



Regionale procedure voor het Acut Zorgportaal, versie 3.2.

Afspraken, communicatie en afstemming rondom borging capaciteit (stops) ziekenhuizen in de veiligheidsregio's Gooi- en Vechtstreek.

Versiebeheer		
Versie	Datum	Status
3.2.	12-11-2018	Update versie 2.1. nu alleen geldend voor de veiligheidsregio's Gooi- en Vechtstreek.
3.1	12-11-2018	Update versie 2.2. nu geldend in de veiligheidsregio's Amsterdam-Amstelland, Zaanstreek-Waterland, Kennemerland en Noord-Holland-Noord en Flevoland
2.2	16-08-2016	Aanscherpen proces bij regionaal capaciteitsprobleem t.b.v. pilot Amsterdam en Amstelveen.
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.

Colofon

Functionaris (Naam instelling)

Martijn Rhebergen (NAZ Noordwest)

Marloes Wessel (SpoedzorgNet AMC)

Aanleiding

In het verleden werd vanuit de Meldkamers Ambulancezorg (MKA's) herhaaldelijk bezorgdheid uitgesproken over de diverse en veelvuldige tijdelijke sluitingen (stops) van spoedafdelingen van ziekenhuizen in de ROAZ regio's VUmc en AMC. Deze stops werd destijds telefonisch doorgebeld aan de MKA. Daarmee ontstond ook de behoefte aan digitaal inzicht in de actuele opvangcapaciteit (stops) van de ziekenhuizen en aan duidelijk afspraken omtrent afkondiging van stops. In dit kader 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. Met een stop geven ziekenhuizen aan dat zij tijdelijk geen patiënten meer kunnen opvangen die via 112/ambulance worden gepresenteerd (uitgezonderd geaccepteerde presentaties van zorgverleners zoals huisartsen). Dit draagt bij aan optimale patiënten spreiding.

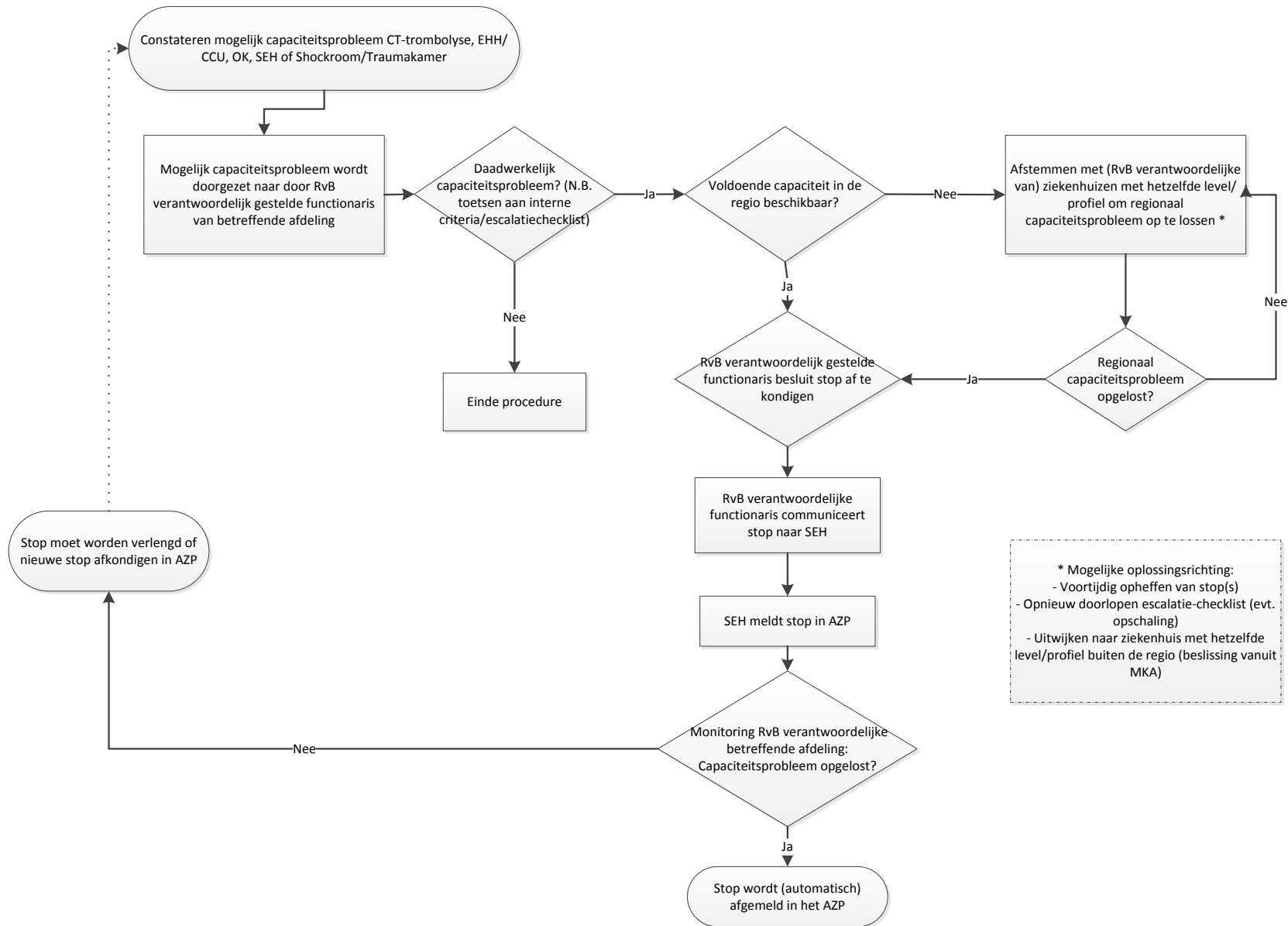
Spoedafdelingen van ziekenhuizen en MKA's binnen de ROAZ-regio's AMC en VUmc (Noord-Holland en Flevoland) hebben afspraken gemaakt over het afkondigen, communiceren en afstemmen van stops. Het moet natuurlijk helder zijn *wie, wat, wanneer* communiceert en afstemt. In algemene zin geldt in de regio het 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.*

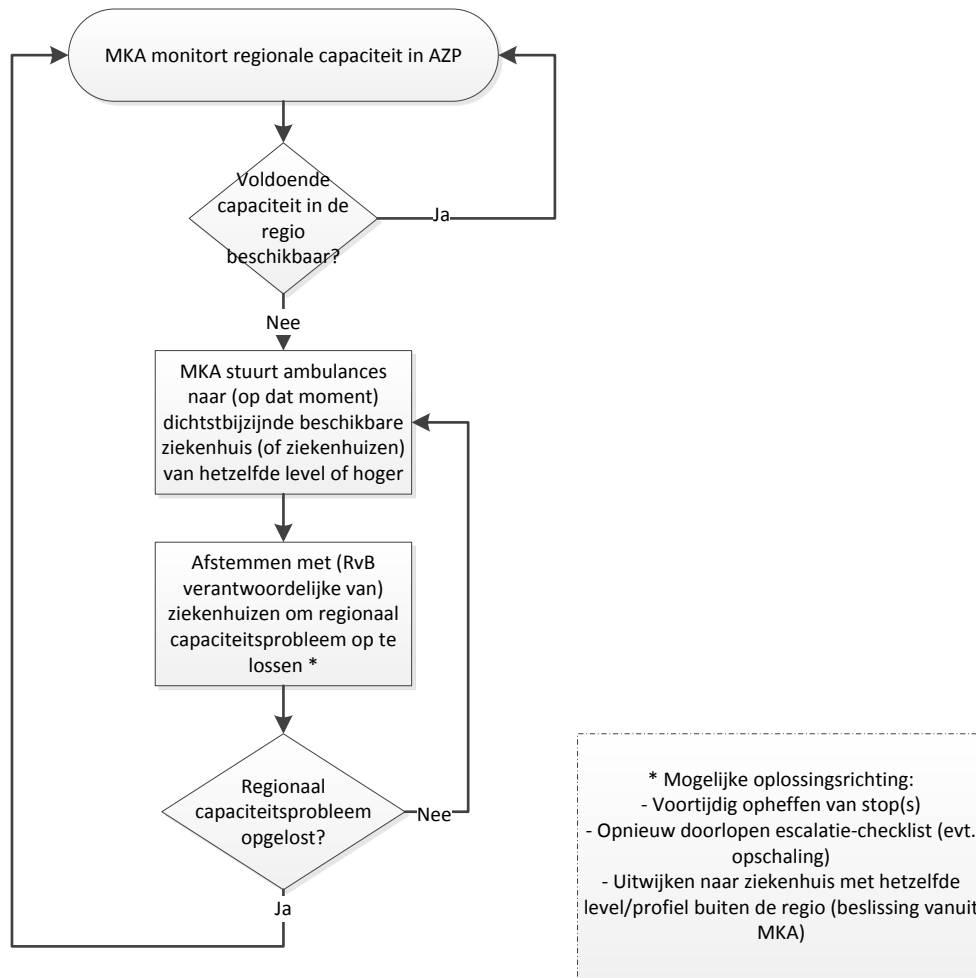
Hiernaast werd afgesproken dat:

- *Zeer acute (instabiele) patiënten moeten altijd (eerst) kunnen worden opgevangen en gestabiliseerd in het dichtstbijzijnde ziekenhuis.*

De regionale afspraken zijn door het Netwerk acute zorg Noordwest en SpoedzorgNet AMC, samen met de betrokken gebruikers, verwerkt in een regionale procedure. Deze procedure heeft in de loop van de jaren ook meerdere malen een update heeft gekregen. Eind 2016 werd de procedure voor een pilot gewijzigd voor de veiligheidsregio Amsterdam-Amstelland. Centraal stond de afspraak dat in de uitzonderlijke situatie dat er in deze regio onvoldoende capaciteit bestaat, alle afgekondigde stops van dat soort komen te vervallen. Dit bleek niet wenselijk voor de veiligheidsregio Gooi- en Vechtstreek. Voor de veiligheidsregio Gooi- en Vechtstreek geldt de procedure 3.2 (de versie die nu voor u ligt).



Figuur 1: Schematische weergave regionale procedure AZP voor ziekenhuizen in de veiligheidsregio's Gooi & Vechtstreek.



Figuur 2: Schematische weergave regionale procedure AZP voor meldkamers in de veiligheidsregio's Gooi en Vechstreek.

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. Het is te adviseren deze interne procedure te koppelen aan de interne procedures die bij een grootschalig ongeval / rampsituatie in werking treden. 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.

MKA-centralisten / ambulanceverpleegkundigen

Parrallel hebben de MKA-centralisten door hun continue gebruik van het AZP een actieve rol in het behouden van overzicht over en anticiperen op de regionale capaciteit en beschikbaarheid. Hiernaast hebben individuele ambulanceverpleegkundigen in verschillende veiligheidsregio's zelf ook in de ambulance inzage in de stops in het AZP via de iPad, laptop of mobiele telefoon (inzage-accounts kunnen door meldkamer zelf worden aangemaakt). Zij anticiperen zelf op de bestemming van de patiënt op geleide van medische toestand, geografische locatie in de stad, bekendheid van de patiënt in een ziekenhuis en de stops in het AZP.

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?
- Beschikbaarheid personeel? Extra / uitwisseling personeel mogelijk?
- Aanbod en zorgzwaarte patiënten?
- Doorlooptijd op afdeling?

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).

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 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 sub/veiligheidsregio een EHH/CCU-stop melden. Afgesproken is dat er (ook) in deze situatie regionaal (veiligheidsregio) *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 zijn¹.

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

¹ Kamerbrief 'Kwaliteitsindeling spoedeisende hulp (SEH)'; Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport; 23-12-2009.

- 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 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	2 uur
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 **figuur 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-trombolysen. 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 veiligheidsregio 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). Hiermee weet dit ziekenhuis dat het patiëntenaanbod 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 probleemeigenaar 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.

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/Ambulance

- ➔ Rekening houden met goede spreiding zodat stops niet voor hoeven te komen.
- ➔ Acuuu Zorgportaal staat 24/7 open.

Ziekenhuizen

- ➔ Update interne protocollen (en/of escalatiechecklist) a.d.h.v. deze procedure en document aanbevelingen voor ontwikkelen escalatierichtlijn/-plan.
- ➔ Borging van de procedure binnen het ziekenhuis (24/7) (o.a. bekendheid van alle betrokkenen op de verschillende afdelingen).

- ➔ (Her)benoemen van RvB-verantwoordelijken.
- ➔ Acut 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).