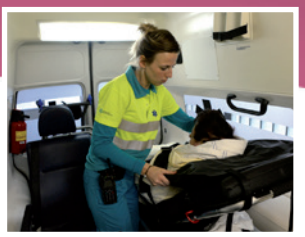


AZRR jaarverslag 2015

AmbulanceZorg Rotterdam-Rijnmond

AZRR
jaarverslag
2015

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

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 over het kalenderjaar 2015. In dit kalenderjaar is door alle medewerkers en betrokkenen weer met veel inzet gewerkt om ambulancezorg te bieden van een hoogwaardig niveau en waar mogelijk de dienstverlening verder verbeteren.

In de eerste plaats willen we in dit voorwoord een aantal veelbelovende innovaties aanstippen. Zo is hard gewerkt aan de voorbereidingen voor implementatie van Optima Live, een ondersteunend softwarepakket waarmee de spreiding van beschikbare ambulances continu afgestemd kan worden op de actuele zorgvraag. Op basis van 'real time' ambulancebewegingen in combinatie met historisch opgebouwde data, geeft Optima Live advies over de spreiding van ambulancecapaciteit. Dit met het oog op een optimale dekkingsgraad voor de hele regio. Daarnaast geeft het pakket advies welke ambulance naar een incident gestuurd moet worden. Door een groep ervaren centralisten is dit pakket in de praktijk getest en zijn nog verdere verfijningen doorgevoerd. Het pakket is inmiddels nagenoeg gebruiksklaar en zal in 2016 volledig geïmplementeerd worden.

Een ander innovatief onderzoek richt zich op de tijdwinst (en daarmee gezondheidswinst) die geboekt kan worden voor patiënten met een mogelijk Acuut Aneurysma Aorta Abdominalis (AAAA). Eind 2015 is hiervoor de zogeheten PARA2-pilot opgestart, met als doel het testen van de praktische toepasbaarheid en meerwaarde van echografie op de ambulance. Bij symptomen van een AAAA en meting van een aorta van meer dan drie centimeter, wordt de patiënt meteen per ambulance vervoerd naar het ziekenhuis dat hiervoor het best geoutilleerd is. Bij positieve resultaten van de pilot, zal onderzocht worden wat de haalbaarheid is van het breder implementeren van echo-apparatuur op de ambulances van AZRR.

Daarnaast is de zogeheten PHANTASi-trial een innovatief project waarin AZRR participeert. Dit onderzoek richt zich op het effect van het toedienen van antibiotica aan patiënten met sepsis (bloedvergiftiging). Vroege herkenning en behandeling zijn essentieel om shock en orgaanfalen te voorkomen. Onderzocht wordt in welke mate de overlevingskans vergroot wordt door prehospitaal antibiotica toe te dienen.

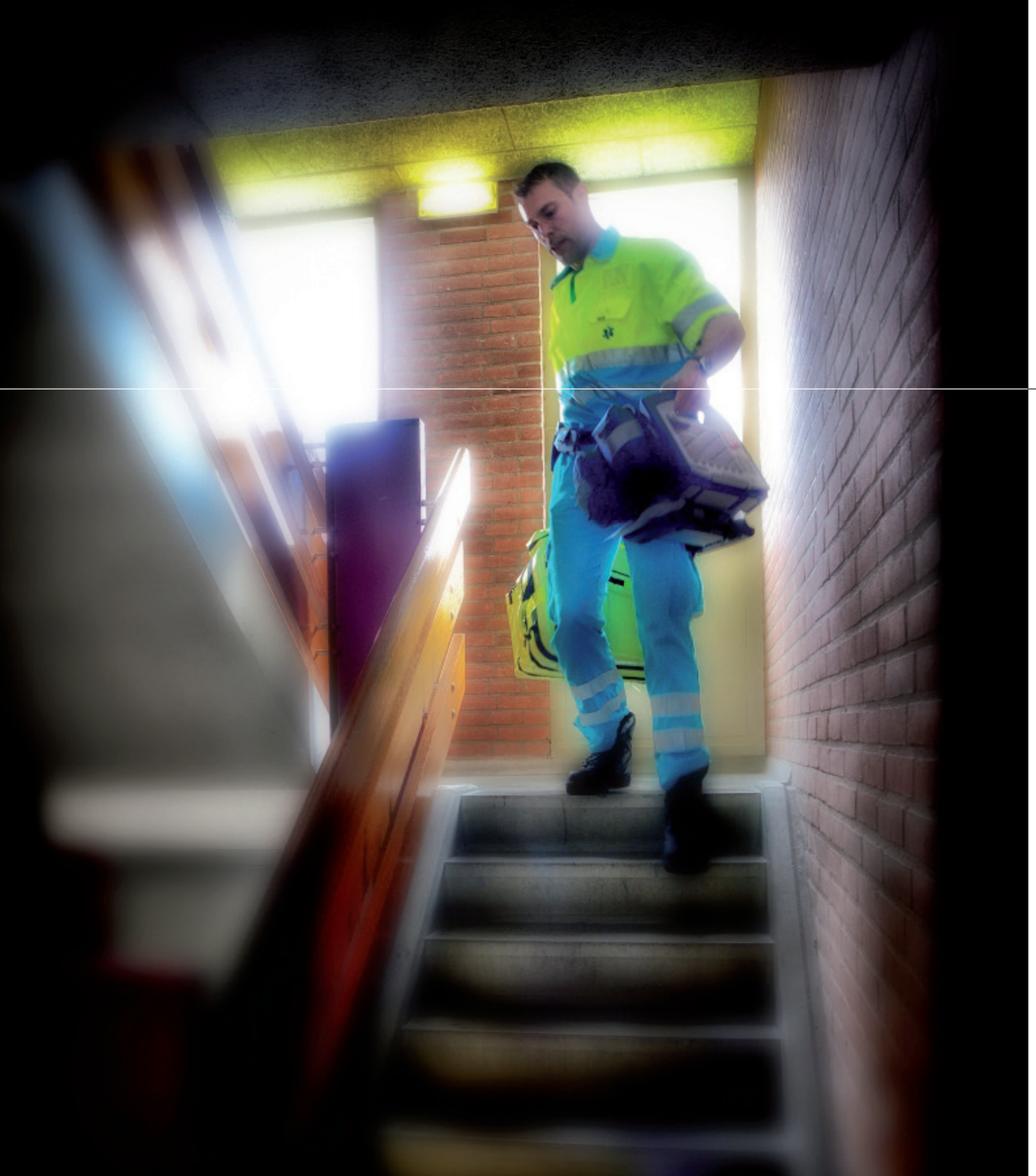
Een belangrijke organisatorische stap in 2015 betrof de vaststelling van het document 'Organisatieontwikkeling AZRR'. Hierin is ingezet op versterking van AZRR als één organisatie en versterking van de besturing van AZRR. Concreet heeft dit geleid tot het besluit om te starten met de werving van een derde lid binnen de Raad van Bestuur / directeur AZRR. Deze directeur AZRR zal zich bezighouden met de dagelijkse directievoering van AZRR. Bij het verschijnen van dit jaarverslag is inmiddels de heer A.J.A. (Arie) Wijten aangesteld als directeur AZRR. Wij wensen Arie veel succes toe in zijn nieuwe functie.
In 2015 is tevens veel energie gestoken in de ontwikkeling van de administratieve organisatie van AZRR, één van de noodzakelijke stappen voor het toewerken naar een gezamenlijke bedrijfsvoering.

Het aantal uitgevoerde ambulanceritten is in 2015 opnieuw gestegen. In totaal zijn 108.040 ambulanceritten uitgevoerd. De stijging is vooral zichtbaar bij het aantal spoedritten. Dit wordt meegenomen in overleggen met de zorgverzekeraar. Het percentage A1-ritten (spoed, levensbedreigend) dat binnen de normtijd is gearriveerd, is ondanks het toegenomen aantal ritten en de gevoerde CAO-acties op een vergelijkbaar niveau gebleven ten opzichte als voorgaand kalenderjaar. Het percentage kwam uit op 92,5%. Tegelijkertijd is het gelukt om in landelijke gebieden zoals Goeree-Overflakkee en Voorne-Putten de prestatie verder te verbeteren.

In dit voorwoord hebben wij alvast een tipje van de sluier opgelicht. Een compleet overzicht de activiteiten en ontwikkelingen in 2015 leest u in dit jaarverslag. Wij bedanken onze medewerkers, de ondernemingsraden, ketenpartners en alle andere betrokkenen voor hun inzet en bijdragen aan de ambulancezorg in het afgelopen jaar.

Barendrecht, mei 2016

Raad van Bestuur AZRR,
A. (Arjen) Littooij
S. (Stef) Hesselink



1 Introductie

1.1 Wat is AZRR?

AmbulanceZorg Rotterdam-Rijnmond (AZRR) is de organisatie die ambulancezorg levert 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 beide voor voldoende ambulancevoertuigen en vakbekwaam personeel volgens het afgesproken rooster en beschikbaarheidsplan AZRR. Daarnaast wordt op jaarbasis het aantal diensten en ritten uitgevoerd zoals afgesproken in de productieafspraken met de zorg-verzekeraar.

Het afhandelen van telefonische (112-)meldingen en aanvragen is uitbesteed aan de Meldkamer Ambulancezorg (MKA) als onderdeel van de Gemeenschappelijke Meldkamer (GMK) van de VRR. De MKA zorgt als regisseur van het proces tevens 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 350 medewerkers werkzaam in het zorgproces. Deze medewerkers staan dag en nacht paraat om de 1,2 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 2015 zijn in totaal 108.040 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.

AZRR beschikt over een gedifferentieerd wagenpark, bestaande uit reguliere ambulances, Mobiele Intensive Care Units (MICU's), Zorgambulances, ambulancemotoren en monolances. Er wordt gebruik gemaakt van tien standplaatsen. De standplaatsen zijn zodanig gespreid over de regio dat daarmee de bevolking van de regio maximaal bereikt kan worden. De standplaatsen kunnen worden gebruikt als tijdelijke basis om een gebied af te dekken. In veel gevallen blijven ambulances zich dynamisch door het gebied heen bewegen, wat ook wel rijdende paraatheid genoemd wordt. Dit gebeurt onder regie van de MKA.
Wanneer een ambulance in een bepaald gebied een nieuwe ritopdracht krijgt, worden de overige op dat moment vrije ambulances opnieuw gepositioneerd over het werkgebied. Door een optimale spreiding en aansturing van de beschikbare ambulances, wordt gestreefd naar een zo hoog mogelijke paraatheid om alle inwoners van de regio te voorzien van tijdige en kwalitatief hoogwaardige ambulancezorg.

De standplaatsen zijn gevestigd in Rotterdam Centrum (Baan), Rotterdam Kralingen (Brugwachter), Brielle, Barendrecht, Capelle aan den IJssel, Dirksland, Hellevoetsluis (Haringvlietdam-Noord), Maasvlakte (Coloradoweg), Schiedam en Spijkenisse.

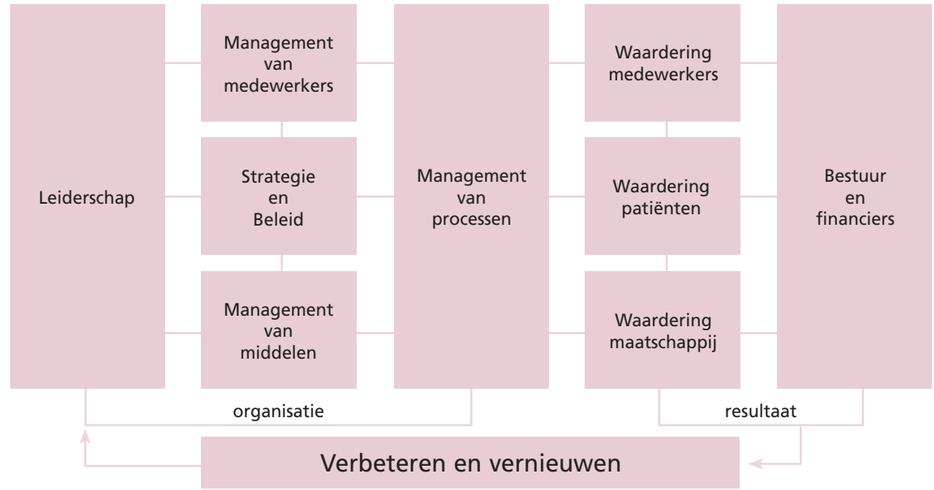
Aanvullend heeft AZRR enkele opstelplaatsen gecreëerd. Een opstelplaats is een strategische, goed bereikbare locatie waar de ambulance tijdelijk wordt gestationeerd om direct inzetbaar te zijn. Opstelplaatsen worden gebruikt om het dekkingsgebied te vergroten. Een opstelplaats kan variëren van een parkeerplaats langs de weg tot een gebouw waar enkele (basis)voorzieningen beschikbaar zijn. In 2015 heeft AZRR gebruik gemaakt van de volgende opstelplaatsen: Goedereede en Oude Tonge (beide Goeree-Overflakkee), Berkelse Poort (Lansingerland), Hoogstad (Vlaardingen), Maasstad ziekenhuis (Rotterdam) en Wellebrug (Bernisse).

De diensten starten en eindigen centraal vanuit vier opkomstlocaties, waarvan enkele ook fungeren als standplaats. De vier opkomstlocaties bevinden zich in Barendrecht, Rotterdam Kralingen (Brugwachter), Dirksland en Brielle.

1.3 AZRR en kwaliteitszorg

AZRR beschikt over het kwaliteitskeurmerk HKZ (Harmonisatie Kwaliteitszorg Zorgsector). Tevens wordt in het kader van HKZ nadrukkelijk aandacht besteed aan het thema patiëntveiligheid. Naast de HKZ-certificering wordt het INK-managementmodel gebruikt als instrument voor de verdere ontwikkeling 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 bepaald en wordt de gewenste richting van de organisatie bepaald. Op basis van meting van resultaten wordt vastgesteld of beoogde doelstellingen zijn behaald en vindt waar nodig verbetering en vernieuwing plaats. De hoofdstukindeling van dit jaarverslag is gebaseerd op het INK-managementmodel:

De verslaglegging in dit jaarverslag, inclusief de hoofdstukindeling, is gebaseerd op het INK-managementmodel:



2 Leiderschap

2.1 Visie en missie

In 2015 is een nieuw Regionaal Ambulanceplan 2015 - 2018 tot stand gekomen, waarin met name de ontwikkelingen binnen het zorgproces een plaats hebben gekregen en de beleidsvisie hierover is vastgelegd. Deze visie luidt:

De patiënt op het juiste moment de juiste zorg bieden.

De visie begint met de patiënt omdat deze in de zorgverlening van AZRR 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 bieden van de juiste zorg op het juiste moment.

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 zorg-instelling levert AZRR verantwoorde ambulancezorg 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 zorg-verlening 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 de Tijdelijke wet ambulancezorg (Twaz) tot stand gekomen. De minister van VWS anticipeert momenteel op een verlenging van de Twaz tot eind 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. VRR en BIOS-groep zijn formeel gezien de onderaannemers van de Coöperatie.

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

AZRR speelt voortdurend in op toekomstige ontwikkelingen zoals het aflopen van de Twaz en de oprichting van een Landelijke Meldkamer Organisatie (LMO). In het vorig kalenderjaar werd een kwartiermaker aangesteld met als taak om AZRR voor te bereiden op een mogelijk aanbestedingstraject. Deze kwartiermaker heeft in 2015 zijn werkzaamheden afgerond, in afstemming met de hiertoe ingerichte regiegroep. Een belangrijke stap was de vaststelling van het document 'Organisatieontwikkeling AZRR' in september 2015. Dit document richt zich met name op de ontwikkeling van de organisatieaspecten van AZRR. Naast een schets van de ontwikkelingen in het recente verleden wordt ingezet op de versterking van AZRR als één organisatie en de versterking van de besturing van AZRR.
Concreet heeft dit geleid tot het besluit om te starten met de werving van een derde lid binnen de Raad van Bestuur / directeur AZRR. Deze directeur AZRR zal zich bezighouden met de dagelijkse directievoering van AZRR.

2.3 Organisatiestructuur

De organisatiestructuur van 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 (RvT) die bestaat uit vier onafhankelijke personen. Er functioneert een tweehoofdige Raad van Bestuur (RvB), die zoals in de vorige paragraaf beschreven, uitgebreid wordt naar drie leden.

Op tactisch niveau functioneert het Tactisch Management Overleg (TMO). Het TMO wordt gevormd door de eindverantwoordelijke managers van beide ambulancediensten, de eindverantwoordelijke manager van de MKA en de Medisch Manager Ambulancezorg (MMA). Het TMO zal omgevormd worden naar een MT, onder voorzitterschap van de directeur AZRR.

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.

3 Strategie en beleid

3.1 Spreiding en Beschikbaarheid

Een belangrijk aandachtsgebied binnen AZRR is het organiseren van een adequate spreiding en beschikbaarheid van ambulances over het werkgebied binnen de beschikbare financiële middelen. Een richtinggevend document is het landelijk Referentiekader Spreiding en Beschikbaarheid, dat is opgesteld door het RIVM. Afgeleid daarvan hanteert AZRR een regionaal Plan Spreiding en Beschikbaarheid, dat is vastgesteld in overleg met de zorgverzekeraar.

Er zijn zogeheten schuifregels beschikbaar op basis waarvan de meldkamer inspeelt op het (her) positioneren van ambulances ten tijde van schaarste, oftewel een hoge zorgvraag. Met de schuif-regels wordt ervoor gezorgd dat de ambulances die op dat moment paraat zijn (dus niet ingezet zijn voor zorgverlening) optimaal gespreid zijn over het gehele werkgebied. Bij schaarste wordt voorrang gegeven aan het spoedvervoer en wordt indien nodig het besteld vervoer gedeeltelijk in de wacht gezet. Ook worden door de meldkamer buurregio's zoals Zuid-Holland Zuid, Haaglanden of Hollands Midden ingeschakeld om ambulanceritten uit te voeren.

In 2015 is hard gewerkt aan de voorbereidingen voor de implementatie van het softwarepakket Optima Live. Dit is een ondersteunend softwarepakket waarmee de meldkamer de actuele spreiding kan aanpassen aan de zorgvraag van dat moment. Op basis van de actuele ambulancebewegingen en historisch opgebouwde data, waar incidenten zich hebben voor gedaan, geeft Optima Live adviezen aan de centralist over het slim spreiden van ambulances. Daarnaast geeft Optima Live, op basis van kunstmatig ingebrachte intelligentie afkomstig van de meldkamer centralisten, een inzetadvies over welke beschikbare ambulance naar het betreffende incident dient te worden gestuurd. 'Een mooi stuk gereedschap voor een centralist'.
Door een groep ervaren centralisten is in de praktijk inmiddels ook getest met het softwarepakket en zijn verdere verfijningen en verbeteringen doorgevoerd. Het pakket is inmiddels nagenoeg gebruiksklaar en zal in 2016 volledig uitgerold gaan worden.

Ook is in 2015 nadrukkelijk aandacht besteed aan het besteld vervoer. Door de toenemende zorgvraag en de voorrang die het spoedvervoer krijgt, liepen de wachttijden in het besteld vervoer op bepaalde momenten op naar een onacceptabel niveau. Dit vertaalde zich in een toenemend aantal klachten (zie ook hoofdstuk 7 van dit jaarverslag). Dit heeft geleid tot een nader onderzoek dat zich er vooral op richt hoe het besteld vervoer logistiek beter georganiseerd kan worden. Tevens zijn, na intensief overleg tussen AZRR en de zorgverzekeraar, aan het einde van het kalenderjaar middelen beschikbaar gesteld vanuit de zogeheten vrije marge gelden om meer vervoerscapaciteit op de weg te krijgen. De eerste positieve effecten hiervan worden inmiddels zichtbaar. De prestatiecijfers over 2015 kunt u lezen in hoofdstuk 10 van dit jaarverslag.

3.2 Innovatie

3.2.1 PHANTASi-trial

AZRR participeert in een door het VUmc begeleid onderzoek naar het effect van het toedienen van antibiotica aan mensen met sepsis (bloedvergiftiging). Vroege herkenning en behandeling zijn essentieel om bijvoorbeeld shock en orgaanfalen te voorkomen.

Door twee patiëntengroepen te vergelijken willen de onderzoekers aantonen dat de overlevingskansen vergroot worden door prehospitaal reeds antibiotica toe te dienen. Eén van de verpleegkundig specialisten ambulancezorg (VSAZ) coördineert het onderzoek bij AZRR. Ambulanceverpleegkundigen en -chauffeurs volgen een speciale scholing. De antibiotica en kweekmaterialen worden door het VUmc geleverd.

3.2.2 Onderzoek EHTP-ritten

Niet elke ambulancerit leidt tot vervoer van de patiënt. In bepaalde gevallen is behandeling ter plaatse voldoende, of wordt doorverwezen naar een andere hulpverlener zoals de huisarts. Deze ritten worden aangeduid als eerste hulp ter plaatse ritten (EHTP). AZRR vindt het van belang om in beeld te hebben of bij de patiënten die niet vervoerd zijn medisch gezien de juiste afwegingen zijn gemaakt. Is er terecht niet vervoerd? Is de juiste zorg aan de patiënt geleverd en is de best mogelijke afweging gemaakt? In samenwerking met het Erasmus MC evalueert AZRR de uitgevoerde EHTP-ritten waarbij de patiënt is beoordeeld en soms behandeld, maar niet vervoerd is naar een ziekenhuis. In het onderzoek zijn 1.100 patiënten betrokken die allemaal persoonlijk zijn gebeld over hun ervaring met de zorgverlening door AZRR. Nadere analyses vinden momenteel nog plaats, maar het eerste beeld is zeer positief. Zowel over de zorgverlening als de bejegening zijn door patiënten veel complimenten gegeven.
Het EHTP-onderzoek staat prominent op de landelijke onderzoeksagenda van branchevereniging Ambulancezorg Nederland (AZN). Het onderzoek in onze regio zal daardoor ook landelijk bredere impact gaan krijgen binnen de sector.

3.2.3 Pilot Prehospital Assesment Rotterdam Aortic Aneurysm (PARA-2)

De zorg voor patiënten met een Acuut Aneurysma Aorta Abdominalis (AAAA) wordt steeds meer gecentraliseerd in topklinische centra. Ook in onze regio wordt hieraan hard gewerkt. Een vaatchirurg uit het dienstdoende ziekenhuis met de meeste expertise voert daarbij de operatie of behandeling uit. Door de ambulancezorg kan belangrijke tijdwinst en daarmee vaak ook gezondheidswinst geboekt worden door de patiënt met een mogelijk AAAA meteen naar het juiste ziekenhuis te brengen. Het is echter geen sinecure voor een ambulanceverpleegkundige om op basis van het klinisch beeld, anamnese en onderzoek ter plaatse met 100% zekerheid de diagnose

te kunnen stellen. Er zijn vooral relatief veel fout-positieve diagnoses: tweederde deel van de mensen 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 een echo van de aorta reeds ter plaatse door de ambulance kan worden uitgevoerd, is de kans op fout-positieven kleiner en kan het betreffende ziekenhuis zich gerichter voorbereiden op een patiënt met een mogelijke AAAA. Op initiatief van de vaatchirurgen uit het Franciscus locatie Gasthuis te Rotterdam is eind 2015 de zogeheten 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 setting van de ambulancezorg. In de pilot participeren vanuit AZRR enkele ambulanceverpleegkundigen en de VSAZ.
Bij meting van een aorta van meer dan drie centimeter en symptomen van een AAAA, wordt de patiënt per ambulance vervoerd naar het dichtstbijzijnde dienstdoende ziekenhuis. Wanneer de uitkomsten van de pilot een positief beeld geven, zal nader onderzocht worden wat de haalbaarheid is van het breder implementeren van echo-apparatuur op de ambulances van AZRR.

3.2.4 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 per jaar mensen 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.

In april 2015 is de pilot geëvalueerd. Geconcludeerd werd dat het pilot onder andere heeft aangetoond dat:

- Door de inzet van burgerhulpverlening de hulpverlening bij reanimaties eerder kan worden opgestart en hiermee mensenlevens worden gered, inmiddels zijn er verschillende wetenschappelijke publicaties geweest waarin de goede resultaten worden aangetoond;
- De inzet van burgerhulpverlening op openbare locaties bij reanimaties een effectief instrument is ter overbrugging van de komst van de ambulancehulpverlening;
- HVW de beschikking heeft over een actueel netwerk van goed geschoolde geregistreerde vrijwilligers met lokale AED's;
- De volledige geautomatiseerde alarmering vanuit de MKA om binnen 6 minuten burgerhulpverleners ter plaatse te krijgen goed verloopt.

Gelet op de behaalde resultaten heeft het Algemeen Bestuur van de Veiligheidsregio Rotterdam-Rijnmond alle aangesloten gemeenten geadviseerd om burgerhulpverlening binnen hun gemeente te implementeren. Voorbereidingen voor dit proces waren eind 2015 nog in volle gang.

3.3 Kwaliteit

Het kwaliteitsbeleid is gericht op de borging van vastgestelde processen en werkinstructies binnen AZRR. Beschreven processen en werkinstructies worden met een vaste frequentie gereviseerd, zodat zij blijven aansluiten bij de actualiteit. 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 (indicatiestelling, coördinatie en uitvoering) optimaal op elkaar aansluiten. Ook beleidsmatige zaken zoals interne

audits, de klachtenprocedure, het melden van incidenten, projectmatig werken en verbeter-management worden in gezamenlijkheid als AZRR vormgegeven.

In 2015 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 kwaliteitszorg binnen AZRR.

3.4 Patiëntveiligheid

Patiëntveiligheid houdt in dat een patiënt zo min mogelijk risico loopt op onbedoelde lichamelijke of psychische schade tijdens de zorgverlening. Aan de ene kant is het van belang om risico's vooraf in beeld te hebben en preventieve veiligheidsmaatregelen te nemen. Aan de andere kant is het belangrijk om te leren van incidenten die hebben plaatsgevonden om daarmee herhaling in de toekomst te voorkomen.

In 2015 is door de werkgroep patiëntveiligheid een vervolg gegeven aan de risico-inventarisaties. Deze worden gemaakt met behulp van de speciaal daarvoor ontwikkelde BowTie-methodiek. Met deze methodiek worden rond risico's de oorzaken, gevolgen en benodigde maatregelen in samenhang bekeken.

Een aantal risico-analyses in het primair proces zoals de aanname op de meldkamer en overdracht van de patiënt aan de zorginstelling zijn geactualiseerd. Daarnaast is aandacht besteed aan thema's die zijn ingebracht vanuit de werkvloer. Een voorbeeld hiervan is het gedurende de dienst aanvullen van ambulances met materiaal en middelen en de noodzakelijkheid ervan. Na het behandelen van een patiënt kan het voorkomen dat een bepaald middel of medicijn niet meer aan boord is. Het is enerzijds belangrijk om voldoende materialen en middelen beschikbaar te hebben voor het adequaat kunnen uitvoeren van de patiëntenzorg. Anderzijds moet de dienst ook niet onnodig onderbroken worden door terug te moeten keren naar een postlocatie om aan te vullen. Het is belangrijk om deze afweging goed gefundeerd te maken en hierover heldere werkafspraken vast te leggen. Dit is vervolgens verder opgepakt binnen de organisatie.

Een ander aandachtsgebied binnen het traject patiëntveiligheid betreft het Veilig Incident Melden (VIM). In 2015 is een nieuwe digitale tool geïmplementeerd waarmee snel en laagdrempelig incidenten gemeld kunnen worden. Dit heeft geleid tot een toename van het aantal meldingen en gerichte verbeteracties. Op basis van VIM-meldingen wordt momenteel bijvoorbeeld de bereikbaarheid van de communicatieapparatuur van ambulancepersoneel dat zich bevindt in het Maastad ziekenhuis verbeterd door het plaatsen van een extra zendmast.

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 op basis van 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). Volgend op het CZO-keurmerk voor de opleiding tot ambulanceverpleegkundige en verpleegkundig centralist dat AZRR eerder ontving, zijn in 2015 de eerste stappen gezet om dit keurmerk ook te 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). De functie van de VSAZ is gepositioneerd tussen de Medisch Manager Ambulancezorg (MMA) en de ambulanceverpleegkundige. 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 fungeren tevens als vraagbaak en intermediair tussen SEH-afdelingen van de ziekenhuizen, huisartsen en ambulancezorg. Door intensivering van de samenwerking is het aantal intercollegiale contactmomenten fors toegenomen. Vrijwel dagelijks vindt er overleg plaats tussen huisartsen, specialisten, SEH-afdelingen enerzijds en anderzijds de VSAZ in samenspraak met collega's van AZRR. Hierdoor is in 2015 wat betreft samenwerking en wederzijds begrip een belangrijke sprong voorwaarts gemaakt. 2015 kenmerkte zich tevens door onderzoek en innovatie, zoals reeds beschreven in paragraaf 3.2.

3.7 Ketenmanagement en netwerkregie

Voor afstemming binnen de acute zorgketen in de regio, bestaat het Regionaal Overleg Acute Zorg (ROAZ). Het ROAZ is opgericht in het kader van de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi) die op 1 januari 2006 is ingevoerd. Met de invoering van deze wet hebben de organisaties op het terrein van de acute zorg de opdracht gekregen om in regionaal verband structurele samenwerkingsafspraken te maken. De ziekenhuizen 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 dit overleg 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 6.2 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.

3.9 Informatiebeleid

In 2015 is verdere invulling gegeven aan de geprioriteerde thema's uit het informatiebeleidsplan.
Met de invoering van het digitaal ritformulier is één van de belangrijkste doelstellingen van het informatiebeleid gerealiseerd. Door gevalideerde digitale registratie is de betrouwbaarheid van de meetgegevens toegenomen. Hierdoor is het steeds beter mogelijk om inhoudelijke analyses uit te voeren op de data.

Dit biedt ook mogelijkheden voor de ontwikkeling van kwaliteitsindicatoren. In aansluiting op het vaststellen van een landelijke indicatorenset en bijbehorend implementatieplan binnen brancheverenging AZN is in 2015 gestart met inhoudelijke uitwerking van de indicatoren. Een concreet voorbeeld van een indicator uit de set is het aantal patiënten dat met gepland vervoer binnen de afgesproken tijd op de plaats van bestemming is aangekomen. Eind 2015 is een eerste praktijktest uitgevoerd, die landelijk is geëvalueerd. 2016 zal in het teken staan van verdere analyses, verfijning en verbetering van de meetgegevens.

Landelijk is besloten om voor de NEN 7510 (Informatiebeveiliging in de Zorg) een implementatiehandleiding voor ambulancezorg te ontwikkelen. Het doel van de handleiding is om de implementatie van de NEN 7510 norm door RAV-regio's eenvoudiger, sneller en goedkoper te maken. Deze norm geeft richtlijnen en uitgangspunten voor het bepalen, instellen en handhaven van maatregelen die nodig zijn ter beveiliging van patiëntgegevens binnen de ambulancezorg.
In 2015 is door AZRR een plan van aanpak opgesteld en inmiddels voor een deel gerealiseerd. Waar mogelijk wordt aangesloten op reeds bestaande faciliteiten binnen AZRR zoals het softwarepakket voor VIM, zie ook paragraaf 3.4. Medewerkers kunnen op deze wijze met behulp van een methodiek die zij reeds kennen laagdrempelig meldingen doen van incidenten waarbij mogelijk sprake is van onvoldoende beveiliging van patiëntgegevens. In 2016 wordt de verdere uitwerking van het plan van aanpak ter hand genomen.
De ambitie van AZRR is om medio 2017 op te gaan voor certificering voor de NEN 7510.

4 Management van medewerkers

4.1 Personeelsbestand AZRR

Op 31 december 2015 zijn in totaal 384 medewerkers (351,86 FTE) werkzaam ten behoeve van de Coöperatie AZRR. Totaal betreft dit 253 mannen en 131 vrouwen. De gemiddelde leeftijd ligt rond 45 jaar. Medewerkers zijn in dienst bij de partners VRR of BIOS-groep. In de tabel is het aantal medewerkers en FTE's vermeld dat werkzaam is ten behoeve van de Coöperatie AZRR.

Formatie

	FTE	Personen
Ambulanceverpleegkundige	140,54	153
Ambulancechauffeur	129,52	134
Zorgambulancebegeleider	24,44	32
Verpleegkundig specialist ambulancezorg (VSAZ)	1,0	2
Verpleegkundig centralist	20,56	23
Niet-verpleegkundig centralist	6,00	6
Directie, management, staf en overige medewerkers	29,80	34
Totaal	**351,86**	**384**

Leeftijdsopbouw en verdeling man-vrouw

	M	V	Totaal
< 25 jaar	0	1	1
25 - 29 jaar	8	12	20
30 - 34 jaar	22	24	46
35 - 39 jaar	41	25	66
40 - 44 jaar	29	23	52
45 - 49 jaar	43	18	61
50 - 54 jaar	53	19	72
55 - 59 jaar	37	7	44
> 60	20	2	22
Totaal	**253**	**131**	**384**

4.2 Functionerings- en beoordelingsgesprekken

In 2015 zijn met een groot deel van de medewerkers functionerings- of beoordelingsgesprekken gevoerd. Door de acties van medewerkers in het kader van een nieuwe cao, is het echter niet gelukt om alle geplande gesprekken te voeren. Op bepaalde momenten van krapte is het aanwezige ambulancepersoneel uitsluitend ingezet op de ambulance en zijn neventaken en andere indirecte uren tot een minimum beperkt. Op de meldkamer is het wel gelukt om alle gesprekken volgens planning uit te voeren. In het komend kalenderjaar wordt waar dit van toepassing is een inhaalslag gemaakt onder het ambulancepersoneel.

Voor medewerkers bestaat de mogelijkheid voor het vervullen van neventaken zoals praktijk-begeleider, 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 dat is beschreven in paragraaf 3.5 van dit jaarverslag.

4.3.1 Landelijk initiële opleiding

In 2015 zijn 6 ambulanceverpleegkundigen, 4 ambulancechauffeurs en 1 verpleegkundig centralist van de MKA geslaagd voor de landelijke initiële opleiding bij de AvA. In ditzelfde jaar is een aantal nieuwe medewerkers met deze opleiding gestart, te weten 9 ambulanceverpleegkundigen, 7 ambulancechauffeurs en 1 centralist van de MKA.

4.3.2 Moduletrainingen

Vanuit het ROC worden moduletrainingen georganiseerd voor ambulanceverpleegkundigen en ambulancechauffeurs in opleiding. Hiermee wordt een optimale afstemming tussen de AvA, ROC en dagelijkse praktijk beoogd. De activiteiten worden eerst op het ROC doorgenomen en 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 2015 is het ROC gestart met een pilot waarbij praktijkbegeleiders participeren in de moduletraingen. Het algemene doel van deze pilot is om de samenwerking tussen ROC en praktijkbegeleiding te optimaliseren. Door praktijk en theorie met elkaar te laten integreren willen we de kwaliteit van het opleiden van nieuwe ambulancemedewerkers verbeteren. In 2016 zal deze pilot worden geëvalueerd.

4.3.3 Landelijk assessment

Periodiek legt een medewerker een landelijk assessment af bij de AvA. Het landelijk assessment wordt afgenomen om tussentijds inzicht te behouden of de kennis en vaardigheden op het gewenste niveau blijven. Volgens een vastgesteld rooster wordt jaarlijks bij een evenredig deel van

de medewerkers het landelijk assessment afgenomen. 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 2015 hebben 14 ambulanceverpleegkundigen en 14 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 op specifieke aandachtsgebieden.
Slechts 1 ambulanceverpleegkundige slaagde niet voor het assessment en heeft succesvol een verplicht trainingstraject op het ROC doorlopen en het volgende assessment met een voldoende resultaat afgelegd. 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

Voor 2015 stond er een mooi regionaal scholingsprogramma klaar. Helaas zijn er ten gevolge van de cao acties een aantal regionale scholingen vervangen door een alternatief, of in het uiterste geval geannuleerd. De eerste regionale nascholingsdag stond in het teken van toetsdagen. Tijdens deze toetsdag werden de theoretische kennis, voorbehouden handelingen, Basic Life Support en het verpleegkundig of medisch assisterend handelen getoetst. Het aftoetsen gebeurde mede door externe instructeurs van de ambulancedienst Zuid-Holland Zuid. Om de casuïstiek zo realistisch mogelijk te maken is er gekozen om gebruik te maken van goed ingerichte kamers van de ‘Club van 112’. De lessen konden niet allemaal doorgang vinden als gevolg van de reeds genoemde cao acties. De risicovolle en voorbehouden handelingen zijn op een later moment in het jaar op basis van vrije instroom alsnog allemaal afgerond.
De regionale nascholingsdag 2 stond in het teken van infectiepreventie en Ebola training. Iedere medewerker is getraind in de aan- en uitkleedprocedure rondom Ebola en de daarbij behorende werkinstructie. Daarnaast is er uitvoerig geschoold en getraind in airwaymanagement, waaronder de introductie van VIPS (Video assisted Intubations in the Pre-hospital Setting). Binnen de airwaymanagement trainingen werd het ROC ondersteund door gastdocenten vanuit MMT en VSAZ.

De derde en vierde regionale nascholingsdag bestond voor ambulanceverpleegkundigen uit maatwerk, waarbij er onder meer aandacht is besteed het gebruik van portofoons, de gewondenkaart en is er getraind in grootschalige incidenten middels ETS (Emergo Train System) Tenslotte kwam er voor verpleegkundigen verloskunde en een verdieping op het gebied van kindergeneeskunde aan bod. Dit laatste werd gegeven door een arts. De ambulancechauffeurs hebben op deze dag een specifieke rijvaardigheidstraining gevolgd met aandacht voor het navigatiesysteem, regiokennis, waaronder het nieuwe A4 traject, behendigheidstraining en voertuigbeheersing.

4.3.5 Meldkamer Ambulancezorg

In 2015 hebben er zeven opleidingsmomenten plaatsgevonden voor de MKA. Op de eerste scholingsdag is aandacht besteed het werken met het uitvraagprotocol ProQA. Een deel van de dag is ingegaan op cardiologie.

De tweede scholingsdag is in combinatie met de Meldkamer Brandweer (MKB) georganiseerd. In het ochtendgedeelte is aandacht besteed aan multi-intake en een oefening in het kader van de Geneeskundige Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen (GHOR). In de middag is onder meer aandacht besteed aan AED / BLS.

Scholingsdag drie is benut voor ‘coaching on-the-job’ van verpleegkundig centralisten.

Dag vier en vijf stonden beide in het teken van assessments. Alle medewerkers van de MKA hebben aan de assessments deelgenomen. Op dag vier vond een assessment plaats rond het proces aanname. Op dag vijf werd een assessment rond het proces uitgifte afgenomen.

Scholingsdag zes richtte zich op de bespreking van de uitgifte naar aanleiding van een inspectiemelding. Ook werd aandacht besteed aan de procedure voor het uitwijken naar een andere locatie in geval van een calamiteit.
De zevende scholingsdag is benut voor bijscholing rond het proces uitgifte.

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 2015 zijn twee medewerkers opgeleid voor de Zorgambulance.

4.3.7 Rapid Responders

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 2015 zijn zes Rapid Responders voor de Monolance opgeleid.

4.3.8 Individuele trainingen en inloopdagen

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. Het hele jaar door zijn er inloop-dagen georganiseerd waarop de medewerkers kunnen trainen. Deze inloopdagen zijn facultatief. Werknemers kunnen op eigen initiatief ‘binnenlopen’ voor training en advies. Op deze wijze kunnen medewerkers zich op basis van hun individuele behoefte gericht ontplooien en professiona-liseren.

4.3.9 Uitzendkrachten

AZRR maakt gebruik van de diensten van verschillende uitzendbureaus. Met het oog op de kwaliteit van zorg is het van belang dat uitzendkrachten voldoen aan de vereisten die gelden binnen AZRR. Als eerste stap zijn criteria opgesteld waaraan uitzendkrachten ten minste moeten voldoen. Dit is uitgewerkt voor ambulanceverpleegkundigen, -chauffeurs en zorgbegeleiders. Aanvullend is een inwerktraject opgesteld waarin uitzendkrachten op de hoogte worden gebracht van de specifiek toegepaste werkwijzen en materialen binnen AZRR.
Voor ambulanceverpleegkundigen en -chauffeurs bestaat het inwerktraject uit een medisch deel van één dag. Daarnaast is er voor ambulancechauffeurs een aanvullende dag ontwikkeld rondom voertuig- en regiokennis. De eerste scholingsdagen hebben plaats gevonden in november 2014 en hebben een vervolg gekregen in 2015. Om een uniform kwaliteitsniveau te bereiken, zullen in de toekomst door AZRR uitsluitend nog uitzendkrachten worden ingezet die voldoen aan de criteria en die het inwerktraject met goed gevolg hebben doorlopen. Er zijn inmiddels meer dan 50 uitzendkrachten ingewerkt.

4.3.10 Overige scholingen en diensten aan derden

Naast de reguliere scholingen zijn er in 2015 aanvullende scholingen verzorgd ten behoeve van deskundigheidsbevordering van docenten en instructeurs die de verschillende trainingen en scholingen verzorgen. Naast interne behoefte aan instructie en scholing organiseert AZRR ook scholingen voor keten-partners. 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).

5

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 2015 hebben geen wijzigingen plaatsgevonden in de samenstelling van het wagenpark.

Er zijn voorbereidingen getroffen voor uitbreiding van het wagenpark met drie voertuigen die ingezet kunnen worden in situaties van grootschalige geneeskundige bijstand (GGB). Dit hangt samen met opgeschaalde zorg, zoals beschreven in paragraaf 6.3.

5.2 Medische inventaris en verbruiksmaterialen

In 2015 is de overgang van maatgebonden kleding naar persoonsgebonden kleding gerealiseerd. Iedere medewerker krijgt een kledingpakket op naam, waarvoor deze zelf verantwoordelijk is.

Daarnaast is een nieuwe defibrillator van Corpuls in gebruik genomen. Ook zijn larynxmaskers als vast onderdeel toegevoegd aan de materialen op de ambulance. Een larynxmasker is een hulpmiddel dat wordt gebruikt als alternatief voor tube om de luchtwegen van een (bewusteloze) patiënt open te houden. Via het larynxmasker kan een patiënt spontaan ademen of zelfs beademd worden.

In 2015 zijn zogeheten “babynestjes“ aangeschaft voor in de couveuses. Deze babynestjes helpen te vroeg geboren kinderen om in een gebogen houding te blijven liggen, zoals in de baarmoeder.
Ten slotte heeft in 2015 een gefaseerde vervanging van spalkmateriaal op de ambulances plaatsgevonden.

5.3 Administratieve organisatie

In 2015 is veel energie gestoken in de ontwikkeling van de administratieve organisatie van AZRR. Dit is één van de noodzakelijke stappen 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, die zijn vastgelegd in het procedureboek van de afdeling Finance.
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 het College Tarieven Gezondheidszorg (CTG).

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.

6

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 2015 is AZRR zoals gebruikelijk weer bezocht in het kader van de jaarlijkse externe audit. Deze audit richtte zich op kwaliteit en patiëntveiligheid. In het eerste deel van de audit is getoetst of ‘het systeem’ aanwezig en voldoende beschreven is. Nadat dit eerste gedeelte met een positieve eind-conclusie werd afgerond, werden in het vervolgprogramma verschillende interviews uitgevoerd. Er is onder meer aandacht besteed aan P&O, opleidingen, ketenpartners, veilig incident melden, risico-inventarisaties en inkoop. Ook zijn op alle opkomstlocaties en de meldkamer steekproeven in het primair proces uitgevoerd.

Jaarlijks vinden daarnaast ook interne audits plaats om te toetsen of gewerkt wordt volgens het kwaliteitssysteem en of onderdelen van het kwaliteitssysteem aan revisie toe zijn. AZRR beschikt hiervoor over een groep van ongeveer tien interne auditoren, die dit grotendeels doen als neventaak naast hun functie van ambulanceverpleegkundige of -chauffeur. In 2015 zijn minder

audits uitgevoerd dan gepland. Dit is veroorzaakt door de acties die in 2015 gevoerd zijn in het kader van de nieuwe cao. Ambulancepersoneel was gedurende de actieperiode verminderd inzetbaar voor nevenactiviteiten. Zowel het uitroosteren van medewerkers voor het uitvoeren van audits als het beschikbaar maken van ambulances om mee te werken aan een audit, bleek in deze periode niet haalbaar. In 2016 zal op het gebied van interne audits een inhaalslag plaatsvinden.

In 2015 is een grote slag gemaakt op het gebied van verbetermanagement. Met behulp van een softwarepakket worden verbeteracties toegewezen aan een eindverantwoordelijke manager. Door middel van automatische reminders en een dashboard met overzichten en grafieken, is er meer zicht op de voortgang en de effecten van verbeteracties. Hiermee wordt de kwaliteitscirkel PLAN, DO, CHECK, ACT gestructureerd rond gemaakt.

6.2 Samenwerkingsprocessen met ketenpartners

Onder regie van het Regionaal Overleg Acute Zorg (ROAZ, zie paragraaf 3.7) functioneert een aantal vaste overlegvormen om de dagelijkse samenwerking met ketenpartners te structureren.

6.2.1 Traumacentrum Zuid West Nederland

Binnen de acute zorgketen werkt AZRR nauw samen met het Traumacentrum Zuid West Nederland. Structureel vindt afstemmingsoverleg plaats binnen het subregionaal ketenoverleg. Eveneens worden vanuit AZRR ambulanceverpleegkundigen gedetacheerd voor het (Heli) Mobiel Medisch team.

6.2.2 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. Met enige regelmaat worden gezamenlijke casuïstiekbesprekingen georganiseerd voor het ambulancepersoneel en het SEH-personeel van de ziekenhuizen.

6.2.3 Centrale huisartsenposten

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

6.2.4 Geestelijke Gezondheidszorg

De samenwerking tussen de ambulancezorg en de acute geestelijke gezondheidszorg is in werkafspraken vastgelegd. In deze werkafspraken wordt geborgd in welke gevallen ambulancezorg geïndiceerd is bij patiënten voor wie een Rechtelijke Machtiging (RM) of een Inbewaringstelling (IBS) van toepassing is. Uitgangspunt voor ambulancezorg ten aanzien van de acute geestelijke gezondheidszorg is de noodzaak tot verpleegkundig toezicht tijdens het vervoer. Jaarlijks vindt een evaluatie van de werkafspraken plaats tussen de betrokken partijen.

6.2.5 Verloskundigen

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

Dit platform vertegenwoordigt de binnen verloskundige samenwerkingsverbanden (VSV's) werkzame gynaecologen, verloskundigen en huisartsen die actief zijn op het gebied van verloskunde. Samenwerkingsafspraken zijn gemaakt met de verschillende VSV's. Op basis van de afspraken 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.

6.3 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 zal de verdere implementatie ter hand genomen worden.

Vooruitlopend op de implementatie heeft AZRR deelgenomen aan een intercollegiale kwaliteitsvisitatie, geïnitieerd door het ROAZ Zuid West Nederland.

Waardering door patiënten

7.1 Patiënttevredenheid

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

In 2015 is besloten om in het kader van onderlinge vergelijkbaarheid van prestaties mee te gaan doen met een landelijk onderzoek naar patiënttevredenheid, geïnitieerd door branchevereniging AZN. Dit sluit aan bij de doelstelling om onderling te kunnen vergelijken met andere RAV-en op basis van eenduidige en gevalideerde kwaliteitsinformatie. Het landelijk onderzoek zal uitgevoerd worden door het NIVEL en staat op de planning voor 2016.

7.2 Klachten

Klachten geven inzicht in de mate waarin de dienstverlening gewaardeerd wordt en welke aspecten mogelijk voor verbetering in aanmerking komen. 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 een voor de klager naar tevredenheid verlopen afwikkeling van de klacht. Wanneer de bemiddelingspoging toch geen bevredigend resultaat oplevert of wanneer de klager daar in eerste aanleg de voorkeur aan geeft, wordt de klacht formeel in behandeling gegeven aan de klachtencommissie. De klachten die in 2015 zijn ingediend, konden in bijna alle gevallen in de bemiddelingsfase worden afgehandeld. Twee klachten zijn voor formele behandeling doorgezet naar de klachtencommissie.
In 2015 werden in totaal 89 klachten geregistreerd. 73 klachten zijn ingediend door cliënten / direct betrokkenen. Er zijn 16 klachten ingediend door ketenpartners.

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 2015.
In 2015 zijn er geen klachten geregistreerd die geleid hebben tot een melding bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ).

Overzicht geregistreerde klachten naar type

	Klachten cliënten / direct betrokkenen	Klachten ketenpartners
Lange wachttijd B-vervoer	20	7
Hulpverlening / medisch technisch handelen	20	2
Bejegening / attitude	16	3
Indicatiestelling / urgentiebepaling MKA	3	0
Ambulance te laat (A1-rit)	4	1
Ambulance te laat (A2-rit)	1	0
Kwaliteit materiaal	0	0
Overige	9	3
Totaal ingediende klachten	73	16
Afgehandeld in bemiddelingsfase	71	16
Doorgezet voor behandeling door klachtencommissie	2	0
Naar aanleiding van klacht melding gedaan bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ)	0	0

7.3 Bedankjes

Regelmatig zijn er patiënten of familieleden die per e-mail of per brief AZRR bedanken vanuit tevredenheid over de verleende zorg en dienstverlening. In 2015 heeft AZRR officieel 27 bedankjes geregistreerd.

Per 1 januari 2016 treedt de nieuwe Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) in werking Deze wet vervangt en bundelt een aantal andere wetten en regelingen, waaronder de Wet klachtrecht cliënten zorgsector (Wkcz). Hoewel zorginstellingen een jaar de tijd krijgen voor implementatie, heeft AZRR zich in het afgelopen kalenderjaar reeds zoveel mogelijk voorbereid op de komst van de Wkkgz.

Ten opzichte van de vorige wetgeving verandert onder meer dat de klachtenfunctionaris de klager desgevraagd ook zal adviseren en helpen bij het formuleren van de klacht.

Een andere relevante wijziging is dat aansluiting bij een door de Minister van VWS erkende onafhankelijke geschilleninstantie verplicht is. Inmiddels is AZRR via brancheverenigingAZN 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.

8

Waardering door medewerkers

8.1 In- en uitstroom

Gegevens over in- en uitstroom zijn een nuttige informatiebron die een indicatie geven van de waardering van medewerkers om werkzaam te zijn bij AZRR.

Het werven van voldoende gekwalificeerde medewerkers in de steeds krapper wordende arbeidsmarkt, is geen sinecure. In 2015 heeft AZRR regelmatig een beroep gedaan op uitzendkrachten om te waarborgen dat er voldoende parate ambulances beschikbaar waren. Voor een deel had dit overigens ook een relatie met de cao-acties. Uitzendkrachten krijgen van AZRR een specifieke scholing aangeboden om ervoor zorg te dragen dat de kennis en vaardigheden vergelijkbaar zijn met het personeel dat bij AZRR in dienst is (zie ook paragraaf 4.3.9).
Uiteindelijk is het in 2015 gelukt om het merendeel van de vacatures te vervullen. Het gemiddelde instroompercentage van AZRR bedraagt in het achterliggende kalenderjaar 5,2%. In 2015 zijn elf ambulanceverpleegkundigen, zes ambulancechauffeurs en drie verpleegkundig centralisten hun werkzaamheden binnen AZRR begonnen. Dit zijn in totaal 20 instromers.

Het gemiddelde uitstroompercentage bedraagt 6,5%. In 2015 zijn vijftien ambulanceverpleegkundigen, vier ambulancechauffeurs, twee zorgambulancebegeleiders, drie verpleegkundig

centralisten en één overige medewerker uitgestroomd. In totaal zijn dit 25 uitstromers. De meest voorkomende redenen voor uitstroom zijn het aanvaarden van een andere functie binnen de gezondheidszorg en de overgangsregeling voor functioneel leeftijdsontslag (FLO).

8.2 Ziekteverzuim

Het werken binnen de ambulancezorg vraagt veel van de fysieke en mentale weerbaarheid van medewerkers. Stressvolle omstandigheden en situaties van agressie en geweld vragen om een goede opvang en nazorg. Binnen AZRR functioneert in dit kader een Team Collegiale Ondersteuning (TCO) waar medewerkers na een ingrijpend incident een beroep op kunnen doen met het oog op een optimaal verwerkingsproces.

Het ziekteverzuim binnen AZRR bedroeg in 2015 6,2%. Ten opzichte van het voorgaande kalenderjaar is sprake van een geringe toename van het ziekteverzuim van 6,0% naar 6,2%. De doelstelling om het ziekteverzuim terug te dringen tot onder de 5,0% is niet gerealiseerd. Reeds gedurende het kalenderjaar is nader onderzocht welke oorzaken ten grondslag liggen aan de stijging van het ziekteverzuim om hierop gericht actie te kunnen ondernemen.

Ontwikkeling ziekteverzuim

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

9 Waardering door de maatschappij

9.1 Communicatie in de media

In de berichtgeving in de media is in 2015 vooral aandacht besteed aan de stakingsacties die hebben plaatsgevonden in het kader van een nieuwe cao ambulancezorg. Ook in Rotterdam-Rijnmond hebben medewerkers op een aantal momenten meegedaan aan de landelijk geïnitieerde acties. Zo heeft personeel gedurende de actieperiode het digitaal ritformulier niet ingevuld en zijn neven-functies verminderd uitgevoerd. Er is uitsluitend invulling gegeven aan het vastgelegde dienstrooster om daarmee de patiëntveiligheid te waarborgen.

Vanuit de vakbonden is onder meer ingezet op loonsverhoging en ouderenbeleid. In de nieuwe cao is afgesproken dat ambulancemedewerkers na hun 57e niet meer kunnen worden verplicht om nachtdiensten te draaien. Ook gaat personeel er in koopkracht 7,5 procent op vooruit. Daarnaast zal de onregelmatigheidstoeslag (ORT) worden doorbetaald tijdens vakanties. De nieuwe cao is in werking getreden op 1 januari 2016 en loopt tot en met 2018.

9.2 Wetenschappelijke publicaties en officiële presentaties

AZRR participeert regelmatig in wetenschappelijk onderzoek of levert een bijdrage aan officiële presentaties op symposia en congressen. In 2015 heeft AZRR aan de volgende officiële presentaties een bijdrage geleverd door de MMA en / of Verpleegkundig Specialist(en) Ambulancezorg (VSAZ):

- Ambulancezorg bij Stroke, opening Erasmus MC Stroke Center, Rotterdam, Deddens G-J, maart 2015
- De Traumaquiz!, Nationaal Co-Assistenten Congres 2015, Breeman, W, Eversdijk, M, van Waes, O, april 2015
- Ervaringen uit London, Refereeravond “de keten verstopt” Traumacentrum Zuid-West Nederland, Deddens G-J, juni 2015
- First Aid Without Transport, How to set up a prehospitale study in Acute Care, Breeman, W, presentation of a research protocol, Rotterdam - Birmingham, June 2015
- EMS in the Netherlands, presentatie n.a.v. bezoek Zweedse SEH-artsen, ambulancemedewerkers en verpleegkundigen, Hogeschool Rotterdam, September 2015
- Ambulance care in the Netherlands, Rotterdam, Hermann Memorial Hospital, Educational department, Houston, Breeman, W, November 2015
- Prehospital psychiatric care in the city of Rotterdam, an overview, Breeman, W. Harris County Psychiatric Center, University of Texas, November 2015
- Triëren in het acute zorg proces van 112 melding tot SEH, Refereeravond “Triëren: hoe doen we dat eigenlijk?!” Traumacentrum Zuid-West Nederland, Deddens G-J, december 2015

In samenwerking met het Traumacentrum Zuid-West Nederland werd in 2015 een aantal zeer goed bezochte refereeravonden georganiseerd gericht op de gehele keten van acute zorg. Tijdens deze avonden zijn diverse actuele onderwerpen ter sprake gekomen. Bij een huisartsenpraktijk in de regio werd uitleg gegeven over de ambulancezorg en reanimatieprotocollen. Daarnaast zijn diverse presentaties op landelijke en regionale congressen en symposia verzorgd.

De VSAZ zijn het aanspreekpunt met betrekking tot het prehospitale deel van de opleiding tot SEH-arts en begeleiden SEH-artsen in opleiding gedurende een stage binnen de ambulancezorg. Ook verzorgen zij een aantal lessen van de opleiding tot SEH-verpleegkundige.
Tevens is aan studenten die de Bachelor Medische Hulpverlening (BMH) volgen aan de Hogeschool Rotterdam, de mogelijkheid geboden tot het volgen van een onderzoeksstage bij AZRR.

9.3 Presentaties voor scholen, zorginstellingen en gemeenten

Vanuit AZRR zijn in 2015 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, zijn in 2015 ruim 4.000 bezoekers ontvangen.
Tien oud-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. Sinds 2015 wordt op meer structurele wijze invulling gegeven aan voorlichting over gezondheid om zo het handelingsperspectief en de zelfredzaamheid van burgers bij incidenten en ongevallen te vergroten.

9.4 Terugdringen agressie en geweld

Werknemers met een publieke taak worden tijdens hun werk helaas soms geconfronteerd met agressie en geweld. Ook aan ambulancemedewerkers gaan incidenten van agressie en geweld niet voorbij.

Met het oog op het in kaart brengen en terugdringen van agressie en geweld is AZRR aangesloten bij het programma Veilige Publieke Taak van het ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties.
In 2015 is binnen de regio Rotterdam-Rijnmond zeventien keer melding gedaan van agressie en geweld gericht tegen ambulancepersoneel. In ongeveer de helft van de gevallen was er sprake van een vorm van fysiek geweld. Ook het gooien van vuurwerk is hierbij meegeteld. De andere keren betrof het voornamelijk verbale agressie. Van negen incidenten is aangifte gedaan bij de politie.

10 Bestuur en financiers

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

10.1 Productiecijfers

10.1.1 Gerealiseerde productie 2015

Onderstaande tabel toont het aantal geleverde diensten en uitgevoerde ritten in 2015.

Ritten naar declarabiliteit	
Declarabele ritten	78.069
Niet declarabele ritten (o.a. EHGV)	20.384
Loze ritten*	9.587
Totaal	**108.040**

* = Onder de noemer loze ritten zijn ook geannuleerde ritten en afgebroken ritten meegeteld. Door de invoering van de methodiek directe inzet ambulance (DIA) wordt een bepaald percentage van de ritten op een later moment geannuleerd wanneer uit het uitvraagprotocol blijkt dat er geen sprake is van een levensbedreigende situatie. Ook wordt een deel van de ritten afgebroken, bijvoorbeeld omdat de ambulance gekoppeld wordt aan een rit die op dat moment een hogere urgentie heeft. Ten slotte is er een percentage ritten waarbij geen patiënt wordt aangetroffen.

10.1.2 Aantal ritten per urgentie

De tabel geeft inzicht in het aantal ritten dat per urgentiecode is verreden in 2015.

Ritten naar urgentie	
A1-ritten	51.597
A2-ritten	23.817
B1-ritten	19.252
B2-ritten	13.374
Totaal	**108.040**

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. Het RIVM brengt periodiek de dekkingspercentages van RAV-en in beeld en publiceert deze op haar website:

www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/acute-zorg/regionaal-internationaal/ambulancezorg#!node-inwoners-binnen-bereik-van-een-ambulancestandplaats

De norm van 97% behaalt AZRR ruimschoots. Gedurende de nachtelijke uren is de dekkingsgraad 99,1%. Overdag realiseert AZRR zelfs een dekkingspercentage van 100%.

10.3 Prestaties

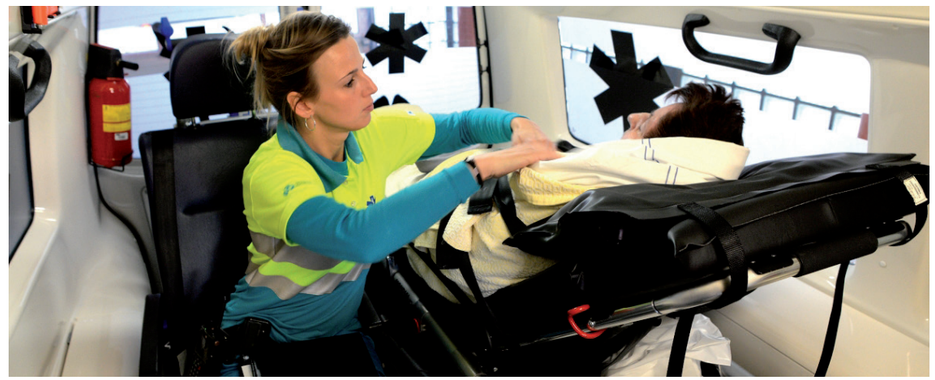
10.3.1 A1-Prestaties per gemeente en gebied

De regio Rotterdam-Rijnmond wordt gekenmerkt door een sterk verstedelijkt gebied met een relatief hoge zorgvraag (Rotterdam en omstreken) en een ruraal / suburbaan gebied met een relatief lage zorgvraag (Voorne-Putten en Goeree-Overflakkee).

Het percentage A1-ritten dat binnen de normtijd is gearriveerd, is in 2015 op een vergelijkbaar niveau gebleven ten opzichte van 2014. Dit is een goede prestatie gezien het feit dat in 2015 landelijke CAO-acties gevoerd zijn in de maanden mei t/m november. Tegelijkertijd is ook de tendens zichtbaar dat in landelijke gebieden zoals Goeree-Overflakkee en Voorne-Putten de gemiddelde prestatie zelfs verbeterd is ten opzichte van vorig jaar. Hieruit kan geconcludeerd worden dat de inspanningen om de beschikbare ambulancecapaciteit gelijkmatig te spreiden over de regio steeds meer resultaat opleveren.

Na een goede start qua prestaties in de eerste maanden van het jaar (94,0% op tijd in het eerste kwartaal), zijn de prestaties gedurende de actieperiode iets teruggevallen. Door de actievoerende medewerkers zijn in die periode bijvoorbeeld geen overwerk en extra diensten verricht, waardoor uitsluitend de op papier afgesproken diensten in het rooster geleverd konden worden. Bij extra drukte konden geen aanvullende diensten ingezet worden.

Het percentage A1-ritten dat binnen de normtijd van 15 minuten is gearriveerd, komt gemiddeld voor de regio uit op 92,5%, ten opzichte van 92,9% in het kalenderjaar 2014. De CAO-acties hebben dus wel enige invloed gehad op de A1-prestaties, maar heeft AZRR binnen de perken kunnen houden.



Onderstaande tabel maakt de prestaties 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	26.107	94,1%	95,6%	96,5%	0:08:25
Schiedam	2.732	95,2%	96,5%	97,4%	0:08:27
Vlaardingen	2.641	91,8%	93,5%	95,0%	0:08:11
Capelle aan den IJssel	2.322	94,1%	95,5%	96,2%	0:08:36
Ridderkerk	1.415	92,9%	95,7%	97,2%	0:10:23
Barendrecht	1.281	95,5%	96,3%	97,0%	0:07:49
Lansingerland	926	86,8%	90,7%	93,1%	0:10:24
Maassluis	861	85,4%	89,1%	91,8%	0:11:21
Krimpen aan den IJssel	767	89,7%	92,1%	94,2%	0:10:20
Albrandswaard	746	88,9%	92,4%	94,6%	0:10:58
Subtotaal	39.798	93,5%	95,1%	96,2%	0:08:38
Voorne-Putten					
Nissewaard	3.095	86,7%	89,8%	92,7%	0:08:43
Hellevoetsluis	1.306	89,1%	91,6%	93,4%	0:10:18
Brielle	587	88,7%	91,4%	92,8%	0:08:15
Westvoorne	550	86,4%	90,2%	92,7%	0:10:19
Subtotaal	5.538	87,4%	90,5%	92,9%	0:09:15
Goeree-Overflakkee*					
Subtotaal	1.485	86,1%	88,8%	91,0%	0:10:10
Postcode niet bekend bij uitgifte rit**					
Subtotaal	4.776	91,7%	93,3%	94,3%	0:08:23
Totaal alle ritten	51.597	92,5%	94,3%	95,6%	0:08:42

** = 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. Dit betreft bijvoorbeeld 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.

10.4 Trends in ontwikkeling aantal ritten en A1-prestaties AZRR

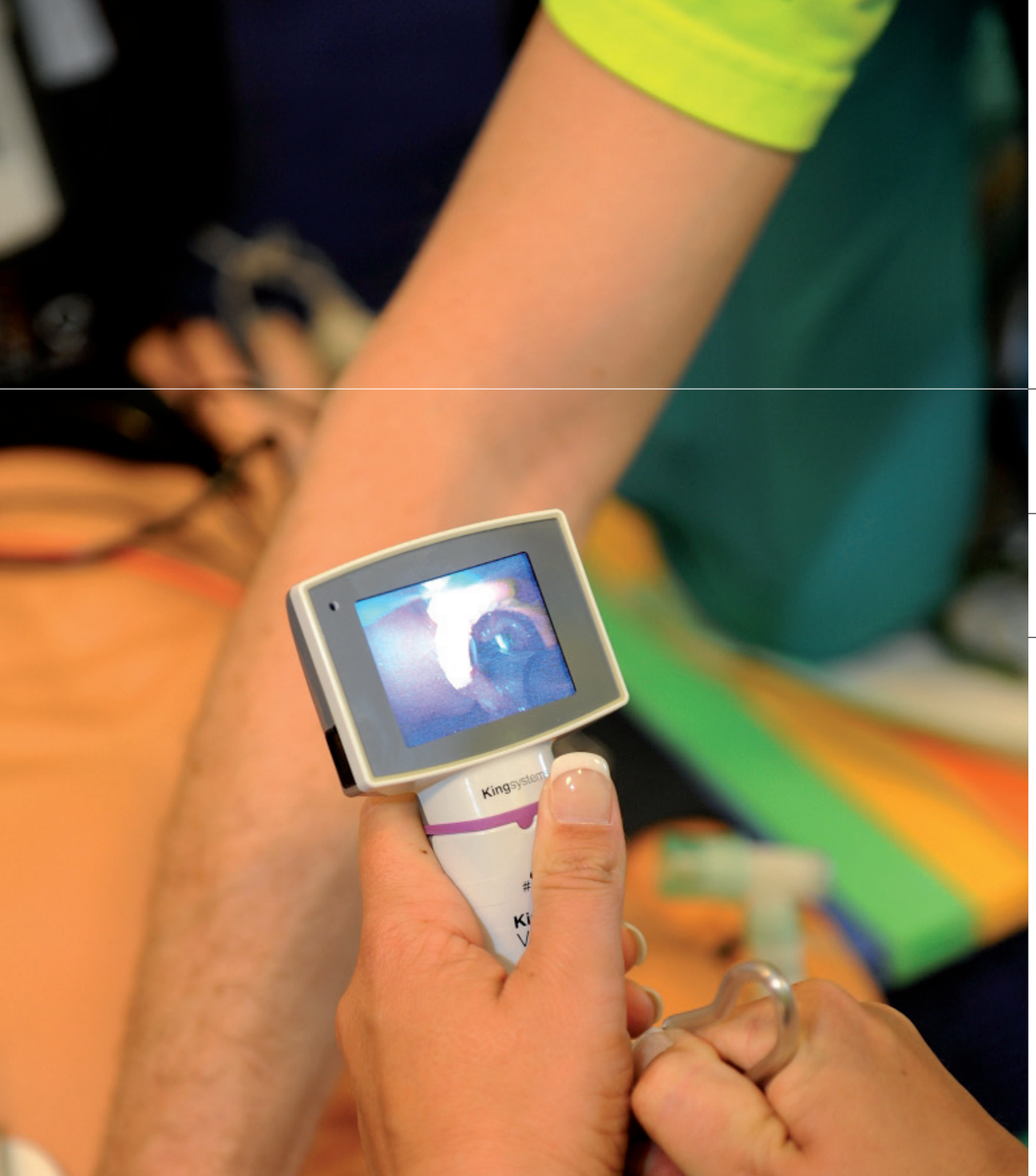
In deze paragraaf wordt inzichtelijk gemaakt hoe het aantal uitgevoerde ritten en de A1-prestaties zich over een langere tijdperiode hebben ontwikkeld.

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 ruim 108.000 in 2015. Deze stijging is toe te schrijven aan de toename van het aantal spoedritten. Het aantal ritten binnen het besteld vervoer is licht gedaald / gestabiliseerd. De beschikbare capaciteit aan ambulancevoertuigen is in de achterliggende jaren nagenoeg gelijk gebleven. AZRR loopt binnen de huidige beschikbare capaciteit tegen de grenzen van de mogelijkheden aan.

Ontwikkeling A1-prestaties AZRR

De grafiek toont de ontwikkeling van de prestatie in het A1-vervoer in de periode 2007 t/m 2015. Een kanttekening is dat in 2011 de meetmethode is aangepast aan de landelijke meetmethode van het RIVM. Dit heeft geleid tot een trendbreuk.
De grafiek maakt vooral zichtbaar dat AZRR, ondanks de jaarlijkse stijging van het aantal ritten, een structurele verbetering van de prestatie heeft gerealiseerd. AZRR stelt alles in het werk om, waar nodig gefaciliteerd door de zorgverzekeraar, de lineaire verbetering de komende jaren verder te kunnen doortrekken en uiteindelijk de doelstelling van 95% te realiseren.



11

Nevenfuncties leden Raad van Bestuur

De Raad van Bestuur AZRR bestond op 31 december 2015 uit de volgende leden:

- De heer mr. drs. A. (Arjen) Littooij, voorzitter
- De heer S. (Stef) Hesselink

De leden van de Raad van Bestuur bekleedden in 2015 verschillende functies. Deze worden verantwoord in onderstaande tabel.

	(Hoofd-)functies en relevante nevenfuncties (gegevens per 31 december 2015)
mr. drs. A. Littooij	Algemeen Directeur en Regionaal Commandant Brandweer bij Veiligheidsregio Rotterdam-Rijnmond Bestuurslid Stichting World Police and Firegames Bestuurslid Profwielerronde Oostvoorne Adviesraad studie Bestuurskunde Erasmus Universiteit Rotterdam Voorzitter CDA steunfractie Westvoorne
S. Hesselink	Algemeen directeur en eigenaar van BIOS-groep en al haar gelieerde bedrijven Bestuurslid Sociaal Fonds Taxi CFO van Stichting MICU Zuidwest-Nederland Directeur MICU International BV Non-executive Chairman of the Board bij S+B Algemeen directeur LQ Invest Chairman of the Board bij BIOS Ambulance Services Danmark A/S Commissaris bij Transvision BV

Aangezien de leden Raad van Bestuur beiden eindverantwoordelijk directeur zijn van de respectievelijke coöperatieleden VRR en BIOS-groep, hebben zij als lid van de Raad van Bestuur AZRR geen bezoldiging ontvangen.

12

Jaarverslag Raad van Toezicht

Samenstelling

De Raad van Toezicht van de coöperatie Ambulancezorg Rotterdam-Rijnmond U.A. bestond eind 2015 uit de volgende leden:

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

Rooster van aftreden

Het volgende rooster van aftreden was op 31 december 2015 van toepassing:

- 31 december 2019 H.C.J. Roijers
- 30 juni 2016 R.W. van Peursen
- 31 december 2017 Drs. J. Schaart
- 31 december 2018 H.P.J. Gerla RA

Bij het aantreden van de Raad van Toezicht in 2013 was deze - conform de statuten van AZRR – samengesteld uit leden die waren voorgedragen door de Veiligheidsregio Rotterdam-Rijnmond, resp. BIOS-groep. De leden van de Raad hebben in hun constituerend overleg geconstateerd dat deze constructie een mogelijk onafhankelijk en kritisch functioneren van de Raad in de weg zou kunnen staan. De Raad is daarom van mening dat bij een toekomstige statutenwijziging wordt vastgelegd dat de Raad zelf verantwoordelijk is voor het doen van een voordracht voor nieuwe leden. Daarop vooruitlopende heeft de Raad er voor gekozen om deze werkwijze al te hanteren bij de invulling van vacatures.
Voorts is er voor gekozen om een ‘versneld’ rooster van aftreden vast te stellen.

Met ingang van 1 januari 2015 is de heer Gerla toegetreden tot de Raad van Toezicht in de vacature die ontstond door het vertrek van de heer Cassee. De heer Gerla was reeds vanaf 1 januari 2014 als adviseur verbonden aan de Raad.

De benoemingstermijn van de heer Roijers als voorzitter van de Raad van Toezicht liep volgens het rooster van aftreden eind 2015 af. Inmiddels is de heer Roijers voor een tweede termijn door de Algemene Ledenvergadering herbenoemd.

	(Hoofd-)functies en relevante nevenfuncties (gegevens per 31 december 2015)
H.C.J. Roijers • benoemd per 1 januari 2013 • herbenoemd per 1 januari 2016 • tweede termijn	• Voorzitter Raad van Toezicht Zonnehuisgroep Vlaardingen • Directeur Gemeenschappelijk Bezit Evides BV
R.W. van Peursen • benoemd per 1 januari 2013 • eerste termijn	• Van Peursen advies+begeleiding, zelfstandig adviseur
Drs. J. Schaart • benoemd per 1 januari 2014 • eerste termijn	• Lid Raad van Bestuur Stichting Arq • Vicevoorzitter Raad van Toezicht Meander Medisch Centrum Amersfoort • Bestuurslid Capaciteitsorgaan • Bestuurslid Global Initiative Psychiatry Nederland • Bestuurslid Stichting 4 mei Concert • Lid commissie Werkgevers- en Arbeidszaken GGZ-Nederland
H.P.J. Gerla RA • benoemd per 1 januari 2015 • eerste termijn	• Lid Raad van Bestuur Leids Universitair Medisch Centrum • Secretaris Stichting Curium * • Secretaris Stichting Trombosedienst Leiden e.o. * • Lid Raad van Commissarissen Sleutelnet B.V. * • Lid Algemeen Bestuur Transmuralis* • Voorzitter Raad van Toezicht Stichting BioPartner Academisch Bedrijvencentrum Leiden * • Lid Raad van Commissarissen Genomescan* • Lid Raad van Commissarissen MRDM • Lid Bestuur Stichting Gerard van Kleef • Lid Raad van Toezicht Stichting Pameijer *qualitate qua

Bezoldiging

De leden van de Raad van Toezicht ontvangen voor hun werkzaamheden een bezoldiging.
Met de per 1 januari 2013 van kracht geworden Wet normering topfunctionarissen publieke en semipublieke sector (WNT), kwam er een wettelijk maximum voor de bezoldiging van toezichthouders. De bezoldiging van de leden van de Raad blijft binnen het wettelijk maximum van de WNT.

In 2015 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)

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

Werkzaamheden

De Raad vergaderde in het verslagjaar vijf keer: op 13 februari, 20 maart, 19 juni, 18 september en 11 december.

In de vergaderingen van de Raad is veel aandacht geweest voor de ontwikkeling van AZRR als organisatie, voor het borgen van een adequate financiële verslaglegging en voor de monitoring van de kwaliteit en patiëntveiligheid binnen AZRR.

In 2014 werd een regiegroep, bestaande uit de leden van de Raad van Bestuur, de leden van de Algemene Ledenvergadering, aangevuld met de kwartiermaker in het leven geroepen om het veranderingsproces van AZRR aan te sturen.
De voorzitter van de Raad van Toezicht heeft regelmatig overleg gevoerd met de voorzitter van de Algemene Ledenvergadering, tevens voorzitter van de regiegroep. Over de feitelijke ontwikkelingen is de Raad tijdens zijn vergaderingen steeds geïnformeerd door de regiegroep.

De Raad constateert dat er voortvarend invulling is gegeven aan het plan van aanpak dat eind 2014 werd opgesteld. Geconstateerd wordt dat AZRR voldoet aan de eisen die zijn gesteld bij het verkrijgen van de aanwijzing als RAV in 2012. Op beleidsniveau is in 2015 een nieuw Regionaal Ambulanceplan 2015-2018 tot stand gekomen, waarin met name de ontwikkelingen binnen het zorgproces een plaats hebben gekregen en de beleidsvisie hierover is vastgelegd.

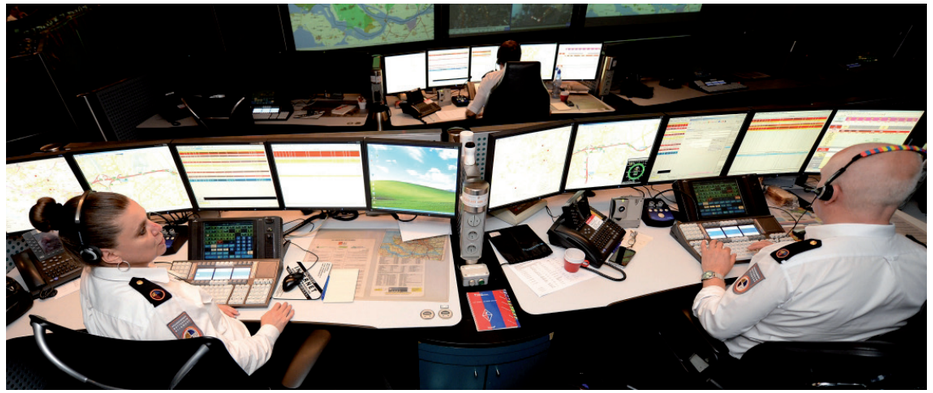
Een belangrijke stap was de vaststelling van het document 'Organisatieontwikkeling AZRR' in september 2015. In dit document gaat het vooral om de ontwikkeling van AZRR als organisatie. Naast een schets van de ontwikkelingen in het recente verleden wordt ingezet op de versterking van AZRR als één organisatie en de versterking van de besturing van AZRR.
Concreet heeft dit geleid tot het besluit om over te gaan tot de werving van een derde lid binnen de Raad van Bestuur, dat belast zal worden met de directievoering van AZRR.
Voor de werving van de directeur AZRR wordt gebruik gemaakt van de diensten van een wervings- en selectiebureau. De Raad van Toezicht treedt hierbij op als formele opdrachtgever. In dit kader is door de voorzitter ook gesproken met een vertegenwoordiging van de ondernemingsraden van de leden van de coöperatie.

In het vorige verslagjaar heeft de Raad van Toezicht zijn zorgen uitgesproken over de financiële verslaglegging van de coöperatie en de tijdigheid van rapportages.
Dit is voor de Raad van Bestuur aanleiding geweest om binnen de coöperatie AZRR een eigenstandige financiële functie in te richten. Dit heeft in 2015 gestalte gekregen, onder andere door de aanstelling van een manager finance & accounting binnen AZRR.
De Raad van Toezicht stelt vast dat met de inrichting van de eigen financiële functie binnen AZRR een belangrijke verbeterslag is gemaakt in de (financiële) verslaglegging en verantwoording.

De kwaliteit van de door AZRR geleverde zorg heeft in 2015 nadrukkelijk de aandacht van de Raad gehad. De Raad heeft zich door de Raad van Bestuur laten infomeren over de wijze waarop de borging en bewaking van de zorgkwaliteit en de patiëntveiligheid zijn georganiseerd. De rapportages hierover zullen deel gaan uitmaken van de kwartaalrapportages van AZRR.
De Raad heeft in 2015 oriënterend en informeel gesproken met een aantal leden van de staf en het management van AZRR. Het accent lag hierbij op de oriëntatie op de werkprocessen binnen AZRR.

Een bijzonder punt van aandacht vormden de gevolgen van de CAO-acties binnen de ambulancezorg in 2015. Rotterdam-Rijnmond was hierbij één van de speerpuntregio's van de acties. De Raad van Toezicht heeft zich door de leden van de Raad van Bestuur laten informeren over de acties en de gevolgen hiervan voor de patiëntenzorg. Hoewel de CAO-acties doorwerken in de prestatie-

cijfers van AZRR is naar het oordeel van de Raad de acute ambulancezorg niet onaanvaardbaar geschaad.



Tenslotte is de Raad van oordeel dat een goede ambulancezorg nu en in de toekomst gebaat is bij duidelijkheid over de inrichting van de ambulancezorg na afloop van de Tijdelijke wet ambulancezorg. De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft aangegeven de werkingsduur van de Twaz met twee jaar te verlengen, tot eind 2019. Hiermee is echter nog geen helderheid geschapen over een meer definitieve inrichting van de sector. Deze blijvende onduidelijkheid legt een hypotheek op de toekomst van verantwoorde ambulancezorg.