

Regionaal Overleg Acute Zorg, regio AMC en VUmc

| | |
|--------------------|-----------------------|
| Datum: | vrijdag 3 maart |
| Tijd: | 10.00 – 13.00 uur |
| Locatie: | De Veranda, Amsterdam |
| Aanwezigen: | Zie bijlage 1 |
| Voorzitter: | Dr. Frank Bloemers |

Welkom en opening

Frank Bloemers heet de aanwezigen welkom. De duur van het ROAZ is voortaan verlengd (van 2 naar 3 uur) en het aantal ROAZ- bijeenkomsten is teruggebracht van 4 naar 3 per jaar. Het agendapunt 2b. (Stedelijk advies doorstroming en balans tussen aanbod en vraag naar eerstelijnsverblijf (SIGRA)) is komen te vervallen.

1. Opgeschaalde zorg

- **OTO meerjarenbeleidsplan**

Theo Karsten presenteert de missie, visie en beleidsdoelen van het OTO meerjarenbeleidsplan. Dit plan bevat richtinggevende speerpunten waar de regio de komende jaren mee aan de slag gaat. Desgevraagd committeert het ROAZ zich aan dit plan.

- **Gewondenspreidingsplan**

Frank Berg presenteert het bovenregionale gewondenspreidingsplan. Doel van dit plan is om in geval van incidenten gewonden optimaal te spreiden, waardoor de zorgcontinuïteit binnen de eigen regio zoveel mogelijk geborgd blijft. Het spreidingsplan is gericht op de eerste twee uur na een incident. Uitgangspunten van het plan zijn o.a. om de dichtstbijzijnde ziekenhuizen zoveel mogelijk te ontzien wat betreft T2 en T3 slachtoffers (T1 gaat zoveel mogelijk wel naar het dichtstbijzijnde hiervoor geëquiperde ziekenhuis) en deze (boven)regionaal te spreiden. Bij >30 slachtoffers wordt ook het calamiteitenhospitaal in Utrecht ingezet.

Maarten Simons vraagt wat precies de rol is van het calamiteitenhospitaal. Frank Berg licht toe dat dit alleen wordt ingeschakeld als wordt ingeschat dat opvang binnen de eigen ring niet voldoende is. Het is bedoeld als overloop, want binnen 1 à 2 dagen moeten patiënten daar weer weg zijn. Kees-Jan Ponsen merkt op dat goed gedefinieerd moet worden wat bovenregionale spreiding precies inhoudt en wanneer deze in gaat. Daarnaast is hij van mening dat na het bepalen van de spreidingsmaat opvang van slachtoffers binnen de regio dient te verlopen in ringen van binnen naar buiten. In dit plan lijkt de spreiding juist andersom te gebeuren (van buiten naar binnen, door eerst slachtoffers verder weg te brengen). Jan Woldman voegt toe dat in dit plan ook is meegenomen dat vaak meerdere aanslagen tegelijk worden gepleegd, waardoor goed moet worden opgepast dat de regio niet verstopt raakt. Kees-Jan Ponsen benadrukt nogmaals dat spreiding van binnen naar buiten moet plaatsvinden.

Anita Arts wijst er op dat als zelfverwijzers naar de dichtstbijzijnde T1 ziekenhuizen komen, deze snel vleugellam zullen raken, dus dat dat goed moet worden uitgewerkt. Francoise Dings brengt in dat bij implementatie van het plan goed moet worden afgesproken wie wanneer met de ziekenhuizen belt om door te geven dat het calamiteitenhospitaal wordt ingezet, zodat er niet wordt opgeschaald terwijl het niet nodig is. Maarten Simons geeft aan dat er meer op maat moet worden gedacht, omdat sommige

ziekenhuizen bij een ramp ook kunnen opschalen naar level 1. Daarnaast moet de 'reguliere' acute zorg (bijv. hartinfarcten en aneurysmata) in zo'n geval naar één ziekenhuis toe en moet er snel bepaald worden welk ziekenhuis dit is. Ook moeten de bewoordingen in het plan t.a.v. het calamiteitenhospitaal worden aangepast, want de suggestie wordt gewekt dat zij alles gaan overnemen. Frank Bloemers legt uit dat het plan met opzet basaal is geformuleerd, omdat niet met scenario's gewerkt wordt. Afgesproken wordt om op bovengenoemde punten nog naar het plan te kijken, waarna het in juni definitief kan worden vastgesteld.

2. Focusgroepen

a. Kwetsbare ouderen

Prabath Nanayakkara en Bianca Buurman presenteren de doelstelling en voorgestelde aanpak van de nieuw opgerichte focusgroep Kwetsbare Ouderen, die op 14 februari voor het eerst bijeen is geweest. Tijdens een themabijeenkomst vorig jaar zijn knelpunten benoemd, die vooral liggen op het vlak van competenties van zorgverleners m.b.t herkenning van kwetsbaarheid en communicatie binnen de keten. De focusgroep heeft tijdens de eerste vergadering mogelijke oplossingen besproken en stelt voor om prioriteit te geven aan het creëren van één centraal punt voor 24/7 inzage en beschikbaarheid van bedden voor vervolgzorg (en SEH en ziekenhuis). Hotelwebsite booking.com dient hierbij als inspiratie. Door middel van een dergelijk platform kan sneller een vervolgzorgplek worden gevonden en kan een patiënt sneller worden doorgeplaatst: er ontstaat betere doorstroom in de gehele keten. Daarnaast leidt kortere ligduur op de SEH tot minder fysieke achteruitgang van kwetsbare ouderen. Reacties vanuit het ROAZ zijn positief, al is het wel belangrijk om te onderzoeken of bovenstaande wensen niet in een bestaand portaal kunnen worden geïntegreerd om wildgroei aan allerlei systemen te voorkomen (Edwin v.d. Meer). Erik Schoofs vult aan dat er, naast het elkaar niet kunnen vinden ook echt een capaciteitsprobleem is in de VVT, dit moet ook worden geadresseerd.

Het ROAZ gaat akkoord om de mogelijkheden voor het creëren van één centraal punt voor 24/7 inzage en beschikbaarheid van vervolgzorgbedden verder te exploreren.

b. Korte voortgangsrapportage verloskunde

Marie-Fleur van der Steeg geeft een korte tussenstand van de aanpak van de capaciteitsproblematiek van de verloskunde in de Amsterdamse regio. In het ROAZ van september 2016 is dit onderwerp besproken. In Amsterdam e.o. zijn verloskundigen lang bezig met rondbellen om een opnameplek te kunnen regelen voor een zwangere. Voor de korte termijn wordt gewerkt aan een tijdelijke oplossing waarbij verloskamers stops kunnen afkondigen in het Acute Zorgportaal (AZP). Daarnaast vindt een onderzoek plaats dat enerzijds meer inzicht geeft in de regionale problematiek, en anderzijds in onderliggende oorzaken en mogelijke oplossingen. Er zal daarnaast verder in (focus)groepverband worden gesproken over het oplossen van de capaciteitsproblematiek en implementatie van het AZP. In juni worden de eerste resultaten verwacht van het onderzoek naar de weigeringen, mits alle partijen akkoord zijn kan het Acute Zorgportaal nog voor de zomer zijn aangepast.

Francoise Dings meldt dat de capaciteitsproblematiek in het OLVG onverminderd is. Joris van der Post geeft aan dat de capaciteitsproblematiek naast de sluiting van verloskunde in het Slotervaart ook komt door het dalende aantal thuisbevallingen en dat het eindeloos bellen voor een plek suboptimaal is.

3. Hoe gaan we om met de leidraad wijziging acuut zorgaanbod?

- **Toelichting plannen OLVG Oost en West**

Wendy Bosboom toont de plannen voor de lateralisatie tussen OLVG Oost en West. In juni 2015 begonnen hierover de gesprekken met specialisten, waar 6 verhuisplannen uit kwamen. De ontubbeling zal naar verwachting tot minder kosten leiden. Er wordt goed nagedacht over eventuele capaciteitsproblemen. Met de concentratie hoopt men ook personeel beter te benutten en zo capaciteit op peil te houden. Botbreuken verschuiven als eerste vanaf 31 maart naar OLVG West. Acute buiken gaan op die datum naar OLVG Oost. Ook heupfracturen gaan naar West, evenals neurologie. Trombolysen zal alleen nog in West gebeuren en niet meer in Oost of Zaandam. Dit alles gebeurt in afstemming met de ambulancedienst. De spoedzorg zal op beide locaties op peil gehouden moeten worden (ook als het geen accentlocatie is). In Oost zullen 5 bedden open gehouden worden voor snelle liggers om capaciteit zo goed mogelijk te borgen. Overplaatsen van de ene naar de andere locatie gebeurt alleen als het echt nodig is. Hier zal men strak op sturen. Naar verwachting leidt de lateralisatie wel tot 600-750 extra interklinische ritten per jaar. De ambulancedienst maakt zich hierover geen zorgen en denkt graag mee, hoewel Jaap Frank Ponstein aangeeft dat de capaciteit van de RAV voor het meebewegen met dergelijke veranderingen niet onbegrensd is.

Hans Romijn geeft aan dat men in het kader van de alliantievorming tussen AMC en VUmc huiverig is om de SEH-zorg te lateraliseren, omdat spoedzorgstromen niet 100% te sturen zijn en men vreest voor de consequenties als een SEH toch patiënten krijgt voor zorg die men op die plek niet meer levert. In ieder geval moet lateralisatie goed worden afgestemd met alle partijen.

- **Ronde tafel discussie over toepassing leidraad**

Frank de Groot leidt dit punt in: wanneer een partij in de regio het zorgaanbod wijzigt, mag dit niet leiden tot een probleem op het gebied van beschikbaarheid of bereikbaarheid. In de Uitwerking Leidraad Wijziging Acuut Zorgaanbod (2015) heeft het ROAZ afspraken gemaakt over het tijdig melden van een wijziging, waarbij een formulier dient te worden ingevuld en toetsing plaatsvindt of er witte vlekken ontstaan door de wijziging, zodat tijdig oplossingen kunnen worden gezocht. Lukt dit niet, dan kan het ROAZ dit bij wijze van uiterste escalatiemogelijkheid samen met de verzekeraars melden bij VWS.

Samenvattend zijn tijdens de ronde tafel discussies en plenaire terugkoppeling o.a. de volgende punten naar voren gekomen:

- Het moet mogelijk zijn om zonder mededingingsproblemen al vroegtijdig met omringende partners te bespreken wat de plannen zijn in geval van het wijzigen van het acute zorgaanbod. Het is hierbij belangrijk om met de RAV's goede afspraken te maken. Voor diepgaandere problematiek is het ROAZ een goed platform.
- De ROAZ-bureaus gaan zelf ook een actievere rol innemen en zelf partijen benaderen waarvan zij weten dat zij plannen aan het maken zijn waar wijzigingen uit zouden kunnen voortkomen, zodat dit in het ROAZ besproken/gedeeld kan worden.
- Verschillende aanwezigen stellen vraagtekens bij de zin in de leidraad dat het de "wettelijke plicht" is van ketenpartners om het ROAZ tijdig te informeren over wijzigingen. Er wordt betwijfeld of dit echt zo in de wet staat. Dit zal worden getoetst bij de LNAZ. **(Noot: in de Pre-ambule behorende bij de WTZi staat onder punt 3 dat ketenpartners verplicht zijn wijzigingen in het ROAZ te melden. Zie ook Pre-ambule zoals meegestuurd met deze notulen als bijlage)**

- Aanwezig zijn het er over eens dat alle voorgenomen wijzigingen, zowel voor een kortere of voor een langere periode zo snel mogelijk moeten worden gemeld aan het (bureau) ROAZ.
- Er zijn ook langdurige situaties die niet per se een wijziging van het acute zorgaanbod betreffen, maar die wel impact (kunnen) hebben op de bereikbaarheid en beschikbaarheid (zoals bijv. personeelsgebrek, verbouwing en overgang naar een ander EPD). Ook deze situaties moeten zo snel mogelijk worden gemeld.

4. (Korte pauze)

5. Acute zorg in de regio en de regierol van het ROAZ

- **Korte inleiding op dit thema**

Danielle Bonink leidt kort de discussie in. In de afgelopen jaren is veelvuldig binnen het ROAZ gesproken over capaciteits- en coördinatievraagstukken in de keten van de acute zorg. Kern vormt de toenemende (ervaren) drukte binnen de spoedzorg, met steeds meer piekmomenten, waarbij vraag en aanbod niet op elkaar aansluiten. Er is binnen Noord Holland en Flevoland veel in kaart gebracht: zoals de ontwikkelingen in het aanbod van acute patiënten (vanaf 2013), de in- door- en uitstroom bij een aantal ziekenhuizen, een document met best practices om te gebruiken e.d..

- **Ronde tafelgesprek aan de hand van concrete vragen**

Doel van de discussie is het realiseren van een doorbraak ten aanzien van de aanpak van knelpunten in de capaciteit in de keten van de acute zorg in Noord Holland en Flevoland.

Samenvattend zijn tijdens de ronde tafel discussies en plenaire terugkoppeling o.a. de volgende punten naar voren gekomen:

- In een aantal gevallen hebben met name de RAV's te maken met meerdere ROAZ regio's. Het zou goed zijn om afspraken te maken met de aanpalende ROAZ regio's over hoe hiermee om te gaan.
- Als het om regie gaat wil men zelf autonomie behouden en ziet men de rol van het ROAZ vooral als richtinggevend, signalerend, observerend, inventariserend en coördinerend in plaats van sturend. Het ROAZ zou dus meer een richtinggevend dan regisserend orgaan moeten zijn.
- Een regio zou het meest geholpen zijn met het regiobreed doorlichten van de spoedzorg en geven van adviezen t.a.v. capaciteitsknelpunten. Doorlichten bestaat dan uit het maken van vergelijkingen, benchmarks en het delen van best practices. Maar ook is het van belang om dieper door te dringen tot de kern, anders blijft het te abstract. Daarom zou het goed zijn om knelpunten per patiëntengroep op te pakken (bijv. cardiologie of psychiatrie). Hiervoor zou men juist de ervaringen van mensen van de bureaus moeten gebruiken, evt. aangevuld met expertise van buitenaf. Men is vóór een regionale 'denktank' op gebied van capaciteit. De faciliterende rol van focusgroepen bij onderzoek naar oplossingsrichtingen wordt hierbij als belangrijk ervaren.
- Sommigen zijn van mening dat de regierol bij de verzekeraars ligt en niet zozeer bij het ROAZ. De kracht van het ROAZ ligt in het concretiseren van problemen en oplossingen d.m.v data. Het zou goed zijn om elkaars best practices over te nemen en op basis van data capaciteitsknelpunten op te lossen. Hierbij moet de vraag leidend zijn, niet de beschikbaarheid van gegevens. Als het noodzakelijk blijkt om een probleem aan te tonen met bepaalde data, dan moeten bestuurders het mogelijk maken deze prospectief te verzamelen binnen hun organisatie.

- De focusgroepen zorgen voor de verbinding van professional met het ROAZ. Het zou goed zijn om het ROAZ aan de focusgroepen meer gerichte opdrachten te laten geven voor het uitwerken van bepaalde problematiek.
- Het is wellicht effectiever om sommige problemen die regionaal worden aangestipt in kleiner verband (bijv. regio Amsterdam) op te pakken voor meer slagkracht (bijv. capaciteitsprobleem en personeelsproblemen).
- Meerdere deelnemers aan verschillende tafels zijn van mening dat binnen ROAZ verband een duidelijk plan of voorstel uitgewerkt zou moeten worden t.a.v. de capaciteitsproblematiek en deze voor te leggen aan de zorgverzekeraars.
- Er bestaan subregionale verschillen. Daarom zou het goed zijn om een subregionaal Bestuurlijk Overleg Acute Zorg (zoals het BOAZ) meer te positioneren en vooral lokaal initiatieven met elkaar uit te werken. Komen daar grote vragen of best practices uit, dan kan het worden ingebracht in het ROAZ.
- Het ROAZ is een ketenoverleg. Het is te overwegen om naast HAP's, RAV's en ziekenhuizen ook de VVT meer vertegenwoordigd te zien.
- T.a.v. de discussievragen over ondersteuning van het ROAZ vindt men het bij meerdere tafels niet nodig om een extern adviesbureau in te huren.

6. Veranderende rol meldkamer in de acute zorgketen

Dit punt schuift door naar de volgende vergadering.

7. Notulen ROAZ VUmc/AMC 2 december 2016

De notulen worden goedgekeurd.

8. Aankondiging evaluatie en invulling ROAZ-en najaar 2017

Na afloop van deze vergadering zullen de aanwezigen door middel van een korte online enquête gevraagd worden naar hun mening over deze vergadering. Dit jaar zal nog twee keer een ROAZ worden georganiseerd.

9. Rondvraag en sluiting

Frank Bloemers dankt de aanwezigen en sluit de vergadering.

Volgende data ROAZ AMC/VUmc in 2017:

- Vrijdag 16 juni 10.00 – 13.00 uur
- Vrijdag 13 oktober 10.00 – 13.00 uur.