

Vergaderjaar 2011–2012

29 835

Wet ambulancezorg

Nr. 72

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 5 juli 2012

In het AO van 11 maart 2010 (Kamerstuk 29 835, nr. 62) over de ambulancezorg heeft mijn ambtsvoorganger u meegedeeld de Landelijke Meldkamer Ambulancezorg (LMAZ) te gaan sluiten. In de brief met Kamerstuk 29 835, nr. 63, van 29 april 2010, is dit besluit aan u toegelicht. Mijn voornemen is om per 1 januari 2013 de LMAZ te sluiten. Dit betekent niet dat de, voor de ambulancesector relevante, functionaliteiten van de LMAZ niet meer nodig zijn, ze worden alleen elders belegd. De reden dat de LMAZ wordt opgeheven is zoals u eerder aangegeven dat de organisatie als aparte fysieke entiteit is ingehaald door de ontwikkelingen in de ambulancezorg op het terrein van technologie, bestuur en regelgeving zodat de taken op andere wijze beter kunnen worden belegd.

Hoewel uw Kamer dus eerder is geïnformeerd over de sluiting van de LMAZ, wil ik deze stap niet zetten zonder u expliciet de mogelijkheid te geven hierover uw mening te geven. Dit te meer tegen de achtergrond van de demissionaire status van het kabinet en het feit dat het enige tijd geleden is dat met u hierover van gedachten is gewisseld. Daarbij doet zich wel het volgende dilemma voor. Om de overdracht van taken zorgvuldig te laten verlopen, is het nodig dat ik partijen zekerheid geef over de sluitingsdatum. Naar de mate waarin die zekerheid later kan worden geboden, dus dichterbij de voorziene sluitingsdatum van 1 januari 2013 ligt, is er minder gelegenheid om de transitie van taken zorgvuldig vorm te geven. Het alternatief, het later sluiten van de LMAZ, is ook weinig aantrekkelijk omdat, tegen de achtergrond van de komende sluiting, personeel begrijpelijkerwijs al aan het uitkijken is naar ander werk, hetgeen risico's met zich meebrengt voor de continuïteit. Ook is het niet goed voor de partijen die de taken van de LMAZ gaan overnemen als er langere tijd onzekerheid is wanneer men daadwerkelijk de verantwoordelijkheid voor die taken krijgt. Tegen deze achtergrond zou ik uw Kamer willen verzoeken eventuele vragen over of bezwaren tegen de invulling van het proces tot sluiting voor 1 november kenbaar te maken.

Ontwikkelingen in de ambulancezorg

De LMAZ is in 2006 opgericht en vanaf juni 2007 operationeel. Bij de oprichting was het uitgangspunt dat de LMAZ een belangrijke rol zou spelen in de opgeschaalde zorg, met name in het organiseren van ambulancebijstand en gewondenspreiding. De gedachte was dat regionale meldkamers ambulancezorg (MKA) bij deze taken ondersteund moesten worden vanuit een centraal informatiepunt. Sinds de oprichting van de LMAZ is door het personeel met enorm veel inzet en energie gewerkt aan het welslagen van de LMAZ. In de praktijk blijkt echter dat de regionale meldkamers ambulancezorg (MKA) zeer beperkt gebruik maken van de LMAZ. Elke MKA beschikt inmiddels over systemen waarbij ambulancebijstand en gewondenspreiding in opgeschaalde situaties georganiseerd kan worden. Met behulp van een geografisch informatie systeem is voor elke MKA zowel in reguliere als opgeschaalde situaties inzichtelijk waar ambulances zich bevinden. Op deze manier kan snel het juiste aantal ambulances naar de plaats van het incident worden gestuurd. Deze situatie is nu dus wezenlijk anders dan ten tijde van de oprichting van de LMAZ.

Naast technologische veranderingen is ook de verantwoordelijkheidsverdeling op de meldkamers wezenlijk veranderd. In de Tijdelijke Wet Ambulancezorg (Twaz), die op 1 januari 2013 in werking treedt, is de Regionale Ambulancevoorziening (RAV) verantwoordelijk voor het ongedeelde proces van meldkamer en zorgverlening. In het programma van eisen waaraan elke RAV, als aangewezen partij onder Twaz, moet voldoen, staan alle voorwaarden voor continuïteit van verantwoorde zorgverlening onder reguliere en opgeschaalde situatie. Zo dienen de RAV'en schriftelijke afspraken te hebben met de buurregio's over de open grens benadering en de onderlinge assistentie om zo de continuïteit van het zorgverleningsproces te waarborgen. Bij de beoordeling van de aanwijzing van een RAV zullen onder andere deze aspecten meewegen. Tot slot is de bestuurlijke positie van de RAV'en ten opzichte van de overige ketenpartners in de acute zorg verder verankerd. De RAV is ketenpartner in het regionaal overleg acute zorg (ROAZ), waar afstemming met andere ketenpartners plaats vindt over reguliere en opgeschaalde acute zorgverlening. De regionale afspraken uit dit overleg vormen de basis voor een snelle afgestemde inzet van de verschillende acute zorgpartners. De LMAZ is niet bij dit overleg betrokken en kent dan ook de regionale afspraken niet.

Transitieproces voor de taken van de LMAZ

Waar de LMAZ in de initiële opzet vooral een verantwoordelijkheid werd toebedeeld in de ondersteuning van de MKA's ten tijde van crisis heeft de LMAZ de afgelopen jaren diverse andere taken opgepakt. Dit maakt dat de LMAZ naast de regionale MKA's ook andere «klanten» heeft geworven, zoals de ANWB, SOS-artsen en Stichting Service Medical. Om alle taken van de LMAZ op verantwoorde wijze elders te beleggen zijn sinds november 2011 een aantal stappen genomen. De LMAZ is gevraagd een overzicht van haar taken op te stellen. Op basis van deze omschrijving is met alle betrokken partijen overleg gevoerd. Naar aanleiding van deze overleggen zijn de taken van de LMAZ opgedeeld in drie categorieën:

1. Taken waarvoor de regionale MKA's de verantwoordelijkheid dragen
2. Taken met een landelijke functie die elders belegd dienen te worden
3. Taken waar VWS geen publieke verantwoordelijkheid voor heeft en die in overleg worden teruggegeven aan de klanten, zodat zij hiervoor een andere oplossing kunnen zoeken

Het grootste deel van de taken valt onder categorie 1 en gaat dus terug naar de regionale MKA's. Voor de transitie van deze taken is een projectgroep opgericht met vertegenwoordigers vanuit ambulancezorg Nederland (AZN), waaronder de hoofden MKA. De ambulancesector geeft aan dat veel van de MKA's geen gebruik (meer) maken van de LMAZ. Zij staan dan ook achter de sluiting, aangezien dit helderheid geeft over de verantwoordelijkheden van de regionale MKA's. De projectgroep heeft een transitieplan opgesteld dat is geaccordeerd in het bestuur van Ambulancezorg Nederland AZN. Het transitieplan beschrijft de wijze waarop de taken dienen te worden opgepakt door de regionale MKA's. Om geen risico te lopen in de overdracht van taken is afgesproken dat de regionale MKA's tijdig de operationele voorbereidingen treffen om de taken over te nemen. Dit betekent dat de taken dienen te zijn opgenomen in de werkprocessen, protocollen en afspraken met betrokken partijen. Door deze stappen tijdig te nemen resteert een overgangperiode waarin de LMAZ, waar nodig, als achtervang kan functioneren. Voor veel regionale MKA's beschrijft het transitieplan de dagelijkse praktijk en is er dus niet echt sprake van een transitie. De meldkamers die de taken nog niet hebben belegd zoals in dit plan is beschreven zullen hiervoor tijdig de benodigde actie moeten nemen. In het najaar zal een «table top» oefening worden georganiseerd bij een van de MKA's, waarbij een groot incident op papier wordt gesimuleerd, om te toetsen waar de transitie nog aandacht verdient.

Voor de overige taken (categorie 2 en 3) heeft mijn ministerie overlegd met de «klanten» die deze taken afnemen. Zij geven over het algemeen aan begrip te hebben voor het besluit van VWS, maar benadrukken het belang van het goed beleggen van hun taken. Voor die taken waar VWS een publieke verantwoordelijkheid kent heeft VWS de klanten ondersteund in het vinden van een concrete oplossing bij sluiting van de LMAZ. Bij die taken waarvoor VWS geen publieke verantwoordelijkheid kent heeft VWS weliswaar suggesties aangedragen, maar zijn de taken teruggegeven aan de klanten en is kenbaar gemaakt dat zij zelf verantwoordelijk zijn om een andere oplossing voor het beleggen van de taken te vinden. Uiteindelijk wordt de transitie van alle taken beschreven in een transitieplan, dat in concept gereed is. Het definitieve plan wordt aan alle betrokken partijen toegestuurd, zodat voor eenieder duidelijk is waar verantwoordelijkheden zijn belegd.

Kritische processen

Ik zal beschrijven hoe de kritische taken worden belegd. Het betreft hier fallback in geval van een technische storing, achtervang van de MKA's ten tijde van crisis en de single point of contact voor politie- en justitie- en defensiediensten.

In een fallbackscenario wordt een alternatief geboden bij uitval van de reguliere technische meldkamersystemen. Uitgangspunt is dat MKA's hierover uiterlijk per 1 oktober 2012 (schriftelijke) afspraken hebben gemaakt met hun buddyregio's. Iedere meldkamer heeft een buddyregio, die waar nodig de MKA ondersteunt. In geval van een storing wordt het Korps Landelijke Politiediensten (KLPD) hierover door de regionale meldkamer geïnformeerd. De 112 telefoontjes die via het KLPD binnen komen worden dan doorgestuurd naar de buddyregio. Deze zorgt dat de meldingen worden overgenomen en aangenomen door de buddy MKA en via speciaal bestaande telefoonnummers naar de uitgifte van betreffende MKA door gerouteerd.

Ook in het kader van de achtervang in geval van een crisis dienen de MKA's (schriftelijke) afspraken te maken met hun buddyregio's. Voor het

organiseren van ambulancebijstand wordt momenteel gebruik gemaakt van de Octopussytematiek. Dit, door de Geneeskundige Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen (GHOR) ontwikkelde systeem, ondersteunt centralisten bij de inzet van ambulances uit andere regio's. Grootste nadeel is dat het systeem niet geënt is op reguliere systemen: bij opschaling moet een centralist overstappen op een andere toepassing met een andere «look and feel». Om die reden wordt door AZN, in overleg met GHOR Nederland, gewerkt aan een nieuw systeem genaamd «Pariter». Dit systeem maakt integraal onderdeel uit van de reguliere, landelijke IT-infrastructuur van AZN. Centralisten hoeven niet langer halverwege het werk te switchen naar andere systemen en ook is niet langer behoefte aan separate training en oefening om kennis van het omvangrijke systeem op te frissen. De mogelijkheden om elkaar als buddyregio's te ondersteunen ten tijde van crisis nemen hiermee toe. AZN heeft in haar transitieplan aangegeven dat Pariter voor 1 oktober 2012 operationeel is op alle MKA's.

De LMAZ fungeert als single point of contact voor politie- justitie en defensiediensten. Zij is hiermee een belangrijke schakel voor de zowel de (afgeschermd) politie- justitie- als defensieoperaties. De schakel is van belang in het geval van een escalatie waarbij medische hulpverlening noodzakelijk is en dit vanwege het heimelijke karakter van de operaties niet op de reguliere wijze kan verlopen. Het KLPD beschikt over Operations: een coördinatiecentrum van waaruit lopende operaties worden gemonitord en van waaruit kan worden ingegrepen bij escalaties. In overleg met het KLPD is afgesproken dat zij, na sluiting van de LMAZ, voortaan direct verbinding maken met de regionale MKA, door tussenkomst van de politie op de regionale meldkamer. Om dit op een verantwoorde wijze te kunnen doen moet het verschil worden gemaakt in de preparatiefase: in deze fase moet per operatie worden bekeken welke escalatiescenario's er mogelijk zijn en deze moeten (vooraf) worden afgestemd met de regionale meldkamers. Hiervoor zullen de komende periode tussen de verschillende betrokken partijen, waaronder het KLPD, AZN, GHOR, Landelijk Operationeel Coördinatie Centrum (LOCC) en de regionale meldkamers afspraken worden gemaakt.

Concluderend

In het goed beleggen van de taken wil ik geen enkel risico nemen. Ik heb er vertrouwen in dat de uitvoering van het transitieplan, zoals dat samen met alle betrokken partijen is opgesteld, zorgt voor een verantwoorde borging van taken bij de sluiting van de LMAZ. De stappen die gezet gaan worden zijn niet alleen verantwoord, maar ook broodnodig. De verantwoordelijkheden worden immers daar belegd waar ze horen te liggen en zo ontstaat helderheid in de operationele uitvoering van deze meldkamertaken.

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E. I. Schippers