRR. Door de verbeterde kwaliteit van de managementinformatie is er ook meer aandacht voor de duiding van de cijfers en de beleidsmatige besluiten die op grond hiervan worden genomen. In het verlengde hiervan is de 'Toezichtsvisie Raad van Toezicht' vastgesteld.

Naar aanleiding van de rapportages is in de vergaderingen van de Raad van Toezicht in het bijzonder aandacht besteed aan het tekort aan ambulanceverpleegkundigen bij de leden van de coöperatie AZRR die zorgdragen voor de feitelijke uitvoering van de ambulancezorg.

Het personeelstekort doet zich voor in de gehele (acute) zorg. Ambulancediensten zijn daarnaast voor de werving van (op te leiden) ambulanceverpleegkundigen afhankelijk van een beperkte groep gespecialiseerde verpleegkundigen in ziekenhuizen. Hiermee wordt tegelijk het dilemma zichtbaar dat wanneer instellingen personeel uit andere zorginstellingen aantrekken, dit leidt tot een verschuiving van de schaarste.
Het belangrijkste gevolg van het niet in kunnen vullen van vacatures is dat er door AZRR onvoldoende diensten geleverd kunnen worden. Dit heeft een direct effect op de A1-prestaties van AZRR. De Raad van Toezicht heeft samen met de Raad van Bestuur bij verschillende gelegenheden de mogelijkheden verkend om de personeelsproblematiek het hoofd te bieden. Daarnaast is een groot aantal maatregelen de revue gepasseerd die door de Raad van Bestuur zijn genomen om de A1-prestaties, ondanks de huidige krapte, te verbeteren.
De verslechterende A1-prestaties waren voor de zorgverzekeraars aanleiding om bij de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd in oprichting (IGJ) te melden dat zij hierdoor niet in staat zijn aan hun zorgplicht te voldoen. Deze melding heeft geleid tot een aantal gesprekken van de IGJ en Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) met bestuurders (door IGJ en NZA) en personeelsleden (door IGJ) van AZRR. Een rapportage van de bevindingen uit deze gesprekken wordt voorzien in het voorjaar van 2018.
De gesprekken met IGJ, NZa en zorgverzekeraars zijn voor de Raad van Bestuur, in samenspraak met de Raad van Toezicht, aanleiding geweest om door een externe deskundige onderzoek te laten doen naar de mogelijkheden voor prestatieverbetering van AZRR. De resultaten worden naar verwachting in april 2018 aan de Raad gepresenteerd.

In het verslagjaar heeft de Raad van Toezicht zich ook bezig gehouden met de ontwikkelingen rond de fusie van de meldkamers van de regio's Zuid-Holland Zuid en Rotterdam-Rijnmond. Gevolg van deze fusie is dat de regionale ambulancevoorzieningen (RAV-en) van deze beide regio's gebruik gaan maken van één meldkamer ambulancezorg. Het beheer van deze meldkamer is ondergebracht bij de Veiligheidsregio Rotterdam-Rijnmond. Tussen de Regionale Ambulancevoorziening Zuid-Holland Zuid en de Coöperatie Ambulancezorg Rotterdam-Rijnmond U.A. zijn afspraken gemaakt over de samenwerking in de nieuwe meldkamer.