

Regionale Procedure voor het Acut Zorgportaal

Afspraken, communicatie en afstemming rondom capaciteit (stops) ziekenhuizen in de ROAZ-regio's AMC en VUmc

Versiebeheer		
Versie	Datum	Status
2.1.	12-11-2015	Benadrukken rol MKA/ambulance bij regionaal capaciteitsprobleem.
2.0	02-07-2015	Definitieve versie na akkoord ROAZ 19-06-2015. Opmerkingen bijeenkomst hierin doorgevoerd.
1.6	21-05-2015	Via mail goedgekeurd door alle leden gebruikersgroep.
1.5	08-04-2015	In gezamenlijke gebruikersoverleg procedure besproken.

Functionaris (Naam instelling)

Wendy Haverkort (MKA NHN)
Jan Kooyman (MKA Kennemer)
Jaap-Frank Ponstein (MKA A'dam)
Yvonne den Ouden (MKA G&V)
Remko Knook (MKA Flevo)
Ellen Martens (RKZ)
Emil Hofstra (VUmc)
Victor Hakkenberg van Gaasbeek (AMC)
Esther Hiemstra (MC Groep)
Ronald Houwing (Amstelland)
Tineke de Roos (Gemini)
Karin Vellema (KG)
Arjan Lindeboom (WFG)
Diana Nuijs (SLAZ)
Gijs de Vente (OLVG)
Gretha Postma (MCA)
Jolande Eggink (SLV)
Louis Vos (Flevo)
Marja Kemp (BovenIJ)
Reiny Driessen (BovenIJ)
Yolande de Bont (WLZ)
Marian Schoonhoven (Tergooi)
Sanne Bekebrede (ZMC)
Paul Comanne (Spaarne)
Frank de Groot TraumaNet AMC)
Martijn Rhebergen (NAZVUmc) AUTEUR
Mariska Klooster (TraumaNet AMC) AUTEUR

Achtergrond

In het verleden is vanuit de Meldkamer Ambulancezorg (MKA) herhaaldelijk bezorgdheid uitgesproken over de diverse en veelvuldige stops van ziekenhuizen in de ROAZ regio's VUmc en AMC. Met name vanuit de MKA was er behoefte aan regionaal inzicht in de capaciteit (stops) van de ziekenhuizen. Hierbij gaat het er voor de MKA om, dat patiënten met een acute zorgvraag daadwerkelijk gepresenteerd en opgevangen kunnen worden. Voor de ziekenhuizen geldt dat zij optimale eerste opvang en stabilisatie voor de acute patiënt kunnen garanderen¹.

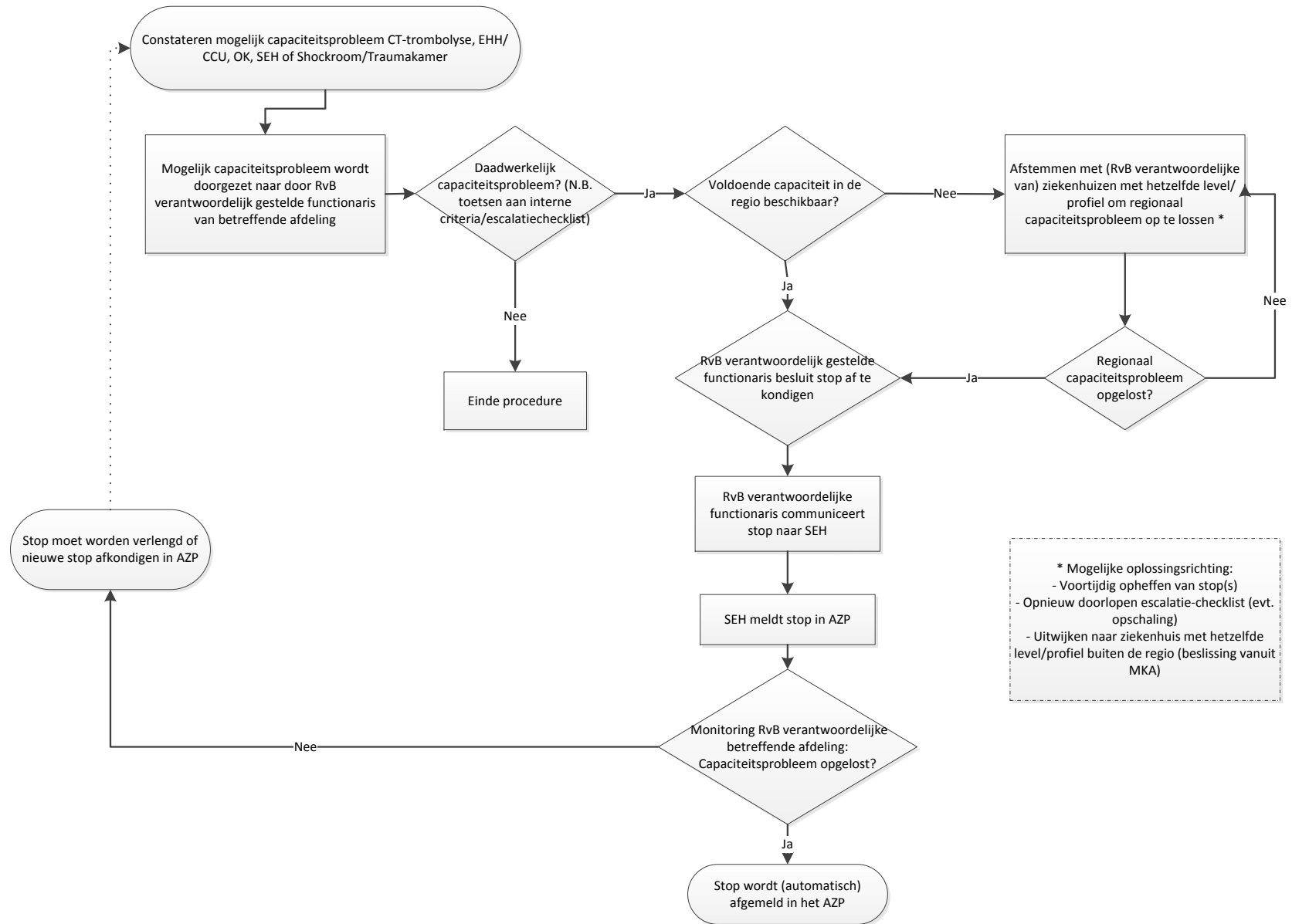
Hoewel stops in principe ongewenst zijn, is het in beide regio's onder voorwaarden (werkafspraken) geaccepteerd, mits goed gecommuniceerd en afgestemd (zowel tussen ziekenhuizen onderling als met de MKA). Om hier uitvoering aan te geven is een aantal jaar geleden door de regionale MKA's en ziekenhuizen een notitie opgesteld. In navolging hierop is in 2012, in samenwerking met Finalist, NVZ en Nictiz, het Acut Zorgportaal (AZP) ontwikkeld. In deze online applicatie kunnen ziekenhuizen stops afkondigen waardoor zowel de MKA als de overige ziekenhuizen in de regio 24/7 inzage hebben in de regionale capaciteit. Dit draagt bij aan optimale patiëntenspreiding.

Recent is gebleken dat het gebruik van de notitie en het AZP verdere uitwerking en optimalisatie behoeft. Het moet helder zijn *wie, wat, wanneer* communiceert en afstemt. Hiertoe hebben het Netwerk acute zorg, regio VUmc en TraumaNet AMC als ondersteunende bureau's, samen met de betrokken gebruikers deze procedure opgesteld. Een belangrijke toevoeging ten opzichte van de eerdere notitie betreft *onderlinge* communicatie en afstemming wanneer meerdere ziekenhuizen tegelijk eenzelfde soort stop afkondigen. Ten aanzien van deze onderlinge afstemming beperkt de onderliggende procedure zich tot de situaties waarin het absoluut noodzakelijk is onderling af te stemmen (zie figuur 1 en 2).

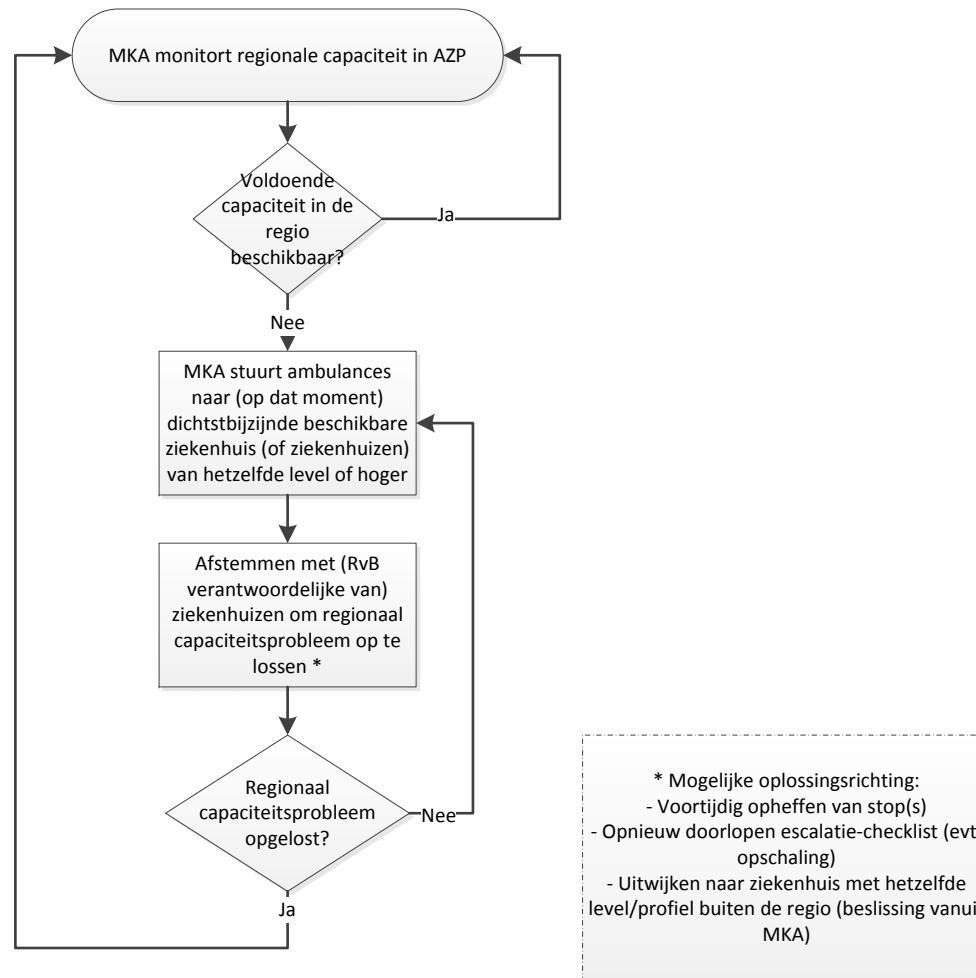
In algemene zin geldt in de regio het volgende uitgangspunt:

Er ontstaat geen vermijdbare vertraging in de termijn waarop de (potentieel) vitaal bedreigde patiënt met een acute zorgvraag noodzakelijke specialistisch hulp krijgt op een daartoe geëquipeerde SEH of specifieke afdeling.

¹ Het gaat hierbij expliciet niet om de opnamecapaciteit op de verpleegafdeling en/of de IC.



Figuur 1: Schematische weergave regionale procedure AZP voor ziekenhuizen



Figuur 2: Schematische weergave regionale procedure AZP voor meldkamers

Procedure

Wie?

Ziekenhuis

Ieder deelnemend ziekenhuis heeft zijn eigen interne procedure rondom het afkondigen van een stop. Daarin is o.a. schriftelijk vastgelegd wie de verantwoordelijken zijn voor beslissingen omtrent het vaststellen van een capaciteitsprobleem en sluiting van de SEH of eventueel andere afdelingen. In de regio is afgesproken dat hiervoor één of meerdere door de RvB gemandateerde medisch verantwoordelijken beslissingsbevoegd worden gemaakt. Het is essentieel dat zij 24/7 bereikbaar zijn, vooral ook tijdens drukke situaties/momenten. Wellicht zouden lijnfunctionarissen of managers hiervoor geschikte functionarissen zijn. Afgesproken is dat het daadwerkelijk invoeren/melden van een stop in het AZP altijd via de SEH verloopt.

MKA-centralisten

De MKA-centralisten hebben door hun continue gebruik van het AZP een actieve rol in het behouden van overzicht over en anticiperen op de regionale capaciteit en beschikbaarheid.

Wat?

Capaciteitsprobleem intern

De daadwerkelijke vaststelling van een capaciteitsprobleem in het ziekenhuis en het wel/niet afkondigen van een stop in het AZP is afhankelijk van interne criteria en van de externe capaciteit in de regio. Interne criteria, die zijn opgenomen in de interne procedure(s) van het ziekenhuis zijn bijvoorbeeld:

- X-aantal lege bedden/kamers?
- Doorlooptijd op afdeling?
- Geen inzet extra / uitwisseling personeel mogelijk?

Het is aan te bevelen om hiervoor een 'escalatie-checklist/schema' op te stellen waarin praktische oplossingsrichtingen worden geboden (bijv. interne verplaatsing van materiaal en personeel). Voorbeelden hiervan zijn gedeeld met de regio.

Capaciteitsprobleem extern (regio)

De externe capaciteit dient het ziekenhuis te toetsen aan de hand van het AZP. Het kan door pieken in het patiënten-aanbod voorkomen (bv. door een calamiteit) dat meerdere ziekenhuizen tegelijk een stop willen afkondigen. Tijdige en heldere communicatie en afstemming tussen ziekenhuizen en MKA('s) is in dat geval essentieel. Denk hierbij aan de situatie dat beide level-1

centra een traumakamer-stop willen afkondigen, of dat alle ziekenhuizen in Amsterdam een EHH/CCU-stop melden. Afgesproken is dat er (ook) in deze situatie regionaal *altijd voldoende* ziekenhuizen beschikbaar zijn voor patiënten met een acute zorgvraag. De beschikbaarheid van voorzieningen voor de opvang en behandeling van alle categorieën patiënten met een acute zorgvraag dient op regionaal niveau binnen de bestaande normen te blijven en gewaarborgd te zijn².

Type, soort en normtijd stops

Indien er in een ziekenhuis daadwerkelijk een capaciteitsprobleem is vastgesteld waardoor de kwaliteit van zorg voor de acute patiënt niet gewaarborgd is, kan het ziekenhuis *tijdelijk* een stop afkondigen in het AZP. Hierbij is afgesproken om onderscheid te maken in het *type* stop en het *soort* stop. Per soort stop is in de regio bovendien een heldere normtijd afgesproken.

- *Type stop*

Met betrekking tot het type stop dient het ziekenhuis onderscheid te maken tussen:

- Gepland
- Niet-gepland

Geplande stops worden afgekondigd bij voorziene capaciteitsproblemen, zoals onderhoud van apparatuur, bouwwerkzaamheden, ernstig niet op te vangen personeelstekort etc.

Niet geplande stops worden afgekondigd bij niet voorziene (overige) capaciteitsproblemen. Het zal hier in de meeste gevallen gaan om een piek in patiëntaanbod of acute storing van apparatuur.

- *Soort stop*

Met betrekking tot het soort stop dient het ziekenhuis onderscheid te maken tussen:

- CT Trombolyse
- EHH/CCU
- OK
- SEH
- Shockroom/Traumakamer

N.B. Iedere soort stop heeft alleen gevolge voor presentatie van de betreffende patiëntencategorie, dat wil zeggen dat tijdens het afkondigen van bijvoorbeeld een OK-stop er wel

² Kamerbrief 'Kwaliteitsindeling spoedeisende hulp (SEH)'; Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport; 23-12-2009.

patiënten gepresenteerd worden voor CT Trombolyse, EHH/CCU, SEH en Shockroom/Traumakamer.

- Uitzondering IC/Verpleegafdeling

Hoewel een relatie tussen capaciteit aan de voordeur (zoals SEH) en de capaciteit in huis (IC/Verpleegafdeling) wordt onderkend, zijn capaciteitsproblemen in huis in principe geen reden om een stop aan de voordeur af te kondigen.

Wel wordt onderkend dat beschikbaarheid van IC-capaciteit van evident belang is voor de opvang van vitaal bedreigde patiënten. Echter, vooraf kan deze inschatting niet altijd worden gemaakt en indien noodzakelijk zal een patiënt na stabilisatie op de shockroom/traumakamer eventueel ook overgeplaatst kunnen worden naar een beschikbaar IC bed op een andere locatie. Ziekenhuizen kunnen hun IC-capaciteit bijhouden via www.zorg-capaciteit.nl. In het AZP is een inzage-functionaliteit opgenomen naar deze website. Deze is ook inzichtelijk voor de MKA-centralisten.

Normtijden (niet-geplande stops)

Binnen de ROAZ regio's VUmc en AMC zijn de volgende normtijden geformuleerd voor niet-geplande stops. Deze tijden zijn verwerkt in het AZP. Binnen dit tijdsbestek dient het capaciteitsprobleem in het ziekenhuis in principe opgelost te zijn.

Soort stop	Normtijd
CT Trombolyse	2 uur
EHH/CCU	2 uur
OK	4 uur
SEH	2 uur
Shockroom/Traumakamer	1 uur

Wanneer?

Het is belangrijk dat de bovenstaande afspraken en voorwaarden op het juiste moment worden afgestemd en gecommuniceerd. Dit wordt hieronder beschreven in een drietal stappen. In figuur 1 en 2 zijn deze processtappen ook schematische weergegeven.

Stap 1 - Vaststellen capaciteitsprobleem

Startpunt van de procedure is het constateren van een mogelijk capaciteitsprobleem op de afdeling SEH, Traumakamer/Shockroom, OK, EHH/CCU of CT-trombolyse. Het ziekenhuis dient vervolgens vast te stellen of er sprake is van een capaciteitsprobleem en te besluiten of er een stop kan worden afgekondigd. Zoals gezegd dient het ziekenhuis dit te toetsen aan de hand van interne criteria en van de externe capaciteit in de regio zichtbaar in het AZP. Het mogelijke capaciteitsprobleem dient intern zo snel mogelijk te worden doorgezet naar de RvB verantwoordelijk gestelde functionaris.

Voldoende regionale capaciteit

Indien er intern sprake is van een capaciteitsprobleem en er in de regio voldoende capaciteit bestaat, kan de RvB verantwoordelijk gestelde functionaris het besluit nemen om een stop af te kondigen in het AZP (zie stap 2). Indien een geplande stop wordt afgekondigd, dient er vooraf telefonische afstemming plaats te vinden met een ander ziekenhuis met hetzelfde level/profiel (bijv. AMC/VUmc en KG/Spaarne). Hiermee weet dit ziekenhuis dat het patiënten-aanbod kan toenemen. Zij kunnen hier dan vroegtijdig op anticiperen.

Onvoldoende regionale capaciteit

In de uitzonderlijke situatie dat er in de regio onvoldoende capaciteit lijkt te bestaan, dan kan de RvB verantwoordelijk gestelde functionaris nog niet besluiten een stop af te kondigen in het AZP. Dit betekent dat het laatste ziekenhuis in de rij probleem eigenaar is en telefonisch contact dient op te nemen met (de RvB verantwoordelijke) van het ziekenhuis (of ziekenhuizen) met eenzelfde level/profiel om dit probleem op te lossen (zie bijlage voor overzicht potentiële achterwachtziekenhuizen per ziekenhuis). Een aantal oplossingsrichtingen zijn:

- Voortijdig opheffen van stop(s)
- Opnieuw doorlopen escalatie-checklist (evt. opschaling van ziekenhuis/ziekenhuizen)
- Uitwijken naar ziekenhuis met hetzelfde level/profiel buiten de regio (Bijvoorbeeld: afstemming UMC Utrecht voor Level I trauma). Dit is een beslissing vanuit de MKA.

In principe zal aan de hand hiervan in goed overleg een oplossing worden gevonden. Zolang het probleem echter niet is opgelost, mag de ambulance altijd presenteren en moet er eerste opvang worden geboden.

(Parallele) Actie MKA (zie figuur 2)

Het doorlopen van de bovenstaande processtap (in geval van onvoldoende regionale capaciteit) kost veel tijd. Dit is niet in het belang van de patiënt. Het is daarom essentieel dat ook de meldkamercentralist aan de hand van het AZP continu het regionale overzicht behoudt en actief en tijdig anticipeert op een mogelijk regionaal capaciteitsprobleem. Indien er daadwerkelijk een regionaal capaciteitsprobleem bestaat, neemt de MKA tijdig contact op met (de RvB verantwoordelijke) van het betreffende ziekenhuis (of ziekenhuizen) met eenzelfde level/profiel, om af te stemmen of een eerder afgekondigde stop alvast kan worden opgeheven.

- ➔ Hierbij is het van belang dat de centralist goed kijkt naar het soort stop dat is afgekondigd. Bij een SEH-stop kunnen er dus nog steeds patiënten voor de CT-trombolyse gepresenteerd worden. Belangrijk hierbij is dat zodra er tussentijds een stop wordt opgeheven, dat de centralist dit ook op de juiste wijze communiceert aan de ambulance(s) via de pagers.

N.B. In het uiterste geval kan de MKA besluiten om in overleg met de RvB verantwoordelijken van de betreffende ziekenhuizen alle stops te laten vervallen. Ook hier geldt dat zolang het probleem niet is opgelost, de ambulance altijd mag presenteren en er eerste opvang moet worden geboden.

Stap 2 - Afkondigen van de stop in het AZP

Wanneer is vastgesteld dat er sprake is van een intern capaciteitsprobleem op de afdeling SEH, Traumakamer/Shockroom, OK, EHH/CCU, CT-trombolyse en er voldoende capaciteit bestaat in de regio kan de RvB verantwoordelijke het besluit nemen om een stop af te kondigen. Afsproken is dat de SEH alle soorten stops afkondigt in het AZP. Dit betekent dat de daadwerkelijk invoer bijvoorbeeld door een manager SEH of coördinerend SEH-verpleegkundige wordt gedaan. Bij de melding/invoering van de stop in het AZP dient te worden vermeld:

- Type stop
- Soort stop
- Achterwachtziekenhuis

- Naam en functie van RvB verantwoordelijke
- Ingangsdatum/tijd (alleen bij een geplande stop)
- Verwachte eindtijd

Op het moment dat een (niet-geplande) stop afgekondigd wordt, kan er via het AZP een automatisch gegenereerde mail worden gestuurd naar alle betrokkenen om de interne communicatie binnen het ziekenhuis af te dichten (bv. automatisch mail naar stops@amc.nl).

Stap 3 -Monitoring/oplossing stop

Na invoering van de stop in het AZP dient (de RvB verantwoordelijke) van de betreffende afdeling zicht te blijven houden op de status van het capaciteitsprobleem. Er zijn drie mogelijkheden voor het opheffen van de stop, die ook geborgd dienen te zijn in de interne procedure.

Op de verwachte eindtijd

Indien de afgekondigde stop (ongeveer) op de verwachte eindtijd afloopt, dan zal de SEH geen actie hoeven te ondernemen. De stop loopt door het instellen van de eindtijd bij invoering automatisch af.

Voor de verwachte eindtijd

Indien de afgekondigde stop voor de verwachte eindtijd afloopt, dan dient de SEH de stop direct af te melden in het AZP.

Na de verwachte eindtijd

Indien de afgekondigde stop na de verwachte eindtijd afloopt, dan dient de SEH actie te ondernemen. In dit geval dient het capaciteitsprobleem en de stop opnieuw te worden beoordeeld door de desbetreffende RvB verantwoordelijk gestelde functionaris. Stap 1 en 2 dienen hierbij opnieuw te worden doorlopen. Wanneer dit gebeurt voor de verwachte eindtijd kan de stop verlengd worden. Anders moet er een nieuwe stop afgekondigd worden.

Aandachtspunten in gebruik en toepassing Acuuu Zorgportaal

Het Acuuu Zorgportaal wordt sinds 2012 gebruikt in de ROAZ-regio's AMC / VUmc. Op basis van ervaringen van de eindgebruikers, analyse van interne protocollen en de data uit het portaal

zijn hieronder een aantal aandachtspunten geformuleerd. Voor het optimaal benutten van het Acuuu Zorgportaal is het belangrijk dat ketenpartners de voorliggende procedure intern borgen.

MKA

- ➔ Rekening houden met goede spreiding zodat stops niet voor hoeven te komen.
- ➔ Stops duidelijk communiceren naar rijdende ambulances
- ➔ Acuuu Zorgportaal staat 24/7 open

Ziekenhuizen

- ➔ Update interne protocollen (en/of escalatiechecklist) a.d.h.v. deze procedure
- ➔ Borging van de procedure binnen het ziekenhuis (24/7) (o.a. bekendheid van alle betrokkenen op de verschillende afdelingen)
- ➔ (Her)benoemen van RvB-verantwoordelijken
- ➔ Acuuu Zorgportaal staat 24/7 open op de SEH
- ➔ Verder definiëren van interne criteria voor afkondigen stop (momenteel in interne protocollen of niet benoemd en veel variatie in wanneer een stop af te kondigen)

Terugkoppeling

Zowel op operationeel, als op bestuurlijk niveau, is een periodieke terugkoppeling van alle stops gewenst. Op deze manier is het mogelijk om te monitoren of met de gemaakte afspraken de beoogde (kwaliteit van) zorg geleverd wordt. Ondanks dat het afkondigen van een stop een interne bedrijfsbeslissing is, dient regionaal geborgd te worden dat de opvang en behandeling van de acute patiënt binnen de bestaande normen gehaald wordt.

Operationeel: Regionaal Gebruikersoverleg

Twee keer per jaar wordt er een regionaal gebruikersoverleg georganiseerd. Hierin worden ervaringen gedeeld en een rapportage gegeven van de stops uit een bepaalde periode. Deze rapportage wordt gemaakt door de ondersteunende bureau's. In deze rapportage wordt, naast het aantal afgekondigde stops in een bepaalde periode, ook gekeken naar de redenen en de duur van de stops. Doel van de periodieke rapportage is dan ook om de beschikbare capaciteit van de ziekenhuizen in de beide ROAZ regio's verder te optimaliseren.

Bestuurlijk: ROAZ

Naast terugkoppeling op operationeel niveau is ook een terugkoppeling op bestuurlijk niveau gewenst. Dit gebeurt twee keer per jaar tijdens het bestuurlijk overleg in een presentatie op basis van de bovengenoemde periodieke rapportage. Uiteindelijk is het ROAZ het gremium dat kan beslissen of er aanvullende afspraken of maatregelen nodig zijn.

Bijlagen

1. Potentiële achterwachtziekenhuizen per ziekenhuis per type stop (volgt)
2. Handleidingen Acuuut Zorgportaal (volgt)
 - a. MKA
 - b. Ziekenhuis