



AZRR jaarverslag 2016



**AmbulanceZorg
Rotterdam-Rijnmond**

CONTACT

Bezoekadres

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

Postadres

Postbus 4
2990 AA Barendrecht

Concept en realisatie

SD Communicatie, Rotterdam

Redactie

AZRR, Mark Preesman

Fotografie

Maarten van der Voorde Fotografie

www.azrr.nl

AZRR

jaarverslag

2016

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 2016. 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 2016 opnieuw gestegen. In totaal zijn 112.647 ambulanceritten uitgevoerd, een stijging van bijna 5.000 ritten ten opzichte van voorgaand kalenderjaar. De stijging is zichtbaar over de gehele breedte wat betreft spoedritten als ook besteld vervoer. Ook is de stijging in zowel het stedelijk gebied als in de landelijke gebieden zichtbaar. Dit wordt met name veroorzaakt door de stijgende zorgvraag, als gevolg van vergrijzing en bevolkingsgroei.

Tegelijkertijd heeft AZRR logistiek gezien te maken met een afnemend aantal afdelingen spoedeisende hulp (SEH's) in de regio door fusies van ziekenhuizen en concentratie van specialistische zorg. Ambulances moeten hierdoor gemiddeld langere afstanden afleggen en zijn 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 tijdelijk een patiëntenstop toepassen. Het komt hierdoor regelmatig voor dat een ambulance de patiënt naar een verder gelegen ziekenhuis moet vervoeren. Dergelijke ontwikkelingen leggen hun beslag op de beschikbare ambulancecapaciteit en hebben daarmee een drukkend effect op de tijdsprestaties. Ook de krapte op de arbeidsmarkt is een grote uitdaging, met name wat betreft het werven van verpleegkundig personeel. Ondanks al deze ontwikkelingen heeft AZRR de A1-prestatie over 2016 verder kunnen aanscherpen naar het niveau van 93,0%.

In 2016 is een nieuw Plan Spreiding & Beschikbaarheid opgesteld, waarin een samenhangend pakket aan maatregelen is uitgewerkt om de komende jaren tot verdere verbetering van de prestaties te kunnen komen. Eind 2016 is op basis van dit plan constructief overleg gevoerd met de zorgverzekeraar over het benodigde budget.

Naast het kwantitatief inspelen op de toename van het aantal ritten is AZRR intensief bezig met innovatie en het steeds verder verbeteren van de zorgverlening. Als voorbeeld noemen we het onderzoek naar 'Video assisted intubations in the prehospital setting' (VIPS), waarmee wordt onderzocht of het gebruik van een videolaryngoscoop gezondheidswinst oplevert. Doordat meteen zichtbaar is op het videoscherm of de tube juist is geplaatst, wordt de effectiviteit van deze medische handeling naar verwachting verhoogd. Dit draagt bij aan een grotere patiëntveiligheid en het voorkomen van vermijdbare schade. In 2016 is door AZRR opnieuw het HKZ-keurmerk behaald voor kwaliteit en patiëntveiligheid.

Wat betreft organisatieontwikkeling is het vermelden waard dat in 2016 de heer A.J.A. (Arie) Wijten is aangesteld als Directeur AZRR als verantwoordelijke voor de dagelijkse directievoering van AZRR. Dit heeft een impuls gegeven aan de verdere doorontwikkeling van AZRR als Coöperatie. Ook is veel energie gestoken in de vormgeving van de planning & control cyclus.

Verder hebben in 2016 weer vele scholingen plaatsgevonden, zijn bekwaamheden getoetst en heeft AZRR bijgedragen aan diverse publicaties en presentaties.

In dit voorwoord hebben wij u alvast een eerste inblik in het jaarverslag gegeven. Een compleet overzicht van de activiteiten en ontwikkelingen in 2016 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 kalenderjaar 2016.

Barendrecht, mei 2017

Raad van Bestuur AZRR,

A. (Arjen) Littooi, voorzitter

S. (Stef) Hesselink

A.J.A. (Arie) Wijten



Introductie

1.1 Wat is AZRR?

AmbulanceZorg Rotterdam-Rijnmond (AZRR) is de vergunninghouder voor het leveren van ambulancezorg in de regio Rotterdam-Rijnmond. Binnen AZRR wordt een bijdrage geleverd door de partners Veiligheidsregio Rotterdam-Rijnmond (VRR) en BIOS-groep.

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

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 proces voor aansturing en spreiding van de beschikbare ambulances en 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, informatievoorziening, medische advisering, ketenpartners, 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 2016 zijn in totaal 112.647 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, waarvan er enkele ook fungeren als postlocatie. De vier standplaatsen bevinden zich in Barendrecht, Rotterdam Kralingen (Brugwachter), Dirksland en Brielle. De postlocaties beschikken over een aantal basisvoorzieningen om een ambulance te stationeren. De locaties zijn geografisch verspreid over de regio en zijn gevestigd in Barendrecht, 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, Vlaardingen (Hoogstad).

Naast postlocaties kunnen ook opstellocaties worden gebruikt om de dekkingsgraad te vergroten. Een opstellocatie is een strategische, goed bereikbare locatie waar de ambulance tijdelijk wordt gestationeerd om direct inzetbaar te zijn. In 2016 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. 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.

AZRR beschikt over een gedifferentieerd wagenpark, bestaande uit reguliere ambulances, Mobiele Intensive Care Units (MICU's), Zorgambulances, ambulancemotoren en monolances.

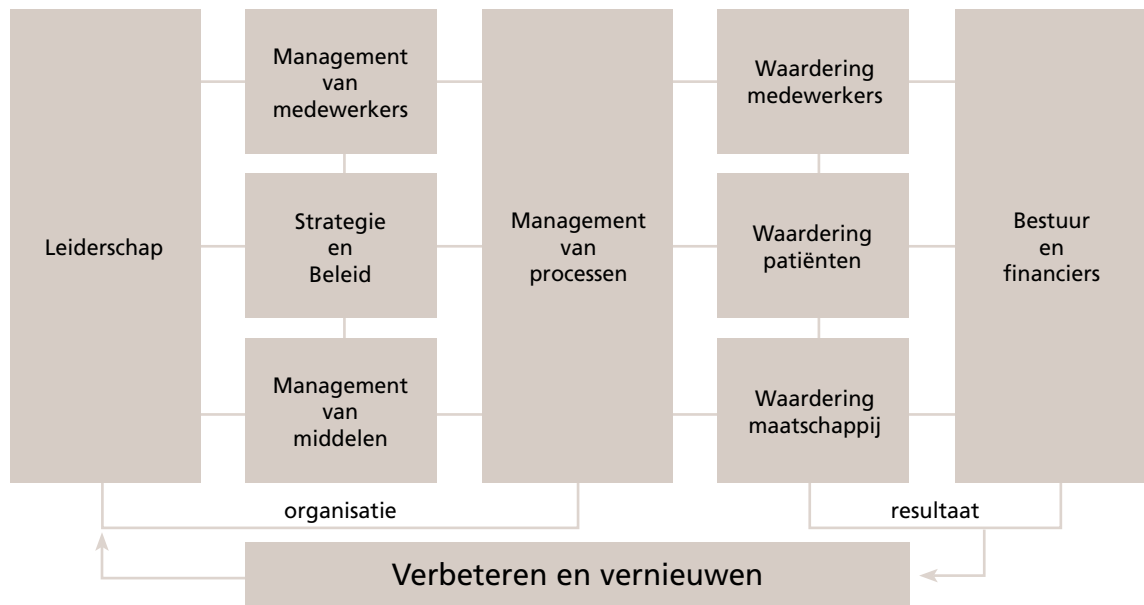
Het MICU-transport van IC-patiënten tussen ziekenhuizen vindt plaats vanuit de Stichting MICU Zuid-West Nederland. De patiënt wordt begeleid door een MICU-team, bestaande uit een IC-arts of intensivist en een MICU-verpleegkundige. AZRR faciliteert het MICU-voertuig en de MICU-chauffeur.

1.3 AZRR en kwaliteitszorg

AZRR beschikt over het keurmerk HKZ (Harmonisatie Kwaliteitszorg Zorgsector). Dit keurmerk besteed aandacht aan de onderwerpen 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:





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.



De missie van AZRR luidt als volgt:

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 zorginstelling 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 minister van VWS heeft in 2016 een voorstel van Wet aanhangig gemaakt om de werking van de TWAZ met twee jaar te verlengen, tot en met 31 december 2019.

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 voortdurend op toekomstige ontwikkelingen zoals het aflopen van de Twaz en de oprichting van een Landelijke Meldkamer Organisatie (LMO).

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 toegetreten 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 heeft een algemene ledenvergadering (ALV) die bestaat uit twee leden. Er is een Raad van Toezicht die bestaat uit vier onafhankelijke personen. In 2016 zijn de statuten van de Coöperatie gewijzigd. Dit was noodzakelijk voor de aanstelling van de directeur AZRR als derde lid Raad van Bestuur. De directeur AZRR heeft geen adviserende, directie- of toezichhoudende functie bij een lid van de Coöperatie. In de driehoofdige Raad van Bestuur hebben naast de directeur AZRR de eindverantwoordelijke directeuren van de partners VRR en BIOS-groep zitting.

In 2016 is volgens plan het bestaande Tactisch Management Overleg (TMO), omgevormd naar het MT AZRR, onder voorzitterschap van de directeur AZRR. Het MT 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.





Strategie en beleid

3.1 Spreiding en Beschikbaarheid

In 2016 is een nieuw Plan Spreiding en Beschikbaarheid AZRR opgesteld door een breed samengestelde werkgroep bestaande uit inhoudsdeskundigen, management en stafondersteuning.

De aantallen diensten zijn in het plan bijgesteld conform het nieuwe landelijke referentiekader 2016. In het plan is een minimum aantal ambulances benoemd dat te allen tijde beschikbaar dient te blijven voor spoedvervoer. In uitzonderingssituaties waarbij sprake is van een zeer hoge zorgvraag zal het besteld vervoer tijdelijk stilgelegd worden om de beschikbaarheid in het spoedvervoer te waarborgen. Op het gebied van productdifferentiatie is het aantal diensten van de Zorgambulance en Rapid Responder herijkt. En ook de gebieden in de regio waar deze voertuigen worden ingezet zijn opnieuw bekeken. Zorgambulances rijden voornamelijk veel ritten in het stedelijk gebied, waaronder een aanzienlijk deel aan de noordzijde van de Maas. Het plan is om een aantal diensten van de Zorgambulance te verschuiven naar de standplaats in Rotterdam Kralingen. In de gebieden Goeree-Overflakkee en Voorne Putten zijn de aantallen ritten te laag om Zorgambulances te laten starten vanaf de betreffende standplaats.



Rapid Responders hebben hun meerwaarde inmiddels ook bewezen in de meer landelijke gebieden binnen de regio. Voor het gebied Voorne-Putten is het plan om diensten met de Rapid Responder te laten starten vanaf standplaats Brielle. Voor Goeree-Overflakkee werd reeds gebruik gemaakt van de Rapid Responder vanaf standplaats Dirksland. In het stedelijk gebied zullen Rapid Responders ingezet blijven worden, zij het in iets gereduceerde vorm. Het accent komt hierbij meer te liggen op de weekenden, feestdagen en evenementen.

Daarnaast is in goed overleg met de Rapid Responders besproken dat deze in het nieuwe rooster ook ingezet kunnen gaan worden in de avonduren. Tot op heden werden Rapid Responders uitsluitend overdag ingezet. Het aantal diensten met de Rapid Responder blijft in zijn totaliteit gehandhaafd, maar het potentieel zal naar verwachting op deze wijze beter worden benut.

Ook de aantallen voertuigen per standplaats zijn opnieuw bekeken. Op basis van de zorgvraag is een verschuiving van enkele diensten vanaf Barendrecht naar Rotterdam Kralingen relevant.

Daarnaast is in lijn met het toegenomen aantal diensten ook uitbreiding van het aantal voertuigen in het wagenpark van belang.

Ambulances zijn op basis van dynamisch ambulancemanagement inzetbaar over het hele werkgebied, onder aansturing door de meldkamer en afhankelijk van de zorgvraag en beschikbare ambulancecapaciteit op dat moment.

Voor het bepalen van de uitgangssituatie voor optimale spreiding van posten over het gebied is gebruik gemaakt van de simulatiesoftware. Op basis van historische data is bepaald in welke gebieden verbeteringen bereikt kunnen worden door postlocaties te verschuiven. Bij het zoeken van nieuwe locaties is nadrukkelijk gekeken naar een goede aansluiting op de bestaande infrastructuur en het wegennet om een snelle ontsluiting te realiseren.

3.2 Innovatie

3.2.1 VIPS: Video Assisted Intubations in the prehospital setting

Endotracheaal intuberen, dat wil zeggen een beademingsbuis in de luchtpijp plaatsen, is een door ambulanceverpleegkundigen uitgevoerde handeling om de luchtweg vrij te maken. De handeling wordt uitgevoerd door middel van een laryngoscoop. Omdat deze handeling soms lastig is uit te



voeren, zoekt AZRR naar methoden om ambulanceverpleegkundigen instrumenten te bieden om intubaties eenvoudiger en betrouwbaarder uit te voeren. Er is inmiddels een laryngoscoop op de markt gekomen met als toevoeging een videoscherm. Momenteel vindt een onderzoek plaats onder 500 patiënten, dat zich erop richt of intubaties met deze videolaryngoscoop meerwaarde bieden ten opzichte van klassieke intubaties. Deze studie wordt naar verwachting in 2018 afgerond.

3.2.2 Pilot Prehospital Assessment Rotterdam Aortic Aneurysm (PARA2)

De zorg voor patiënten met een Acuut Aneurysma Aorta Abdominalis (AAAA) wordt steeds meer gecentraliseerd in topklinische centra. Een vaatchirurg uit het dienstdoende ziekenhuis met de meeste expertise voert daarbij de operatie of behandeling uit. Door de ambulancezorg kan belangrijke tijdswinst en daarmee gezondheidswinst geboekt worden door de patient meteen naar het juiste ziekenhuis te brengen. Op basis van uitsluitend het klinisch beeld, anamnese en onderzoek ter plaatse is niet betrouwbaar de diagnose te stellen. Er zijn relatief veel fout-positieve diagnoses: tweederde van de patiënten met verdenking van AAAA blijkt bij nader onderzoek in het ziekenhuis toch geen AAAA te hebben.

Voor een ziekenhuis heeft het insturen van een patiënt met verdenking op AAAA grote impact. Het OK-team, medewerkers van radiologie en verschillende specialisten worden meteen opgeroepen en andere zorgverlening wordt tijdelijk stilgelegd.

Op de SEH geeft een echo van de aorta in veel gevallen duidelijkheid over de aanwezigheid van een AAAA. Wanneer deze echo van de aorta reeds ter plaatse door de ambulance kan worden uitgevoerd, vergroot dit de kans op een juiste diagnose en kan het ziekenhuis zich gericht voorbereiden op een patiënt met een mogelijke AAAA. Op initiatief van de vaatchirurgen uit het Franciscus locatie Gasthuis te Rotterdam is vorig jaar de PARA2-pilot opgestart. Het doel van deze pilot is het testen van de praktische toepasbaarheid en medische meerwaarde van echografie van de aorta binnen de ambulancezorg.

De PARA2-pilot is in het najaar van 2016 afgerond. De 750 echobeelden die gedurende de pilot op de ambulance zijn gemaakt zijn geëvalueerd met de betrokken specialisten van het ziekenhuis. Het pilotteam heeft geconcludeerd dat ambulanceprofessionals na een korte scholing echografie in staat zijn om kwalitatief goede beelden van de aorta te maken. Echografie leidt bovendien niet tot



tijdsverlies en draagt bij aan verbetering van de patiëntenzorg. De resultaten worden gebruikt om in 2017 een visie te ontwikkelen op de mogelijk structurele toepassing van echografie door AZRR.

3.2.3 Evaluatie pilot burgeralarmering AED

Jaarlijks worden er in Nederland 15.000 mensen getroffen door een acute circulatiestilstand. Dit is een stilstand van de bloedsomloop, ook wel hartstilstand genoemd. Voor de regio Rotterdam-Rijnmond komt dit neer op ongeveer 1.200 mensen per jaar die hiervan het slachtoffer zijn. Een circulatiestilstand kan op elk willekeurig moment en overal gebeuren: op het werk, in huis, tijdens het sporten of op straat. De kans op overleven is het grootst wanneer er binnen zes minuten acute hulp is opgestart. Een ambulance kan echter niet altijd binnen deze eerste en cruciale zes minuten arriveren.

Bij burgerhulpverlening worden op een alarmeringssysteem aangesloten burgers door de meldkamer ambulancezorg mee gealarmeerd (naast de ook als First Responder gealarmeerde Brandweer en Politie) bij meldingen waarbij er vermoedelijk sprake is van een circulatiestilstand. Voor het uitvoeren van de pilot is gekozen voor het systeem Hartveilig wonen (HVW). Hartveilig wonen is een netwerk van goed geschoolde geregistreerde vrijwilligers in combinatie met voldoende beschikbare AED's.

Na een pilot in twee gemeenten, is naar aanleiding van de evaluatie in het voorgaand kalenderjaar aan alle gemeenten binnen de regio Rotterdam-Rijnmond geadviseerd om burgerhulpverlening binnen hun gemeente in te voeren. Dit heeft er toe geleid dat sinds juli 2016 in alle gemeenten burgers gealarmeerd kunnen worden voor het snel verlenen van hulp aan personen die worden getroffen door een circulatiestilstand.

3.3 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 2016 is een externe audit met goed gevolg doorlopen 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.

3.4 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 AD. 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 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 2016 is het patiëntveiligheidsbeleid verder uitgewerkt. Behalve de omschrijving van de methodes die hierbij worden toegepast, is het accent ook gelegd op de communicatie rond dit onderwerp. Behalve in de nieuwsbrieven en op intranet, zal ook in de scholingen structureel aandacht worden



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

3.5 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 komt 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 en verpleegkundig meldkamercentralist. In 2016 hebben we dit keurmerk ook ontvangen voor de opleiding tot ambulancechauffeur.





3.6 Medisch beleid

Het medisch management bestaat uit een medisch manager ambulancezorg (MMA) en twee verpleegkundig specialisten acute zorg (VSAZ). Een derde VSAZ is in opleiding en vindt in de MMA en reeds gediplomeerde VSAZ de door de hogeschool vereiste medisch en verpleegkundig leermeesters.

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.

2016 kenmerkte zich tevens door onderzoek en innovatie, zoals beschreven in paragraaf 3.2.

3.7 Ketenmanagement en netwerkregie

Het Regionaal Overleg Acute Zorg (ROAZ) is in het leven geroepen voor afstemming binnen de acute zorgketen in de regio. Het ROAZ is opgericht op basis van de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi). Op basis van deze wet hebben de organisaties op het terrein van de acute zorg de verantwoordelijkheid om op regionaal niveau structurele samenwerkingsafspraken te maken. De zieken-



huizen in Nederland met een erkenning voor Traumacentrum zijn door VWS aangewezen om het initiatief te nemen voor dit overleg. In de regio Zuidwest Nederland is dit het Erasmus MC te Rotterdam.

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.

Voor afstemming van de dagelijkse samenwerkingsprocessen bestaat een aantal specifieke overlegvormen die in paragraaf 6.4 aan de orde komen.

3.8 Financieel Beleid

Jaarlijks wordt aan de hand van vooraf bepaalde demografische parameters (bevolkingsomvang) en prestatiegerichte 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 is er bijvoorbeeld voor gekozen om de medische artikelen rechtstreeks via de Coöperatie aan te schaffen. Ook organisatorisch is er een begin gemaakt met



het 'vullen' van de Coöperatie door de inrichting van een financiële functie en de aanstelling van een directeur AZRR binnen de Coöperatie.

De basis van de financiële afspraken is echter in 2016 niet gewijzigd. Het wettelijk budget aanvaardbare kosten wordt, na aftrek van de kosten die rechtstreeks ten laste van de Coöperatie komen, volgens de afgesproken verdeelsleutel verdeeld onder de leden.

3.9 Informatiebeleid

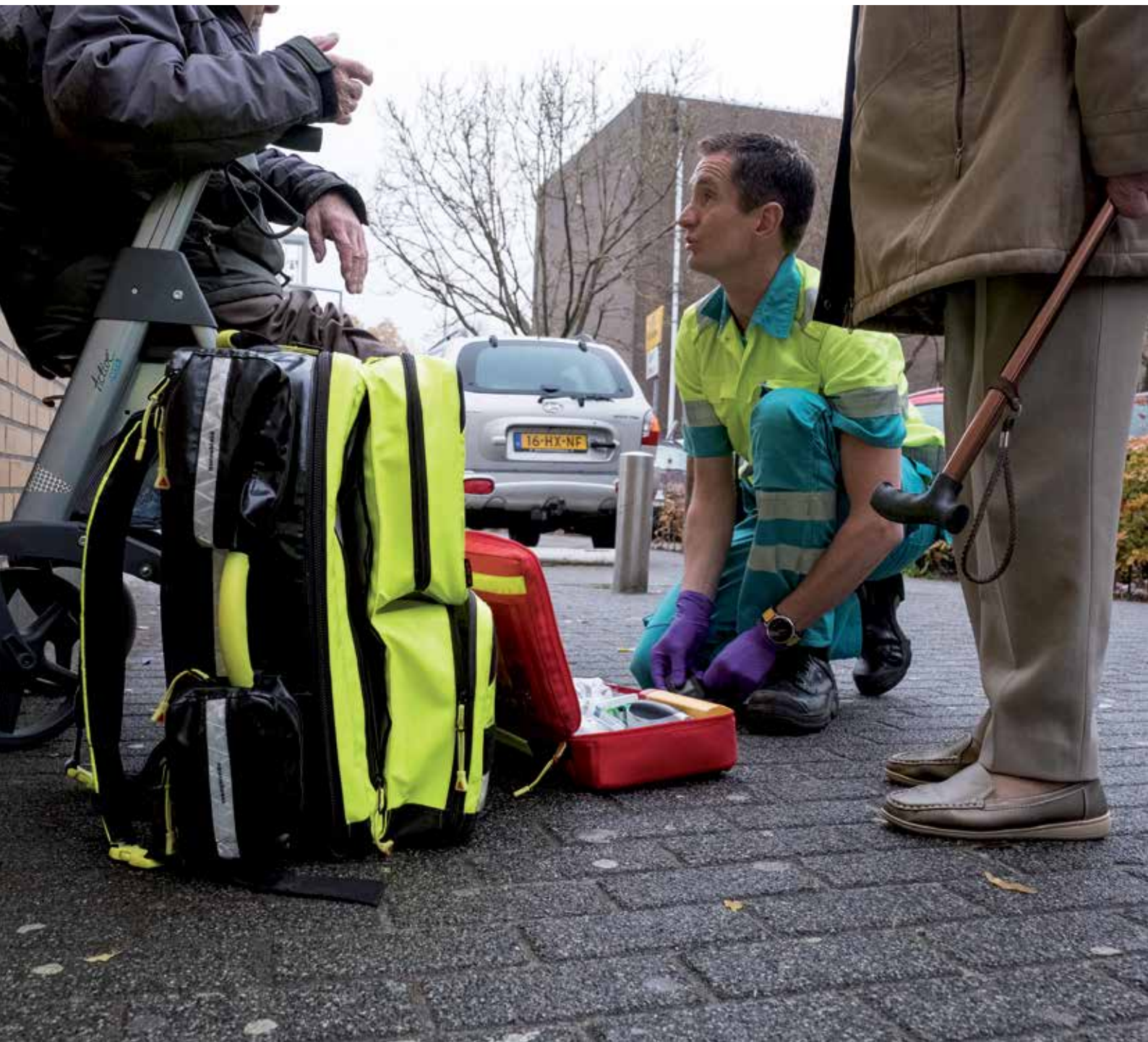
In 2016 is verdere invulling gegeven aan de geprioriteerde thema's uit het informatiebeleidsplan. Eén van de belangrijkste doelstellingen van het informatiebeleid betreft de implementatie en toepassing van het digitaal ritformulier. Na implementatie in het vorig kalenderjaar is deze in het gehele jaar 2016 toegepast. Door de digitale registratie is de volledigheid en betrouwbaarheid van meetgegevens toegenomen en ontstaan er meer mogelijkheden voor gegevensuitwisseling met ketenpartners, rekening houdend met vereisten op het gebied privacy. Het doen van een digitale vooraankondiging wanneer een ambulance onderweg is naar een zorginstelling, kan bijvoorbeeld meerwaarde opleveren.

Een andere doelstelling 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. Vanuit branchevereniging AZN is een implementatiehandleiding ontwikkeld voor de ambulancezorg om de invoering voor RAV-en te vereenvoudigen.

In 2016 heeft een eerste nulmeting plaatsgevonden om vast te stellen op welke aandachtsgebieden nog actie nodig is om te voldoen aan de NEN 7510. Beoogd wordt om medio 2017 op te gaan voor certificering op basis van deze norm.

Een andere ambitie uit het informatiebeleid betreft de ontwikkeling van indicatoren die inzicht geven in de inhoudelijke kwaliteit van de zorgverlening. Indicatoren die tot op heden worden gebruikt, richten zich vooral op het proces. Nieuwe indicatoren die ontwikkeld worden, richten zich bijvoorbeeld op meting van het effect van pijnbestrijding en de snelheid waarmee patiënten met (een vermoeden van) een CVA of hartinfarct gepresenteerd worden bij de zorginstelling.







Management van medewerkers

4.1 Personeelsbestand AZRR

Op 31 december 2016 zijn in totaal 394 medewerkers (356,15 FTE) werkzaam ten behoeve van de Coöperatie AZRR. Totaal betreft dit 268 mannen en 126 vrouwen. De gemiddelde leeftijd ligt rond 45 jaar. Medewerkers zijn voornamelijk in dienst bij de partners VRR of BIOS-groep. Binnen de Coöperatie zijn inmiddels drie functionarissen in dienst. In de tabel is het totaal aantal medewerkers en FTE's vermeld.

Formatie

| | FTE |
|---|---------------|
| Ambulanceverpleegkundige | 136,63 |
| Ambulancechauffeur | 138,60 |
| Zorgambulancemedewerker | 21,67 |
| Verpleegkundig specialist ambulancezorg (VSAZ) | 1,5 |
| Verpleegkundig centralist | 24,93 |
| Niet-verpleegkundig centralist | 5,82 |
| Directie, management, staf en overige medewerkers | 27,00 |
| Totaal | 356,15 |



Aantal personen, leeftijdsopbouw en verdeling man-vrouw

| | M | V | Totaal |
|---------------|------------|------------|------------|
| < 25 jaar | 1 | 0 | 1 |
| 25 - 29 jaar | 11 | 5 | 16 |
| 30 - 34 jaar | 23 | 22 | 45 |
| 35 - 39 jaar | 40 | 24 | 64 |
| 40 - 44 jaar | 36 | 26 | 62 |
| 45 - 49 jaar | 38 | 22 | 60 |
| 50 - 54 jaar | 53 | 16 | 69 |
| 55 - 59 jaar | 48 | 6 | 54 |
| > 60 | 18 | 5 | 23 |
| Totaal | 268 | 126 | 394 |

4.2 Functionerings- en beoordelingsgesprekken

In 2016 zijn volgens planning functionerings- of beoordelingsgesprekken gevoerd. Naast het huidige functioneren, is er hierbij ook aandacht voor persoonlijke ontwikkeling.

Voor medewerkers bestaat de mogelijkheid voor het vervullen van neventaken zoals praktijkbegeleider, instructeur of Rapid Responder (verpleegkundige op de motorambulance of monolance). Ook kunnen medewerkers zitting nemen in verschillende commissies of projectgroepen zoals de roostercommissie, materialencommissie, projectgroep patiëntveiligheid, werkgroep hygiëne en dergelijke. De beleidslijn is 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.

4.3.1 Landelijke initiële opleiding

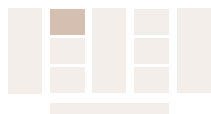
In 2016 zijn 6 ambulanceverpleegkundigen, 5 ambulancechauffeurs en 3 centralisten van de MKA geslaagd voor de landelijke initiële opleiding bij de Academie voor Ambulancezorg (AvA). Ook is in dit kalenderjaar een aantal nieuwe medewerkers met deze opleiding gestart. Dit betreft 8 ambulanceverpleegkundigen, 10 ambulancechauffeurs en 4 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 2016 zijn er naast bovengenoemde moduletrainingen ook moduletrainingen voor rijvaardigheid opgezet. Speciaal opgeleide rijvaardigheid instructeurs die tevens opgeleid zijn om met optische en geluidsignalen (OGS) te mogen lessen, zorgen ervoor dat de beginnende ambulancechauffeur goed voorbereid de weg op kan gaan.

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 2016 hebben 22 ambulanceverpleegkundigen en 22 ambulancechauffeurs 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 2016 stonden diverse nascholingen op het programma. Aandachtspunten die naar voren kwamen vanuit IGZ en VIM-meldingen zijn hierin zoveel mogelijk geïntegreerd. De volgende scholingen hebben plaatsgevonden:

- Niet traumatische neurologische bloedingen, de toepassing van de nieuwe defibrillator (Corpuls3) en verslaglegging.
- Psychiatrie en de meest voorkomende ziektebeelden waar ambulancepersoneel mee in aanraking komt. Ook de juridische kant is hierbij belicht.
- Introductie van nieuwe materialen en het nieuwe landelijke protocol ambulancezorg (LPA8.1) met aandacht voor kinderlarynxmaskers en trauma verbandmiddelen.
- Maatwerktraining voor ambulanceverpleegkundigen rond grootschalige incidenten met aandacht voor gebruik portofoons en toepassing van de gewondenkaart. Ook is deze dag aandacht besteed aan verloskunde en kindergeneeskunde.
- Rijvaardigheidstraining voor ambulancechauffeurs waarbij gebruik is gemaakt van een slipbaan. Tijdens de heen- en terugweg is de bochtentechniek en het rijden met optische en geluidssignalen (OGS) getraind.



4.3.5 Meldkamer Ambulancezorg

In 2016 hebben zeven opleidingsmomenten plaatsgevonden, rond de volgende onderwerpen:

- Uitvraagprotocol ProQA, met specifieke aandacht voor het onderwerp pediatrie.
- Gemeenschappelijk Meldkamer Systeem (GMS), het communicatiesysteem C2000 en de nieuwe procedure grootschalige geneeskundige bijstand (GGB).
- Coaching on-the-job' van verpleegkundig centralisten.
- Assessments voor verpleegkundig centralisten.
- E-learning rond het onderwerp GGB.
- Hercertificering voor het uitvraagprotocol ProQA, met specifieke aandacht voor psychiatrie.
- De procedures rond reanimeren (AED / BLS).

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. In 2016 zijn er geen nieuwe medewerkers opgeleid. De medewerkers van de zorgambulance hebben een grip en slip training gevolgd op een slipbaan en in de medische nascholingsdag hebben ze ondersteuning gekregen vanuit de Daniel den Hoed kliniek, vanwege het feit dat ze veel oncologische patiënten vervoeren.

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 2016 zijn tien Rapid Responders voor de Monolance opgeleid.



4.3.8 Individuele trainingen en inlooptdagen

Op aangeven van de leidinggevende, eigen verzoek van de medewerker of naar aanleiding van specifieke aandachtspunten vanuit het landelijk assessment is een aantal individuele trainingen door het ROC aangeboden. Ook voor medewerkers die na zwangerschapsverlof of ziekte de werkzaamheden hebben hervat zijn trainingen georganiseerd. Verdeeld over het jaar zijn er 24 inlooptdagen georganiseerd waarop de medewerkers konden trainen. Deze inlooptdagen 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 ontplooiën en professionaliseren.

4.3.9 Overige scholingen en diensten aan derden

Naast de reguliere scholingen zijn er in 2016 aanvullende scholingen verzorgd ten behoeve van deskundigheidsbevordering van docenten en instructeurs die de verschillende trainingen en scholingen verzorgen. In 2016 hebben de instructeurs hiervoor de GIC gevolgd (Generic Instructor Course). Op de MKA zijn twee nieuwe praktijkbegeleiders opgeleid, die hiervoor de vijfdaagse scholing praktijkbegeleider hebben gevolgd.

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).





B

C

KAST 4

| |
|--|
| Wahl |
| Stimm-Zettel-Rück |
| 1. St. Sperr |
| 2. St. Sperr-2. St. Sperr Lichtsch. |
| 3. St. Sperr |
| 4. St. Sperr |
| 5. St. Sperr |
| 6. St. Sperr |
| 7. St. Sperr |
| 8. St. Sperr |
| 9. St. Sperr |
| 10. St. Sperr |
| 11. St. Sperr |
| 12. St. Sperr |
| 13. St. Sperr |
| 14. St. Sperr |
| 15. St. Sperr |
| 16. St. Sperr |
| 17. St. Sperr |
| 18. St. Sperr |
| 19. St. Sperr |
| 20. St. Sperr |
| 21. St. Sperr |
| 22. St. Sperr |
| 23. St. Sperr |
| 24. St. Sperr |
| 25. St. Sperr |
| 26. St. Sperr |
| 27. St. Sperr |
| 28. St. Sperr |
| 29. St. Sperr |
| 30. St. Sperr |
| 31. St. Sperr |
| 32. St. Sperr |
| 33. St. Sperr |
| 34. St. Sperr |
| 35. St. Sperr |
| 36. St. Sperr |
| 37. St. Sperr |
| 38. St. Sperr |
| 39. St. Sperr |
| 40. St. Sperr |
| 41. St. Sperr |
| 42. St. Sperr |
| 43. St. Sperr |
| 44. St. Sperr |
| 45. St. Sperr |
| 46. St. Sperr |
| 47. St. Sperr |
| 48. St. Sperr |
| 49. St. Sperr |
| 50. St. Sperr |
| 51. St. Sperr |
| 52. St. Sperr |
| 53. St. Sperr |
| 54. St. Sperr |
| 55. St. Sperr |
| 56. St. Sperr |
| 57. St. Sperr |
| 58. St. Sperr |
| 59. St. Sperr |
| 60. St. Sperr |
| 61. St. Sperr |
| 62. St. Sperr |
| 63. St. Sperr |
| 64. St. Sperr |
| 65. St. Sperr |
| 66. St. Sperr |
| 67. St. Sperr |
| 68. St. Sperr |
| 69. St. Sperr |
| 70. St. Sperr |
| 71. St. Sperr |
| 72. St. Sperr |
| 73. St. Sperr |
| 74. St. Sperr |
| 75. St. Sperr |
| 76. St. Sperr |
| 77. St. Sperr |
| 78. St. Sperr |
| 79. St. Sperr |
| 80. St. Sperr |
| 81. St. Sperr |
| 82. St. Sperr |
| 83. St. Sperr |
| 84. St. Sperr |
| 85. St. Sperr |
| 86. St. Sperr |
| 87. St. Sperr |
| 88. St. Sperr |
| 89. St. Sperr |
| 90. St. Sperr |
| 91. St. Sperr |
| 92. St. Sperr |
| 93. St. Sperr |
| 94. St. Sperr |
| 95. St. Sperr |
| 96. St. Sperr |
| 97. St. Sperr |
| 98. St. Sperr |
| 99. St. Sperr |
| 100. St. Sperr |



Management van middelen

5.1 Wagenpark

AZRR beschikt over een gedifferentieerd wagenpark, bestaande uit reguliere ambulances, Mobiele Intensive Care Units (MICU's), Zorgambulances, ambulancemotoren en monolances. In 2016 zijn vier reguliere ambulances vervangen vanwege het einde van de afschrijvingstermijn. Ook zijn vier monolances vervangen.

Er is een bestelling in gang gezet van vier nieuwe ambulances ter vervanging van bestaande ambulances. Ook is om dezelfde reden één nieuwe MICU besteld ter vervanging van het huidige voertuig.

In 2016 zijn drie voertuigen toegevoegd aan het wagenpark die ingezet kunnen worden in situaties van grootschalige geneeskundige bijstand (GGB). In paragraaf 6.5 van dit jaarverslag is meer te lezen over GGB.

5.2 Medische inventaris en verbruiksmaterialen

In 2016 zijn diverse materialen vernieuwd of vervangen. De botboren zijn vervangen door nieuwere exemplaren. Ook de vacuüm matrassen en spalken zijn fasegewijs vervangen. Daarnaast is gestart met het vervangen van de stethoscopen. Dit proces wordt volgend kalenderjaar afgerond.



De medicijn-etuis zijn vervangen, waardoor medicatie overzichtelijker en steviger opgeborgen is in de koffer. De disposable handschoenen zijn vervangen door langere en stevigere exemplaren. De eerdere handschoenen bleken in de praktijk vaak kapot te gaan en werden door het ambulancepersoneel ook als te kort ervaren. De nieuwe handschoenen bieden een betere bescherming. Ook de veiligheidshelmen zijn gedeeltelijk vervangen.

Het verbandmateriaal is gedeeltelijk vervangen. Mede vanuit het oogpunt van terroristische dreiging is een nieuw assortiment verbandmiddelen aangeschaft, welke geschikter zijn om ook eventueel ernstige verwondingen adequaat te verbinden. Ook de body bags zijn gedeeltelijk vervangen. De body bags zijn namelijk biologisch afbreekbaar en om die reden worden deze periodiek vervangen.

In 2016 zijn disposable beademingsballonnen aangeschaft en is gefaseerd afgestapt van de non disposable beademingsballonnen. De belangrijkste overweging hiervoor is hygiëne en het vergroten van de patiëntveiligheid.

Hygiëne is een belangrijk aandachtsgebied binnen de ambulancezorg. 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.

AZRR heeft in 2016 veel aandacht gegeven aan hygiëne, protocollen en afspraken die daarbij kunnen helpen. In dit kader zijn tevens een aantal hulpmiddelen aangeschaft die helpen bij het reinigen van de ambulances. Onder andere speciale reinigingsdoekjes om de contactpunten en kleine oppervlaktes te ontsmetten zijn beschikbaar op de ambulancevoertuigen en een ontsmettingssysteem (Saniswiss). Met betrekking tot de handhygiëne zijn op alle postlocaties posters aanwezig met instructies hoe om te gaan met handhygiëne. Deze posters hangen in de schoonmaakruimte van de ambulancepost en op de personeelstoiletten. Hygiëne is ook een onderwerp dat in regionale scholingen terugkomt.

5.3 Administratieve organisatie

In 2016 is opnieuw veel energie gestoken in de ontwikkeling van de administratieve organisatie van AZRR. Dit is belangrijk bij het toewerken naar een gezamenlijke bedrijfsvoering, die aansluit op de ontwikkelrichting zoals beschreven in hoofdstuk 2.



5.3.1 Aanpak opzet administratieve organisatie

Er is gestructureerd gekeken naar de bestaande administratieve organisatie en in kaart gebracht waar risico's aanwezig zijn. Het uitgangspunt is om op grond van de geïdentificeerde risico's te zorgen voor een eenduidige aanpak van de werkzaamheden. Dit is vertaald in een aantal heldere procedures.

Het beschrijven van de administratieve organisatie 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 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.

5.3.3 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 door de teamleider 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.

Er zijn ook facturen die handmatig worden aangemaakt. Dit gebeurt bijvoorbeeld in gevallen wanneer de patiënt niet verzekerd is en zelf dient te betalen.





Management van processen

6.1 Kwaliteitssysteem

De Coöperatie AZRR beschikt over een gecertificeerd kwaliteitssysteem, waarin de procedures voor de primaire, ondersteunende en besturingsprocessen zijn beschreven. Het kwaliteitssysteem is voor alle medewerkers via het intranet toegankelijk.

In 2016 is AZRR zoals gebruikelijk weer bezocht in het kader van de jaarlijkse externe audit, uitgevoerd door KIWA. In de steekproef zijn dit jaar de standplaatsen Barendrecht en Brielle en ook de meldkamer ambulancezorg bezocht. Daarnaast zijn verschillende geplande interviews uitgevoerd rond o.a. opleidingen, kwaliteit, ketenpartners, P&O, materialen en gebouwen.

Tijdens de audit biedt de certificeerder doorgaans de mogelijkheid om bepaalde accenten te leggen en dit jaar is op verzoek van AZRR 'cultuur' als centraal thema meegenomen. Het zwaartepunt van de audit ligt echter altijd bij het toetsen of er gewerkt wordt volgens de geldende normen en werkafspraken. Kortom, of de kwaliteit en patiëntveiligheid gewaarborgd zijn.



Aan het einde van de audit maakte het auditteam de uitkomsten bekend. De belangrijkste conclusie is dat het HKZ-keurmerk opnieuw voor een jaar verlengd is. Daarnaast is een aantal verbeterpunten benoemd waarmee AZRR aan de slag zal gaan. De conclusies, bevindingen en verbeterpunten zijn tevens in een officieel rapport gepubliceerd.

Jaarlijks vinden naast de externe audit ook interne audits plaats om te toetsen of gewerkt wordt volgens het kwaliteitssysteem en of onderdelen van het kwaliteitssysteem aan revisie toe zijn. Voor het uitvoeren van deze audits is in 2016 een extern bureau in de arm genomen. Mede gezien de roosterdruk is hiermee gerealiseerd dat de eigen medewerkers die dit als neventaak uitvoeren zich zoveel mogelijk konden richten op hun kerntaak: het uitvoeren van ambulancezorg.

6.2 Planning & Control cyclus

In 2016 is er veel aandacht besteed aan het ontwikkelen van de Planning & Control cyclus van de Coöperatie AZRR. De begroting is verder uitgebouwd en de kwartaalrapportage is ontwikkeld. In de kwartaalrapportage wordt onder ander de realisatie vergeleken met de eerder gemaakte begroting en worden waar nodig tussentijds acties ondernomen om bij te sturen. Daarnaast worden er ook operationele kengetallen gerapporteerd en vergeleken met afgelopen jaren om trends zichtbaar te maken.

Ook wordt de controlling functie steeds verder uitgewerkt. Een voorbeeld hiervan is het monitoren en analyseren van afwijkingen wat betreft tijdsoverschrijdingen van spoedritten, het zogeheten responspercentage. Voor AZRR is dit een belangrijk kengetal aangezien dit met name door de zorgverzekeraar wordt gezien als prestatie maatstaf waarop de nacalculatie plaatsvindt.

6.3 Patiëntveiligheid, incidentmeldingen en calamiteiten

6.3.1 Prospectieve Risico Inventarisaties

In 2016 is door 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



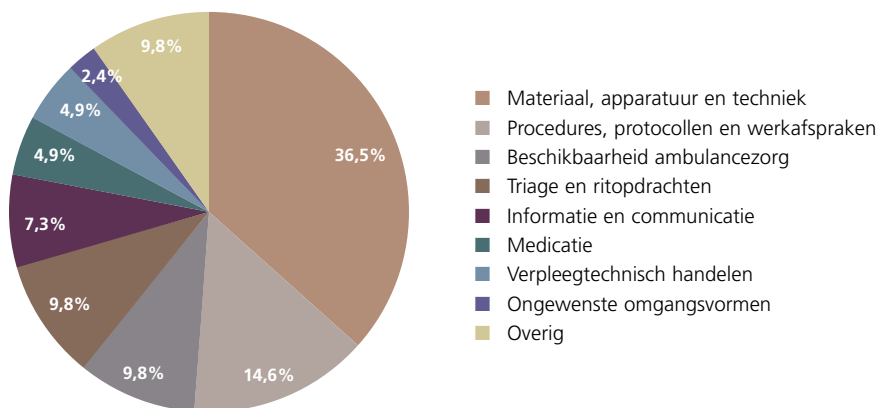
en benodigde maatregelen in samenhang bekeken. De risico inventarisaties richten zich op de benoemde kritische processen zoals de aanname op de meldkamer, zorgverlening ter plaatse en overdracht van een patiënt aan de zorginstelling.

6.3.2 Veilig Incident Melden

Daarnaast is binnen het traject patiëntveiligheid aandacht besteed aan het Veilig Incident Melden (VIM). Meldingen van incidenten kunnen door medewerkers zelf laagdrempelig en veilig worden gemeld via intranet, waarbij deze vervolgens geregistreerd worden in een specifiek hiervoor ontwikkeld softwarepakket. Veilig melden houdt in dat het accent ligt op leren en niet op sanctioneren. In 2016 zijn in totaal 78 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. 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. In het taartdiagram is visueel gemaakt op welke aspecten de meldingen betrekking hebben.

Procentuele verdeling aspecten VIM-meldingen



6.3.3 Calamiteiten

Op het moment dat bij een hulpverlening iets gebeurt dat mogelijk een calamiteit is, is AZRR als zorgaanbieder 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. Met als doel ervan te leren en herhaling te voorkomen. In 2016 is door AZRR twee keer een calamiteit gemeld bij IGZ.

Om medewerkers meer vertrouwd te maken met reflectie en feedback en het proces rond inspectiemeldingen is de brochure 'Calamiteitenonderzoek stap voor stap' ontwikkeld. Hierin wordt uitgelegd wat er komt kijken bij een (mogelijke) calamiteit, wat de medewerker van AZRR mag verwachten en wat AZRR van de medewerker vraagt. Alle medewerkers hebben deze brochure op naam ontvangen.

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 samenwerking tussen de ambulancezorg en de acute geestelijke gezondheidszorg is vastgelegd in werkafspraken. Deze zijn leidend voor het bepalen wanneer ambulancezorg geïndiceerd is in situaties waarbij sprake is van een rechterlijke machtiging (RM) of een inbewaringstelling (IBS). Uitgangspunt voor het indiceren van ambulancezorg is de noodzaak tot verpleegkundig toezicht tijdens het vervoer. Jaarlijks vindt een evaluatie van de werkafspraken plaats tussen de betrokken partijen.

In 2016 heeft de zorg rondom personen met verward gedrag veel landelijke aandacht gehad. Dit heeft geleid tot een bestuurlijk overleg waarbij naast de gemeenten Rotterdam en Dordrecht, alle betrokken GGZ-instellingen binnen de regio's Rotterdam-Rijnmond en Zuid-Holland Zuid en de ambulancediensten van deze regio's betrokken zijn. Eind 2016 hebben alle partners een samenwerkingsovereenkomst ondertekend. De eerst beoogde stap in de samenwerking is een pilot om te komen tot betere triage en passend vervoer voor mensen met verward gedrag.

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

Zorgaanbieders zijn verplicht om zich voor te bereiden op rampen en crises. Dit is vastgelegd in de Wet Veiligheidsregio's, de Wet toelating zorginstellingen en de Kwaliteitswet zorginstellingen. RAV- en dienen in dit kader te beschikken over een integraal crisisplan. Uitgangspunten van dit plan zijn:

- Het betreft één integraal plan voor opschaling, bedrijfscontinuïteit en bedrijfsopvang;
- Er wordt onderscheid gemaakt in voorbereiding in de preparatiefase en ondersteuning van de operatie in de warme fase;
- Het voorziet zoveel als mogelijk in landelijk uniforme procedures op die onderdelen waar regio's samenwerken, zoals ambulancebijstand, gewondenspreiding en logistieke ondersteuning.

Op basis van een risico-analyse is in 2015 een Integraal Crisisplan voor AZRR opgesteld. Het crisisplan is digitaal toegankelijk gemaakt in de landelijk door AZN ontwikkelde crisisplan app. In 2016 is het integraal crisisplan verder geïmplementeerd binnen de organisatie.

6.6 Grootschalige Geneeskundige Bijstand

Sinds april 2016 is in Rotterdam-Rijnmond de nieuwe landelijke systematiek van Grootschalige Geneeskundige Bijstand (GGB) ingevoerd. GGB is opgezet als een landelijk bijstandsmodel zodat regio's elkaar over en weer op een uniforme wijze kunnen bijstaan.

Om invulling te geven aan GGB heeft AZRR de beschikking over drie zogeheten calamiteitenvoertuigen. De calamiteitenvoertuigen brengen in opgeschaalde situaties (meer dan 30 slachtoffers) ambulancezorgprofessionals en medische hulpmiddelen naar de incidentlocatie. Ieder voertuig



wordt bemenst door twee ambulancechauffeurs en vier ambulanceverpleegkundigen. Zij vormen gezamenlijk één calamiteitenteam.

De drie calamiteitenteams van AZRR worden bijgestaan door drie noodhulpteams van het Nederlandse Rode Kruis (NRK). De regio Rotterdam-Rijnmond werkt met een aanvullende module op het landelijke noodhulpteam (NHT) model: een NHT-plus. Dit houdt in dat, naast NHT, alle vrijwilligers van het NRK binnen onze regio tevens beschikken over een NHT-plus opleiding, zodat zij assisterend aan de calamiteitenteams kunnen optreden.





Waardering door patiënten

7.1 Patiënttevredenheid

AZRR voert eens per drie jaar een grootschalig patiënttevredenheidsonderzoek uit. In het laatstgehouden onderzoek (april 2014) kreeg AZRR het rapportcijfer 8,42. Patiënten zijn over het algemeen tevreden tot zeer tevreden over de dienstverlening.

In 2016 is geparticipeerd in een landelijk patiënttevredenheidsonderzoek, geïnitieerd vanuit branchevereniging AZN. Dit sluit aan bij de doelstelling om onderling te kunnen vergelijken met andere ambulanceregio's op basis van eenduidige en gevalideerde onderzoeksgegevens. Het onderzoek is uitgevoerd door het NIVEL. De resultaten worden in het voorjaar van 2017 verwacht.

7.2 Klachten

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).



Een klacht wordt zoveel mogelijk laagdrempelig afgehandeld door één van de klachtbemiddelaars van AZRR. De bemiddelaar gaat na wat toedracht en oorzaak van de klacht is. Ook gaat de bemiddelaar in veel gevallen in gesprek met de klager en het betrokken ambulancepersoneel. De 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 2016 werden in totaal 81 klachten geregistreerd. 68 klachten zijn ingediend door cliënten / direct betrokkenen en 13 klachten zijn ingediend door ketenpartners. De klachten die in 2016 zijn ingediend, konden voor het overgrote deel in de bemiddelingsfase worden afgehandeld. Drie klachten zijn formeel behandeld door de klachtencommissie. In 2016 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 2016.





Overzicht geregistreeerde klachten naar type

| | Klachten cliënten / direct betrokkenen | Klachten ketenpartners |
|--|---|---------------------------|
| Medisch technisch handelen | 23 | 3 |
| Bejegening | 20 | 2 |
| Lange wachttijd B-vervoer | 6 | 4 |
| Indicatiestelling / urgentiebepaling | 8 | 0 |
| Kwaliteit materiaal | 1 | 0 |
| Ambulance te laat (A1-urgentie) | 1 | 1 |
| Ambulance te laat (A2-urgentie) | 0 | 1 |
| Rijgedrag | 4 | 0 |
| Overige | 5 | 2 |
| Totaal ingediende klachten | 68 | 13 |
| Afgehandeld in bemiddelingsfase | 65 | 13 |
| Afgehandeld door klachtencommissie | 3 | 0 |
| Naar aanleiding van klacht melding gedaan bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) | 0 | 0 |

2016 was een overgangsjaar voor AZRR om zich voor te bereiden op de nieuwe Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) Deze wet vervangt en bundelt een aantal andere wetten en regelingen, waaronder de Wet klachtrecht cliënten zorgsector (Wkcz).

Ten opzichte van de eerder geldende wetgeving verandert onder meer dat de klachtenfunctionaris de klager desgevraagd ook adviseert en helpt bij het formuleren van de klacht. De insteek is om klachten zo laagdrempelig mogelijk af te handelen. Over het in te zetten klachttraject wordt vooraf afgestemd met de klager. Zo kan de klager kiezen of hij uitsluitend een signaal wil afgeven zonder een verder traject te starten, of dat hij kiest voor een bemiddelingstraject / praktische oplossing, of dat hij de klacht formeel wil voorleggen aan de klachtencommissie voor een oordeel. Wanneer de klager kiest voor een formeel traject is een formele brief van de klager noodzakelijk en wordt deze ook uitgenodigd om te verschijnen op de hoorzitting van de klachtencommissie.

Soms betreft een melding geen klacht, maar is deze in feite een vraag om een schadevergoeding of financiële genoegdoening. In een dergelijke situatie wordt de zaak doorgeluid naar de interne schadebehandelaar of aansprakelijkheidsverzekeraar.



Een andere relevante wijziging is dat aansluiting bij een door de Minister van VWS erkende onafhankelijke geschilleninstantie verplicht is. Inmiddels is AZRR via branchevereniging AZN aangesloten bij de Landelijke Geschillencommissie.

Het beschikken over een eigen klachtencommissie is niet langer een wettelijke eis. AZRR heeft besloten om de klachtencommissie te handhaven om in het kader van de eigen klachtenregeling een mogelijkheid tot opschaling te hebben en op die wijze eerst zelf al het mogelijke te doen om tot een oplossing te komen met een klager.

7.3 Bedankjes

Regelmatig zijn er patiënten, familieleden of andere betrokken die een persoonlijke brief of e-mail sturen om AZRR te bedanken omdat ze zeer tevreden zijn over de verleende zorg. In 2016 heeft AZRR officieel 26 bedankjes geregistreerd.





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 krappere werkdmarkt, is geen eenvoudige opgave. In 2016 heeft AZRR regelmatig een beroep gedaan op uitzendkrachten om te waarborgen dat er voldoende parate ambulances beschikbaar waren. Uiteindelijk is het in 2016 gelukt om het merendeel van de vacatures te vervullen. Het gemiddelde instroompercentage van AZRR bedraagt in het achterliggende kalenderjaar 8,3%. In 2016 zijn twaalf ambulanceverpleegkundigen, zeventien ambulancechauffeurs, acht verpleegkundig centralisten en één zorgambulancebegeleider hun werkzaamheden bij AZRR begonnen. In totaal zijn dit 38 instromers.



Het gemiddelde uitstroompercentage bedraagt 5,3%. In 2016 zijn twaalf ambulanceverpleegkundigen, tien ambulancechauffeurs, drie verpleegkundig centralisten, twee niet-verpleegkundig centralisten en één zorgambulancebegeleider uitgestroomd. In totaal zijn dit 28 uitstromers. De meest voorkomende redenen voor uitstroom zijn het aanvaarden van een andere functie binnen de gezondheidszorg, het gaan werken in een andere regio 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. Onder andere 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 ziekteverzuim binnen AZRR bedroeg in 2016 5,1%. Ten opzichte van het voorgaande kalenderjaar is sprake van een afname van 1,1 procentpunt. Na jaren van stijging van het ziekteverzuim is nu een kentering ingezet. De doelstelling om het ziekteverzuim terug te dringen tot onder de 5,0% is nog niet gerealiseerd maar komt wel binnen handbereik. Onderstaande tabel maakt de ontwikkeling van het ziekteverzuim in de achterliggende jaren inzichtelijk.

Ontwikkeling ziekteverzuim

| Jaar | Ziekteverzuim |
|------|---------------|
| 2012 | 5,1% |
| 2013 | 5,6% |
| 2014 | 6,0% |
| 2015 | 6,2% |
| 2016 | 5,1% |







Logo with a stylized flame/leaf symbol and the letters "P" and "LIT".

Spezialbehälter er
2019
Medizin
Vollwert
Kaffee
1-2
08 2019
01 20



Waardering door de maatschappij

9.1 Communicatie in de media

In 2016 heeft AZRR diverse keren de media gehaald. Zo zijn in het Algemeen Dagblad onder andere artikelen verschenen over een bevalling in de ambulance, over geweld tegen hulpverleners en de PARA2-pilot (zie paragraaf 3.2.2 voor een toelichting van deze pilot). In de Telegraaf verscheen een artikel gericht op werving van ambulancepersoneel.

Ook op televisie was AZRR zichtbaar. In februari was AZRR te zien in een aflevering van Flikken Rotterdam. In maart was één van onze ambulanceverpleegkundigen te gast in Rotterdam Late Night. In een uitzending van RTV Rijnmond werd aandacht besteed aan extra geld dat nodig is voor de ambulancezorg.

Op www.ambulanceblog.nl, een landelijk portal voor ambulanceprofessionals is vanuit AZRR ook diverse malen gecommuniceerd. Onder andere een interview met Arjen Littooi, voorzitter RvB over geweld tegen hulpverleners en een bijdrage over de reeds genoemde PARA2-pilot.



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 een aantal netwerken die maatschappelijk relevant zijn. In 2016 zijn de volgende publicaties verschenen waaraan AZRR een bijdrage heeft geleverd:

- Deddens, G.J., PARA-2 pilot: Prehospital assessment Rotterdam, aortic aneurysm, Vakblad V&VN Ambulancezorg: De Ambulance, jaargang 37, 44-45, maart 2016.
- Dul-Kortlever, L., Breeman, W., Stageproblematiek: Accepteren of alternatief? Vakblad V&VN Ambulancezorg: De Ambulance, jaargang 37, september 2016.

In 2016 heeft AZRR daarnaast de volgende officiële presentaties verzorgd:

- Deddens, G.J., Rosendaal, A., Brussel, van, J.P., De AAA-zorgketen met prehospital diagnostiek PARA2-pilot, Refereeravond Traumacentrum Zuid West Nederland, Erasmus MC, 3 maart 2016
- Deddens, G.J. Ritmestoornissen en reanimatie in de prehospital setting, Onderwijsdag Erasmus MC, SEH, Rotterdam, 31 maart 2016
- Deddens, G.J., Prehospital echografie door ambulancezorg, AZN-kennisgroep Landelijke Onderzoeksagenda, Arnhem, 9 juni 2016
- Breeman, W., Psychiatric care by ambulancenurses in Rotterdam, the Netherlands, Harrison County Psychiatric Center, Houston, Nov 8th 2016
- Breeman, W., Prehospital Care in Rotterdam, the Netherlands, City of Houston, Houston Fire dept. headquarters, Nov 10th 2016



In de volgende netwerken is in 2016 geparticipeerd:

- ROAZ Expertisegroep CVA
- Kennisplatform Onderzoek AZN
- Registratie Commissie Verpleegkundig Specialisten
- Accreditatiecommissie Kwaliteitsregister V&VN (Ambulancezorg) en Register Specialismen Verpleegkunde
- Congrescommissie V&VN VS Congres
- V&VN Ambulancezorg, VSAZ-netwerk

Kennis en ervaringen binnen de ambulancezorg kunnen bredere relevantie hebben en worden gedeeld met andere ketenpartners. In 2016 is vanuit AZRR bijgedragen aan de volgende scholingen:

- 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 Huisartseneeskunde, Rotterdam.

De VSAZ namen in 2016 verder deel aan vier sessies Intercollegiale Toetsing in samenwerking met de collega's uit het Maasstad ziekenhuis, Ikazia ziekenhuis, IJssellandziekenhuis en Erasmus MC.



9.3 Presentaties voor scholen, zorginstellingen en gemeenten

Vanuit AZRR zijn in 2016 diverse presentaties verzorgd op scholen en in “De club van 112”. In dit educatiecentrum, waar onder andere kinderen van groep 8 bewust gemaakt worden op het gebied van (brand)veiligheid.

Voormalig medewerkers van de ambulancedienst geven onderwijs aan deze doelgroep door middel van casussen 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 werden 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 2016 is binnen de regio Rotterdam-Rijnmond 23 keer melding gedaan van agressie en geweld gericht tegen ambulancepersoneel. 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. Van tien incidenten is aangifte gedaan bij de politie. Er zal nog meer aandacht besteed worden aan het benadrukken van het belang van het melden van incidenten rond agressie en geweld door medewerkers.

In 2016 zijn er zogeheten ‘lik-op-stuk’ brieven naar de daders verstuurd. In deze brief maakt de directie officieel melding van het doen van aangifte. Tevens wordt in het meldkamersysteem een notitie gemaakt, waardoor bij een nieuw incident op het betreffende huisadres van de dader meteen de politie wordt meegestuurd.



Een punt van zorg is de lange doorlooptijd van het proces van aangifte bij de politie en de afwikkeling daarvan. Een snelle afwikkeling bevordert ook de emotionele verwerking van het incident.

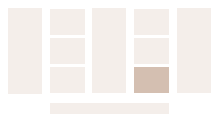
9.5 Signaleren huiselijk geweld en kindermishandeling

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 ouders 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 allereerst 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. Het softwarepakket dat wordt toegepast biedt namelijk de mogelijkheid om een screening te doen en te bepalen welke onderdelen van het dossier gedeeld worden, voordat de melding definitief wordt doorgezet naar Veilig Thuis, het officiële meldpunt voor kindermishandeling en huiselijk geweld.

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.

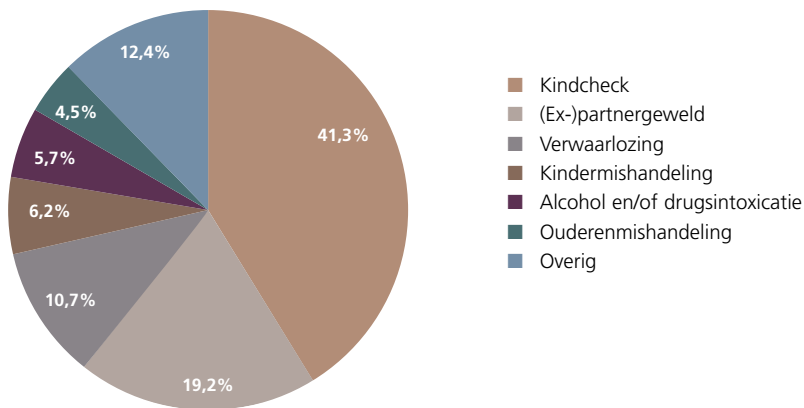
Er is binnen AZRR formatieruimte vrijgemaakt voor het aanstellen van een coördinator kindermishandeling en huiselijk geweld, die in 2016 is aangesteld. Deze functionaris fungeert als vraagbaak, ondersteunt en adviseert ambulancepersoneel rond het doen van een melding, houdt de registratie bij, ziet



toe op de dossiers en verslaglegging en onderhoudt contacten met direct betrokkenen (ouders / verzorgers), ketenpartners en Veilig Thuis.

In 2016 zijn in totaal 125 meldingen geregistreerd van kindermishandeling en huiselijk geweld. In een 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







Bestuur en financiers

10

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

10.1 Productiecijfers

10.1.1 Gerealiseerde productie 2016

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 2016.

| Ritten naar declarabiliteit | |
|-------------------------------------|----------------|
| Declarabele ritten | 80.979 |
| Niet declarabele ritten (o.a. EHGv) | 20.043 |
| Afgebroken ritten | 6.248 |
| Loze ritten | 5.377 |
| Totaal | 112.647 |



10.1.2 Aantal ritten per urgentie

De tabel geeft inzicht in het aantal ritten dat per urgentiecode is verreden in 2016.

| Ritten naar urgentie | |
|----------------------|----------------|
| A1-ritten | 53.236 |
| A2-ritten | 25.980 |
| B1-ritten | 20.001 |
| B2-ritten | 13.430 |
| Totaal | 112.647 |

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 van RAV-en in beeld en publiceert deze op haar website, die u via onderstaande link kunt bezoeken:

<https://www.volksgezondheidszorg.info/onderwerp/acute-zorg/regionaal-internationaal/ambulancezorg#node-inwoners-binnen-bereik-van-een-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 sterk toegenomen. Dit wordt veroorzaakt door de stijgende zorgvraag. De categorie A1-ritten is ten opzichte van voorgaand kalenderjaar met bijna 2.000 ritten toegenomen. Maar ook bij minder spoedeisende ritten en besteld vervoer is een stijging zichtbaar. De toename van ritten is zowel in het stedelijk gebied als in de landelijke gebieden van toepassing.



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 efficiëncyslag 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 zelfs tijdelijk een patiëntenstop hebben toegepast. 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.

Ondanks al deze ontwikkelingen heeft AZRR de A1-prestatie over 2016 verder kunnen aanscherpen naar het niveau van 93,0%. Op gemeenteniveau zijn geen grote veranderingen in prestaties zichtbaar. Wel is relevant om te noemen dat het in gebruik nemen van post Hoogstad in Vlaardingen (gebruik makend van de locatie van de brandweer) heeft geleid tot een lichte verbetering van de prestatie in Vlaardingen en Maassluis, ondanks het toegenomen aantal ritten.

Ten slotte is in 2016 hard gewerkt aan een nieuw Plan Spreiding & Beschikbaarheid om de komende jaren tot verdere verbetering van de prestatie te kunnen komen. Eind 2016 is hierover constructief overleg gevoerd met de zorgverzekeraar, wat naar verwachting zal leiden tot aanvullende financiële middelen en ambulancecapaciteit.



Onderstaande tabel maakt de prestaties in 2016 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 | 29.309 | 94,7% | 96,1% | 97,0% | 0.0:08:42 |
| Schiedam | 2.887 | 95,4% | 96,8% | 97,8% | 0.0:08:44 |
| Vlaardingen | 2.617 | 93,6% | 95,7% | 96,8% | 0.0:08:04 |
| Capelle aan den IJssel | 2.509 | 93,5% | 95,2% | 96,4% | 0.0:08:33 |
| Ridderkerk | 1.670 | 92,5% | 94,8% | 96,5% | 0.0:10:55 |
| Barendrecht | 1.568 | 94,7% | 96,6% | 97,5% | 0.0:08:12 |
| Lansingerland | 1.180 | 85,1% | 89,4% | 92,3% | 0.0:10:31 |
| Maassluis | 1.022 | 85,7% | 89,0% | 91,4% | 0.0:11:06 |
| Albrandswaard | 817 | 91,3% | 93,7% | 95,6% | 0.0:10:56 |
| Krimpen aan den IJssel | 787 | 89,5% | 93,8% | 96,2% | 0.0:10:08 |
| Subtotaal | 44.366 | 93,9% | 95,6% | 96,7% | 0.0:08:54 |
| Voorne-Putten | | | | | |
| Nissewaard | 3.440 | 89,1% | 91,8% | 93,9% | 0.0:08:40 |
| Hellevoetsluis | 1.408 | 89,7% | 92,4% | 94,2% | 0.0:10:24 |
| Brielle | 700 | 88,5% | 92,1% | 94,1% | 0.0:08:28 |
| Westvoorne | 637 | 87,1% | 89,6% | 92,3% | 0.0:11:17 |
| Subtotaal | 6.185 | 89,0% | 91,6% | 93,8% | 0.0:09:19 |
| Goeree-Overflakkee* | | | | | |
| Subtotaal | 1.668 | 85,3% | 88,8% | 91,6% | 0.0:10:12 |
| Postcode niet bekend bij uitgifte rit* | | | | | |
| Subtotaal | 1.017 | 94,7% | 95,6% | 96,6% | 0.0:08:05 |
| Totaal alle ritten | 53.236 | 93,0% | 94,9% | 96,2% | 0.0:08:59 |

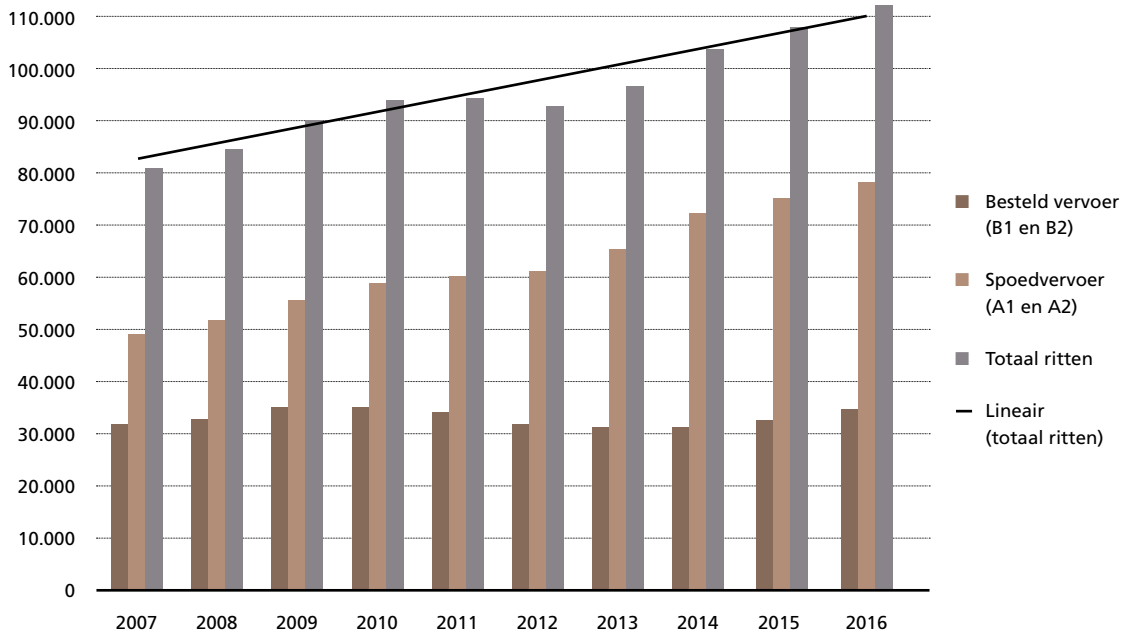
* = AZRR wil inzicht geven in alle ritten die zij uitvoert. De categorie 'postcode niet bekend bij uitgifte rit' betreft een restcategorie waarbij op het moment van uitgifte van de rit geen postcode kan worden geregistreerd. Het gaat dan bijvoorbeeld om incidenten op snelwegen, in parken, wandelgebieden, 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.

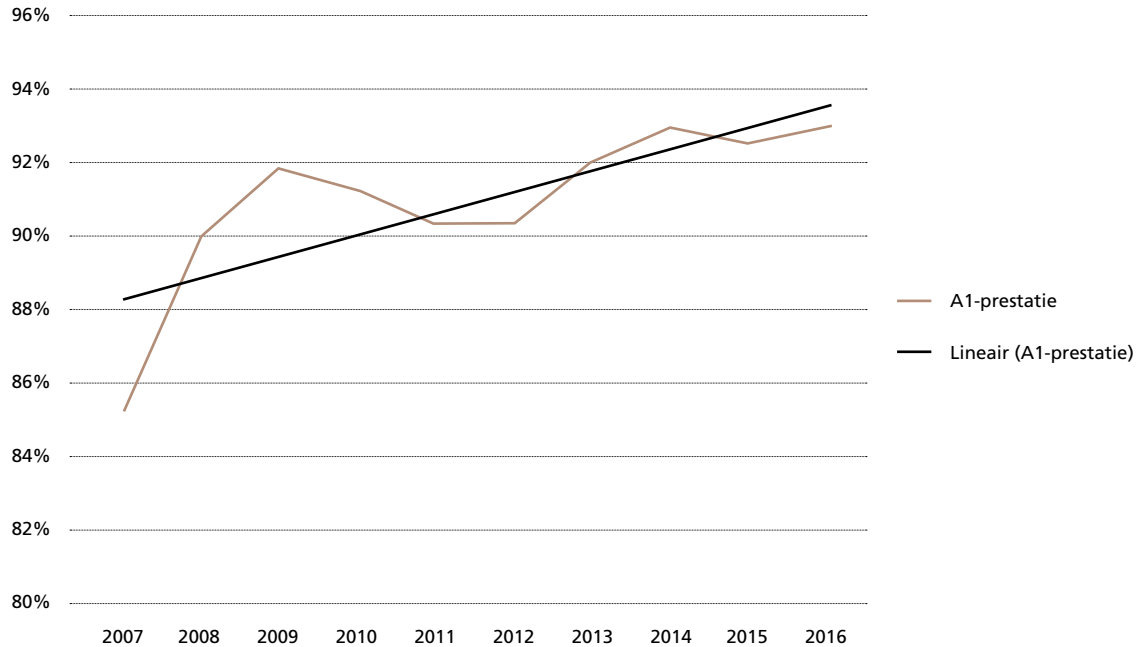
Ontwikkeling aantal ritten AZRR



De grafiek laat zien dat het aantal ritten in de achterliggende jaren sterk is gestegen. Bij benadering van 80.000 in 2007 naar bijna 113.000 in 2016. Deze stijging is voornamelijk toe te schrijven aan de toename van het aantal spoedritten (A1 en A2). Het aantal ritten binnen het besteld vervoer lag in de achterliggende jaren op een stabiel niveau, maar laat in 2016 een toename zien van ruim 800 ritten. De beschikbare capaciteit aan ambulancevoertuigen is in de achterliggende jaren nagenoeg gelijk gebleven. Op basis van de besprekingen met de zorgverzekeraar is de verwachting dat het aantal voertuigen in het komend kalenderjaar kan worden uitgebreid.



Ontwikkeling A1-prestaties AZRR



De grafiek maakt de ontwikkeling van de prestatie in het A1-vervoer zichtbaar in de periode 2007 t/m 2016. Een kanttekening is dat in 2011 de meetmethode is aangepast aan de landelijke meetmethode van het RIVM. Dit heeft geleid tot een trendbreuk en (fictieve) terugval in prestatie in die periode.

De grafiek maakt verder inzichtelijk dat AZRR, ondanks de jaarlijkse stijging van het aantal ritten in 2016 toch een verbetering van de prestatie heeft gerealiseerd (93,0%).

AZRR stelt alles in het werk om, gefaciliteerd door de zorgverzekeraar, de komende jaren de prestatie verder te kunnen verbeteren, een stijgende lijn in te gaan zetten en uiteindelijk de doelstelling van 95% te behalen.









Nevenfuncties leden Raad van Bestuur

11.1 Samenstelling

De Raad van Bestuur AZRR (RvB) bestond op 31 december 2016 uit de volgende leden:

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

De leden van de Raad van Bestuur bekleedden in 2016 verschillende functies. Deze worden verantwoord in onderstaande tabel.

| | Relevante nevenfuncties (gegevens per 31 december 2016) |
|---------------------|---|
| A.J.A. Wijten | Voorzitter Lokale Rekenkamer gemeente Hendrik-Ido-Ambacht |
| mr. drs. A. Littooj | 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 BV Non-executive Chairman of the Board bij S+B Algemeen directeur LQ Invest Bestuurder bij de Stichting Star of Life Team Bestuurslid bij de Stichting Transvision 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. Littooj 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.





12

Jaarverslag Raad van Toezicht

12.1 Samenstelling

De Raad van Toezicht (RvT) van de Coöperatie Ambulancezorg Rotterdam-Rijnmond U.A. bestond eind 2016 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 2016 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 RvT bleef in 2016 ongewijzigd. De heer Van Peursen werd voor een tweede termijn herbenoemd tot medio 2020.

Met betrekking tot de toekomstige samenstelling van de RvT zijn in 2016 de statuten van de Coöperatie gewijzigd, waardoor de voordracht voor nieuwe leden van de RvT nu ook formeel de verantwoordelijkheid van de Raad zelf is.

Aan de situatie waarbij de RvT werd samengesteld uit leden die werden voorgedragen door de Veiligheidsregio Rotterdam-Rijnmond en de BIOS-groep is hiermee een einde gekomen.

Vooruitlopend op de genoemde wijziging van de statuten werden kandidaten reeds direct – conform de nu vastgelegde procedure - door de Raad zelf voorgedragen.

| | (Hoofd-)functies en relevante nevenfuncties (gegevens per 31 december 2016) |
|---|--|
| H.C.J. Roijers <ul style="list-style-type: none"> • benoemd per 1 januari 2013 • herbenoemd per 1 januari 2016 • tweede termijn | <ul style="list-style-type: none"> • Voorzitter Raad van Toezicht Zonnehuisgroep Vlaardingen • Directeur Gemeenschappelijk Bezit Evides BV |
| R.W. van Peursen <ul style="list-style-type: none"> • benoemd per 1 januari 2013 • herbenoemd per 1 juli 2016 • tweede termijn | <ul style="list-style-type: none"> • Van Peursen advies+begeleiding, zelfstandig adviseur |
| Drs. J. Schaart <ul style="list-style-type: none"> • benoemd per 1 januari 2014 • eerste termijn | <ul style="list-style-type: none"> • Vicevoorzitter Raad van Toezicht Meander Medisch Centrum Amersfoort • Bestuurslid Capaciteitsorgaan • Voorzitter Stichting 4 mei Concert |
| H.P.J. Gerla RA <ul style="list-style-type: none"> • benoemd per 1 januari 2015 • eerste termijn | <ul style="list-style-type: none"> • 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 <p>*qualitate qua</p> |

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 RvT vastgesteld op klasse II. De bezoldiging van de leden van de RvT blijft binnen het bezoldigingsmaximum dat voor topfunctionarissen en toezichthouders voor deze klasse is vastgesteld.

In 2016 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 werkzaamheden

In het verslagjaar vergaderde de Raad vier keer: op 5 februari, 24 juni, 2 september en 2 december.

De Raad constateert dat AZRR in 2016 een belangrijke stap voorwaarts heeft gemaakt in de ontwikkeling naar een robuuste organisatie. Een belangrijk deel van de voorgenomen stappen die in 2015 zijn vastgelegd in het document 'Organisatieontwikkeling AZRR' is in 2016 gerealiseerd.

Dit betrof niet in de laatste plaats de aanstelling van een 'directeur AZRR' als derde lid van de Raad van Bestuur en de wijziging van de statuten en de reglementen die de positie van de directeur binnen AZRR nadrukkelijk markeren. Verder vormen het Managementteam en het Teamleidersoverleg meer en meer de ruggengraat van AZRR.

Het afgelopen jaar is verder invulling gegeven aan de ontwikkeling van AZRR op basis van het eerder vastgestelde uitgangspunt dat AZRR onderweg is van een 'verstandshuwelijk' via 'geïntegreerde bedrijfsvoering' naar 'geïntegreerde dienstverlening'.

In dit kader is ook voortgang geboekt in de inrichting van de planning en controlcyclus waardoor de RvT beter in staat is zijn toezichtstaken in te vullen. Dit heeft onder meer geleid tot een overzicht van de onderwerpen waarover de Raad periodiek geïnformeerd wil worden in de vorm van een format voor de kwartaalrapportage aan de Raad.

Een ander accent lag op de financiële verhouding van de Coöperatie AZRR ten opzichte van de leden. Als gevolg van de ontstaansgeschiedenis van AZRR en de wijze van verrekening van teveel ontvangen opbrengsten door de Nederlandse Zorgautoriteit en de zorgverzekeraars bleek dat er over en weer schulden waren tussen AZRR en de leden van de coöperatie. Omdat de verrekening

van teveel ontvangen opbrengsten via AZRR verloopt, is het van belang dat AZRR op dit punt over een voldoende liquiditeitspositie beschikt.

Met het oog op de continuïteit van AZRR is door de RvT bevorderd dat er afspraken zijn gemaakt die leiden tot een afbouw van de onderlinge schulden per ultimo 2017.

Op advies van de RvT is door de Algemene Ledenvergadering aan Verstegen accountants en adviseurs de opdracht verleend voor de controle van de jaarrekening met ingang van het boekjaar 2015.

De Raad heeft zich ook in 2016 uitgebreid laten informeren over de kwaliteit van de door AZRR geleverde ambulancezorg en de cijfermatige prestaties. Met genoegen constateert de Raad dat er op initiatief van Ambulancezorg Nederland (AZN) een traject is ingezet om te komen tot (kwaliteits) indicatoren ambulancezorg. Door de Medisch Manager Ambulancezorg (MMA) is de Raad uitvoerig geïnformeerd over de wijze waarop binnen AZRR door de verpleegkundig specialisten (VSAZ) 'support on the job' plaatsvindt en de wijze waarop meldingen van calamiteiten die bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) zijn gemeld, worden behandeld en indien nodig worden omgezet in verbetermaatregelen.

Met betrekking tot de kwantitatieve prestaties constateert de Raad dat het percentage A1-ritten dat binnen 15 minuten arriveert in 2016 licht is verbeterd ten opzichte van 2015. Tegelijkertijd moet worden vastgesteld dat het aantal A1-ritten met ca. 1.600 is gestegen en het totaal aantal ritten is gestegen met bijna 5.000. De conclusie is dat op het punt van de prestaties de rek uit de organisatie is en de toename van het aantal ritten alleen opgevangen kan worden door een verruiming van de budgettaire mogelijkheden.

Samenvattend is de RvT van mening dat AZRR in 2016 stevige stappen heeft gezet in de ontwikkeling naar een robuuste organisatie. Daarbij blijft echter de toekomstige inrichting van de ambulancezorg een onzekere factor. De Raad gaat er vanuit dat hieromtrent van het nieuwe kabinet spoedig initiatieven zullen komen.

