

Regionaal Overleg Acute Zorg, regio VUmc en AMC

Datum: vrijdag 10 juni
Tijd: 11.30 – 13.00 uur
Locatie: De Veranda, Amsterdam
Aanwezigen: Zie bijlage 1

Voorzitters: Dr. Frank Bloemers, voorzitter ROAZ VUmc
Prof. dr. Carel Goslings, voorzitter ROAZ AMC

Welkom en opening

Frank Bloemers opent de vergadering en heet de aanwezigen welkom.

1. Terugkoppeling bijeenkomst ziekenhuisbestuurders

De heer Van der Meer geeft een terugkoppeling van de bijeenkomst met de Amsterdamse/Amstelveense ziekenhuisbestuurders. Er zijn in essentie 4 afspraken gemaakt.

1. De indruk bestaat dat de beschikbare regionale capaciteit niet altijd even doelmatig wordt ingezet, m.n. in de nacht. Er is afgesproken dat er in dit kader een inventarisatie wordt gemaakt van de nachtsituatie: o.a. hoeveel personeel is er dan aanwezig, en hoeveel patiënten presenteren zich op de SEH/EHH.
2. Er is besloten dat het niet acceptabel is dat alle Amsterdamse SEH's tegelijk een stop afkondigen, daarom is er afgesproken dat per 1 juli 2016 dit nooit meer mag gebeuren. Hoe hier inhoudelijk invulling aan wordt gegeven wordt voor die tijd uitgewerkt. Ziekenhuizen kunnen op het punt van capaciteitsproblematiek ook veel van elkaar leren. Best practices zullen worden opgehaald en worden gedeeld.
3. Een ander aandachtspunt is het personeelsprobleem m.b.t. SEH's in de regio Amsterdam. Er wordt te weinig personeel opgeleid. Het is aan de ziekenhuizen om dit op te lossen, door structureel meer mensen op te gaan leiden. De SIGRA gaat ziekenhuizen hierbij ondersteunen. Tevens is op dit punt afgesproken dat het systeem van arbeidsmarkttoelages in de regio niet zal worden toegepast.
4. Samen met de ROAZ bureaus willen de bestuurders van de Amsterdamse ziekenhuizen het ambitieniveau voor 2020 formuleren. Hierbij wordt het zorglandschap van Amsterdam/Amstelveen in kaart gebracht.

2. Resultaten patiëntstromen 2013-2015 (de heer M. Rhebergen)

De heer Rhebergen presenteert het overzicht van het project patiëntstromen over de periode 2013-2015. Ten opzichte van 2013 was er in 2015 een (kleine) afname zichtbaar in het patiënten-aanbod bij SEH's en een toename bij RAV's en HAP's. Daarnaast nam de zorgzwaarte in 2015 t.o.v. 2013 mogelijk iets toe. Dit o.b.v. toename (aantal / percentage) ouderen bij SEH's, HAP's en RAV's & deels o.b.v. hogere urgentie(s) en bestemming (opnames).

Vragen

Er wordt gevraagd of er een verband gelegd kan worden tussen ontwikkelingen in de in- en doorstroom en het aantal stops per ziekenhuis. Ook wordt gevraagd om te kijken of er een verband is tussen het aantal zelfverwijzers en het aantal sluitingen van de SEH. Dit geeft mogelijk informatie waarmee gestuurd kan worden. Men vermoedt dat er geen relatie is tussen het aantal stops en aantal zelfverwijzers. Stops gaan immers over verwijzingen via 112 en huisarts. Dit zijn vaak de hoog complexe patiënten die een zware belasting vergen van de capaciteit van SEH's. Er is een duidelijke

toename van het aantal patiënten dat na SEH moet worden opgenomen (waarvan een groeiend percentage ouderen). Dit is een mogelijke oorzaak van de stops.

3. Capaciteitsproblematiek in de regio en vervolgcities (mevrouw D. Bonink/ de heer F. de Groot)

Mevrouw Bonink biedt een overzicht van waarschijnlijke oorzaken en mogelijke oplossingen lokaal, regionaal en nationaal. Er is sprake van een toenemende (ervaren) drukte in de spoedzorg; er zijn meer piekmomenten waarbij vraag en aanbod niet op elkaar aansluiten. De oorzaak van deze krapte in capaciteit is multifactorieel: het heeft o.a. te maken met (veranderingen in) de instroom in het ziekenhuis, de doorstroom/capaciteit van SEH/ziekenhuis, en uitstroom richting verpleeg- en revalidatiezorg. Met name in Amsterdam en Kennemerland heeft dit geleid tot een sterke toename van het aantal SEH en EHH stops.

De oplossing voor deze capaciteitsproblematiek kan worden gezocht op 3 niveaus (zie de presentatie in de bijlage voor een uitgebreidere beschrijving).

- *Landelijk*

Doel was om het probleem landelijk aan te kaarten en draagvlak te creëren voor verandering. Dit is gelukt. Er is een artikel in Medisch Contact geschreven door NAZNW en een brandbrief voor VWS, gemeenten & ZN door TraumaNet. Dit laatste wordt ook verder toegelicht door Frank de Groot. Er is n.a.v. de brief een goed overleg geweest met VWS en zij zijn ook bereid om verder mee te denken over het probleem en de oplossingen. Hierover is ook een kamerbrief opgesteld door minister Schippers. In navolging hierop zal op 30 juni a.s. een Invitational conference spoedzorg plaatsvinden. Hiervoor zijn professionals en beleidsmakers uitgenodigd. De focus zal liggen op knelpunten en verbetermogelijkheden.

Tevens is gesproken met zorgverzekeraars Zilveren Kruis en VGZ. Zij herkennen geen algehele toename van de productie in de afgelopen jaren. Zij willen graag meedenken ten aanzien van deze problematiek en ook over het toekomstige acute zorglandschap in 2020.

- *Regionaal*

Doel was het regionaal faciliteren van oplossingen op regionaal niveau (binnen de focusgroepen en gebruikersoverleg Acute Zorg Portaal). Het grootste deel van de stops wordt afgekondigd door de EHH/CCU. Cardiologen herkennen de toename van oudere en complexere patiënten in de regio. Daarnaast is men ook (evidence-based) steeds vaker complexe cardiale problemen gaan behandelen (mensen worden eerder gedotterd, etc.). Dit heeft zijn weerslag op de capaciteit.

Het delen van best practices kan een goed middel zijn dat kan bijdragen aan oplossingen. Ook is men al lange tijd bezig met het in kaart brengen van patiëntenstromen.

Er wordt in de focusgroepen SEH en Cardiologie ook nagedacht over de capaciteitsproblematiek. In de focusgroep Cardiologie is gesproken over het uitvoeren van electieve operaties in de ANW uren, waardoor doelmatiger met de capaciteit wordt omgegaan. Dit gebeurt al in Alkmaar. Verder wordt ook nagedacht over het overplaatsen van cardiale patiënten naar ziekenhuizen die het minder druk hebben (zoals bijvoorbeeld het MC Slotervaart en NWZ, Alkmaar). Ook wordt gesproken over mogelijkheden om bepaalde (minder acute) aandoeningen niet meer op de EHH te zien, maar hiervoor bijvoorbeeld ruimte te maken op de polikliniek.

In de focusgroep SEH is een werkgroep aan het kijken naar de tariefstructuur op de SEH. De huidige tariefstructuur zorgt voor onevenredig hoge kosten voor een patiënt die overdag bij de SEH komt met een klacht die ook door de huisarts had kunnen worden afgehandeld. Differentiatie van tarieven (laag tarief voor laagcomplexere zorg op de SEH) kan deze ongelijkheid verbeteren. Het is

onduidelijk of dit zal bijdragen aan de capaciteitsproblematiek. Dit wordt niet door een ieder ondersteund: de huidige tariefstructuur zorgt er wél voor dat mensen niet onnodig naar de SEH gaan, maar juist naar de huisarts of de HAP.

Tot slot heeft het probleem ook gevolg gekregen in het gebruikersoverleg van het AZP. Hier is de mogelijkheid besproken om al eerder een bypass voor een ziekenhuis te creëren, dus nog voordat er een stop moet worden afgekondigd: Wanneer de drukte toeneemt kan een ziekenhuis worden ontzien, maar gaat niet dicht.

Bovendien hebben ambulances in Amsterdam sinds 1 juli via een iPad op de ambulance inzicht in de capaciteit middels het AZP zodat zij ook direct naar het beschikbare ziekenhuis kunnen rijden.

- *Lokaal*

Doel hiervan betreft het geven van specifieke aanbevelingen op lokaal niveau (meldkamer, ambulancedienst, ziekenhuizen). Er is door de ROAZ bureaus al veel data verzameld. Indien gewenst gaan de bureaus graag met ziekenhuizen aan de hand hiervan in gesprek om hen te voorzien van advies op maat. In de presentatie worden als voorbeeld de beschikbare cijfers van twee ziekenhuizen getoond (VUmc en NWZ, Alkmaar).

Vragen

Genoemd wordt nog een mogelijke oorzaak. Het zorglandschap is in de afgelopen jaren drastisch veranderd: Er worden meer complexe behandelingen uitgevoerd, terwijl de ligduur na deze ingrepen drastisch is verkort. Er is dus meer (complexere) zorg ingekocht, maar geen extra capaciteit aan acute SEH zorg om problemen bij patiënten (die ontstaan in de thuissituatie) na een complexe ingreep, het hoofd te bieden.

Naast een toename in de zorgzwaarte en het aantal opnames zien we ook een toename van het aantal zaken dat geregeld/gecoördineerd moet worden om iemand weer (met de juiste zorg) naar huis te laten gaan (vanaf de SEH). De organisaties die deze zorg moeten leveren zijn echter geen 24-uurs bedrijven. Geopperd wordt het idee voor een soort regionale '24/7 thuis-transfer-spoedpost' om patiënten met adequate hulp weer naar huis te krijgen. Dit geeft mogelijk weer wat lucht voor ziekenhuizen.

Deze en andere zaken komen ook aan de orde in de invitational conference spoedzorg op 30 juni a.s.

4. IGZ meldingen (de heer C. Goslings)

Dhr. Goslings geeft een toelichting op twee IGZ-meldingen en de ondernomen acties.

Capaciteitsproblematiek & stops

Er is een gezamenlijke reactie gegeven vanuit beide ROAZ regio's waarin problematiek (toename stops) wordt (h)erkend met daarbij een plan van aanpak. De IGZ heeft de melding vervolgens afgesloten.

Neuro-chirurgische overplaatsingen (AMC)

N.a.v. incident met een patiënt worden conclusies van het onderzoeksteam gepresenteerd. Er zijn een vijftal verbetermaatregelen opgesteld:

- Het AMC heeft een zorgplicht voor patiënten die zich bevinden in ziekenhuizen in haar ROAZ regio die een indicatie hebben voor opname op de Intensive care van het tertiaire centrum, nl. het AMC;
- Deze plicht geldt ook als op het moment van overplaatsing (nog) geen hoofdbehandelaar bekend is;

- Indien geen hoofdbehandelaar bekend is op het moment van overplaatsing is het aan de IC-arts te bepalen wie er in consult wordt/worden gevraagd. Op een later tijdstip zal de hoofdbehandelaar voor het traject ná de IC worden vastgesteld.
- In geval er geen capaciteit is op de IC van het AMC, wordt het verwijzende ziekenhuis verzocht een ander tertiair centrum te benaderen;
- De ziekenhuizen in de ROAZ regio AMC verplichten zich om desgevraagd patiënten die eerder werden overgeplaatst naar het AMC om redenen zoals benoemd onder 1. maar die geen tertiaire zorg meer behoeven, weer terug te nemen.

Vragen

Er wordt aangegeven dat bovenstaande nog niet het probleem wegneemt van het overplaatsende ziekenhuis dat een IC bed zoekt. Als er geen plek is in het tertiaire centrum, en het tertiaire centrum kan vervolgens ook geen plek elders vinden, dan moet niet het overplaatsende ziekenhuis met de patiënt blijven zitten. Het tertiaire centrum moet dan het proces overnemen. De complexe IC-zorg is juist het bestaansrecht van tertiaire centra.

De heer Goslings geeft aan dat het tertiaire centrum zorgplicht heeft voor geïndiceerde patiënten in de regio, óók bij beperkte capaciteit. Het blijft wel afhankelijk van het spoedeisende karakter van de patiënt.

5. Opgeschaalde zorg

Ketensamenwerking (De heer J. Woldman)

De heer Woldman presenteert de ontwikkelingen in de regio, de verantwoordelijkheden van de GHOR en tot slot een terugblik op de Thema-avond Terrorisme.

Voortgang Netcentrisch Werken (De heer L. Notenboom)

De heer Notenboom presenteert de laatste stand van zaken m.b.t. project Netcentrisch Werken. Na een korte terugblik geeft hij een terugkoppeling op de gehouden workshops met de instellingen en de GHOR-bureaus. De opbrengsten uit de workshops worden meegenomen in de blauwdruk voor de implementatie.

De planning voor 2016 is als volgt: benoemen rolverantwoordelijke informatiecoördinator door zorginstellingen, 3^e/4^e kwartaal; training informatiecoördinator en tenslotte ROAZ 2 december 2016 definitief besluit GO live.

Vragen

Er zijn geen vragen/opmerkingen.

6. Notulen ROAZ VUmc/AMC 19 februari 2016

Het verslag is vastgesteld en goedgekeurd.

7. Rondvraag

Er zijn geen vragen.

Volgende data ROAZ VUmc/AMC in 2016:

- Vrijdag 23 september 11.00 – 13.00 uur
- Vrijdag 2 december 11.00 – 13.00 uur