

Notulen ROAZ VUmc/AMC

Datum : Vrijdag 16 juni 2017
Locatie : Veranda, Amstelveenseweg 764, 1081 JK Amsterdam
Tijd : 10.00-13.00 uur
Voorzitter: : Yvo Roos

Welkom en Opening

Frank de Groot neemt het woord en kondigt een naamswijziging aan van TraumaNet AMC. Er wordt gevraagd naar de motivatie voor de naamswijziging. Vervolgens wordt Yvo Roos voorgesteld als nieuwe ROAZ voorzitter voor het ROAZ van de regio AMC. Yvo Roos opent de vergadering.

1. Focusgroepen - Acute Verloskunde (Martijn Rhebergen en Marie-Fleur v/d Steeg)

Martijn Rhebergen presenteert de conclusies van het onderzoek dat is uitgevoerd naar de verloskundige capaciteitsproblemen bij de ziekenhuizen in Amsterdam. Sinds de sluiting van de verloskunde in het MC Slotervaart is er een sterke toename van het aantal weigeringen. Verloskundigen moeten hierdoor soms meerdere ziekenhuizen bellen om de zwangere vrouw opgenomen te krijgen. Het onderzoek had als doel om de regionale problematiek in kaart te brengen, en te kijken naar onderliggende oorzaken en mogelijke oplossingen.

Het totaal aantal bevallingen is eigenlijk gelijk gebleven sinds de sluiting van MC Slotervaart. Dat wil zeggen dat de zwangeren vanuit MC Slotervaart zijn verspreid over de ziekenhuizen in de stad zonder toename van capaciteit bij deze ziekenhuizen (met O&G verpleegkundigen). Naar verwachting gaat het om een tekort van 6-9fte O&G verpleegkundigen, met name aan de Zuid(Oost)/West kant van Amsterdam. Slechts een klein deel van de zwangeren bevalt buiten Amsterdam.

Er worden drie oplossingsrichtingen geschetst. Enerzijds zouden bestuurders en verzekeraars meer budget moeten vrijmaken voor het (extra) werven en opleiden van O&G verpleegkundigen. Anderzijds zou vanuit de Netwerken en focusgroepen met professionals kunnen worden gesproken over functiedifferentiatie, behoud zwangeren in de 1^e lijn of betere spreiding van zwangeren over de stad. Op korte termijn wordt hier het Acuut Zorgportaal (AZP) voor aangepast.

Marie-Fleur v/d Steeg geeft het implementatietraject weer voor het gebruik van het AZP binnen de verloskunde. Inmiddels zijn alle 1^e lijns praktijken geïnformeerd en hebben een handleiding en inlogcode ontvangen. Ziekenhuizen moeten intern afspraken maken wanneer en wie er een stop afkondigt. Vanaf 1 juli kan de regio Amsterdam gebruik maken van het AZP, met een overgangsperiode van 3 maanden tot 1 oktober.

- Er wordt gevraagd hoe het kan, dat als de verloskamer-capaciteit voldoende lijkt te zijn, het heeft kunnen gebeuren dat er na de sluiting van MC Slotervaart niet voldoende verpleegkundige capaciteit was. Er kwam immers ook personeel vanuit MC Slotervaart beschikbaar. Het blijkt dat een groot aantal van deze mensen de overstap niet meer wilde maken en heeft besloten uit het vak te stappen. Ze zijn allen benaderd door

VUmc.

- De zomerperiode is 'berucht', vanwege een piek in de verloskundige zorg en een daling van de beschikbaarheid van personeel (door vakanties). Er wordt gevraagd hoe we hier de komende periode gezamenlijk in optrekken. Op de lange termijn lijkt het goed om na te denken over een betere vakantiespreiding. Op de korte termijn kunnen we door middel van het AZP zorgen voor een betere spreiding. Er wordt geopperd om ook ziekenhuizen uit de schil net buiten Amsterdam te betrekken in oplossingsrichtingen, nu het probleem in Amsterdam zo groot wordt. Zij zullen hiervoor worden benaderd.

2. Bovenregionaal Gewondenspreidingsplan (Arjan Nauta) (bijlage)

Arjan Nauta geeft een presentatie over het bovenregionaal gewondenspreidingsplan.

Er is een concept gevormd in afstemming met de ambulancediensten en de Netwerken Acute Zorg. Dit concept is voorgelegd aan de focusgroep opgeschaalde zorg en overige betrokkenen. Arjan presenteert de verschillende stappen en acties binnen het gewondenspreidingsplan, en vervolgens het implementatietraject. In de maanden juli tot september moeten crisisplannen van zorginstellingen worden aangesloten op het bovenregionaal gewondenspreidingsplan, en moet er een werkinstructie worden opgesteld voor meldkamercentralisten. Vanaf 1 oktober moet het gewondenspreidingsplan operationeel zijn en worden ingesloten middels OTO-activiteiten.

Het ROAZ wordt gevraagd om akkoord voor implementatie per 1 oktober 2017.

Er worden nog een aantal opmerkingen gemaakt. Er moet ook gekeken worden naar de verschillen tussen level-2 ziekenhuizen. Ook dient er sneller dan voorheen een 'koud' ziekenhuis te worden aangewezen voor de opvang van niet-trauma's. Verder moet ook worden gekeken naar overplaatsingen vanuit het calamiteitenhospitaal in Utrecht. Hier wordt alleen de eerste opvang gedaan, daarna moeten patiënten elders worden opgenomen. Tot slot moet er nog worden toegevoegd wanneer het document gereviseerd dient te worden.

Het ROAZ gaat akkoord met implementatie van het bovenregionaal gewondenspreidingsplan per 1 oktober 2017.

3. Veranderende rol van de meldkamer in de acute zorgketen (Frank Berg en Renate Bongaards)

Frank Berg en Renate Bongaards geven een presentatie over het ADAM project. De Meldkamer Ambulancezorg (MKA) Amsterdam-Amstelland heeft zich als doel gesteld meer regie te willen voeren op de acute zorgketen. Hiervoor is informatie uit verschillende bronnen onontbeerlijk. Maar om in het complexe en veeleisende werkveld goed informatie gestuurd te kunnen werken, moet de informatie wel actueel, compleet, breed toegankelijk, goed bruikbaar en overzichtelijk zijn voor de MKA centralist. Het ADAM project is een *proof of concept* van een jaar met het Amerikaanse Intermedix. Intermedix biedt een webbased dashboard om eenvoudig informatie te kunnen delen. De meldkamer kan via het dashboard het aantal beschikbare behandelplekken zien.

Een andere functionaliteit is gericht op evenementen. In Amsterdam zijn veel evenementen. De GHOR informeert de MKA hierover, stuurt draaiboeken en ook nog wel eens addenda op deze draaiboeken. Door middel van het dashboard weet de meldkamer dat het altijd beschikt over de meest actuele versie van het draaiboek.

Ook het MMT wordt meegenomen in dit project. Een webbased dashboard waarop de

beschikbaarheid wordt getoond en daarbij een verwachte eindtijd, maakt sneller duidelijk of er uitgeweken moet worden naar een andere Lifeliner.

4. **Start Zorgnetwerken Antibiotica Resistentie (Ad Olijhoek)**

Ad Olijhoek is aangesteld als Kwartiermaker voor de twee Zorgnetwerken antibioticaresistentie in Noord-Holland en Flevoland. Als kwartiermaker heeft hij de taak om in de komende 2 jaar samen met de leden van het regionale coördinatieteam (RCT; een per netwerk) en met partijen uit de zorg, behandelsector en publieke gezondheid te komen tot een samenwerkingsverband dat zich richt op goed antibioticagebruik en het voorkomen van toename en verspreiding van antibioticaresistentie. Er is voor de twee ROAZ regio's één stuurgroep ingesteld, met daaronder twee coördinatieteams: West (regio Netwerk Acute Zorg Noordwest) en Oost (regio SpoedZorgNet). Voor beide coördinatieteams zijn er nog enkele rollen waar nog invulling voor moet worden gevonden.

Ad Olijhoek heeft een drietal vragen aan het ROAZ, waar hij graag per mail (aolyhoek@ggdhn.nl) antwoord op ontvangt:

- Wat is volgens u (voor u / uw organisatie) de handigste wijze om aan te haken bij dit project?
- Kent u buiten dit overleg (bestuurlijke) gremia waar de Regionale coördinatieteams zich zouden moeten laten horen?
- Kent u initiatieven op het gebied van ABR?

Er wordt gevraagd of huisartsen ook betrokken worden bij dit project, omdat zij een belangrijke schakel zijn als het gaat om antibioticaresistentie. Huisartsen worden wel degelijk betrokken, maar het is een aandachtspunt; ze werken weinig gegroepeerd. Er wordt nu naar gezocht. De verwachting is om hier in het najaar meer over te kunnen vertellen.

5. **Best Practices: er één uitgelicht (Susanne Smorenburg)**

Susanne Smorenburg geeft een presentatie over het project 'Beter oud in Amsterdam'. Het project is gericht op het organiseren van gestructureerde ouderenzorg in de 1e lijn. Het aantal thuiswonende kwetsbare ouderen neemt sterk toe en daarmee stijgt ook de zorgvraag. Dat vereist nieuwe werkwijzen van zorg en ondersteuning. Om zo lang mogelijk zelfredzaam te zijn, is samenhangende eerstelijnszorg en ondersteuning van kwetsbare ouderen van groot belang. Het project richt zich op ouderen met een hoge kwetsbaarheid. Uitvoering vindt plaats bij huisartsenpraktijken met thuiszorgorganisaties, in vier Amsterdamse wijken waar veel ouderen met een verhoogde kwetsbaarheid wonen (proeftuinen).

Het project loopt nu een jaar, en de proeftuinen zijn goed op dreef: er is multidisciplinair overleg en de meest kwetsbare ouderen zijn in kaart gebracht.

De vraag is nu hoe een dergelijk project in het vervolg structureel bekostigd kan worden. Er is hiervoor een werkgroep 'bekostiging' opgericht, en Zilveren Kruis kijkt intern ook naar deze financiering.

Er wordt gevraagd wat de te verwachten effecten zijn. Het is geen studie, dus er is geen powerberekening uitgevoerd. Middels dit project is geprobeerd een vertaalslag te maken van reeds gedane studies. Doel is het vormen van een hanteerbare vertaling van onderzoek naar

praktijk. 'Lukt het de huisarts om zicht te krijgen op kwetsbaarheid en samen te werken met POH en wijkverpleging?' Verder is het de bedoeling om te onderzoeken hoe we dit op lange termijn structureel kunnen financieren.

6. Capaciteit/Coördinatie en Zorg toekomst:

• **Ontwikkeling van zorgvraag en zorgaanbod in de toekomst (Zorgverzekeraars)**

Zilveren Kruis is tijdens deze vergadering te gast en geeft in een presentatie hun visie op toekomstige ontwikkelingen van zorgvraag en zorgaanbod. Hoe zorgen we er gezamenlijk voor dat er geïnnoveerd wordt in de zorg, zodat de populatie gezonder wordt, de ervaren behandeling beter wordt én dat de zorgkosten dalen. Zilveren Kruis maakt een ontwikkeling van betalen voor behandeling naar Value Based Health Care. Er wordt nu onderzocht hoe er gekomen kan worden tot ketenfinanciering.

Uit de discussie die volgt komen een aantal punten naar voren:

- We moeten kijken naar welke indicatoren zinvol zijn, het invullen van lijstjes is geen doel op zich. Als bepaalde indicatoren geen functie hebben moeten we die ook loslaten;
- Verschuiving naar de 1^e lijn is niet zomaar een oplossing; ook de eerste lijn kraakt;
- Er moet meer verbinding worden gemaakt tussen zorgverlener en verzekeraar. Verbinding zorgt ervoor dat we het leuker kunnen maken met elkaar;
- Het is van belang dat de zorgverzekeraars vanuit hun zorgplicht pro-actief met de partijen uit de keten gaan kijken naar optimalisatie van de keten als geheel. Afwachten tot zorgverleners met plannen komen om deze vervolgens te toetsen is niet voldoende.
- Meerjarencontracten kunnen helpen. Het biedt zorgorganisaties de zekerheid om te kunnen investeren in verbeteringen en deze door te voeren.

Zilveren Kruis houdt contact met de ROAZ Netwerken. Wanneer er vanuit het veld initiatieven zijn, bespreek dit dan met hen.

• **Eerste resultaten onderzoek patiëntenstromen 2016 (Martijn Rhebergen)**

Martijn Rhebergen presenteert de eerste resultaten van het jaarlijkse project patiëntenstromen. Bij veranderingen in zorgvraag (of –aanbod) kunnen mogelijk witte vlekken ontstaan in de regionale bereikbaarheid, beschikbaarheid of kwaliteit van de acute zorg. Hier kunnen Netwerken/ROAZ op anticiperen door (o.a.) periodiek de regionale zorgvraag in kaart te brengen en af te stemmen.

Eerste conclusies:

- T.o.v. 2013 was er in 2016 een (kleine) afname zichtbaar in het patiëntenaanbod bij SEH's en een aanzienlijke toename bij RAV's en HAP's.
- T.o.v. 2013 nam de zorgzwaarte in 2016 mogelijk iets toe. Dit met name door hogere urgentie(s).
- T.o.v. 2013 nam in 2016 het aantal zelfverwijzers bij SEH's sterk af, terwijl het aantal verwijzingen via 112/RAV en huisarts toenam.
- Het aantal patiënten dat na de SEH direct naar huis kon nam af in de periode van 2013 - 2016, dit terwijl het aantal Interne opnames toenam.



Er wordt gevraagd of er ook specifiek gekeken wordt naar de groep 90-plussers. Bij de ambulancedienst wordt een stijging van deze groep bemerkt. Mogelijk veroorzaakt juist deze groep ook een deel van de problemen in het ziekenhuis.

Martijn geeft aan dat er nu niet kan worden uitgesplitst naar deze leeftijdscategorie (geaggregeerde data), maar dat dit mogelijk een rol kan spelen.

7. Notulen ROAZ VUmc/AMC 3 maart 2017

Er zijn geen opmerkingen over de notulen. Deze worden zodoende geaccordeerd.

8. Rondvraag

De opleidingsinstroom voor medische vervolgoopleidingen is enorm toegenomen nadat er binnen het ROAZ afspraken over zijn gemaakt. Goed om hier in het volgende ROAZ aandacht aan te besteden. Momenteel wordt er gekeken hoe de tussenliggende periode (de periode van opleiden) opgevangen moet worden. Hiervoor wordt onder andere de inzet van bachelors medische hulpverlening (BMH'ers) onderzocht.