

Mediabericht AZRR

10 augustus 2018

Inspectierapport: personeelstekort belangrijkste reden langere aanrijtijd ambulances AZRR

Personeelstekort bij de ambulances in Rotterdam Rijnmond is de belangrijkste reden waarom de aanrijtijden onder druk staan, concludeert de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) in een onderzoeksrapport naar de ambulance-aanrijtijden in Rotterdam Rijnmond. Het personeelstekort, stelt het rapport, is het gevolg van het feit dat landelijk de arbeidsmarkt voor ambulanceverpleegkundigen krap is. Belangrijke toevoeging van de Inspectie is dat, ondanks het personeelstekort bij de Ambulancezorg Rotterdam Rijnmond (AZRR) de kwaliteit van verpleegkundige en medische zorg in orde is.

Deze conclusies van de Inspectie sluiten aan bij de signalen die de AZRR zelf de afgelopen jaren heeft afgegeven. Het rapport bevestigt het standpunt van de AZRR dat er in de gehele zorgketen, waaronder het ambulancevervoer, complexe omstandigheden zijn, waaronder personeelstekort, reorganisaties en bezuinigingen, plus de gevolgen van de vergrijzing. Het gebrek aan gekwalificeerd ambulancepersoneel beperkt zich niet tot onze regio, maar is een landelijk probleem.

Arjen Littooi, voorzitter van de Raad van Bestuur van de AZRR: "Ik onderken wat de Inspectie schrijft over te lange aanrijtijden. Maar ik ben blij dat dit rapport tegelijkertijd bevestigt dat de kwaliteit van onze verpleegkundige en medische zorg in orde is. Verder is het goed te lezen dat de Inspectie een landelijk tekort aan ambulanceverpleegkundigen erkent."

Verbetering aanrijtijden

Omdat het gaat om een landelijk probleem, biedt de inspectie met dit rapport geen panklare oplossingen om de responstijden van ambulances te verbeteren.

De AZRR onderneemt een flink aantal acties om te zorgen dat ambulances sneller ter plaatse komen. Ook het inspectierapport constateert dat. Genoemd worden onder andere de campagnes voor de werving van nieuw personeel, het ontwikkelen van transferia bij ziekenhuizen en de proef met differentiatie in typen ambulancevervoer, beter bekend als 'Mediumcare'.

Naast deze initiatieven noemt de inspectie in het rapport nog aanvullende maatregelen die kunnen bijdragen aan betere rijtijden. De AZRR heeft deze aanvullende punten in gang gezet of zijn inmiddels al gerealiseerd.

Ondanks deze maatregelen zullen, zeker op de korte termijn de aanrijtijden onder druk blijven staan. Gezien de complexiteit vraagt een structurele oplossing om een lange adem. Arjen Littooi hierover: "We blijven ons inspannen om de aanrijtijden van onze ambulances te verbeteren. Belangrijk, zeker als elke seconde telt. Maar om structurele oplossingen mogelijk te maken, hoop ik wel dat de minister van VWS snel duidelijkheid geeft hoe de toekomst van de ambulancezorg in Nederland er uit gaat zien."

In het rapport is de inspectie kritisch over de besturing van de AZRR. Met name ten aanzien van de organisatievorm van de AZRR, een samenwerking van VRR en BIOS. Deze kritiek is verrassend omdat deze samenwerkingsvorm destijds is goedgekeurd door het ministerie van VWS. Ook in andere regio's wordt deze samenwerkingsvorm gebruikt.



**AmbulanceZorg
Rotterdam-Rijnmond**

Directie Wetgeving en Juridische Zaken
t.a.v. Cluster WOB van het ministerie VWS
Postbus 20350
2500 EJ DEN HAAG

Tevens per mail: vws.wob@minvws.nl

Breslau 2, 2993 LT Barendrecht
Postbus 4, 2990 AA Barendrecht
Telefoon: 0180 – 643300
Fax: 0180 – 643301
E-mail: secretariaat@azrr.nl
Website: www.azrr.nl

Contactpersoon: A.J.A. Wijten
Doorkiesnummer: 311

Uw brief van: 1 augustus 2018

Uw kenmerk:

Ons kenmerk: ubA092

Aantal pagina's: 1

Aantal bijlagen: -

Betreft: comment letter openbaarmaking
inspectiemelding 3 mei 2018

Datum: 6 augustus 2018

Geachte heer, mevrouw,

AZRR onderschrijft de conclusie van IGJ dat door krapte op de arbeidsmarkt, de dienstverlening (aanrijtijden) onder druk staat en dat IGJ geen aanwijzingen heeft dat andere kwaliteitsaspecten zoals verpleegkundige of medische zorg in gevaar komen. AZRR is blij dat IGJ erkent dat voldoende en adequate maatregelen zijn genomen, maar dat dit nog niet tot de gewenste oplossing voor personeelskrapte heeft geleid.

IGJ stelt dat een inspectierapport naar zijn aard niet neutraal is en dat conclusies ook niet in neutrale bewoordingen worden gesteld. De gebruikte onderzoeksmethode (interviews) versterkt dat.

AZRR kan de hoofdconclusies op hoofdlijnen onderschrijven en is al geruime tijd aan de slag is met de voorgestelde maatregelen. Echter, AZRR stelt dat in het rapporterende deel van het onderzoeksrapport een aantal stellingen en opinies wordt weergegeven die aantoonbaar onjuist of onvolledig zijn. Dat is uitgebreid met de opstellers van het rapport gecommuniceerd en wordt in het dossier opgenomen.

Sinds het onderzoek, eind 2017/begin 2018 zijn samen met IGJ, NZa en zorgverzekeraars veel zaken opgepakt. Een mogelijke discussie over feitelijke onjuistheden in het rapport wenst AZRR echter ondergeschikt te maken aan de inspanningen die sindsdien geleverd zijn en worden om te komen tot waar het echt om gaat: de patiëntenzorg.

Met vriendelijke groet,

Namens Raad van Bestuur AmbulanceZorg Rotterdam-Rijnmond

A.J.A. Wijten





Stijgende responstijden in Rotterdam-Rijnmond

Onderzoek naar de oorzaken van de stijgende responstijden
bij AmbulanceZorg Rotterdam-Rijnmond (AZRR)

Dit is een gezamenlijke uitgave van:

de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd in oprichting en de Nederlandse
Zorgautoriteit

Utrecht, juni 2018

Inhoud

Samenvatting 5

1 Inleiding 7

- 1.1 Aanleiding 7
- 1.2 Samenwerking IGJ en NZa 7
- 1.3 Onderzoeksvragen 8
- 1.4 Onderzoeksmethode en -periode 9
- 1.5 Toetsingskader 10

2 Resultaten inspectieonderzoek 11

- 2.1 Inleiding 11
- 2.2 Oorzaken van gestegen responstijden en het uitblijven van verbetering 12
- 2.3 Governance van AZRR 14
- 2.4 Samenwerking met verzekeraars 16
- 2.5 Visie van medewerkers 17
- 2.6 Samenwerking binnen AZRR 18
- 2.7 Maatregelen om te voldoen aan het referentiekader 19
- 2.8 Maatregelen om de korte termijn problemen op te lossen 19
- 2.9 Maatregelen op middellange en lange termijn 20
- 2.10 Financiële situatie BIOS Ambulancezorg B.V. 20

3 Conclusies 22

- 3.1 Kader 22
- 3.2 Conclusie onderzoeksvraag 1 22
- 3.3 Conclusie onderzoeksvraag 2 23
- 3.4 Conclusie onderzoeksvraag 3 23
- 3.5 Conclusie onderzoeksvraag 4 24
- 3.6 Conclusie onderzoeksvraag 5 24
- 3.7 Conclusie onderzoeksvraag 6 25
- 3.8 Conclusie onderzoeksvraag 7 26
- 3.9 Conclusie onderzoeksvraag 8 26

4 Handhaving 27

- 4.1 Maatregelen 27
 - 4.1.1 Maatregelen op korte termijn ten aanzien van de responstijden 27
 - 4.1.2 Maatregelen op korte termijn voor het behoud van medewerkers 27
 - 4.1.3 Maatregelen ten aanzien van de huidige besluitvormingsstructuur 28
- 4.2 Aanbevelingen 28
- 4.3 Vervolgacties IGJ 28
- 4.4 Vervolgacties NZa 28

5 Openbaarmaking 29

Samenvatting

De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd in oprichting (hierna: IGJ) ontving op 3 november 2017 een melding van de representerende zorgverzekeraars, Zilveren Kruis en DSW, over AmbulanceZorg Rotterdam-Rijnmond (hierna: AZRR). In de melding is aangegeven dat de norm voor responstijden door AZRR niet wordt gehaald. Slechts in 88% van de A1-inzetten is een ambulance binnen 15 minuten ter plaatse. De norm is 95%. Belangrijke oorzaak van het niet halen van de norm is gelegen in het feit dat AZRR niet de gevraagde ambulancecapaciteit kan leveren.

Daarnaast hebben zorgverzekeraars hun zorgen geuit over de wijze waarop AZRR wordt bestuurd. Het proces van (tijdige) bijsturing van verbeteracties/processen evenals het tijdig formuleren van verbetervoorstellen en de implementatie daarvan vraagt veel tijd en worden niet steeds adequaat opgepakt. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) was op grond van haar toezicht op de zorgplicht van zorgverzekeraars eveneens op de hoogte gesteld door Zilveren Kruis en DSW over de responstijden van AZRR.

Het onderzoek is uitgevoerd door de IGJ en NZa gezamenlijk. In het onderzoek is gekeken naar de oorzaken voor het niet halen van de norm voor responstijden. Daarnaast heeft het onderzoek zich met name gericht op de governance en besturing van de AZRR en de kwaliteit van de zorg. Tevens is onderzoek gedaan naar de financiële situatie van één van de leden van de AZRR.

Het onderzoek van de toezichthouders is uitgevoerd in de periode november 2017 tot en met februari 2018. Naast onderzoek van documenten zijn interviews gehouden met interne en externe stakeholders van AZRR. De belangrijkste conclusies zijn:

- Personeelstekort is de belangrijkste oorzaak van het capaciteitsgebrek. De arbeidsmarkt voor ambulanceverpleegkundigen is landelijk krap. De AZRR slaagt er onvoldoende in om personeel te werven en te behouden.
- In samenwerking met het ROAZ zijn voor de korte termijn voldoende maatregelen getroffen om de gevolgen van de stijgende responstijden te beperken.
- De tijdigheid van zorg maakt deel uit van de kwaliteit van zorg. Die tijdigheid komt in gevaar vanwege het capaciteitstekort. Er zijn geen aanwijzingen dat de andere aspecten van kwaliteit zoals verpleegkundige of medische zorg in gevaar komen.
- De opzet van governance en wijze van besturing van AZRR is niet optimaal. Dit leidt onder andere tot een vertraagde besluitvorming en een relatief grote afstand tussen raad van bestuur en organisatie.

De toezichthouders zullen de inhoud van dit rapport openbaar maken. Op grond van de conclusies zoals die uit het onderzoek voortkomen verwachten de toezichthouders (verbeter)maatregelen en plannen van AZRR, waarmee op korte termijn een aantal knelpunten in de governance en bedrijfsvoering worden verbeterd.

1 Inleiding

1.1 Aanleiding

De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd in oprichting (hierna: IGJ) ontving op 3 november 2017 een melding van de representerende zorgverzekeraars, Zilveren Kruis en DSW, over AmbulanceZorg Rotterdam-Rijnmond (hierna: AZRR). In de melding is aangegeven dat de norm voor responstijden door AZRR niet wordt gehaald en dat slechts in 88% van de A1-inzetten de ambulance binnen 15 minuten ter plaatse is. Hoewel AZRR de wettelijke norm voor responstijden, bij 95% van A1-inzetten binnen 15 minuten ter plaatse zijn, al langer niet haalde, is dit percentage in korte tijd met 4% significant gedaald. Belangrijke oorzaak van het niet halen van de norm is gelegen in het feit dat AZRR niet de gevraagde ambulancecapaciteit kan leveren. Dit is weer een gevolg van een tekort aan gespecialiseerde verpleegkundigen.

Beide zorgverzekeraars geven aan hierdoor niet meer te kunnen voldoen aan hun zorgplicht, omdat AZRR er niet in slaagt de capaciteit uit het landelijk referentiekader Ambulancezorg 2013 (van toepassing vanaf het jaar 2014) te leveren met betrekking tot inzet van voldoende ambulances. Voorafgaand aan de melding zijn er tussen de verzekeraars en AZRR afspraken en verbeterplannen gemaakt, die niet tot het gewenste resultaat hebben geleid. Hierdoor loopt AZRR ver achter op de capaciteit die volgens de referentiekaders 2016 en 2017 geleverd moet worden.

Daarnaast hebben zorgverzekeraars hun zorgen geuit over het proces van (tijdige) bijsturing van verbeteracties/processen evenals het tijdig formuleren van verbetervoorstellen en de implementatie daarvan. Zorgverzekeraars hebben tevens hun zorgen uitgesproken over de wijze waarop AZRR wordt bestuurd omdat bovenstaande zaken al langere tijd spelen en niet adequaat zijn opgepakt.

De inhoud van de melding bij de IGJ en de gesprekken die de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) met de zorgverzekeraars heeft gehad zijn voor de NZa en IGJ aanleiding om (gezamenlijk) onderzoek te doen naar de oorzaken van de gestegen responstijden en uitblijvende verbetering.

1.2 Samenwerking IGJ en NZa

De NZa houdt (onder meer) toezicht op de zorgplicht van zorgverzekeraars. Dit ziet meer concreet op de toegankelijkheid van ambulancezorg; de hierboven genoemde norm is daarvoor een belangrijke indicator. Zorgverzekeraars hebben samen met de Regionale Ambulancevoorziening (RAV) verbeterplannen bij de NZa aangeleverd voor de regio's waar de norm niet wordt gehaald, zo ook voor de regio Rotterdam-Rijnmond. Zorgverzekeraars leveren ieder halfjaar een voortgangsrapportage aan bij de NZa met daarin vermeld de ontwikkelingen in de betreffende regio.

Uit de voortgangsrapportage voor de regio Rotterdam-Rijnmond van juli 2017 bleek dat het percentage A1-inzetten dat binnen de 15 minuten norm valt, in één halfjaar met 4% is gedaald. Dit is voor de NZa aanleiding geweest om IGJ en VWS te alarmeren. Voornaamste reden hiervoor waren de zorgen over de hiermee gepaard gaande risico's voor de continuïteit, kwaliteit en toegankelijkheid van ambulancezorg alsmede de hieraan ten grondslag liggende oorzaken.

¹ Een A1 inzet is een spoedeisende inzet in opdracht van de centralist bij acute bedreiging van de vitale functies van de patiënt of in het geval dat dit gevaar pas na beoordeling door de ambulance-eenheid ter plaatse kan worden uitgesloten. De ambulance maakt altijd gebruik van optische en geluidssignalen conform de brancherichtlijn.

Daarna hebben Zilveren Kruis en DSW een melding gedaan bij de IGJ. Dit heeft ertoe geleid dat beide toezichthouders gezamenlijk een onderzoek zijn gestart naar AZRR. De NZa en IGJ maken zich zorgen over de significante stijging van responstijden in de regio Rotterdam. Beide toezichthouders werken nauw samen op dit dossier als op respectievelijk de zorgverzekeraars en zorgaanbieders. De verantwoordelijkheid voor de toegankelijkheid en tijdigheid, alsook de continuïteit en kwaliteit van zorg, rust namelijk zowel op zorgverzekeraars als op de RAV.

De NZa en IGJ hebben om deze redenen gezamenlijk een aantal gesprekken gevoerd. Daarnaast is informatie uitgewisseld en is dit rapport in gezamenlijkheid tot stand gekomen.

1.3

Onderzoeksvragen

De IGJ en NZa hebben de volgende onderzoeksvragen geformuleerd:

1. Heeft AZRR voldoende en adequate maatregelen genomen om te voldoen aan de te leveren ambulancecapaciteit op basis van de vigerende referentiekaders Ambulancezorg van het RIVM?
2. Heeft AZRR, toen bleek dat men wat betreft verpleegkundige personeelscapaciteit niet zou kunnen voldoen aan de referentiekaders, voldoende maatregelen genomen om de gevolgen voor de patiëntenzorg en voor de ketenpartners te beperken?
3. Kan de kwaliteit van de patiëntenzorg gegarandeerd blijven?
4. Is de governance van AZRR op een verantwoorde wijze ingericht? Overigens is het begrip governance in dit rapport versmald tot enkel de organisatiestructuur en de inrichting van de medezeggenschapsorganen.
5. Heeft de huidige governance bijgedragen aan de gestegen responstijden en het uitblijven van verbetering van de responstijden en, zo ja, hoe?
6. Draagt de wijze van besturing van AZRR bij aan de gestegen responstijden en het uitblijven van verbetering van de responstijden en, zo ja, op welke wijze? Met de besturing van de organisatie wordt in dit verband bedoeld het proces van wederzijdse afstemming en verantwoording tussen de RvB, de managers ambulancezorg en de teamleiders. Dit proces is in eerste instantie gericht op het dagelijks aansturen van de gang van zaken binnen AZRR.
7. Is de samenwerking tussen de MKA als onderdeel van de Meldkamer Rotterdam-Rijnmond en de rijdienst voldoende op elkaar afgestemd?
8. In hoeverre vormt de financiële situatie van de BIOS-Groep en de BIOS Rijnmond Beheer B.V. als lid van de coöperatie AZRR een financieel risico voor AZRR?

Er is in dit onderzoek niet gekeken naar (de oorzaken van) de verstoorde verhouding tussen de verzekeraars en AZRR. Dit valt buiten de formele rol- en taakstelling van de beide toezichthouders. De toezichthouders hebben wel de verzekeraars en AZRR aangesproken op hun gemeenschappelijke verantwoordelijkheid voor de kwaliteit en toegankelijkheid van ambulancezorg in de regio Rotterdam-Rijnmond.

Tijdens het onderzoek zijn er signalen binnengekomen over de samenwerking met Zuid-Holland Zuid rondom de oprichting van de gemeenschappelijke meldkamer en de "burenhulp" door Hollands Midden. Gezien het gevorderde stadium van het onderzoek en de gewenste snelle doorlooptijd is dit niet meegenomen in de scope van dit onderzoek, maar wordt hier in de nabije toekomst wel aandacht aan besteed.

1.4

Onderzoeksmethode en -periode

Het onderzoek van de NZa en IGJ bestaat uit interviews met de melder en verschillende partijen binnen de ambulancezorg in de regio Rotterdam en bestudering van relevante documenten. Het onderzoek is uitgevoerd in de periode november 2017 tot en met februari 2018.

De NZa en IGJ hebben (al dan niet gezamenlijk) interviews gehouden met:

- vertegenwoordigers van Zilveren Kruis en DSW
- de raad van bestuur van AZRR zonder het lid namens de BIOS-Groep;
- de raad van toezicht van AZRR;
- de directeur van de BIOS-Groep².

De IGJ heeft interviews gehouden met:

- een delegatie van de medezeggenschapsraad van de Veiligheidsregio Rotterdam-Rijnmond (hierna: VRR);
- een delegatie van de ondernemingsraad en medewerkers van de ambulancedienst van de BIOS-Groep;
- twee centralisten van de Meldkamer Ambulance (MKA) van de meldkamer Rotterdam-Rijnmond;
- het afdelingshoofd van de MKA van de meldkamer Rotterdam-Rijnmond;
- de voorzitter van het ROAZ Zuid-West Nederland;
- een gesprek met de hoofden ambulancezorg van BIOS en VRR; en
- een gesprek met twee teamleiders van VRR en van BIOS.

Er is de volgende informatie opgevraagd en verkregen:

- de verbeterplannen, afspraken, correspondentie en rapportages van het overleg tussen AZRR en de verzekeraars 2016 en 2017;
- de resultaten van het medewerkerstevredenheidsonderzoek (MTO) van de ambulancedienst van VRR en BIOS van juni 2017;
- voorstel vervolproces medewerkerstevredenheidsonderzoek (MTO) van 12 oktober 2017;
- gespreksverslag 1^e bijeenkomst werkgroep MTO 12/2017;
- financiële gegevens van de BIOS-Groep medio januari 2018;
- overzicht netto inzetbaarheid van verpleegkundigen van BIOS en van VRR;
- overzicht daadwerkelijk geleverde diensten in 2016 en 2017;
- De samenwerkingsovereenkomst tussen VRR en BIOS als basis voor de coöperatie AZRR;
- de onderzoeksopzet zoals deze aanvankelijk geïnitieerd is door Zilveren Kruis en AZRR en die nu alleen in opdracht van AZRR wordt uitgevoerd door een extern onderzoeksbureau december 2017;
- de aan een extern onderzoeksbureau verstrekte opdracht ten aanzien van de operationele gang van zaken binnen AZRR dd 28 november 2014;
- de specifieke maatregelen van AZRR voor de probleem maanden december 2017 en januari 2018 (o.a. met betrekking tot het omgaan met het capaciteitsprobleem), zowel intern als binnen de acute zorgketen (Regionaal overlegorgaan zorg: ROAZ);
- informatie over de opbouw/doorloop van het personeelsbestand van AZRR;
- de meerjarenbegroting, gekoppeld aan het meerjarenbeleidplan (het Regionaal Ambulanceplan), het jaarplan, de begroting en de financiële rapportages van AZRR 2018-2020;
- de toekomstvisie van AZRR op de noodzakelijke organisatieveranderingen 7 september 2015;

² Was niet in de gelegenheid aanwezig te zijn bij het gesprek met de RvB van AZRR.

- een overzicht van de schriftelijke afspraken die AZRR ten behoeve van het leveren van verantwoorde zorg heeft met:
 - partners in de acute zorgketen,
 - de naburige RAV'en (over in ieder geval de open grens benadering en de onderlinge assistentie), en
 - de directeur publieke gezondheid (over mogelijke dienstverlening voor speciale evenementen).
- het onderzoek naar de gevolgen van de introductie van ProQA binnen AZRR;
- het verbeterplan naar aanleiding van het MTO inclusief een eventueel plan van de MKA;
- een overzicht van de responstijden in 2017 en van januari 2018;
- een overzicht en analyse van de gemelde incidenten (MIP) in 2017;
- de organisatie van extra inzet van ambulances ten behoeve van evenementen;
- de aanwijzing van VWS voor AZRR voor uitvoering ambulancezorg (2013);
- het oordeel van bureau Berenschot over de governance AZRR in 2013;
- de statuten en SLA van de coöperatie AZRR; en
- document organisatie ontwikkeling AZRR 2014 en 2018.

1.5

Toetsingskader

We hanteren een toetsingskader voor dit onderzoek. Dit omvat de volgende wet- en regelgeving:

- Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz);
- Uitvoeringsbesluit Wkkgz;
- Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg);
- Zorgverzekeringswet (Zvw);
- Tijdelijke wet ambulancezorg (Twaz);
- Branchenormen van Ambulancezorg Nederland (AZN);
- Governancecode Zorg 2017; en
- Kader Toezicht Goed Bestuur.

2 Resultaten inspectieonderzoek

2.1 Inleiding

De melding bij de IGJ door de zorgverzekeraars op 3 november 2017 schetst het beeld van een organisatie die er al een aantal jaren niet in slaagt om voldoende ambulancecapaciteit ten opzichte van het RIVM referentiekader te leveren. Daardoor komen de tijdigheid, toegankelijkheid en kwaliteit van ambulancezorg in het geding.

Hiervoor zijn volgens de melders een aantal oorzaken te benoemen. Allereerst slaagt AZRR er niet voldoende in om gespecialiseerde verpleegkundigen te werven en te behouden. De gevolgen hiervan zijn vooral zichtbaar bij A1-inzetten; door onvoldoende capaciteit kan niet worden voldaan aan het referentiekader. Dit lijkt de oorzaak voor het oplopen van de responstijden. Wat betreft B-inzetten³ is AZRR genoodzaakt deze inzetten beperkt en op gezette tijden uit te voeren, omdat anders onvoldoende ambulances beschikbaar zijn voor A1-inzetten en A2-inzetten⁴. Daarnaast leidt het personeelstekort tot de inzet van (een groot aantal) uitzendkrachten, wat een grote kostenpost is voor AZRR.

Het personeelstekort wordt door alle betrokkenen als belangrijkste oorzaak van de gestegen responstijden genoemd. Niet alleen in de regio Rotterdam, maar landelijk is er sprake van een tekort aan gespecialiseerd verpleegkundigen. In de gehele acute keten is het tekort aan gespecialiseerd verpleegkundigen bekend en voelbaar. Dit geldt in het bijzonder voor ambulanceverpleegkundigen. De oorzaken van deze tekorten vallen buiten het bestek van dit rapport. Echter de bevindingen, met name rondom de werving en behoud van personeel door AZRR, moeten wel in dit licht gezien worden.

Zowel regionaal als landelijk is er aandacht voor het geconstateerde personeelstekort. Gegeven de lange opleidingsduur van een ambulanceverpleegkundige is een volledige korte termijn oplossing voor het personeelstekort en daarmee ook de stijgende responstijden niet voorhanden.

Het capaciteitstekort ten opzichte van het vigerende referentiekader is ontstaan in 2014. In overleg met de zorgverzekeraars is inmiddels, in de loop van 2017, de inzet van ambulanceverpleegkundigen in opleiding meegenomen. AZRR heeft aangegeven dat dit al eerder voor andere RAV's door zorgverzekeraars is toegestaan. Daarmee wordt op dit moment voldaan aan het referentiekader 2013. De referentiekaders 2015, 2016 en 2017 die weer een groei van formatie laten zien, zijn op dit moment zeker niet haalbaar.

Over het eerste halfjaar van 2017 is nu een significante daling van het percentage A1-inzetten dat binnen 15 minuten ter plaatse is, zichtbaar. Dit schommelde jarenlang rond de 93%. In 2017 is dit vrij plotseling gedaald tot 88%. Het capaciteitstekort werkt door naar vertraging in de uitvoering van A2-inzetten en bij de uitvoering van het besteld vervoer (B-inzetten).

³ Een rit in opdracht van de centralist naar aanleiding van een zorgvraag zonder A1 of A2-urgentie, waarbij een tijdstip of tijdsinterval is afgesproken voor het halen of brengen.

⁴ Een rit in opdracht van de centralist naar aanleiding van een zorgvraag waaruit blijkt dat er geen sprake is van direct levensgevaar, maar waarbij wel sprake kan zijn van (ernstige) gezondheidsschade en de ambulance wel zo snel mogelijk ter plaatse dient te zijn.

Hoewel geen harde causale relatie bestaat tussen patiëntveiligheid en de norm voor responstijden, achten de NZa en IGJ de (te) hoge responstijden voor A1-inzetten, en daaruit voortvloeiend de gevolgen voor A2 en B-inzetten een potentieel risico voor de toegankelijkheid van ambulancezorg alsmede patiëntveiligheid.

Om te onderzoeken of de toegankelijkheid en kwaliteit van ambulancezorg in het geding komen, staan de onder 1.3 geformuleerde onderzoeksvragen centraal.

2.2 Oorzaken van gestegen responstijden en het uitblijven van verbetering

De hierna genoemde oorzaken worden door verschillende geïnterviewden genoemd als belangrijkste oorzaken voor het niet kunnen voldoen aan de wettelijke responstijden. Daar waar er tegenstrijdige meningen zijn, worden beiden genoemd.

Personeelsproblemen

Het tekort aan gespecialiseerde verpleegkundigen (SEH/IC) in de regio Rotterdam wordt door alle geïnterviewden onderschreven. Daarbij is niet iedereen het eens over de vraag of dit probleem in 2013 al zo manifest was. Ook in die periode was er volgens de meeste respondenten al een relatief tekort. Inspanningen om bijvoorbeeld samen met ziekenhuizen te overleggen over een gezamenlijke aanpak op het gebied van de opleiding van gespecialiseerde verpleegkundigen, zoals die nu in ROAZ-verband wordt gerealiseerd, waren destijds niet aan de orde. Achteraf gezien acht het bestuur van AZRR de keuze om niet verder te anticiperen op groei en het personeelsbestand in 2013 niet verder uit te breiden, niet verstandig. Er werd voor zover mogelijk wel binnen de toenmalige financiering ingezet op groei. Echter op dat moment was sprake van efficiency kortingen en de loonkosten voor de verlengde opleiding werden destijds niet vergoed. Er was destijds sprake van een kader dat uitging van maximale paraatheid die geleverd moest worden en dynamisch ambulance management. Dit is een andere systematiek dan de huidige opzet, waarin uitgegaan wordt van een minimum inzet. Het kost immers negen maanden om een ambulanceverpleegkundige op te leiden. De toen ontstane achterstand is mede door de ontwikkelingen op de arbeidsmarkt niet meer ingelopen. Deze conclusie wordt binnen AZRR breed gedeeld. Het personeelstekort speelt ook bij SEH's en verder in de acute zorgketen een rol. Inmiddels wordt in ROAZ-verband ingezet op uitvoering van het door het capaciteitsorgaan aangegeven maximale opleidingsscenario voor gespecialiseerde verpleegkundigen in de regio Zuid-West Nederland. Op die manier zou het in de toekomst niet meer voor moeten kunnen komen dat een tekort aan gespecialiseerde verpleegkundigen ontstaat. Voor de ambulancezorg is het effect hiervan pas over enkele jaren zichtbaar.

AZRR heeft ook te maken met een relatief grote uitstroom onder medewerkers. Naast het vertrek van medewerkers naar ziekenhuizen en omliggende RAV'en, wordt de uitstroom veroorzaakt door een relatief hoog aantal medewerkers dat met pensioen is gegaan. Het ziekteverzuim binnen AZRR is gemiddeld en toont geen bijzonderheden. Wat betreft redenen voor medewerkers om de organisatie te verlaten, spelen een aantal zaken een rol. Beloning en woon-werkverkeer zijn twee aspecten. Daarnaast wordt onvrede met de eigen organisatie als punt genoemd. Opvallend is dat medewerkers en het midden-management daarbij aangeven dat het uitblijven van stappen in de al in 2014 aangekondigde weg naar één organisatie, steeds zijn uitgebleven. In 2014 was de planning dat dit per 1 januari 2018 een feit zou zijn. Dit punt komt bij 2.3 aan de orde.

De werving van personeel heeft hoge prioriteit; daarvoor is inmiddels een recruiter ingezet. Uit het onderzoek is gebleken dat dit (nog) niet tot de gewenste verbetering heeft geleid: in 2017 is de instroom gelijk aan de uitstroom.

Acute zorgketen

De (tijdelijke) sluitingen van Spoed Eisende Hulpen (SEH's) in de regio Rotterdam-Rijnmond wordt regelmatig als oorzaak genoemd voor de oplopende responstijden. Tijdelijke sluitingen van SEH's dienen echter bekend te zijn bij de MKA waardoor de centralisten hier bij het toewijzen van inzetten al rekening mee kunnen houden. In die zin is het de vraag in hoeverre dit van invloed is op de oplopende responstijden⁵. Wel wordt door meerdere geïnterviewden erkend dat ambulances bij SEH's vaak langer moeten wachten bij het afleveren van patiënten vanwege de toenemende drukte bij SEH's. Evenals de toename van de overplaatsingen tussen ziekenhuizen gaat dit uiteraard ten koste van de capaciteit en leidt tot een verminderde spreiding en beschikbaarheid.

Vanuit de ROAZ is aangegeven dat objectief gezien de capaciteit van de SEH's in de regio voldoende is. De definitieve sluiting van twee SEH's in de regio is goed op te vangen. Oplossingen dienen eerder gezocht te worden in het concentreren van capaciteit. Door bijvoorbeeld bij toerbeurt dienst te doen, kan men er dan in ieder geval voor zorgen dat het dienstdoende ziekenhuis personeelsmatig aan de vraag kan voldoen. Daarbij hoort overigens ook een goede doorstroom binnen het ziekenhuis door bijvoorbeeld het inrichten van observatoria.

In ROAZ-verband wordt al gestuurd op het minimaliseren van de wachttijd voor de overdracht van patiënten bij de SEH. Er wordt op dit moment door AZRR (in overleg met het ROAZ) gekeken naar de mogelijke voordelen van een transferium.

Verkeerssituatie

De gewijzigde verkeerssituatie in verband met grote infrastructurele werken en de sluiting van de Maastunnel⁶ wordt vaak als oorzaak genoemd. Juist vanuit de chauffeurs is aangegeven dat dit in de praktijk nauwelijks relevant is. Met name omdat men vaak in een veel beperkter gebied opereert. Na een rit naar het zuiden volgt meestal een rit in die omgeving.

Het bestuur van AZRR geeft daarnaast aan dat de intensiteit en congestie van het verkeer is toegenomen.

Lange opleidingstijd

Gespecialiseerde verpleegkundigen dienen na de basisopleiding nog een specialistische opleiding Intensive Care of SEH te volgen. Daarna volgt voor ambulanceverpleegkundigen nog een aanvullende opleiding van negen maanden. Hierdoor is het des te meer van belang om proactief te handelen en te anticiperen op ontwikkelingen binnen het personeelsbestand. In ROAZ-verband wordt onderzocht of niet één opleiding voor zowel Intensive Care, SEH en ambulancezorg

⁵ AZRR stelt dat door de sluiting van de SEH's langere aanrijtijden ontstaan. Vanuit de interviews komt naar voren dat dit in de praktijk niet het geval is. In een situatie was de feitelijke situatie al dat men nauwelijks naar de betreffende locatie vervoerde. In het andere geval is er slechts een afstand van enkele kilometers te overbruggen. AZRR geeft aan over rittenadministratie te beschikken waaruit blijkt dat er wel een effect is op de aanrijtijden. Deze rittenadministratie is niet meer ingezien door de IGJ.

⁶ AZRR geeft aan dat dit op grond van simulaties in Optima een relevante oorzaak voor vermindering van de beschikbare capaciteit is. Blijkbaar is hier een discrepantie tussen het model en de beleving van de direct betrokkenen.

kan worden ontwikkeld. Dit zal tijd kosten en ook landelijk geregeld moeten worden. De verwachting is dat hier op lange termijn winst valt te behalen.

Productiegroei en triage

In algemene zin wordt productiegroei als een gegeven beschouwd. Dit is een landelijke trend. Het is echter niet geheel duidelijk of dit alleen maar veroorzaakt wordt door een toegenomen vraag. Binnen de AZRR is er vooral bij de rijdienst een sterk gevoel dat het triagesysteem ProQA leidt tot veel extra ritten. Dit is door AZRR onderzocht en kan door dit onderzoek niet onderbouwd worden. Binnen de systematiek van ProQA is geregeld dat jaarlijks wordt getoetst of de uitkomsten van de triage in lijn zijn met de op basis daarvan ingezette zorg. In de afgelopen jaren is er daarbij in een flink aantal gevallen de inzet van A1 aangepast naar A2. De totale contacttijd neemt hierdoor echter toe. Daarnaast wordt geopperd dat met name huisartsen te vaak (onnodig) kiezen voor vervoer per ambulance. Aanvragen van professionals als huisartsen worden niet getrieerd door centralisten van de meldkamer; dat betekent dat zodra een huisarts een ambulance-inzet aanvraagt, deze altijd wordt toegekend. AZRR is samen met het ROAZ in gesprek met huisartsen om te bezien of dit ook anders geregeld kan worden.

Inzet bij evenementenzorg

In het kader van de vergunningverlening bij evenementen worden daarvoor regelmatig extra ambulances ingezet. AZRR geeft aan dat dit niet gebeurt vanuit de parate dienst, maar dat daarop door medewerkers (extra) ingetekend kan worden. Indien daardoor teveel druk komt te liggen op de reguliere parate dienst, worden verpleegkundigen uit buurregio's gevraagd om deze diensten in te vullen. De vraag kan gesteld worden of de inzet bij evenementen niet geheel buiten de AZRR geregeld kan worden; dit is ook in andere regio's aan de orde.

2.3

Governance en besturing van AZRR

AZRR is een coöperatie, waarin bestuur, toezicht en de meeste stafafdelingen zijn ondergebracht. De overige activiteiten vinden plaats vanuit haar leden, waar zich eveneens de activa bevinden, behalve de medische apparatuur, verband- en geneesmiddelen, uniformen, activa ROC, direct aan RAV verbonden personeel, huurcontracten ROC en het stafbureau. Deze opsomming is mogelijk niet limitatief. Het wettelijk budget, met aftrek van de kosten van AZRR, wordt doorgeleid naar de leden van de coöperatie te weten: VRR een publieke partij en de BIOS-Groep (hierna: BIOS) een private partij. ^{10.1.c} [REDACTED]. De algemeen directeur van de VRR is tevens voorzitter van de RvB van AZRR. De DGA van BIOS is lid van de RvB van AZRR en neemt daarnaast namens BIOS zitting in de Algemene Leden Vergadering (hierna: ALV) van AZRR. Vanuit de VRR is de zetel in de ALV bezet door de burgemeester van Schiedam als lid van het bestuur van de VRR.

Er is een derde lid van de RvB in dienst van de coöperatie AZRR, dit is de operationeel directeur van AZRR. De AZRR heeft een raad van toezicht met vier leden.

Het toezicht is als volgt geregeld. Tussen de RvT en de bestuurders van de AZRR namens de VRR en BIOS bestaat geen werkgeversrelatie. Deze werkgeversrelatie is ondergebracht bij de ALV, waarin ook één van de leden van de RvB zitting neemt. Er bestaat wel een werkgeversrelatie met het RvB-lid in dienst van de coöperatie. Volgens de RvT heeft dit tot op heden niet tot problemen geleid. De RvT heeft geen inzicht in de financiële situatie van de leden. Het is onduidelijk of binnen de RvB en tussen de RvT en RvB van AZRR sprake is van een aanspreekcultuur. De RvT beschikt niet over duidelijke kaders aan de hand waarvan het functioneren van het bestuur van AZRR wordt beoordeeld. De RvT beschouwt de huidige

governance van AZRR als een gegeven, maar is zich daarbij bewust van de knelpunten zoals hierboven genoemd (intern toezicht, dubbele pet bestuurders). Binnen AZRR is geen sprake van cliëntvertegenwoordiging in de vorm van een cliëntenraad, noch zijn de medewerkers vertegenwoordigd binnen een ondernemingsraad (wel bij de leden), omdat AZRR een onderneming is met minder dan 50 werknemers. Alle besluiten die genomen worden binnen AZRR worden voorgelegd aan de ondernemingsraden van de leden voor advies of instemming.

[REDACTED] 10.1.6 [REDACTED]
[REDACTED]. Ten tijde van het verstrekken van de aanwijzing door VWS aan AZRR als RAV is deze organisatiestructuur door VWS geaccepteerd.

De medewerkers en het middenmanagement van AZRR noemen de trage besluitvorming binnen AZRR een probleem. Er is in de operationele aansturing geen duidelijke doorzettingsmacht. Beslissingen moeten in onderling overleg worden genomen. Lukt dit niet dan is er in de operationele aansturing geen beslissingsbevoegdheid over het hele proces binnen beide organisaties tot het niveau van de operationeel directeur. Indien men wel onderling tot een besluit komt is eenieder weer gebonden aan de procedures en regels van de eigen organisatie

Medewerkers en middenmanagement constateren dat, ondanks de afspraken om zoveel mogelijk als één organisatie te werken, dit maar beperkt lukt. Managers ambulancezorg en teamleiders ervaren dat in de praktijk de belangen en cultuur van de eigen organisatie nog een grote rol spelen in de besluitvorming. Er wordt tevens aangegeven dat men een grote afstand tussen de RvB en de rest van de organisatie ervaart. Anderzijds wordt rol van de bestuurders van beide leden in de organisatie als relatief groot ervaren. Dit terwijl men formeel maar één bestuursvergadering per maand heeft. De komst van een operationeel directeur heeft dit veranderd maar niet tot significante verbeteringen geleid.

De besluitvorming binnen AZRR wordt door medewerkers en managers ervaren als zijnde traag. De besluitvorming naar aanleiding van het medewerkers tevredenheidsonderzoek (MTO) is hier een voorbeeld van. Opgezet om de (on)tevredenheid van de medewerkers in kaart te brengen, is de doorlooptijd tussen het uitvoeren van onderzoek en het nemen van maatregelen op grond daarvan opvallend lang. Het onderzoek is uitgevoerd in juni 2017. De commissie die ermee aan de slag gaat, is een aantal keren bij elkaar gekomen. Medio maart 2018 is er nog geen enkele concrete verbetermaatregel getroffen. Uit de interviews komt naar voren dat dit exemplarisch voor de besluitvorming is. Dit terwijl de uitkomsten van het MTO alarmerend zijn. Dit punt wordt uitgewerkt onder punt 2.5, visie van de medewerkers.

Ter volledigheid wordt hier opgemerkt dat de RvB hierover een andere mening is toegedaan en geeft de volgende tijdsplan weer. Aangegeven wordt dat de sluitingsdatum van het onderzoek aan het einde van juni 2017 was. Vanwege de vakantieperiode heeft de verwerking bij het onderzoeksbureau enige tijd nodig gehad. Op 1 september is een memo over de uitkomsten naar de RvB gestuurd, op 8 september is dit door de RvB behandeld. Op 17 september heeft communicatie hierover plaatsgevonden via AMBU-web. Op 3 oktober was de eerste bijeenkomst van de werkgroep en op 23 november zijn er medewerkersbijekomsten gepland over dit thema op basis waarvan prioriteiten zijn gesteld. Zodoende is de RvB van mening dat de besluitvorming zorgvuldig, maar niet traag te achten is.

Ten slotte volgt uit de bevindingen van de toezichthouders dat de RvB en RvT willen toegroeien naar één organisatie en hiertoe stappen hebben gezet. Mogelijke

aanbesteding en pensioenopbouw zijn daarbij nauwelijks te overkomen knelpunten gebleken.

2.4 **Samenwerking met verzekeraars**

Zowel de RvB als de RvT van AZRR hebben hun verbazing uitgesproken over de melding van de verzekeraars bij de IGJ. Men acht de samenwerking nog steeds constructief. Wel geeft de RvB aan dat zij achteraf gezien nooit hadden moeten instemmen met de doelstelling om al in 2017 te kunnen voldoen aan het referentiekader 2015. AZRR heeft daardoor onvoldoende gestuurd op realistische verwachtingen.

De RvB is van oordeel dat de verzekeraars veel eisen stellen aan de aan te leveren managementinformatie. Volgens de RvB van AZRR levert men alle gewenste informatie aan. AZRR is van mening dat zorgverzekeraars niet bevoegd zijn gegevens van derden te verkrijgen, anders dan de openbare stukken. Bovendien zouden de zorgverzekeraars mondeling informatie hebben gedeeld over AZRR in gesprekken met andere RAV's. Zorgverzekeraars achten AZRR daarentegen onvoldoende transparant bij het verstrekken van informatie en daarnaast stelt AZRR volgens de zorgverzekeraars afspraken met terugwerkende kracht ter discussie.

De RvT heeft gesproken met de verzekeraars. Het afgesproken initiatief vanuit de verzekeraars voor verder overleg heeft niet plaatsgevonden. Zorgverzekeraars hebben zich vervolgens tot de externe toezichthouders gewend. In de ogen van de RvT had nog productief overleg kunnen en moeten plaatsvinden.

De zorgverzekeraars geven aan dat zij onvoldoende vertrouwen hebben in het bestuur van AZRR om de ontstane problemen zelfstandig weer onder controle te krijgen. Hoewel er gezamenlijke verbetertrajecten zijn gestart worden naar het idee van de zorgverzekeraars de gemaakte afspraken te vaak eenzijdig weer ter discussie gesteld en is AZRR te weinig transparant. Beide zorgverzekeraars geven aan onvoldoende rendement te hebben gezien op hun investeringen en vragen om transparantie en terugbetaling van de investering.

AZRR en de verzekeraars Zilveren Kruis en DSW hebben uitgebreid gesproken over een gezamenlijk onderzoek naar onder andere de financiering van de AZRR. Partijen zijn het hierbij eens geworden over de opzet van dit onderzoek. DSW had na deze discussie niet meer de bereidheid om te participeren. AZRR was van mening dat het zinvoller was om naar de meer recente informatie te kijken met het oog op de toekomst. Hierdoor heeft het gezamenlijke onderzoek uiteindelijk geen doorgang gevonden; AZRR laat nu een onderzoek in eigen beheer uitvoeren. Het niet slagen van een gezamenlijk onderzoek is een voorbeeld van de verstoorde relatie tussen de zorgverzekeraars en AZRR⁷.

De zorgverzekeraars hebben in het kader van hun melding bij de IGJ veel documenten met betrekking tot de samenwerking met AZRR aangeleverd. Duidelijk is dat alle genomen maatregelen en gemaakte afspraken niet tot het gewenste

⁷ Het bestuur van AZRR heeft aangegeven dat de bevindingen van de IGJ op dit punt feitelijk onjuist zijn, maar dat Zilveren Kruis heeft voorgesteld het onderzoek te betalen uit de vrije marge, terwijl later bleek dat DSW hier afwijzend tegenover stond. DSW zou bij AZRR hebben aangegeven nooit te willen participeren aan het onderzoek. Er zou sprake zijn van een "eenzijdige actie" van Zilveren Kruis. De inspectie heeft gezien het geringe belang van bovenstaande aanvulling geen hoor en wederhoor meer gedaan bij DSW over de al of niet aanwezige intentie bij DSW om te participeren aan het onderzoek. De bevinding dat de verhoudingen verstoord zijn, blijft onverkort staan.

resultaat hebben geleid. In deze documenten zijn echter nauwelijks aanwijzingen voor een verstoorde werkrelatie te vinden.

2.5

Visie van medewerkers

Over het verloop van personeel en het personeelstekort geven de medewerkers het volgende aan. Allereerst zou het gebruik van ProQA tot overtriage leiden. Door het gebruik van ProQA in combinatie met DIA is een andere dynamiek in het werk ontstaan waardoor vaker sprake is van EHG (eerste hulp geen vervoer) en/of loze inzet. Hierdoor is het personeel ontevreden over de inhoud van hun werk. Dit is voor een aantal verpleegkundigen reden geweest om te vertrekken. Daarnaast zou de samenloop van spoed en besteld vervoer volgens het personeel meer gedifferentieerd en gescheiden moeten worden. Dit kan volgens hen een positief effect hebben op het werkplezier. Voorts wordt aangegeven dat de functie van ambulanceverpleegkundige voorheen meer een eindfunctie was, maar dat de arbeidsmobiliteit onder ambulancezorgverleners is toegenomen.

Ook wordt de AZRR door medewerkers getypeerd als een relatief "logge" organisatie. De meldingsbereidheid incidenten en calamiteiten is door de werkdruk niet hoog. Werknemers menen dat in buurregio's de RAV'en beter georganiseerd zijn met een meer gevarieerd werkaanbod. Ook speelt mee dat het wonen in Rotterdam duur is. Dit zorgt voor verhuizing naar een andere regio, waardoor werken in die andere regio ook aantrekkelijker wordt.

De huisvesting bij AZRR is een andere bron van ontevredenheid bij de medewerkers. Men heeft het gevoel "weggestopt" te worden in hokjes. Op sommige locaties ontbreekt een duidelijke herkenbaarheid van de ambulancezorg en zijn de faciliteiten op de standplaatsen minder comfortabel dan in de buurregio's.

Het salaris van ambulanceverpleegkundigen loopt achter op die van collega's werkzaam in ziekenhuizen wat ook leidt tot vertrek naar ziekenhuizen. Intern is ook een verschil in salaris tussen medewerkers van BIOS en VRR door de te betalen eigen bijdrage aan pensioenpremie. Binnen AZRR is tussen leden echter afgesproken geen medewerkers van elkaar over te nemen. Beide leden willen deze afspraak ondanks verzoeken vanuit het middenmanagement niet aanpassen. Er is een aantal personeelsleden vertrokken vanwege het verschil in opleidingsmogelijkheden of overige verschillen tussen beide leden die bij een interne overstap behouden hadden kunnen blijven voor AZRR.

De roosterplanning van VRR loopt niet goed. Dit heeft met name te maken met de afspraak dat minimaal 11 personen per dag vrij moeten kunnen nemen, voordat een verlofdag geweigerd kan worden. Dit levert veel druk op voor de vulling van de roosters.

Het MTO laat forse afwijkingen in negatieve zin zien ten opzichte van het landelijke gemiddelde.

Dit betreft vooral de thema's betrokkenheid, tevredenheid, werkgeverschap en efficiëntie. Dit komt voort uit een aantal onderliggende zaken:

- Een hoge werkdruk;
- Ondersteuning van de medewerkers en reductie van het werkdrukrisico door de organisatie;
- De betrokkenheid van de medewerkers bij de organisatie;
- De ervaren afstand tot het management;
- Twijfels over de besluitvaardigheid van de organisatie;
- Arbeidsomstandigheden; en
- Waardering door AZRR.

Er wordt een grote afstand ervaren tot het bestuur van AZRR en er is behoefte aan gezamenlijke medezeggenschap voor specifieke RAV-zaken. Deze is nu apart belegd bij de OR van BIOS en bij de MR van VRR.

Naar aanleiding van het MTO is een werkgroep opgericht. Deze werkgroep richt zich vooral op de huisvesting. De meldkamer is niet meegenomen in het MTO.

In de visie van medewerkers en middenmanagement komt meer duidelijkheid in de organisatieontwikkeling ten goede aan de prestaties van AZRR. In dit verband wordt de samenwerking met de meldkamer besproken. In de dagelijkse praktijk werken MKA en rijdienst goed samen. Het feit dat de MKA duidelijk onderdeel is van de Gemeenschappelijke Meldkamer en zich minder verbonden voelt met de RAV als organisatie wordt ervaren als een knelpunt door de geïnterviewden. Dat is in die zin ook tegenstrijdig met de Twaz.

In de praktijk leidt de huidige organisatie tot minder goede besluitvorming. Als voorbeeld wordt door meerdere geïnterviewden genoemd dat AZRR gebruik maakt van Optima voor het verkrijgen van managementinformatie en daarnaast beschikt dit programma ook over een planning tool. De MKA wil dit niet toepassen. Ondanks het signaal vanuit de rijdienst dat met de beschikbare capaciteit betere responstijden behaald kunnen worden, wordt het systeem niet gebruikt. Indien er één hoofd ambulancezorg binnen een gezamenlijke organisatie zou zijn, kan deze knoop gemakkelijker worden doorgehakt. Dit maakt de organisatie doelmatiger en slagvaardiger. Nu blijven onderwerpen vaak lang op besluitvorming wachten. De RvB geeft aan ernaar te streven het systeem alsnog in te zetten als planningstool, nadat de benodigde verbeteringen zijn doorgevoerd. Vanwege de inspanningen die geleverd moeten worden in het kader van de nieuwe meldkamer, kan hier nu geen prioriteit aan gegeven worden.

2.6

Samenwerking binnen AZRR

De rol van het middenmanagement (hoofden ambulancezorg en teamleiders) is gericht op het aansturen van de dagelijkse gang van zaken. Er is voor het middenmanagement weinig mogelijkheid om in te spelen op ontwikkelingen in de organisatie en in de omgeving, hoewel daar juist nu behoefte aan is.

De medewerkers en het middenmanagement zien graag dat AZRR op korte termijn daadwerkelijk als één organisatie gaat functioneren. Hoewel intensief wordt samengewerkt, is er op dit moment nog een situatie waarin feitelijk sprake is van twee instellingen met hun eigen structuren en interne procedures.

De MKA is onderdeel van de Meldkamer Rotterdam-Rijnmond. Waar de Twaz stelt dat dit een integraal onderdeel van de RAV is, lijken de leiding en medewerkers van de MKA, de MKA niet als onderdeel van AZRR te zien. Zij beschouwen AZRR als aparte entiteit. Dit lijkt ook omgekeerd het geval. Voorts ontbreekt direct overleg tussen de rijdienst en MKA op uitvoeringsniveau. Ook verzekeraars menen dat de MKA operationeel onvoldoende samenwerkt met de rijdienst. In dit kader heeft de IGJ ten aanzien van de communicatie tussen RvB en MKA nog het volgende vastgesteld. AZRR stelt dat het gesprek tussen IGJ en het hoofd MKA tevoren is doorgesproken met de VRR bestuurder. Het hoofd MKA heeft echter letterlijk gesteld dat dit niet heeft plaatsgevonden. Het is voor de IGJ niet vast te stellen of dit gesprek nu wel of niet heeft plaatsgevonden.

Tussen BIOS en VRR is een non-poaching afspraak ter zake het overstappen van medewerkers naar het andere lid van kracht. De partijen onthouden zich ervan elkaars personeel weg te kapen. Bij onderling overstappen moet een compensatiebedrag voor wervingskosten, opleidingskosten, inwerkkosten etc. betaald worden. Uiteraard is dit niet het geval bij overstap naar een buurregio.

Gevolg is dat men overstapt naar een buurregio in plaats van intern over te stappen.

Wat betreft het afstemmen van materialen en middelen is de samenwerking goed. De inrichting van de auto's is zoveel mogelijk gelijk. Ten aanzien van bijvoorbeeld de gezamenlijke aanschaf van auto's wordt het maken van afspraken tussen de leden wel als lastig ervaren. Zo zijn er uiteindelijk andere auto's door BIOS aangeschaft dan door de VRR. Het bestuur van AZRR geeft aan dat er geen afspraak is over de gezamenlijke aanschaf van auto's. De inkoop door VRR is aanbestedingsplichtig en de uitkomst van dit inkoopproces ligt niet op voorhand vast. BIOS kan op haar beurt geen afspraak maken over een verplichting voor een onbekend bedrag voor een onbekend voertuig volgend uit een inkoopproces waarop zij zelf geen invloed kan uitoefenen. Medewerkers achten de keuze voor verschillende type auto's een gemiste kans.

2.7

Maatregelen om te voldoen aan het referentiekader

AZRR heeft inspanningen geleverd om personeel te werven. Daar slaagt men tot nu toe onvoldoende in. Maatregelen als het geven van premies en het aanstellen van een recruiter geven tot nu toe geen meetbaar resultaat.

2.8

Maatregelen om de korte termijn problemen op te lossen

Door AZRR is een aantal maatregelen genomen om in ieder geval de gevolgen van het capaciteitsprobleem te beperken. Dit betreft de volgende maatregelen:

- Inkoop van besteld vervoer als dienst bij een externe leverancier;
- Inzet van uitzendkrachten;
- Afspraken in ROAZ-verband (over overdracht patiënten naar SEH, sluitingen SEH's, inzet zorgambulance, aanpassingen in het besteld vervoer) om de capaciteit optimaal in te zetten;
- Mogelijk maken van duobanen bij SEH/IC en RAV;
- Maximaal inzetten op spoedvervoer en communicatie over wachttijden en SEH-stops. Dit gaat ten koste van A2 en B-inzetten. De afstemming hierover vindt plaats in ROAZ verband;
- Social media campagne voor het werven van personeel;
- Ontwikkeling beleid om medewerkers zoveel mogelijk te behouden; en
- Op verzoek van de IGJ is het bestuur van VRR (=collectief van burgemeesters) op de hoogte gesteld van de problemen bij AZRR in het kader van de evenementenzorg en opgeschaalde zorg.

Van deze maatregelen is uit het onderzoek gebleken dat zij relevant, maar niet toereikend zijn om de ontstane problemen (op korte termijn) op te lossen.

2.9 Maatregelen op middellange en lange termijn

Naast de maatregelen op korte termijn worden ook maatregelen getroffen die mogelijk een groter effect hebben, maar niet direct realiseerbaar zijn. Dit betreft de volgende maatregelen:

- Initiatief tot openen transferium/observatorium in ziekenhuizen om doorstroming naar ziekenhuizen te optimaliseren;
- Maximaal opleiden in samenwerking en afstemming met de ziekenhuizen in de regio (voor zover mogelijk binnen de huidige opleidingscapaciteit);
- Structurele afspraken in ROAZ-verband voor optimale spreiding en beschikbaarheid SEH capaciteit;
- Pilot medium care ambulance wordt opgezet in samenwerking met RAV'en Den Haag en Amsterdam. Voor de ambulancebemanning van bepaalde delen van B1-inzetten⁸ kan dan worden geworven in de groep niet-gespecialiseerde verpleegkundigen. Door gespecialiseerde verpleegkundigen niet langer in te zetten op dit type ambulance, is meer capaciteit beschikbaar voor A1- (en A2)-inzetten.

2.10 Financiële situatie BIOS Ambulancezorg B.V..

AZRR heeft van het ministerie van VWS de aanwijzing voor het uitvoeren van de ambulancezorg in de regio Rotterdam-Rijnmond gekregen. De feitelijke ambulancezorg vindt echter plaats door de twee leden van de coöperatie, de VRR en BIOS.

[10.1.c] was. [redacted]
[redacted]. Op basis van deze constatering heeft de NZa een gesprek gevoerd met vertegenwoordigers van BIOS. Tijdens dit gesprek zijn aanvullende gegevens met betrekking tot de financiële situatie van BIOS overlegd.

Hieronder worden de belangrijkste bevindingen ten aanzien van de huidige financiële situatie beschreven. Deze bevindingen vloeien voort uit relevante jaarrekeningen, kasstroomoverzichten, faillissementsverslagen en accountantsverslagen die de NZa heeft ingezien alsmede het gesprek dat de NZa met BIOS heeft gevoerd:

- In 2015 is de Deense zustermaatschappij van BIOS Ambulancezorg B.V. (Bios Ambulance Services Denmark AS) failliet gegaan. [10.1.c] [redacted]

- [redacted] [10.1.c] [redacted]

- [redacted] [10.1.c] [redacted]

⁸ Een B1 rit is een term die alleen in de praktijk gebruikt wordt om een B-rit met bewaking aan te duiden.

- 10.1.c
[redacted];
[redacted] 10.1.c
[redacted]
[redacted];
- 10.1.c
[redacted]
[redacted];
- 10.1.c [redacted]; en
[redacted] 10.1.c
[redacted].

3 Conclusies

3.1 Kader

Op basis van het onderzoek is door IGJ en NZa een aantal conclusies getrokken. Het onderzoek en dus ook de conclusies zijn beperkt tot het onderzoek naar de gestegen responstijden binnen de regio Rotterdam-Rijnmond. Bij het formuleren van deze conclusies is rekening gehouden met de uitdagende omstandigheden waar de ambulancezorg in Rotterdam (en deels ook de rest van Nederland) momenteel mee te maken heeft. Hierbij moet worden gedacht aan de eerder geschetste personeelstekorten bij de ambulancedienst en bij de ketenpartners in de acute zorg, de lange opleidingsduur van ambulanceverpleegkundigen en de complexe verkeerssituatie in Rotterdam met onder andere de werkzaamheden rondom de Maastunnel.

Bovenstaande problemen zijn meegewogen bij het formuleren van de conclusies maar ontslaan AZRR niet van hun verantwoordelijkheid om voldoende en adequate maatregelen te treffen voor het borgen van tijdige en kwalitatief goede ambulancezorg. Om die reden komen wij tot de conclusie dat de stijging van de responstijden, in ieder geval deels, aan AZRR toe te rekenen is.

De conclusies en aanbevelingen richten zich op de oorzaken die wel binnen de invloedssfeer van AZRR liggen, waarbij er een sterke focus is op het behoud van het zittende personeel en optimale inzet van het beschikbare personeel. De relatie tussen de besturing en besluitvorming binnen AZRR en de gestegen responstijden behoeft toelichting. Er is geen 1-op-1 relatie tussen de besturing van AZRR en het verloop van personeel en de moeite met het aantrekken van nieuw personeel (en daarmee samenhangend de stijgende responstijden). Echter, de IGJ en NZa nemen hierin mee dat een goede werkomgeving essentieel is voor het behoud en optimale inzet van medewerkers. Een adequate besturing van de organisatie is ook van belang voor het snel en effectief kunnen inspelen op de huidige en toekomstige veranderingen binnen de acute zorg en de voorlopig aanhoudende krappe arbeidsmarkt.

Overigens is het begrip governance in dit rapport versmald tot enkel de organisatiestructuur en de inrichting van de medezeggenschapsorganen. Met de besturing van de organisatie wordt in dit verband het proces van wederzijdse afstemming en verantwoording binnen tussen de RvB, de managers ambulancezorg en de teamleiders. Dit proces is in eerste instantie gericht op het dagelijks aansturen van de gang van zaken binnen AZRR.

De conclusies en aanbevelingen in dit rapport moeten gezien worden in het kader zoals hierboven geschetst. De uitkomst van het onderzoek is voor een belangrijk deel gebaseerd op de bevindingen uit interviews. Dat maakt dat niet alle meningen en opvattingen nader geobjectiveerd zijn.

De conclusies worden geformuleerd op basis van de eerder geformuleerde onderzoeksvragen.

3.2 Conclusie onderzoeksvraag 1

- Heeft AZRR voldoende en adequate maatregelen genomen om te voldoen aan de te leveren ambulancecapaciteit op basis van de vigerende referentiekaders Ambulancezorg van het RIVM?

De AZRR slaagt er anno 2018 alleen in om de gevraagde capaciteit conform het referentiekader 2013 van het RIVM te leveren, door de opleidingscapaciteit mee te

rekenen. De keuzes gemaakt in 2012 bij de werving en het opleiden van personeel hebben AZRR achteraf gezien op een achterstand gezet die niet meer is ingelopen. Wel is er op basis van het referentiekader 2013 een groot aantal maatregelen genomen om de werving van nieuwe medewerkers te doen slagen. De RvB van AZRR heeft destijds onvoldoende oog gehad voor de ook toen al krappe arbeidsmarkt en de verdere ontwikkeling daarvan.

Daarnaast wordt geconstateerd dat AZRR zich onvoldoende inspant het zittende personeel te behouden. De non-poaching afspraak tussen beide leden speelt hierbij een negatieve rol. De door de medewerkers ervaren trage besluitvorming van de RvB, het stagneren van de breed aangekondigde ontwikkeling tot één organisatie, het ontbreken van medezeggenschap binnen de AZRR, en de eerder genoemde problemen met de onevenwichtige roosters van met name de VRR en de als onvoldoende ervaren huisvesting op een aantal standplaatsen spelen een rol in de tevredenheid en leiden mogelijk tot het vertrek van zittende medewerkers.

Conclusie: AZRR is te laat gestart met de werving van personeel. De (groeiende) arbeidsmarktproblematiek was in 2013 al te voorzien. Daarnaast slaagt men er onvoldoende in om het zittende personeel te behouden. Potentiële maatregelen om behoud van personeel te bereiken zijn overwogen maar niet uitgevoerd. De maatregel om een pilot met een medium care ambulance te starten heeft wel veel potentie, maar moet nog gestart worden en kan daarom nog niet meegenomen worden in onze beoordeling binnen dit onderzoek.

3.3

Conclusie onderzoeksvraag 2

- Heeft AZRR, toen bleek dat men wat betreft verpleegkundige personeelscapaciteit niet zou kunnen voldoen aan de referentiekaders, voldoende maatregelen genomen om de gevolgen voor de patiëntenzorg en voor de ketenpartners te beperken?

AZRR heeft in de afgelopen periode, waarin de prestaties sterk zijn gedaald, inspanningen geleverd om de gevolgen van het capaciteitsgebrek voor de patiëntenzorg en de ketenpartners te beperken. In ROAZ verband zijn afspraken gemaakt om de beperkte capaciteit optimaal in te zetten om zo verstopping in de keten te voorkomen. Dit betreft zowel het spoedeisende als het besteld vervoer. Daarnaast is ingezet op uitzendkrachten en wordt voor besteld vervoer een externe partij ingezet. Opvallend is dat AZRR, wat betreft evenementenzorg, er nog vaak voor kiest dit zelf in te vullen. In vergelijkbare regio's wordt dit over het algemeen uitbesteed aan andere organisaties. Door dit als RAV zelf te doen gaat capaciteit voor de reguliere ambulancezorg verloren. Ter volledigheid, wordt hier opgemerkt dat de RvB heeft aangegeven te hebben overwogen de evenementenzorg uit te besteden, maar dat dit onderdeel van de zorgverlening door medewerkers ervaren wordt als een extraatje en op basis daarvan heeft besloten dit zelf in te vullen. Conclusie: AZRR heeft in samenwerking met het ROAZ maatregelen genomen om de gevolgen voor de patiëntenzorg en voor de ketenpartners zoveel mogelijk te beperken. Ten aanzien van de inzet bij evenementenzorg kunnen echter nog maatregelen worden getroffen om de gevolgen verder te beperken.

3.4

Conclusie onderzoeksvraag 3

- Kan de kwaliteit van de patiëntenzorg gegarandeerd blijven?

Er zijn bij de IGJ geen aanwijzingen bekend dat, buiten de tijdigheid van alle vervoer, de kwaliteit van de door AZRR geleverde zorg in het geding is. Echter, het besteld vervoer heeft fors te leiden door het personeelsgebrek. Het capaciteitsgebrek leidt tot langere wachttijden voor deze groep patiënten. Dit levert een potentieel risico op voor die patiëntengroep die gedurende de wachttijd buiten het zicht van zorgverleners verkeert. Dit betreft met name de categorie patiënten

die door huisartsen worden ingestuurd en waarbij bij een eerste inschatting geen aanwijzingen zijn gezien voor een (potentieel) levensbedreigende situatie, maar die gedurende lange tijd buiten het zicht van zorgverleners thuis wachten op B-vervoer. Wel is duidelijk dat, zoals hierboven geconcludeerd, AZRR voldoende inspanningen verricht om de gevolgen te beperken.

Conclusie: tijdigheid is een onderdeel van kwaliteit van de patiëntenzorg. De kwaliteit van zorg is voor wat betreft de tijdigheid in het geding. Voor verpleegkundige en medische aspecten van zorg zijn geen signalen bekend van niet voldoen aan de kwaliteit van zorg.

3.5 Conclusie onderzoeksvraag 4

- Is de governance van AZRR op een verantwoorde wijze ingericht?

De governance (i.c. de organisatiestructuur en de inrichting van de medezeggenschapsorganen) van AZRR is op dit moment in grote lijnen overeenkomstig de governance zoals die was ten tijde van de aanwijzing van VWS. Er is tussen de RvT en de bestuurders van AZRR namens de VRR en BIOS geen werkgeversrelatie. Deze werkgeversrelatie is ondergebracht bij de Algemene Leden Vergadering (ALV) waarin het lid van de RvB van de BIOS groep zelf zitting neemt. Namens de VRR neemt de burgemeester van Schiedam zitting in de ALV. De RvT heeft geen inzicht in de financiële situatie van de leden. Uit het onderzoek is niet duidelijk geworden dat er sprake is van een aanspreekcultuur tussen de RvB en RvT van de AZRR.

De RvT heeft geen duidelijke kaders aan de hand waarvan het functioneren van het bestuur van AZRR wordt beoordeeld. De RvT beschouwt de huidige governance van AZRR als een gegeven, maar is zich daarbij bewust van de knelpunten in het interne toezicht zoals hierboven genoemd en de dubbele rol en positie van bestuurders. Binnen AZRR is geen sprake van cliëntvertegenwoordiging in de vorm van een cliëntenraad, noch zijn de medewerkers vertegenwoordigd binnen een ondernemingsraad (wel bij de leden). Dit is conform de WOR, echter in de praktijk worden door AZRR besluiten genomen die alle medewerkers raken. Hoewel de ondernemingsraden en cliëntenraden van beide leden worden betrokken in voorkomende gevallen, wordt hier gekeken op het niveau van de leden, niet AZRR.

10.1.c

[REDACTED] Conform kader "Goed Bestuur" dient een bestuur in dialoog met de interne toezichthouder, de cliëntenraad, de ondernemingsraad en de zorgverleners te zijn. De afwezigheid van een cliëntenraad, ondernemingsraad en/of vertegenwoordiging van medewerkers binnen AZRR maakt dat dit feitelijk niet mogelijk is. Buiten de interne dialoog dient het bestuur verantwoording af te leggen over beleid, kwaliteit, veiligheid, continuïteit en financiën. Dit betreft in ieder geval het jaarverslag, maar ook in voorkomende gevallen aan interne belanghebbenden. Daarvoor zijn onder andere heldere afspraken over te behalen resultaten nodig. De afspraak zoals hierboven geformuleerd over de verdeling van middelen illustreert dat dit niet steeds voldoende gerealiseerd is.

Conclusie: De governance van AZRR is op bovengenoemde punten niet op voldoende verantwoorde wijze ingericht.

3.6 Conclusie onderzoeksvraag 5

- Heeft de huidige governance bijgedragen aan de stijging van de responstijden en het uitblijven van verbetering van de responstijden en zo ja, hoe?

Hoewel de leden van de coöperatie erop gericht zijn om de voortgang van de processen voor AZRR als geheel te bewaken spelen de belangen, cultuur en interne procedures van de eigen organisatie op de achtergrond een grote rol. Indien beide partijen bijvoorbeeld zouden afzien van de non-poaching afspraak, zou dit ertoe kunnen leiden dat er meer medewerkers voor de AZRR behouden kunnen blijven. De belangen van de leden lijken hier dus te prevaleren boven het AZRR-belang. De afstand tussen de bestuurders en de werkvloer wordt ervaren als groot en vormt daarmee een risico. Dit heeft te maken met de geringe betrokkenheid van de medewerkers bij de coöperatie AZRR en de verschillen in procedures, cultuur en besluitvorming tussen de beide leden.

In de praktijk leiden deze verschillen en deze afstand tot trage besluitvorming. Dit had deels opgelost kunnen worden na de aanstelling van de operationeel directeur. Echter uit de interviews blijkt dat zijn doorzettingsmacht en budgettaire verantwoordelijkheden beperkt zijn.

Conclusie: de huidige governance dient de werving en met name in het behoud van de zittende medewerkers niet. De ervaren trage besluitvorming binnen de organisatie heeft bijgedragen aan het personeelsverloop en daarmee aan het personeelstekort. De gestegen responstijden zijn hier een direct gevolg van.

3.7

Conclusie onderzoeksvraag 6

- Draagt de wijze van besturing van AZRR bij aan de toegenomen responstijden en uitblijven van verbetering van de responstijden en zo ja op welke wijze?

Met het besturen van de organisatie wordt in dit verband het proces van wederzijdse afstemming en verantwoording tussen de RvB, de managers ambulancezorg en de teamleiders bedoeld. Dit proces is in eerste instantie gericht op het dagelijks aansturen van de gang van zaken binnen AZRR. Er is sprake van een goede persoonlijke samenwerking. In de praktijk krijgen de belangen en cultuur van beide leden echter vaak voorrang bij de besluitvorming en uitvoering. De besluitvorming is hierdoor ook vertraagd en doorzettingsmacht voor AZRR als geheel is er pas op het niveau van de RvB. Wat ook opvalt, is dat het middenmanagement een heel beperkte rol heeft in de strategische organisatieontwikkeling.

Het middenmanagement ervaart in de dagelijkse praktijk een knelpunt in de mogelijkheid om operationele en tactische beslissingen voor AZRR te nemen. De middenmanagers geven nadrukkelijk aan dat het uitblijven van de in de meerjarenplannen benoemde samenvoeging van beide leden in één organisatie, remmend werkt op de ontwikkeling en prestaties van AZRR. Dit leidt tot ontevredenheid bij het personeel. In de resultaten van het medewerkerstevredenheidsonderzoek (MTO) komt dit tot uiting. AZRR scoort hier aanmerkelijk onder de gemiddelde landelijke score. Illustratief is vervolgens de besluitvorming over een plan van aanpak om met de resultaten van het MTO aan de slag te gaan.

Het onderzoek is uitgevoerd in juni 2017. De commissie die ermee aan de slag ging, is een aantal keren bij elkaar gekomen. Medio maart 2018 is er nog geen enkele concrete verbetermaatregel getroffen. Een ander voorbeeld is de besluitvorming rondom de inzet van de planningstool van Optima.

Conclusie: de wijze van besturing van AZRR, en in het bijzonder de trage besluitvorming, leidt vertraging en/of het uitblijven van de benodigde verbeteringen. In het kader van de verbetering van de responstijden betreft dit aangelegenheden die betrekking hebben op de medewerkerstevredenheid en ontwikkelingsmogelijkheden, maar ook besluiten over de optimale inzet van de beschikbare mensen en middelen.

3.8 Conclusie onderzoeksvraag 7

- Is de samenwerking tussen de MKA als onderdeel van de Meldkamer Rotterdam-Rijnmond en de rijdienst voldoende op elkaar afgestemd?

De MKA is ondergebracht bij de VRR. Het hoofd MKA en de medewerkers achten zich in de eerste plaats onderdeel van de Gemeenschappelijke meldkamer Rotterdam-Rijnmond. Het hoofd meldkamer participeert in het MT. Er wordt een gebrek aan afstemming ervaren tussen de wensen van de rijdienst en de meldkamer door de managers ambulancezorg en de teamleiders. Ook in operationeel verband ontbreekt het aan overleg tussen MKA en rijdienst. De besluitvorming rondom het gebruik van de planningstool is eerder genoemd. In de dagelijkse praktijk werken de MKA en de rijdienst overigens wel goed samen.

Conclusie: zowel vanuit de rijdienst als vanuit de MKA wordt de positie van de MKA niet als een integraal onderdeel van de RAV gezien en is de afstemming en samenwerking onvoldoende op elkaar afgestemd.

3.9 Conclusie onderzoeksvraag 8

- In hoeverre vormt de financiële situatie van de BIOS-groep als lid van de coöperatie AZRR een financieel risico voor AZRR?

Uit de stukken die de NZa heeft opgevraagd en ingezien volgt dat de BIOS-groep als lid van de coöperatie op dit moment geen financieel risico vormt voor AZRR.

4 Handhaving

4.1 Maatregelen

De toezichthouders verwachten maatregelen van AZRR op een aantal thema's die direct of indirect een effect zouden kunnen hebben op verbetering van de responstijden. Zoals eerder geschetst, is een structurele oplossing op lange termijn alleen mogelijk als AZRR voldoende personeel kan werven en behouden. De toezichthouders verwachten dat AZRR maximaal inzet op verdere verbetering van de responstijden. AZRR wordt gevraagd een aantal verbeterplannen op te stellen. Na deze periode zal de IGJ in overleg met AZRR, afhankelijk van de inhoud van de plannen, AZRR een realistische termijn geven om de plannen uit te voeren. Indien AZRR onvoldoende meewerkt aan het opstellen en uitvoeren van de benodigde maatregelen, zal de IGJ zich beraden op passende maatregelen.

De IGJ verwacht per thema van AZRR dat zij de volgende plannen van aanpak opstellen en/of maatregelen treffen:

4.1.1 *Maatregelen op korte termijn ten aanzien van de responstijden*

Hoewel AZRR op korte termijn een aantal maatregelen heeft genomen om de gevolgen van de gestegen responstijden voor de patientveiligheid en de ketenpartners te minimaliseren, verwacht de IGJ dat zij nog een aantal maatregelen neemt om binnen de bestaande mogelijkheden de beschikbare capaciteit optimaal te benutten.

- *Inzicht in de effecten van de huidige kwaliteit van de triage en gebruik van het huidige triagesysteem.* De IGJ verwacht van AZRR binnen 4 weken een plan van aanpak of en hoe de triage op korte termijn effectiever gemaakt kan worden.
- *Verbetering van de inroostering.* AZRR levert binnen 4 weken een plan van aanpak aan hoe de inroostering verbeterd kan worden.
- *Besluit inzet van Optima Live.* De RvB neemt een besluit of en zo ja op welke wijze Optima Live ingezet gaat worden en levert in dat geval een implementatieplan met een tijdspad aan.
- *De opzet van de transferia.* AZRR levert binnen 4 weken een tijdspad aan waarin duidelijk wordt wanneer en hoe de transferia operationeel worden.
- *Inzet op de evenementenzorg.* AZRR levert binnen 4 weken een plan aan of en zo ja welke maatregelen zij neemt om de inzet op de evenementenzorg te verbeteren zodat deze minder/niet ten koste gaat van de reguliere paraatheid.
- *Monitoring responstijden.* AZRR rapporteert maandelijks de responstijden bij de IGJ en NZa met een toelichting, in ieder geval gedurende het komend half jaar. AZRR waarschuwt de IGJ en NZa actief als er een verdere verslechtering van de responstijden optreedt.

4.1.2 *Maatregelen op korte termijn voor het behoud van medewerkers*

- *Implementatieplan uitkomsten MTO.* AZRR heeft reeds een plan van aanpak aangeleverd naar aanleiding van het MTO. De IGJ verwacht dat dit plan binnen vier weken wordt aangevuld met een tijdspad en de te bereiken resultaten.

4.1.3 *Maatregelen ten aanzien van de huidige besluitvormingsstructuur*

- *Positionering van de MKA.* De MKA is een integraal onderdeel van de ambulancezorg en dus van de RAV. De Veiligheidsregio Rotterdam-Rijnmond faciliteert de technische voorzieningen. De AZRR levert binnen 4 weken een plan aan op welke wijze de beleidsmatige en operationele aansturing van de MKA vanuit het bestuursstelsel van AZRR vorm wordt gegeven.
- *Verbetering besluitvormingsproces.* AZRR levert binnen 4 weken een plan van aanpak aan om de besluitvorming binnen de organisatie te verbeteren inclusief een implementatieplan en tijdsplan.

4.2 **Aanbevelingen**

De IGJ geeft AZRR en de overige betrokkenen nog de volgende aanbevelingen mee.

- *Verbetering van de relatie tussen AZRR en de preferente zorgverzekeraars.* De aanleiding voor dit onderzoek is een melding van de zorgverzekeraars. Naar aanleiding van deze melding is een uitgebreid onderzoek ingesteld met de eerder beschreven conclusies. Daarmee is overigens niet gezegd dat alle verantwoordelijkheid voor het verbeteren van de responstijden bij AZRR ligt. De zorgverzekeraars blijven in het kader van hun zorgplicht verantwoordelijk voor de inkoop van voldoende zorg. Gegeven het geldende wettelijke stelsel is er geen mogelijkheid voor de zorgverzekeraar de zorg elders in te kopen voor de regio Rotterdam-Rijnmond. Dat maakt dat beide partijen verantwoordelijk blijven voor de beschikbaarheid van voldoende ambulancezorg in de regio. Daarom verwachten de IGJ en de NZa dat de samenwerking tussen beide partijen weer wordt hervat en inspanningen worden verricht om de relatie te verbeteren. Tevens verwacht de NZa dat de verzekeraars in het kader van hun zorgplicht er alles aan doen om de benodigde veranderingen door te voeren die moeten leiden tot het voldoen aan de norm. De inspectie adviseert verbeteringen door te voeren op de volgende punten:
- Zorgdragen voor een vertegenwoordiging van medewerkers en cliënten bij AZRR;
- Focus op belangen van AZRR als geheel in plaats van focus op de belangen van de onderscheiden leden van de coöperatie;
- Opstellen van resultaatafspraken tussen de RvT en RvB. Op dit moment is niet vastgelegd welke resultaten de RvT verwacht van de RvB en hoe zij de benodigde verbeteringen vervolgt;
- Verkleining van de afstand tussen RvB en werkvloer.

4.3 **Vervolgacties IGJ**

De IGJ zal het komende half jaar haar intensieve toezicht op AZRR voortzetten. Zoals hierboven omschreven, wordt van de AZRR verwacht dat er binnen 4 weken een aantal verbeterplannen wordt aangeleverd. Afhankelijk van de kwaliteit van deze verbeterplannen beraadt de IGJ zich op passende vervolgstappen.

4.4 **Vervolgacties NZa**

De NZa zal de regio Rotterdam-Rijnmond de komende periode intensief blijven volgen. Daarbij zal er nauw contact zijn met de betrokken zorgverzekeraars en de AZRR. De NZa verwacht van alle betrokken partijen dat zij constructief met elkaar in gesprek gaan om ervoor te zorgen dat de prestaties verbeteren. Afhankelijk van de kwaliteit van de verbeterplannen en de uitkomsten van de gesprekken tussen de partijen beraadt de NZa zich op passende vervolgstappen.

5 Openbaarmaking

Het opleggen van voornoemde maatregelen is geen besluit in de zin van de Algemene wet bestuursrecht (Awb) en daarom niet vatbaar voor bezwaar en beroep. Het besluit om dit rapport openbaar te maken, is echter wel een besluit in de zin van de Awb.

U heeft, conform artikel 4.8 van de Awb, tot maandag 14 mei 2018 17.00 uur, de gelegenheid uw eventuele bedenkingen tegen de openbaarmaking van dit rapport inzake het opleggen van maatregelen in te dienen. Het indienen van deze bedenkingen kan zowel mondeling als schriftelijk.

Indien u geen bedenkingen indient tegen openbaarmaking wordt het definitieve rapport op www.igj.nl gepubliceerd.

Indien u wel bedenkingen indient tegen openbaarmaking zullen deze in behandeling worden genomen in het kader van de Wet openbaarheid van bestuur (Wob). Hangende deze besluitvorming op grond van de Wob vindt geen actieve openbaarmaking plaats.

