



> Pro-actieve spoedzorgketen

Overzicht van mogelijke activiteiten om
pro-actief in te spelen op tekorten

Utrecht, 21 december 2018

dr. Steef Baeten

ir. Saskia van der Erf

dr. Jan-Peter Heida

dr. Susanne Lucieer

SiRM. Strategies
in Regulated
Markets

Inhoud

Managementsamenvatting	2
Dempen van de vraag naar spoedzorg	2
Verhogen van de productiviteit van de spoedzorgketen	3
Verlagen van de netto uitstroom van personeel	3
1 Aanleiding en conclusie	4
2 Dempen van vraag	5
2.1 Burgers informeren over juist gebruik spoedzorg	5
2.2 Voorkomen spoedzorgvraag chronische patiënten of kwetsbare ouderen	7
3 Verhogen productiviteit spoedzorgketen	8
3.1 Verbeteren doorstroom spoedzorgketen	8
3.2 Bevorderen uitstroom uit spoedzorgketen	9
3.3 Taken zorgverleners herschikken	9
4 Verlagen netto uitstroom personeel	11
4.1 Verhogen instroom personeel	11
4.2 Verlagen uitstroom personeel	11
Bijlage 1: Volledig overzicht activiteiten – dempen vraag	13
1. Burgers informeren over juist gebruik spoedzorg	14
2. Voorkomen spoedzorgvraag chronische patiënten of kwetsbare ouderen	16
3. Verbeteren organisatie reguliere zorg	19
Bijlage 2: Volledige lijst activiteiten - Verhogen van productiviteit	21
1. Verbeteren doorstroom spoedzorgketen	22
2. Bevorderen uitstroom uit spoedzorgketen	25
3. Taken zorgverleners herschikken	27
Bijlage 3: Volledige lijst activiteiten - Verlagen netto uitstroom personeel	30
1. Verhogen instroom personeel	31
2. Verlagen uitstroom personeel	32

Managementsamenvatting

Het personeelstekort in de spoedzorgketen loopt verder op, ook in Noord-Brabant. De verwachting is dat er in 2023 een fors tekort is aan ambulanceverpleegkundigen en SEH-verpleegkundigen. Daarnaast zal er ook tekort zijn aan HAP-triagisten, huisartsen die dienst draaien in de ANW-uren, MKA-centralisten en SEH-artsen. De ketenpartners verwachten deze tekorten niet volledig op te kunnen vangen door extra personeel aan te nemen. Dit betekent dat zij ook op andere manieren de druk op de spoedzorgketen moeten verlagen. De ketenpartners in Noord-Brabant, ondersteund door NAZB, hebben besloten om hierin samen een pro-actieve houding aan te nemen.

Het personeelstekort in de spoedzorgketen wordt veroorzaakt doordat de vraag naar spoedzorg toeneemt en het personeelstekort verder op loopt. Het tekort wordt enigszins gedempt doordat partijen beter gaan samenwerken (zie rapport: Vergrijzing vraag om creativiteit). Partijen kunnen op deze oorzaken inspelen door de vraag naar spoedzorg pro-actief te dempen, door intensiever samen te werken waardoor de productiviteit van de spoedzorgketen verhoogt, en door de netto uitstroom van personeel te verlagen.

SiRM – Strategies in Regulated Markets - heeft samen met NAZB en met managers van huisartsenposten, Regionale Ambulance Voorzieningen, GHOR en van ziekenhuizen, activiteiten gedefinieerd die hierbij aansluiten. Uit deze lijst hebben we activiteiten geselecteerd waarvan we verwachten dat ze een hoge kans van slagen én een hoge impact hebben.

Dempen van de vraag naar spoedzorg

We zien kansen om onjuist gebruik spoedzorg te voorkomen door betere voorlichting, het gebruik van beeld bij de triage en ondersteuning van chronische patiënten en kwetsbare ouderen.

Ketenpartners kunnen de vraag naar spoedzorg pro-actief dempen door burgers te informeren over juist gebruik spoedzorg en door de vraag naar spoedzorg te voorkomen. Hoewel we landelijke campagnes over juist gebruik spoedzorg verwachten, kan een groter effect bereikt worden wanneer partijen in Noord-Brabant zich actief richten op jongeren en jonge ouders, en op migranten. Deze groepen zijn goed bereikbaar via scholen, consultatiebureaus en bijvoorbeeld uitzendbureaus. Jongeren en jonge ouders creëren de toekomst van de samenleving, en met name jonge ouders en migranten doen een relatief groot beroep op de spoedzorgketen.

We verwachten daarnaast dat de instroom in de spoedzorgketen gedempt kan worden door te investeren in beeldschermzorg voor een accuratere triage op de HAP en de RAV.

Tenslotte raden we de ketenpartners aan om in te zetten op laagdrempelige opvang van chronische patiënten en kwetsbare ouderen wanneer zij het even niet meer zelf redden. Door deze laagdrempelige opvang wordt de zorg geen spoedzorg en komen deze mensen niet in de spoedzorgketen terecht.

Verhogen van de productiviteit van de spoedzorgketen

We raden ketenpartners aan om aan te sluiten bij het concept 'zorgcoördinatie' zoals actief gepromoot wordt door de ambulancezorg en om in te zetten op intensievere samenwerking met de VVT. SEH's zouden daarnaast taakherschikking van de SEH-arts naar verpleegkundig specialisten (van RAV) voor laag complexe zorg kunnen implementeren.

Zorgcoördinatie, oftewel gezamenlijke triage en inzetbepaling voorkomt onnodige en ondoelmatige – zoals dubbele – inzet van spoedzorg. Huisartsenspoedzorg, ambulancezorg, acute GGZ, acute wijkverpleging en eventueel het ziekenhuis kunnen door intensieve samenwerking rondom triage en inzet bepalen welke zorg op welke plaats het meest gepast is.

Om te zorgen dat de uitstroom uit de spoedzorgketen verbetert zou het ziekenhuis samen met de VVT een herstelafdeling op kunnen zetten in het ziekenhuis. Kwetsbare patiënten die niet meteen naar huis kunnen, kunnen na een SEH-bezoek hier opgenomen worden waardoor zij niet onnodig lang op de SEH blijven liggen. Een andere manier om de uitstroom te versoepelen is om af te spreken met de VVT dat patiënten uit het ziekenhuis in hun instellingen opgenomen mogen worden op 'niet gelabelde bedden'.

Verlagen van de netto uitstroom van personeel

Om de netto uitstroom van het personeel in de spoedzorg te verlagen, raden wij ketenpartners aan om gezamenlijk op te trekken bij de promotie van opleidingen en bij werving en behoud van personeel.

Ketenpartners zouden de instroom van personeel in de spoedzorgketen kunnen verhogen door gezamenlijk opleidingen te promoten en te werven. De spoedzorgketen moet actiever in een positief daglicht worden gezet, door bijvoorbeeld inspirerende personen op te laten treden in televisieprogramma's of door te verschijnen op carrièredagen.

Daarnaast kunnen ketenpartners samen optrekken bij het verlagen van uitstroom van personeel om andere redenen dan pensionering. Ze kunnen dit doen door actief in te zetten op burn-out preventie en door het vergoten van de duurzame inzetbaarheid van het personeel. Ze kunnen als gehele keten spoedzorgverleners carrièreperspectief bieden, waarbij ze rekening houden met persoonlijke voorkeuren en de levensfase waarin mensen zich bevinden.

I Aanleiding en conclusie

De ketenpartners van het Regionaal Overleg Acute Zorg (ROAZ) in Noord-Brabant ervaren een toenemende druk op de spoedzorgketen. Om de kwaliteit van de spoedzorg te kunnen blijven waarborgen, hebben de partners, die worden ondersteund door Netwerk Acute Zorg Brabant (NAZB), besloten een pro-actieve houding aan te nemen zodat zij tijdig in kunnen spelen op de ontwikkelingen in de spoedzorgketen. Vanuit het ROAZ is hiervoor een werkgroep analyse acute zorgketen gevormd. Deze werkgroep bestaat uit managers van huisartsenposten (HAP's), Regionale Ambulance Voorzieningen (RAV'en), de GHOR en ziekenhuizen. De werkgroep heeft SiRM – Strategies in Regulated Markets – gevraagd om samen met hen in kaart te brengen welke ontwikkelingen in vraag en aanbod van de spoedzorg zij op middellange termijn (vijf jaar) kunnen verwachten en wat dit betekent voor het benodigde aanbod.

Samen met de werkgroep analyse acute zorgketen heeft SiRM ontwikkelingen in vraag en aanbod geïnventariseerd en geselecteerd voor kwantificering. Uit de kwantificering van de vraag- en aanbodontwikkelingen blijkt dat zowel de HAP, als de RAV en de SEH over vijf jaar een aanzienlijk tekort aan personeel zullen hebben (voor een uitgebreide toelichting: zie rapport Vergrijzing vraagt om creativiteit). Ketenpartners verwachten deze tekorten niet volledig op te kunnen vangen. Zij zullen dus niet alleen voor meer personeel, maar ook voor een slimme inzet van personeel moeten zorgen.

In dit overzicht beschrijven we welke activiteiten de ketenpartners pro-actief kunnen ondernemen om in te spelen op deze toenemende vraag en verwachte personeelstekorten. De activiteiten zijn gericht op het dempen van de vraag, het verhogen van de productiviteit van de spoedzorgketen en op het verlagen van de netto uitstroom van personeel.

NAZB zal samen met de leden van de werkgroep in een vervolgtraject bepalen op welke activiteiten wordt ingezet, en welke nadere uitwerking hiervoor nodig is. De subregionale verschillen in de organisatie van de spoedzorg in de regio maken het mogelijk om verschillende activiteiten te testen en hiervan samen te leren. Het is niet zeker of het implementeren van de activiteiten uit dit overzicht voldoende is om de verwachte tekorten in 2023 op te lossen. Er bestaat interesse bij de werkgroep om naast het verder uitwerken van de geselecteerde activiteiten ingrijpendere veranderingen in de organisatie van de spoedzorgketen te onderzoeken.

In de volgende hoofdstukken gaan we in op de activiteiten die in samenspraak met de werkgroep analyse acute zorg als meest haalbaar en impactvol zijn geschat. We geven bij alle activiteiten aan op welke ketenpartner de activiteit effect heeft. Hiervoor gebruiken we de volgende iconen:



De volledige lijst met mogelijke activiteiten treft u in de bijlagen.

2 Dempnen van vraag

De vraag naar spoedzorg neemt toe. De meest directe manier om hier op in te spelen, is door de vraag naar spoedzorg te dempen. We hebben de activiteiten die vallen onder “dempnen van vraag” ingedeeld in drie subcategorieën:

1. Burgers informeren over juist gebruik spoedzorg
2. Voorkomen spoedzorgvraag chronische patiënten of kwetsbare ouderen
3. Verbeteren organisatie reguliere zorg

In dit hoofdstuk beschrijven we activiteiten die de partners uit de spoedzorgketen kunnen ondernemen om deze vraag pro-actief te dempen. We hebben met de leden van de werkgroep 18 mogelijke activiteiten besproken die mogelijk een dempend effect op de vraag hebben. In samenspraak met de werkgroep zijn vier activiteiten geselecteerd die naar verwachting goed haalbaar zijn, en impact hebben.

De vier geselecteerde activiteiten vallen onder de subcategorieën “Burgers informeren over juist gebruik spoedzorg” en “Voorkomen spoedzorgvraag chronische patiënten of kwetsbare ouderen”. De activiteiten die vallen onder de subcategorie “Verbeteren organisatie reguliere zorg” zijn op dit moment minder haalbaar of impactvol. Dit komt omdat deze activiteiten opgepakt moeten worden door partijen die geen onderdeel uitmaken van de spoedzorgketen, of omdat zij van toepassing zijn op een kleine groep gebruikers van de spoedzorgketen.

2.1 Burgers informeren over juist gebruik spoedzorg

Een deel van de spoedzorg bestaat uit zorg dat geen spoedzorg is. Er kan op twee manieren voorkomen worden dat deze zorg in de spoedzorgketen terecht komt. De eerste manier is door mensen voor de poort te informeren over het gebruik van de spoedzorgketen. Wanneer moet je nu naar de HAP of SEH, en wanneer kan je met een zorgvraag wachten tot de volgende dag? De tweede manier is door het aanscherpen van de triage. Wanneer de HAP-triagist of MKA-centralist uitgebreidere informatie ontvangt op het moment van triage, kan hij of zij een betere inschatting maken over de zorgbehoefte. De activiteiten die hieronder beschreven staan, spelen hier op in.

2.1.1 Voorlichting aan jongeren en aan jonge ouders



Naast algemene landelijke campagnes over het juist gebruik van de spoedzorgketen, kan het ook nuttig zijn om voorlichting te geven aan specifieke groepen. Zo kan er gedacht worden aan jongeren, en aan jonge ouders.

Jongeren vormen de toekomstige generatie en wanneer zij juist geïnformeerd worden, straalt dit effect ook uit op hun omgeving. Jongeren kunnen makkelijk bereikt worden door voorlichting op scholen. Voorlichting heeft waarschijnlijk het meest effect als deze plaatsvindt in samenwerking met een bekende vlogger of een ander persoon waar zij tegenop kijken.

Jonge ouders doen relatief vaak een beroep op de spoedzorgketen met vragen over hun (kleine) kinderen. Deze groep kan op het consultatiebureau geïnformeerd worden over wanneer zij met hun kind naar de HAP of SEH moeten gaan, en wanneer niet.

Deze activiteit zal een dempend effect hebben op de zorgvraag van alle drie de ketenpartners. Wij verwachten dat het dempend effect wel het grootst zal zijn voor de HAP.

2.1.2 Voorlichting aan migranten over spoedzorg



Niet-westerse migranten maken veel vaker gebruik van de HAP dan autochtone burgers. Dit komt deels doordat zij niet gewend zijn om met een zorgvraag naar de huisarts te gaan en door de SEH naar de HAP worden verwezen, maar ook doordat zij vaker problemen ervaren met de bereikbaarheid van hun eigen huisarts. Onderzoekers bevelen aan om voorlichting te geven aan migranten zodat het voor hun duidelijk is wanneer zij wel of geen contact moeten opnemen met de HAP.¹ Het is mogelijk om hun actief te benaderen via instanties waar zij wel veel contact mee hebben, zoals bijvoorbeeld uitzendbureaus, zodat zij voorlichting kunnen krijgen over de Nederlandse gezondheidszorg.

Wij verwachten dat het effect van deze activiteit met name zichtbaar is op de HAP.

2.1.3 Beeldschermzorg op de HAP en RAV



Door beeld te gebruiken tijdens triage, kan door een HAP-triagist of een MKA-centralist veel beter ingeschat worden welke zorg nodig is bij een bepaalde zorgvraag. Hierdoor kunnen onnodige HAP-consulten en ambulanceritten voorkomen worden.

Bij een aantal HAP's wordt er gebruik gemaakt van de app 'Mag ik meekijken?'. Door middel van deze app kunnen ze meekijken met de persoon die de HAP belt. Bellers worden op het moment dat zij in de wacht staan voor de triagist geattendeerd op het downloaden van deze gratis app. Deze app wordt ingezet bij zorgvragen over wondjes, beten of huiduitslag. De triagist kan via de app op afstand een inschatting maken van de ernst van het soort klachten, en bepalen of een bezoek aan de HAP nodig is. De app zorgt voor een afname van circa 30% van de bezoeken bij dit soort specifieke klachten.² Bij HAP Midden-Brabant zit er wel enige voorzichtigheid in het gebruik van deze app, omdat de cliënt de triagist ook kan zien. De triagisten voelen zich hierdoor minder veilig.

Ambulancezorg geeft aan dat de behoefte om beeld te gebruiken, toeneemt. Er zijn al trauma-artsen die vragen of het mogelijk is om de triage uit te voeren met Skype zodat ze via bijvoorbeeld de gelaatskleur kunnen inschatten of een slachtoffer in levensgevaar is. Het is de bedoeling dat er in 2019 een nieuwe 112-app komt, waardoor beeld echt een intrede kan doen in het meldingsproces.³

¹ <https://www.skipr.nl/actueel/id35552-%27migranten-maken-vaker-gebruik-van-huisartsenpost%27.html>

² <https://praktijkvoorbeeldenanw.lhv.nl/praktijkvoorbeelden/beeldschermzorg>

³ <https://www.ambulancezorg groningen.nl/nieuws/binnenkort-112-meldingen-met-beeld>

2.2 Voorkomen spoedzorgvraag chronische patiënten of kwetsbare ouderen

De ontwikkeling die de grootste bijdrage levert aan het toenemen van de vraag naar spoedzorg, is de vergrijzing en groei van de bevolking. Ouderen zijn vaker chronisch ziek en maken aanzienlijk meer gebruik van (spoed)zorg dan andere groepen.⁴ Een deel van de zorgvragen van kwetsbare ouderen kan voorkomen worden door hier tijdig op in te spelen, en een deel van de vragen waar ouderen mee op de SEH terecht komen, hoort niet in het ziekenhuis. Deze ouderen kunnen alleen niet terug naar huis. Zij kunnen niet meer voor zichzelf zorgen en hebben of geen mantelzorger, of de mantelzorger die voorheen voor de oudere zorgde, is weggefallen.

Met de werkgroep zijn verschillende activiteiten besproken die inspelen op het voorkomen van de spoedzorgvraag van chronische patiënten of kwetsbare ouderen. Wij hebben uit deze lijst (zie Bijlage 1) één activiteit geselecteerd waarvan wij verwachten dat deze haalbaar is, en impact heeft.

2.2.1 Speciale afdeling in ziekenhuis voor kwetsbare ouderen



In een aantal ziekenhuizen worden afdelingen ingericht voor kwetsbare ouderen. Deze afdelingen zijn er op gericht om kwetsbare ouderen (tijdelijk) extra zorg te verlenen en zo escalaties te voorkomen.

Een voorbeeld hiervan is de Havenkliniek in Rotterdam. Zij hebben een afdeling ingericht om kwetsbare ouderen te ondersteunen bij alles wat zij nodig hebben om langer thuis te kunnen blijven wonen. Een onderdeel van deze afdeling is een laagdrempelige opvang voor senioren die het tijdelijk niet alleen redden. Op deze afdeling staan ELV-bedden van VVT-aanbieder Fundis. De vier ziekenhuizen die samenwerken in de Havenkliniek – het Erasmus MC, Franciscus Gasthuis & Vlietland, Maasstad Ziekenhuis en IJsselland Ziekenhuis – beogen zo alle expertise, zorg en ondersteuning voor de oudere burger van Rotterdam onder één dak met één voordeur aan te bieden.⁵

⁴ Nederlandse Zorgautoriteit (2018), Monitor Zorg voor Ouderen

⁵ <https://www.skipr.nl/actueel/id35342-havenpoli-gaat-zich-richten-op-ouderen-in-rotterdam.html>

3 Verhogen productiviteit spoedzorgketen

De partners in de spoedzorgketen verwachten de tekorten aan personeel niet volledig op te kunnen vangen. Dit betekent dat zij de zorg slimmer in moeten richten om effectiever te kunnen werken en het personeel dat zij hebben slimmer in moeten zetten. We hebben verschillende activiteiten geselecteerd die hierop inspelen. Deze activiteiten hebben we ingedeeld in drie subcategorieën:

1. Verbeteren doorstroom spoedzorgketen
2. Bevorderen uitstroom uit spoedzorgketen
3. Taken zorgverleners herschikken

De eerste twee subcategorieën spelen in op het slimmer inrichten van de zorg, de derde op het slimmer inzetten van personeel. We hebben onder elk van de subcategorieën één activiteit geselecteerd. Deze activiteiten komen uit een lijst met 17 activiteiten die leiden tot een verhoogde productiviteit van de spoedzorgketen. Wij schatten in dat geselecteerde activiteiten het meest haalbaar zijn en dat zij het grootste effect hebben op de productiviteit van de spoedzorgketen.

3.1 Verbeteren doorstroom spoedzorgketen

Voor effectief gebruik van de spoedzorgketen is het belangrijk dat patiënten goed door de spoedzorgketen heen stromen. Deze doorstroom wordt vergemakkelijkt wanneer zorgprofessionals met elkaar samenwerken. Onderstaande activiteit speelt hierop in en zorgt voor een verbeterde productiviteit van alle partners in de spoedzorgketen.

3.1.1 Gezamenlijke triage en inzetbepaling



Een deel van de druk op de spoedzorgketen wordt veroorzaakt doordat patiënten op de verkeerde plaats zorg vragen en meerdere zorgprofessionals hierdoor onnodig met dezelfde patiënt bezig zijn. Zorgcoördinatie of andere manieren van samenwerking tussen professionals kan hier een oplossing voor bieden. Bij zorgcoördinatie werken ketenpartners fysiek samen om een persoon met een zorgvraag naar de juiste zorgaanbieder te begeleiden of van zelfhulpadvies te voorzien. Maar ook de inzet van SPV'ers of VVT-medewerkers op de HAP leidt ertoe dat patiënten sneller de juiste zorg op de juiste plaats ontvangen.

Een voorbeeld van zorgcoördinatie is terug te vinden in de regio IJsselland. Medewerkers van zorgpartijen RAV IJsselland, Icare (VVT) en Medrie (huisartsenspoedzorg) zitten fysiek bij elkaar op een zogenaamd zorgcoördinatiecentrum (ZCC). De drie zorgpartners beogen door intensieve samenwerking zorgvragen op de juiste wijze te beoordelen. Zij vormen één loket voor dringende zorgvragen en gebruiken een eenduidige triage. MKA-centralisten, HAP-triagisten/huisartsen en

wijkverpleegkundigen kunnen met elkaar overleggen over de patiënt en de zorgvraag. Door deze samenwerking biedt de juiste zorgverlener op het juiste moment passende zorg.⁶

Ook op HAP Midden-Brabant wordt er fysiek samengewerkt met verschillende partijen. Het Crisis Interventie Team neemt plaats op de HAP en er is één dag per week een medewerker van de VVT op de HAP aanwezig. Daarnaast is het de bedoeling dat de SPV'er die vanaf januari 2019 24/7 bereikbaar is voor de acute GGZ, plaatsneemt op de HAP.

Ook in regio Den Bosch wordt ingezet op (fysieke) samenwerking tussen de verschillende ketenpartners in de spoedzorgketen. De HAP en GGZ werken al samen, er zit een SPV-er op het triagecentrum en op de post. Plannen voor verdere samenwerking zijn in ontwikkeling.

3.2 Bevorderen uitstroom uit spoedzorgketen

Een ander knelpunt in de spoedzorgketen is de uitstroom van patiënten. Bevorderen van deze uitstroom kan grote winst opleveren voor de spoedzorgketen. Met name oudere patiënten kunnen na een bezoek aan de SEH vaak niet zomaar naar huis. Het kost SEH-verpleegkundigen veel tijd om een ELV- of GRZ-bed voor deze ouderen te vinden. Ouderen blijven hierdoor onnodig lang op de SEH liggen. Zij houden bedden bezet en SEH-verpleegkundigen zijn meer tijd kwijt met deze patiënten dan strikt gezien nodig is. Op verschillende plaatsen zijn activiteiten ontplooid om de doorstroom vanaf de SEH te verbeteren. Wanneer deze activiteiten verder uitgerold worden zal dit ook met name impact hebben op de SEH's. Deze activiteiten staan hieronder beschreven.

3.2.1 Herstelafdeling in ziekenhuis



Het Westfriesgasthuis en thuiszorgorganisatie Omring zijn in maart 2017 een herstelafdeling gestart in het ziekenhuis. Deze herstelafdeling is volledig gericht op een spoedig herstel en een snelle terugkeer naar huis. Verpleegkundigen en verzorgend personeel van Omring zijn 24/7 beschikbaar en staan in directe verbinding met een Omring-arts. De wijkverpleegkundige bezoekt de patiënt op de afdeling voordat de patiënt terugkeert naar huis om goede voorbereidingen te treffen voor de thuiskomst van de patiënt. Een deel van de patiënten die op deze afdeling ligt, komt rechtstreeks vanaf de SEH. Op deze manier wordt voorkomen dat deze patiënten onnodig lang op de SEH liggen of onterecht in een ziekenhuisbed elders in het ziekenhuis terecht komen.⁷

In Brabant hebben verschillende ziekenhuizen soortgelijke initiatieven gestart. In Amphibia is ook een herstelafdeling ingericht. Het ETZ is hiermee bezig en het JBZ heeft eigen ELV-bedden.

3.3 Taken zorgverleners herschikken

De spoedzorgketen moet niet alleen slimmer ingericht worden, personeel moet ook slimmer ingezet worden om de aankomende tekorten in de spoedzorgketen op te vangen. Een voorbeeld van slimmere inzet van personeel is taakdifferentiatie. Taakdifferentiatie is mogelijk op zowel de HAP, de RAV als de SEH.

⁶ <https://www.ambulancezorg.nl/nieuws/springplankprojecten-pilots-voor-betere-zorgcoördinatie>

⁷ Best practices capaciteitsproblemen SEH, SpoedZorgNet AMC en Netwerk Acute Zorg Noordwest (2018)

3.3.1 Taakdifferentiatie door verpleegkundig specialisten en physician assistants



Verpleegkundig specialisten kunnen werk overnemen van huisartsen, ambulancemedewerkers en SEH-artsen. Physician assistants worden ingezet om het dalende aantal AIOS op te vangen.

Op de SEH behandelen verpleegkundig specialisten laagcomplexe patiënten zelfstandig, zonder tussenkomst van een (SEH-)arts. Zij kunnen deze arts wel consulteren. Bij drukte op de SEH kan de verpleegkundig specialist daarnaast ook voorbereidend werk doen voor de SEH-arts. De verpleegkundig specialist kan bijvoorbeeld gegevens verzamelen (bijvoorbeeld ziektegeschiedenis, medicatiegebruik) en lichamelijk onderzoek uitvoeren. Sommige ziekenhuizen hebben op de SEH een aparte straat ingericht waar de verpleegkundig specialist zelfstandig alle laagcomplexe zorg afhandelt. Hierdoor is het minder druk op de SEH.⁸

RAV Brabant Midden West Noord start binnenkort met de pilot Rapid Responders waarbij verpleegkundig specialisten op meldingen afgaan en zelfstandige behandelrelaties aangaan met patiënten. Zij werken vanuit de RAV en hechten bijvoorbeeld kleine wondjes waardoor deze patiënten niet meer naar de HAP of de SEH hoeven te gaan. Het doel van dit project is om de zorg efficiënter in te zetten door de juiste functionaris op het juiste moment de zorg uit te laten voeren.

Op een huisartsenpost in Enschede heeft de verpleegkundig specialist een eigen spreekuur en rijdt visite. Hierdoor neemt de werkdruk van de huisartsen af. Patiënten geven aan dat zij het bezoek van de verpleegkundig specialist iets beter ervaren dan dat van de huisarts. De verpleegkundig specialisten zetten wel vaker een ambulance in, ondanks dat zij minder complexe visites rijden. Doordat de visites en consulten van de verpleegkundig specialist langer duren dan die van de huisarts, verschillende de personele kosten wel maar weinig.⁸

Physician assistants worden voornamelijk ingezet op de SEH. Het aantal AIOS dat de ziekenhuizen ter beschikking hebben loopt terug. Ziekenhuizen zijn snel geneigd het teruglopende aantal AIOS op te vangen met ANIOS, maar ANIOS wisselen vaak van werkplek. Physician assistants zijn stabielere vervangers van de AIOS. SEH-artsen moeten nog wel vertrouwen krijgen in de verpleegkundig specialisten en physician assistants.

⁸ Best practices capaciteitsproblemen SEH, SpoedZorgNet AMC en Netwerk Acute Zorg Noordwest (2018)

4 Verlagen netto uitstroom personeel

Een deel van de verwachte tekorten in de spoedzorgketen wordt veroorzaakt doordat er minder personeel instroomt dan er uitstroomt. We zien dit bij zowel bij ambulanceverpleegkundigen als SEH-verpleegkundigen. Dit probleem kan op twee manieren aangevlogen worden: door de instroom te verhogen of door de uitstroom te verlagen. We hebben negen activiteiten verzameld die hierop inspelen. Drie van deze activiteiten zijn geselecteerd op basis van haalbaarheid en impact.

4.1 Verhogen instroom personeel

De eerst mogelijke oplossing voor het verlagen van de netto uitstroom, het verhogen dat de instroom door meer personeel op te leiden. Ambulanceverpleegkundigen hebben een achtergrond als SEH-verpleegkundige of IC-verpleegkundige. Zowel de ambulancezorg als de acute ziekenhuiszorg hebben dus belang bij een hoge instroom in de opleiding tot SEH-verpleegkundige.

4.1.1 Gezamenlijke werving en promotie van de opleidingen



Ketenpartners kunnen gezamenlijk de spoedzorgketen promoten en actief nieuwe leerlingen aantrekken. Voor commerciële bedrijven is het gebruikelijk om zichzelf te laten zien op beroepenbeurzen en zo jongeren warm te maken voor een baan. Zorginstellingen zijn op dergelijke beurzen vrijwel niet te zien. Werken in de acute zorgsector staat niet op het vizier van jongeren, terwijl zij hierin mogelijk wel geïnteresseerd zijn als ze meer weten over de sector en de professionele mogelijkheden. Een andere mogelijkheid om deze beroepen positief in de schijnwerpers te zetten, is door gebruik te maken van kanalen die populair zijn bij jongeren. Hierbij kan gedacht worden aan vlogs of inspirerende personen die over hun beroep vertellen aan tafel bij bijvoorbeeld een televisieprogramma zoals Jinek.

4.2 Verlagen uitstroom personeel

De tweede manier om dit probleem aan te vliegen, is door de uitstroom van personeel te verlagen. Uitstroom wordt veroorzaakt door mensen die met pensioen gaan en door mensen die om een andere reden vroegtijdig de spoedzorgketen verlaten. Op deze laatste groep moet ingezet worden om de uitstroom te verlagen.

De spoedzorgketen is een veeleisende sector. Veel werknemers ervaren een forse werkdruk en de risico's op een burnout zijn hoog.⁹ Er is extra aandacht nodig voor deze werknemers om hen in de spoedzorgketen te houden. Onderstaande activiteiten kunnen hieraan bijdragen.

⁹ De Wijn & van der Doef (2017), Psychosociale Arbeidsbelasting op de SpoedEisende Hulp (SEH). Onderzoek naar werkfactoren, individuele factoren en gezondheid/welbevinden bij verpleegkundigen en artsen op 19 SEH-afdelingen.

4.2.1 Actieve inzet op burnoutpreventie



Burnouts komen relatief veel voor in de spoedzorgketen. Uit onderzoek van IZZ naar de psychosociale arbeidsbelasting op de SEH blijkt dat een aantal factoren bijdraagt aan het voorkomen van burnout. SEH Amphia (Frank Jaspers) is initiator van dit onderzoek. Deze factoren zijn onder meer intervisie, persoonlijke benadering en opleiding. Het helpt als er een goed sociaal klimaat heerst, medewerkers 24/7 hun verhaal kwijt kunnen aan hun leidinggevende, er goede interne communicatie is en medewerkers de mogelijkheid krijgen om zich verder te ontwikkelen.⁹

Er zijn ook organisaties waar medewerkers opgevangen kunnen worden nadat zij iets vervelends hebben meegemaakt op hun werk. Deze medewerkers kunnen naar telefoonnummers bellen waar zij, nadat een incident heeft plaatsgevonden, steun kunnen krijgen.

Op SEH's waar veel geweld en agressie voorkomt, kan een ziekenhuisbrede agressietraining nuttig zijn. Medewerkers leren in deze training met geweld en agressie om te gaan. Andere trainingen leren medewerkers om hun veiligheid te borgen, zodat zij bijvoorbeeld niet met hun rug richting een gevaarlijke situatie gaan staan.

Onder meer Amphia, CZE het JBZ en het ETZ hebben meegewerkt aan het IZZ project naar de psychosociale arbeidsbelasting, zij nemen ook deel aan het vervolgtraject. Ook HAP Midden-Brabant besteedt actief aandacht aan de opvang en ondersteuning van personeel. Het is niet bekend hoe andere HAP's hiermee omgaan. De managers geven wel aan dat de opvang en ondersteuning van personeel na calamiteiten beter kan. Politie en defensie kunnen hierbij als voorbeeld dienen.

4.2.2 Vergroten duurzame inzetbaarheid van personeel



Door het vergroten van de duurzame inzetbaarheid van personeel, blijft personeel langer werkzaam in de spoedzorgketen. Ketenpartners kunnen samen medewerkers in de spoedzorgketen meer carrièreperspectief bieden waardoor het voor hen aantrekkelijker is om in de spoedzorgketen te blijven werken. Carrière mogelijkheden kunnen afgestemd worden op de levensfase. Voorbeelden hiervan zijn een SEH-verpleegkundige die de mogelijkheid krijgt om de overstap te maken naar de HAP, of een verpleegkundige die door kan groeien tot physician assistant.

Om deze uitwisseling van personeel makkelijker te laten verlopen, moet er wel gekeken worden naar de verschillen tussen de CAO's, in pensioenen en in opleiding. Een personele unie kan hier mogelijk een oplossing bieden.

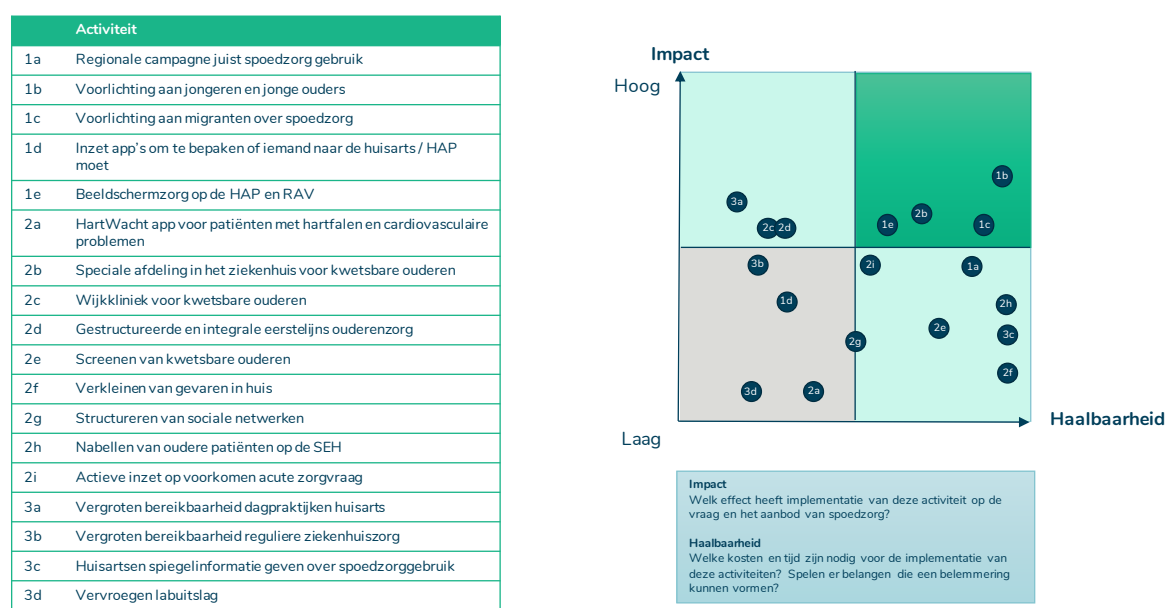
Bijlage 1: Volledig overzicht activiteiten – dempen vraag

We hebben in de werkgroep analyse acute zorgketen 18 activiteiten besproken die een dempend effect hebben op de vraag. Vier van deze activiteiten zijn beschreven in hoofdstuk 2. In deze bijlage beschrijven we de volledige lijst met activiteiten die inspelen op het dempen van de vraag.

We hebben deze activiteiten ingedeeld in drie subcategorieën:

1. Burgers informeren over juist gebruik spoedzorgketen
2. Voorkomen spoedzorgvraag chronisch zieken en kwetsbare ouderen
3. Verbeteren organisatie reguliere zorg

We hebben de activiteiten in een matrix ingedeeld op basis van impact, dat wil zeggen het effect van de implementatie van de activiteit op de vraag en het aanbod van spoedzorg, en op haalbaarheid (zie Figuur). Onder haalbaarheid bekijken we de hoogte van de kosten en de hoeveelheid tijd die nodig zijn voor de implementatie van de activiteit en of er belangen spelen die een belemmering kunnen vormen bij de implementatie.



Figuur 1. We verwachten van vier ontwikkelingen dat zij een hoge impact hebben, en haalbaar zijn

1. Burgers informeren over juist gebruik spoedzorg

We hebben vijf activiteiten besproken die burgers informeren over juist gebruik van de spoedzorgketen. De eerste vier activiteiten vinden plaats voor de poort, door burgers in te lichten wanneer zij wel of geen beroep mogen doen op de spoedzorgketen. De vijfde activiteit richt zich op de triage. Door HAP-triagisten of MKA-centralisten meer informatie te geven kunnen zij beter bepalen of een zorgvraag thuis hoort in de spoedzorgketen of niet.

1a. Regionale campagne juist spoedzorg gebruik



Huisartsen West-Friesland dragen actief de boodschap uit dat een consult buiten werktijden alleen mogelijk is bij een spoedgeval. Zij hebben de naam van huisartsenpost veranderd naar Spoedpost huisartsen. De huisarts stelt niet zozeer een diagnose tijdens ANW maar trieert vooral: is direct actie benodigd of kan het later. Huisartsen vragen reguliere behandelaren daarnaast om hun patiënten hun rechtstreekse telefoonnummers te geven voor de ANW-uren.¹⁰

Huisartsen in Venlo gebruiken ook bewust de naam spoedpost, in Amphia zullen ze dit na de nieuwbouw ook gaan doen. Het is de uitdaging om de boodschap positief te brengen, uitleggen dat sommige vragen tot de volgende dag kunnen wachten en een bezoek aan de HAP niet nodig is.

Ook vanuit HAP Oost-Brabant wordt hier actief op ingezet: reguliere zorg is dagzorg, spoedposten zijn spoedposten en geen reguliere zorg in de ANW-uren. Zij organiseren de zorg op de HAP bewust ook anders dan in de huisartsenpraktijk. Zo meten ze bij binnenkomst de vitale functies en de dragen de artsen witte jassen.

Het blijkt ook dat veel mensen een beroep doen op de HAP of de SEH omdat zij niet ingeschreven staan bij een huisarts. Dit is met name vaak het geval bij studenten of seizoenswerkers. Een regionale of landelijke campagne waarin mensen erop gewezen worden dat zij ingeschreven moeten staan bij een huisarts in de plaats waar zij wonen kan hierbij helpen. Deze campagne wordt idealiter ondersteund door de zorgverzekeraar. In Brabant kunnen dergelijke campagnes met behulp van Omroep Brabant worden gevoerd.

De inzet van campagnes die juist gebruik van de spoedzorgketen stimuleren ligt wel gevoelig bij de huisartsen, zij zijn bang voor een toenemende drukte van de reguliere praktijk waar zij dagelijks mee geconfronteerd worden. Drukke op de HAP ervaren zij daarentegen slechts een paar keer per jaar.

1b. Voorlichting aan jongeren en aan jonge ouders



Naast landelijke campagnes over het juist gebruik van de spoedzorgketen, kan het ook nuttig zijn om op regionaal niveau voorlichting te geven aan specifieke groepen. Zo kan er gedacht worden aan jongeren, en aan jonge ouders.

¹⁰ <http://www.vphuisartsen.nl/anw/manifest-spoedzorg-praktijkhoudende-huisartsen-westfriesland/>

Jongeren vormen de toekomstige generatie, en wanneer zij juist geïnformeerd worden, straalt dit effect ook uit op hun omgeving. Jongeren kunnen makkelijk bereikt worden door voorlichting op scholen. Voorlichting heeft waarschijnlijk het meest effect als deze plaatsvindt in samenwerking met een bekende vlogger of een ander persoon waar zij tegen opkijken.

Jonge ouders doen relatief vaak een beroep op de spoedzorgketen met vragen over hun (kleine) kinderen. Deze groep kan op het consultatiebureau geïnformeerd worden over wanneer zij met hun kind naar de HAP of SEH moeten gaan en wanneer niet.

1c. Voorlichting aan migranten over spoedzorg



Niet-westerse migranten maken veel vaker gebruik van de HAP dan autochtone burgers. Dit komt deels doordat zij niet gewend zijn om met een zorgvraag naar de huisarts te gaan en door de SEH naar de HAP worden verwezen maar ook doordat zij vaker problemen ervaren met de bereikbaarheid van hun eigen huisarts. Onderzoekers bevelen aan om voorlichting te geven aan migranten.¹¹ Het is mogelijk om hun actief te benaderen via instanties waar zij wel veel contact mee hebben, zoals bijvoorbeeld uitzendbureaus, zodat zij voorlichting kunnen krijgen over de Nederlandse gezondheidszorg. Dit kan zowel regionaal als landelijk georganiseerd worden.

1d. Inzet apps om te bepalen of iemand naar de huisarts / HAP moet



Er zijn huisartsen en HAP's die actief inzetten op het gebruik van apps zoals thuisarts.nl en moetknaardedokter.nl. Deze apps helpen de patiënt bepalen of een bezoek aan de huisarts of HAP nodig is.

1e. Beeldschermzorg op de HAP en RAV



Door beeld te gebruiken tijdens triage kan door een HAP-triagist of een MKA-centralist veel beter ingeschat worden welke zorg nodig is bij een bepaalde zorgvraag. Hierdoor kunnen onnodige HAP-consulten en ambulanceritten voorkomen worden.

Bij een aantal HAP's wordt er gebruik gemaakt van de app 'Mag ik meekijken?'. Door middel van deze app kunnen ze meekijken met de persoon die de HAP belt. Bellers worden op het moment dat zij in de wacht staan voor de triagist geattendeerd op de mogelijkheid van het downloaden van deze gratis app. Deze app wordt ingezet bij zorgvragen over wondjes, beten of huiduitslag. De triagist kan via de app op afstand een inschatting maken van de ernst van de klachten en bepalen of een bezoek aan de HAP nodig is. De app zorgt voor een afname van circa 30% van de bezoeken bij dit soort specifieke klachten.¹² Bij HAP Midden-Brabant zijn de triagisten niet heel enthousiast over deze app, omdat de cliënt de triagist ook kan zien. De triagisten voelen zich hierdoor minder veilig.

¹¹ <https://www.skopr.nl/actueel/id35552-%27migranten-maken-vaker-gebruik-van-huisartsenpost%27.html>

¹² <https://praktijkvoorbeeldenanw.lhv.nl/praktijkvoorbeelden/beeldschermzorg>

Ambulancezorg geeft aan dat de behoefte om beeld te gebruiken, toeneemt. Er zijn al trauma-artsen die vragen of het mogelijk is om de triage uit te voeren met Skype zodat ze via bijvoorbeeld de gelaatskleur kunnen inschatten of een slachtoffer in levensgevaar is. Het is de bedoeling dat er in 2019 een nieuwe 112-app komt, waardoor beeld echt een intrede kan doen in het meldingsproces.¹³

2. Voorkomen spoedzorgvraag chronische patiënten of kwetsbare ouderen

Chronisch zieke en kwetsbare ouderen maken relatief veel gebruik van de spoedzorgketen. De belasting van de spoedzorgketen zal de komende jaren door de toenemende vergrijzing alleen maar groter worden. We hebben negen activiteiten besproken die erop gericht zijn om de spoedzorgvraag van chronisch zieken en / of kwetsbare ouderen te verminderen.

2a. HartWacht app voor patiënten met hartfalen en cardiovasculaire problemen



Patiënten met hartfalen en cardiovasculaire problemen kunnen zelf hun hart controleren met de HartWacht app als zij ongerust zijn. Zij verkeren vaak in onzekerheid over het functioneren van hun hart, dit kan leiden tot spoedbezoeken aan een arts of de SEH. Als er iets aan de hand is of als de patiënt onzeker is, kan deze contact opnemen met het zorgcentrum en is er mogelijkheid tot videocontact.¹⁴

In Brabant vinden er verschillende initiatieven plaats waarbij patiënten vanuit de cardiologie worden gemonitord. Zij ondervangen wel met name vragen die op een poli terecht zouden komen en niet zozeer in de spoedzorgketen.

2b. Speciale afdeling in ziekenhuis voor kwetsbare ouderen



In een aantal ziekenhuizen worden afdelingen ingericht voor kwetsbare ouderen. Deze afdelingen zijn er op gericht om kwetsbare ouderen (tijdelijk) extra zorg te verlenen en zo escalaties te voorkomen.

Een voorbeeld hiervan is de Havenkliniek in Rotterdam. Zij hebben een afdeling ingericht om kwetsbare ouderen te ondersteunen bij alles wat zij nodig hebben om langer thuis te kunnen blijven wonen. Een onderdeel van deze afdeling is een laagdrempelige opvang voor senioren, die het tijdelijk niet alleen redden. Op deze afdeling staan ELV-bedden van VVT-aanbieder Fundis. De vier ziekenhuizen die samenwerken in de Havenkliniek – het Erasmus MC, Franciscus Gasthuis & Vlietland, Maasstad Ziekenhuis en IJsselland Ziekenhuis – beogen zo alle expertise, zorg en ondersteuning voor de oudere burger van Rotterdam onder één dak met één voordeur aan te bieden.¹⁵

¹³ <https://www.ambulancezorggroningen.nl/nieuws/binnenkort-112-meldingen-met-beeld>

¹⁴ Best practices capaciteitsproblemen SEH, SpoedZorgNet AMC en Netwerk Acute Zorg Noordwest (2018)

¹⁵ <https://www.skopr.nl/actueel/id35342-havenpoli-gaat-zich-richten-op-ouderen-in-rotterdam.html>

2c. Wijkkliniek voor kwetsbare ouderen



Het AMC en zorgorganisatie Cordaan starten een wijkkliniek van 12 bedden, een miniziekenhuis in Amsterdam-Zuidoost voor kwetsbare ouderen. Het experiment moet leiden tot 20% minder SEH-bezoek, 25% minder heropnames en 90% uitstroom naar huis. De wijkkliniek is bedoeld voor kwetsbare ouderen met bijvoorbeeld hartfalen, COPD of longontsteking. De wijkkliniek is een laagdrempelige ziekenhuisvoorziening. De focus ligt op medisch specialistische interventie in samenhang met functiebehoud. Vervolgens ligt de focus op het actief organiseren van een snelle terugkeer naar de thuissituatie met zorg op maat.¹⁶

In deze wijkkliniek kunnen ook geriaters of specialisten ouderengeneeskunde werken. Zij zullen dan vanuit de wijk betaald moeten worden in plaats van via DBC's.

2d. Gestructureerde en integrale eerstelijns ouderenzorg



In het project Beter Oud in Amsterdam werken huisartsen en wijkverpleging intensief samen. Een eerstelijnsverpleegkundige ondersteunt de huisarts bij de identificatie van ouderen met een hoge kwetsbaarheid. Deze verpleegkundige kent de sociale kaart en werkt nauw samen met de wijkverpleging en het sociale wijkteam. Door een beter gestructureerde eerstelijns ouderenzorg en ondersteuning te bieden, worden ouderen minder vaak acuut ingestuurd naar de SEH.¹⁷

Zo kan er ook in samenwerking met de thuiszorg bekeken worden waarom mensen op de SEH terecht komen en er niet al eerder een interventie heeft plaatsgevonden waardoor deze mensen niet naar de SEH hadden hoeven komen.

2e. Screenen van kwetsbare ouderen



In het Zuyderland ziekenhuis worden alle ouderen in het adherentiegebied jaarlijks gescreend. Kwetsbare ouderen worden in het geval van bijvoorbeeld een griep epidemie actief benaderd zodat zij de juiste ondersteuning kunnen ontvangen en geen beroep hoeven te doen op de spoedzorgketen.

2f. Verkleinen van de gevaren in huis



In Midden West Brabant loopt een pilot waarbij in samenwerking met het Rode Kruis gekeken wordt naar de gevaren bij kwetsbare ouderen thuis. Zij kijken naar de risico's in huis, waar struikelen kwetsbare ouderen bijvoorbeeld snel over, om zo de kans op valpartijen te verminderen. Bij een positief resultaat wordt deze pilot uitgebreid.

¹⁶ <https://www.amc.nl/web/specialismen/geriatrie-ouderengeneeskunde-1/acute-ouderenzorg/wijkkliniek.htm>

¹⁷ Best practices capaciteitsproblemen SEH, SpoedZorgNet AMC en Netwerk Acute Zorg Noordwest (2018)

2g. Structureren van sociale netwerken



Verschillende organisaties brengen de sociale netwerken rondom kwetsbare ouderen in kaart zodat het ook duidelijk is voor zorgprofessionals met wie zij wanneer contact kunnen opnemen. Hierdoor kunnen onnodige ziekenhuisopnames voorkomen worden.

BrabantZorg heeft een soort wijkcentrum opgericht waar kwetsbare ouderen in contact kunnen komen met wijkbewoners. Op deze manier kunnen zij een soort mantelzorgnetwerk opbouwen in de wijk.

Een ander voorbeeld waarbij er actief gewerkt wordt aan de opbouw van een sociaal netwerk rondom een kwetsbare oudere, is de opzet van wooncentra. Hier worden kwetsbare ouderen actief samengebracht waardoor zij elkaar kunnen ondersteunen.



2h. Nabellen van oudere patiënten op de SEH

Ouderen die de spoedeisende hulp hebben bezocht, belanden vaker dan andere doelgroepen korte tijd later weer op de SEH. Dit kan voorkomen worden door de patiënten goed in te lichten in informatie mee te geven na ontslag uit het ziekenhuis of een bezoek aan de SEH.

Het nabellen van deze patiënten blijkt ook effectief. Door het nabellen kunnen onduidelijkheden over medicatie worden opgehelderd. Ook kan de arts nagaan of de ondersteuning thuis voldoende is en of er thuiszorg georganiseerd moet worden.^{18,19} Deze ouderen zouden ook gebeld kunnen worden door een huisarts, waardoor deze meer regie naar zich toetrekt wanneer een van zijn patiënten in het ziekenhuis heeft gelegen.

2i. Actieve inzet op voorkomen spoedzorgvraag



Het spoedzorgnetwerk in de regio Helmond en de Peel werkt actief aan preventie van spoedzorgvragen. Zo denken zij na over gerichte publiekscommunicatie en cursussen die de leefstijl van burgers bevorderen. De gedachtegang hierbij is dat een gezonde en goed geïnformeerde bevolking minder vaak beroep doet op de (spoed)zorg. Daarnaast zetten zij in op vroegsignalering, advanced care planning, getrapte zorg en monitoring van chronisch zieken en kwetsbare ouderen om crisissen, onnodige spoedvragen en spoedopnames te voorkomen.²⁰

In Zuidoost-Brabant hebben gemeenten, ziekenhuizen, huisartsenpraktijken, gezondheidscentra, V&V, het sociaal domein, patiëntvertegenwoordigers en thuiszorginstellingen samen een regio-netwerk opgezet om ouderen de juiste zorg op de juiste plaats te bieden. De doelstellingen zijn om duurdere zorg te voorkomen, zorg te verplaatsen zodat deze dichterbij mensen thuis geboden kan worden, en zorg te vervangen voor bijvoorbeeld e-health. Zij brengen het sociaal en professioneel netwerk van de oudere in kaart, delen patiëntinformatie, bieden preventieve ondersteuning in de wijk doordat professionals elkaar kennen en samenwerken en willen samen een loket / portaal opzetten voor vragen over zorg en welzijn. Hier kan later eventueel triage aan toegevoegd

¹⁸ <https://www.denieuwepraktijk.nl/praktijk/patienten-nabellen-vanaf-de-spoedeisende-hulp/>

¹⁹ Best practices capaciteitsproblemen SEH, SpoedZorgNet AMC en Netwerk Acute Zorg Noordwest (2018)

²⁰ Naar een toekomstbestendig spoedzorgnetwerk in regio Helmond en de Peel: van gedeelde ambitie tot gezamenlijke realisatie

worden. Daarnaast vergroten ze de zelfredzaamheid waardoor ouderen langer en veilig thuis kunnen wonen en hebben ze inzicht in (niet) beschikbare capaciteit. Kortom, ze nemen een pro-actieve houding aan ten aanzien van zorg en ondersteuning voor de meer thuiswonende kwetsbare oudere.

3. Verbeteren organisatie reguliere zorg

Een deel van de zorgvraag die in de spoedzorgketen terecht komt, is geen spoedzorg. Reguliere huisartsenzorg wordt doorgeschoven naar de HAP omdat huisartsen aan het eind van de dag niet meer bereikbaar zijn of omdat huisartsen pas later op de dag labuitslagen naar (ongeruste) patiënten communiceren. Daarnaast wordt ziekenhuiszorg doorgeschoven naar de SEH omdat de wachttijden voor de poli te lang zijn en diagnostiek sneller plaats kan vinden op de SEH. We hebben vier activiteiten besproken die moeten leiden tot een verbetering van de organisatie van reguliere zorg waardoor minder van deze zorg verschuift naar de spoedzorgketen.

3a. Vergroten bereikbaarheid dagpraktijken huisarts



Veel dagpraktijken van huisartsen zijn aan het eind van de dag niet meer goed bereikbaar voor patiënten. Deze patiënten nemen vervolgens contact op met de HAP. HAP's ervaren dat telefoontjes die tussen 16.00 uur en 17.00 uur bij de huisarts zijn binnengekomen, doorverwezen worden naar de HAP terwijl de huisarts eigenlijk alle telefoontjes die voor 17.00 uur binnenkomen, zelf zou moeten behandelen. Minimale vereisten voor de bereikbaarheid van huisartsenpraktijken binnen kantooruren kunnen ervoor zorgen dat huisartsen beter bereikbaar zijn en meer zorg oppakken die in de reguliere huisartsenzorg thuis hoort. Daarnaast zou het helpen als huisartsenpraktijken 's morgens spoedplekken vrij houden voor patiënten die 's nachts contact hebben opgenomen met de HAP en binnen een paar uur door een huisarts gezien moeten worden (patiënten met een U3-classificatie). De HAP-triagist kan voor deze patiënten dan meteen een afspraak inplannen bij de eigen huisarts.²¹

Naast de bereikbaarheid, mogen huisartsen ook aangesproken worden op de communicatie richting patiënten. Zo zijn er huisartsen die op hun website vermelden dat patiënten voor huisartsenzorg na 17.00 uur de HAP kunnen benaderen. Zij geven hierbij niet aan dat de HAP enkel bedoeld is voor huisartsenspoedzorg en patiënten met zorg die kan wachten tot de volgende dag, gewoon contact op kunnen nemen met de reguliere huisartsenpraktijk.

SGE werkt al aan het vergroten van de bereikbaarheid. Zij hebben werkblokken ingesteld in de huisartsenpraktijk, waardoor huisartsen tot een later tijdstip bereikbaar zijn.

²¹ <http://www.vphuisartsen.nl/anw/manifest-spoedzorg-praktijkhoudende-huisartsen-westfriesland/>

3b. Vergroten bereikbaarheid reguliere ziekenhuiszorg



Een deel van de patiënten die op de SEH terecht komt, is al onder behandeling in het ziekenhuis. Zij belanden op de SEH omdat er onvoldoende plek op de spoedpoli van de afdeling is waar zij onder behandeling zijn of omdat zij de afdeling niet kunnen bereiken.

De instroom van deze patiënten op de SEH, kan voorkomen worden door de bereikbaarheid van de reguliere ziekenhuiszorg uit te breiden. Afdelingen kunnen (ook s avonds) spoedpoli's open stellen en zouden voldoende plaatsen open moeten houden voor spoedzorgvragen van de eigen patiënten.

3c. Huisartsen spiegelinformatie geven over spoedzorggebruik



Een aantal patiënten blijft stelselmatig gebruik maken van de HAP, en patiënten van de ene huisartsenpraktijk nemen sneller contact op met de HAP dan patiënten van de andere huisartsenpraktijk. Om huisartsen meer bewust te maken van het gebruik van de HAP door hun patiënten, verstrekken HAP's spiegelinformatie aan de huisartsen. Zo kunnen huisartsen vergelijken hoe vaak hun patiënten bij de HAP zijn geweest ten opzichte van de patiënten van andere praktijken. Zij kunnen mogelijke oorzaken van deze verschillen nagaan en oplossingen hiervoor zoeken. Ook kunnen zij in gesprek gaan met de veel-bellers waardoor het aantal laag-urgente vragen op de HAP daalt.²²

3d. Vervroegen van labuitslagen



Huisartsen ontvangen labuitslagen meestal rond 16.00 uur, waardoor zij relatief veel patiënten met vragen niet meer kunnen helpen voor de reguliere huisartsenpraktijk sluit. Veel patiënten kloppen hierdoor aan bij de HAP. Als de huisartsen de labuitslagen eerder in de middag kunnen ontvangen, hebben zij meer tijd om hun patiënten hier goed over te informeren. Hierdoor kan onrust weggenomen worden waardoor deze patiënten zich minder snel wenden tot de HAP.

²² <https://praktijkvoorbeeldenanw.lhv.nl/praktijkvoorbeelden/teruggeven-van-spiegelinformatie-aan-huisartsen>

Bijlage 2: Volledige lijst activiteiten - Verhogen van productiviteit

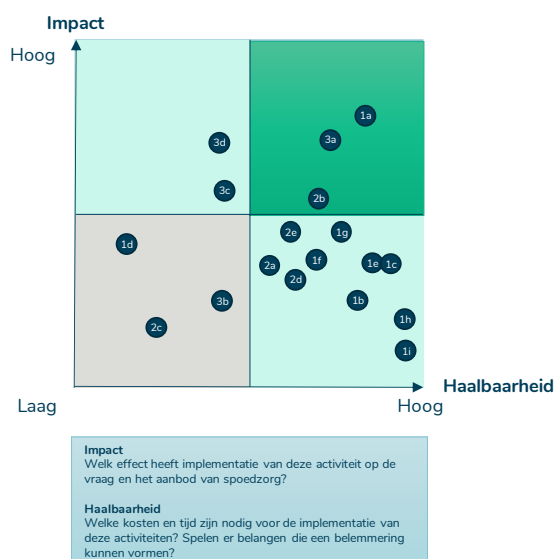
Deskresearch en een brainstorm tijdens een workshopbijeenkomst leverden een lijst van 17 activiteiten op die de productiviteit van de spoedzorgketen beogen te vergroten. Drie van deze activiteiten zijn beschreven in hoofdstuk 3. In deze bijlage beschrijven we de volledige lijst met activiteiten die inspelen op het vergroten van de productiviteit.

We hebben deze activiteiten onderverdeeld in drie subcategorieën:

1. Verbeteren doorstroom spoedzorgketen
2. Bevorderen uitstroom uit spoedzorgketen
3. Taken herschikken zorgprofessionals

Om tot een selectie te komen van de meest kansrijke activiteiten zijn de activiteiten ingedeeld naar impact en haalbaarheid (zie Figuur 1). Op deze manier zijn drie activiteiten geselecteerd waar NAZB en de werkgroep mee aan de slag kunnen gaan: gezamenlijke triage en inzetbepaling, een herstelafdeling op het ziekenhuis en taakdifferentiatie door verpleegkundig specialisten en physician assistants.

Activiteit	
1a	Gezamenlijke triage en inzetbepaling
1b	Directe toegang HAP tot de röntgendiagnostiek
1c	Gebruik van Trauma Triage App (TTAPP) op ambulance
1d	Realtime overzicht drukte op de SEH
1e	Informatiegestuurde ambulancezorg
1f	Gezamenlijk oplossen van crowding op de SEH
1g	Screening op kwetsbaarheid op de SEH
1h	Griep-escalatie unit
1i	Inzet Landelijk Crisismanagement Systeem
2a	Zorgbemiddeling kwetsbare ouderen op SEH
2b	Herstelafdeling in ziekenhuis
2c	Hospital at home
2d	Inzicht in beschikbare ELV-bedden door app
2e	Transmuraal samenwerkingsverband Spoedzorg Kwetsbare Ouderen
3a	Taakdifferentiatie door verpleegkundig specialisten en physician assistants
3b	Acuut Zorg Team 's nachts op de SEH
3c	Huisartsenvisites door verpleegkundig specialist
3d	Verbeteren van samenwerking tussen de HAP en de SEH



Figuur 1. We schatten in dat drie activiteiten een hoe impact hebben en haalbaar zijn

1. Verbeteren doorstroom spoedzorgketen

De productiviteit in de spoedzorgketen wordt deels beperkt doordat de juiste zorg niet altijd op de juiste plaats gegeven wordt. Patiënten komen op de verkeerde plaats terecht of doorlopen een onlogische route om zorg te ontvangen. Hierdoor zijn zorgprofessionals in de spoedzorgketen onnodig veel tijd kwijt met deze patiënten. Wanneer teveel patiënten op het zelfde moment op de zelfde plaats zorgvragen, verstopt de spoedzorgketen. De volgende negen activiteiten moeten voor een betere doorstroom van de spoedzorgketen zorgen.

1a. Gezamenlijke triage en inzetbepaling



Een deel van de druk op de spoedzorgketen wordt veroorzaakt doordat patiënten op de verkeerde plaats zorg vragen en meerdere zorgprofessionals hierdoor onnodig met dezelfde patiënt bezig zijn. Zorgcoördinatie of andere manieren van samenwerking tussen professionals kan hier oplossing voor bieden. Bij zorgcoördinatie werken ketenpartners fysiek samen om een persoon met een zorgvraag naar de juiste zorgaanbieder te begeleiden of van zelfhulpadvies te voorzien. Maar ook de inzet van SPVers of VVT-medewerkers op de HAP leidt ertoe dat patiënten sneller de juiste zorg op de juiste plaats ontvangen.

Een voorbeeld van zorgcoördinatie is terug te vinden in de regio IJsselland. Medewerkers van zorgpartijen RAV IJsselland, Icare (VVT) en Medrie (huisartsenspoedzorg) zitten fysiek bij elkaar op een zogenaamd zorgcoördinatiecentrum (ZCC). De drie zorgpartners beogen door intensieve samenwerking zorgvragen op de juiste wijze te beoordelen. Zij vormen één loket voor dringende zorgvragen en gebruiken een eenduidige triage. MKA-centralisten, HAP-triagisten/huisartsen en wijkverpleegkundigen kunnen met elkaar overleggen over de patiënt en de zorgvraag. Door deze samenwerking biedt de juiste zorgverlener op het juiste moment passende zorg.²³

Ook op HAP Midden-Brabant wordt er fysiek samengewerkt met verschillende partijen. Het Crisis Interventie Team neemt plaats op de HAP en er is één dag per week een medewerker van de VVT op de HAP aanwezig. Daarnaast is het de bedoeling dat de SPV'er die vanaf januari 2019 24/7 bereikbaar is voor de acute GGZ, plaats neemt op de HAP.

Ook in regio Den Bosch wordt ingezet op (fysieke) samenwerking tussen de verschillende ketenpartners in de spoedzorgketen. De HAP en GGZ werken al samen, er zit een SPV'er op het triagecentrum en op de post. Plannen voor verdere samenwerking zijn in ontwikkeling.

1b. Directe toegang HAP tot röntgendiagnostiek



Patiënten met een fractuurverdenking worden in de avond, nacht en weekend doorgaans naar de SEH verwezen en daar door een arts gezien. Overdag hebben huisartsen direct toegang tot röntgendiagnostiek. Mocht er op basis van de röntgendiagnostiek inderdaad sprake zijn van een fractuur dan gaat de patiënt daarna naar de SEH. De incidentie van fracturen is juist het hoogst in

²³ <https://www.ambulancezorg.nl/nieuws/springplankprojecten-pilots-voor-betere-zorgcoördinatie>

de avond- en weekenduren. De mogelijkheid van directe toegang tot röntgendiagnostiek wordt onderzocht bij HAP Amsterdam.²⁴

In verschillende ziekenhuizen in Brabant wordt gewerkt met een röntgenvenster. Gedurende deze uren kunnen de huisartsen, ook vanaf de HAP, patiënten direct doorverwijzen naar de röntgenafdeling. Deze vensters kunnen verder uitgebreid dan wel afgeschaft worden. De radioloog hoeft hiervoor niet in het ziekenhuis te zijn, foto's kunnen ook vanuit huis beoordeeld worden. Daarnaast kan ook de fasttrack met de gipskamer verbeterd worden waardoor deze patiënten in de toekomst niet op de SEH gezien hoeven te worden.

1c. Gebruik van Trauma Triage App (TTAPP) op ambulance



De ambulanceverpleegkundige stelt aan de hand van de app een aantal vragen over de aard van de verwondingen en de toestand van de patiënt. De antwoorden leiden tot een advies, gebaseerd op eerdere data, met het type ziekenhuis waar de patiënt het beste naartoe kan worden gebracht. Ambulancezorgorganisaties in regio Midden Nederland gebruiken deze app sinds september 2017 in een pilot, en met steun van ZonMW draaien er tevens ook pilotprojecten in Zuid-West Nederland, Noord-Holland/Flevoland en Limburg.²⁵ Ook RAV Brabant Midden West Noord werkt mee aan dit onderzoek. De pilot loopt nog niet helemaal naar wens, de toegevoegde waarde van de app wordt niet gevoeld waardoor de app zeer beperkt gebruikt wordt.

Deze Trauma Triage App wordt al gebruikt door RAV Brabant Midden West Noord.

1d. Realtime overzicht van drukte op de SEH



Om piekbelasting en het sluiten van SEH's te voorkomen, werken het Radboudumc het LUMC en Hotflo samen om de drukte op de SEH realtime zichtbaar maken voor de ambulancezorgmeldkamer, omliggende SEH's, de HAP's en huisartsen uit de dagpraktijk.²⁷ Hiervoor maken ze gebruik van de NEDOCS (National Emergency Department Overcrowding Score) en de EDWIN score. De NEDOCS geeft aan hoe druk het is in een ziekenhuis op basis van het aantal bedden in het ziekenhuis en op de SEH, het aantal patiënten op de SEH en op de gang, het aantal bezette SEH observatie bedden, de langste wachttijd voor een opname en de langste wachttijd in de wachtkamer. De EDWIN score geeft de drukte aan op basis van het aantal patiënten per triageniveau, het aantal artsen dat aan het werk is, het aantal bezette bedden en het aantal opgenomen patiënten.²⁶ De ambulance kan zo nieuwe patiënten naar de minst drukke SEH brengen, mits de patiënt niet bekend is bij een ziekenhuis of specifieke zorg behoeft. Het systeem kan ook inzichtelijk maken welke ziekenhuisafdelingen plaats hebben en een voorspelling maken voor de komende twee uur. Hierdoor ontstaat er meer regie op de spoedzorgketen.²⁷

²⁴ Best practices capaciteitsproblemen SEH, SpoedZorgNet AMC en Netwerk Acute Zorg Noordwest (2018)

²⁵ <https://www.traumatriageapp.com/about.php>

²⁶ Effectief capaciteitsmanagement bij (griep)druk, 2TWNTY4 (2018)

²⁷ Best practices capaciteitsproblemen SEH, SpoedZorgNet AMC en Netwerk Acute Zorg Noordwest (2018)

Ook de applicatie 2twnty4 geeft inzicht in de drukte in de spoedzorg. 2twnty4 biedt realtime coördinatie voor de spoedzorgketen en stelt huisartsen, HAP's, RAV'en en meldkamers in ziekenhuizen, in staat de zorg pro-actief te coördineren en de afstemming tussen de ketenpartners te optimaliseren.²⁸

De leden van de werkgroep geven aan dat zij twijfels hebben over het gebruik van een dergelijke applicatie in Noord-Brabant. De ziekenhuizen liggen zo ver van elkaar dat aanrijtijden voor de ambulance fors toenemen wanneer deze naar een ander ziekenhuis verwezen wordt.

1e. Informatiegestuurde ambulancezorg



Het project ADAM (Amsterdam Dispatch Ambulance Metropolitan Area) heeft als doel dat de meldkamer meer informatiegestuurde ambulancezorg inzet. Hiervoor is de tool Intermedix aangeschaft, die via dashboards inzicht geeft in de bedden capaciteit van ziekenhuizen, de beschikbaarheid van Mobiele Medische Teams en IC-vervoer.²⁷

1f. Gezamenlijk oplossen van crowding op de SEH



Bij een bepaald niveau van crowding op de SEH roept een zogeheten flow coördinator de verantwoordelijken van verschillende klinische disciplines naar de SEH volgens het Full-Capacity Protocol (FCP). De verantwoordelijken kijken samen naar bottlenecks in de patiëntenstroom en spreken beleid af om de bottlenecks weg te nemen. Het hele ziekenhuis wordt op deze manier betrokken bij het capaciteitsprobleem op de SEH.²⁷

In het CZE en ETZ worden de medisch specialisten betrokken door middel van een escalatiemodel dat in werking treedt zodra er extreme drukte is op de SEH. Ook door bepaalde werkafspraken die gemaakt worden met verschillende specialismen, is het mogelijk om te sturen op in-, door- en uitstroom. Het blijkt wel dat spoedgeneeskunde een apart vak is, de inzet van bepaalde medisch specialisten vergroot namelijk de doorlooptijd op de SEH. De regie en coördinatie blijft daarom belegd bij een SEH-arts en een SEH-verpleegkundige. In het escalatiemodel staat vervolgens aangegeven wie bij welke maatregelen waarover verantwoordelijkheid krijgt.

1g. Screening op kwetsbaarheid op de SEH



Het LUMC heeft APOP-screening op de SEH ingevoerd. APOP staat voor Acut Presenterende Oudere Patiënt. Het doel van APOP-screening is om kwetsbare ouderen gerichte aandacht te kunnen geven vanaf het moment dat ze op de SEH terecht komen. De screening duurt twee minuten, en naast kwetsbaarheid wordt er gekeken naar eventuele geheugenproblemen van oudere patiënten. In geval van kwetsbaarheid wordt de huisarts per brief automatisch ingelicht met specifieke informatie over de patiënt. Door gebruik van de screening stroomt de patiënt sneller door op de SEH en kan er meer gepersonaliseerde zorg verleend worden.²⁹ Ook het CZE screent al langer op kwetsbaarheid op de SEH, zij werken naar APOP-screening toe.

²⁸ 2twnty4.nl

²⁹ Best practices capaciteitsproblemen SEH, SpoedZorgNet AMC en Netwerk Acute Zorg Noordwest (2018)

In Brabant is de projectgroep ouderen en spoedzorg bezig om het zorgpad van ouderen die met niet-specifieke klachten op de SEH komen, te inventariseren en te verbeteren. Het is lastig om bij deze patiënten een diagnose te stellen omdat de klachten niet-specifiek en vaak onduidelijk zijn. Dit verhoogt de kans op een slechte uitkomst, wat tot meer ziekenhuisopnames en een hogere mortaliteit leidt. Het doel van dit zorgpad is om de uitkomsten en de zorg voor deze patiënten te verbeteren.³⁰

1h. Griep-escalatie-unit



Het St. Antonius Ziekenhuis richt sinds een aantal jaar rond de griepperiode een griep-escalatie-unit in. In de winter van 2017-2018 bestond deze unit uit 8 bedden. Nieuw verpleegkundig personeel kreeg een versnelde longscholing. Dit jaar is een team opgetuigd met gedetacheerden met ervaring in de longzorg, aangevuld met personeel uit de flexpool. Daarnaast worden er in het griepseizoen minder OK's gepland om flexibeler te zijn in het ziekenhuis.²⁹

Het CZE heeft naar aanleiding van de capaciteitsproblemen door de griepepidemie in 2018 het Beleidsplan opnamecrisis opgesteld. In dit plan staan maatregelen om een eventuele opnamecrisis het hoofd te kunnen bieden. Een belangrijk onderdeel van dit plan is de flexibilisering van de bedden capaciteit. In de maanden november tot en met april zijn er 20 extra bedden geopend om tijdelijke pieken op te vangen. Indien nodig, kan het beleidsteam nog meer bedden vrijspelen door electieve OK-sessies te annuleren. De OK-sessies die eventueel geannuleerd kunnen worden, zijn vooraf in kaart gebracht.

In Noord-Brabant is in GHOR-verband met ziekenhuizen, verpleeghuizen en huisartsen gekeken naar mogelijkheden voor de opvang van mensen met griep die niet thuis kunnen blijven maar ook niet perse in het ziekenhuis horen. Het is de bedoeling dat in een sub regio extra bedden ter beschikking worden gesteld voor deze mensen. Afspraken over de personele bezetting en het hoofdbehandelaarschap moeten nog gemaakt worden.

De ziekenhuizen in Noord-Brabant zetten tijdens de griepperiode extra flexbedden in om deze patiënten op te kunnen vangen.

1i. Inzet Landelijk Crisismanagement Systeem



Het Landelijk Crisismanagement Systeem (LCMS) wordt gebruikt door alle veiligheidsregio's, het Nationaal CrisisCentrum en het Landelijk Operationeel Coördinatie Centrum. Het LCMS wordt in 2019 Brabant-breed geïmplementeerd. In het LCMS wordt alle informatie rondom risico's, incidenten, rampen en crises gedeeld om tot een actueel gedeeld beeld te komen.

2. Bevorderen uitstroom uit spoedzorgketen

Zodra een zorgvraag niet meer acuut is, moeten patiënten uit de spoedzorgketen stromen zodat er plaats is voor nieuwe patiënten. Patiënten kunnen uitstromen naar huis, naar reguliere afdelingen in het ziekenhuis, of naar VVT-instellingen voor (tijdelijk) verblijf. Met name de uitstroom richting de VVT verloopt niet altijd soepel. Het kost veel tijd om een (ELV-)bed voor een kwetsbare oudere

³⁰ NAZBericht 19, augustus 2018.

te regelen, waardoor de kwetsbare oudere onnodig lang op de SEH blijft liggen. Hierdoor daalt de productiviteit van de SEH-verpleegkundige.

We hebben vijf activiteiten beschreven die de uitstroom uit de spoedzorgketen bevorderen.

2a. Zorgbemiddeling kwetsbare ouderen op de SEH



Het Reinier de Graaf ziekenhuis werkt samen met zorgorganisatie Pieter van Foreest en zorgverzekeraar DSW om onnodige ziekenhuisopnames van kwetsbare ouderen in de regio Delft te voorkomen. Het gaat om kwetsbare ouderen die op de SEH terecht komen omdat ze niet in staat zijn om thuis voor zichzelf te zorgen, maar die geen medische noodzaak hebben. Na binnenkomst op de SEH worden de patiënten beoordeeld door een arts. Deze arts bespreekt de kwetsbare oudere met een medewerker van de zorgbemiddeling van Pieter van Foreest om te bepalen welke zorg de patiënt nodig heeft en op welke plaats deze zorg het beste geboden kan worden. Veel ouderen kunnen op deze manier direct uitstromen, wat leidt tot kortere wachttijden op de SEH.³¹

2b. Herstelafdeling in ziekenhuis



Het Westfriesgasthuis en thuiszorgorganisatie Omring zijn in maart 2017 een herstelafdeling gestart in het ziekenhuis. Deze herstelafdeling is volledig gericht op een spoedig herstel en een snelle terugkeer naar huis. Verpleegkundigen en verzorgend personeel van Omring zijn 24/7 beschikbaar en staan in directe verbinding met een Omring-arts. De wijkverpleegkundige bezoekt de patiënt op de afdeling voordat de patiënt terugkeert naar huis om goede voorbereidingen te treffen voor de thuiskomst van de patiënt. Een deel van de patiënten die op deze afdeling ligt, komt rechtstreeks van de SEH af. Op deze manier wordt voorkomen dat deze patiënten onnodig lang op de SEH liggen of onterecht op een ziekenhuisbed elders in het ziekenhuis terecht komen.³²

In Brabant hebben verschillende ziekenhuizen soortgelijke initiatieven gestart. In Amphia is ook een herstelafdeling ingericht. Het ETZ is hiermee bezig en het JBZ heeft eigen ELV-bedden.

2c. Hospital at home



De Noordelijke provincies hebben in 2014 samen met ZonMw onderzocht hoe kwetsbare ouderen (vooral met dementie of delier) vanuit de SEH sneller naar huis kunnen gaan. Het idee is om patiënten thuis extra (ziekenhuis)zorg en behandeling voor hun ziekte(n) en problemen te bieden. Dit gebeurt door het Hospital@Home team. Dit gespecialiseerde team van zorgprofessionals, verpleegkundigen en artsen werkt als een ziekenhuisteam met vaste protocollen. Het team stemt af met de huisarts en kan terugvallen op de kennis van de behandelend medisch specialist in het ziekenhuis.³³

³¹ <https://reinierdegraaf.nl/algemeen/nieuws/samenwerking-voorkomt-onnodige-ziekenhuisopnames-oudere-patienten/>

³² Best practices capaciteitsproblemen SEH, SpoedZorgNet AMC en Netwerk Acute Zorg Noordwest (2018)

³³ Best practices capaciteitsproblemen SEH, SpoedZorgNet AMC en Netwerk Acute Zorg Noordwest (2018)

In het ETZ hebben ze een soortgelijk programma, maar dan gericht op IC-patiënten. IC-patiënten kunnen sneller naar huis doordat IC-verpleegkundigen thuiszorgmedewerkers opleiden. Zij dragen de patiënten warm over, dat wil zeggen dat zij de thuiszorg nog enige tijd begeleiden.

2d. Inzicht in beschikbare ELV-bedden door apps



Met de app Zorgbed MB krijgen huisartsen en andere zorgverleners een actueel overzicht van de beschikbare ELV-bedden in Midden-Brabant, zowel voor hoog-complexe als laag-complexe zorg. De app geeft dit overzicht nadat de zorgverlener een digitale triage heeft doorlopen. Indien er een GRZ- of crisisbed nodig blijkt te zijn, laat de app organisaties zien die deze zorgvorm kunnen leveren. De huisarts kan via de app ook een specialist ouderengeneeskunde of een geriater van het ETZ consulteren.³³ Voor ZO Brabant is hiervoor de app verblijfmetsorg.nl ontwikkeld.

De ketenpartners hebben wisselende ervaringen met het gebruik van de app. In Oost-Brabant zijn er volgens de app nooit bedden beschikbaar. Het is niet duidelijk of deze er ook echt niet zijn, of dat de app niet up-to-date is. In Midden-Brabant zijn er wel vaker bedden beschikbaar. De ervaring is echter ook dat de managers van VVT-instellingen aangeven dat er plaats is, maar dat op de afdelingen blijkt dat de bedden niet ingezet kunnen worden omdat er geen personeel beschikbaar is voor deze bedden.

2e. Transmuraal samenwerkingsverband Spoedzorg Kwetsbare Ouderen



Door middel van het Transmuraal Samenwerkingsverband Spoedzorg Kwetsbare Ouderen kunnen huisartsen, HAP's, de SEH en verpleegafdelingen van het ziekenhuis makkelijker vervolgzorg organiseren. Zij kunnen via een centraal telefoonnummer 24/7 contact opnemen met een aanmeldportaal. Een medewerker van dit portaal heeft inzicht in de regionale beddencapaciteit (ELV-bedden, crisisbedden, TOKO-bedden en respijtzorg) van twee grote VVT-zorgorganisaties en een thuiszorgorganisatie. Onder verantwoordelijkheid van de specialist ouderengeneeskunde wordt de patiënten indien nodig in een van deze bedden geplaatst. Terugkeer naar huis wordt snel geregeld door snel inschakelen van de wijkverpleegkundige die thuiszorg organiseert. Een van de deelnemende partijen aan dit Transmuraal Samenwerkingsverband is het Bravis ziekenhuis.³⁴

In Amphia loopt een gelijksoortig project waarbij met omringende VVT instellingen wordt samengewerkt. Dit project werkt, de communicatie kan alleen beter.

3. Taken zorgverleners herschikken

De productiviteit in de spoedzorgketen kan verbeterd worden door zorgprofessionals slimmer in te zetten. Professionals kunnen ingezet worden op nieuwe taken, of taken van elkaar overnemen. We hebben hier drie voorbeelden van beschreven.

³⁴ Best practices capaciteitsproblemen SEH, SpoedZorgNet AMC en Netwerk Acute Zorg Noordwest (2018)

3a. Taakdifferentiatie door verpleegkundig specialisten en physician assistants



Verpleegkundig specialisten kunnen werk overnemen van huisartsen, ambulancemedewerkers en SEH-artsen. Physician assistants worden ingezet om het dalende aantal AIOS op te vangen.

Op de SEH behandelen verpleegkundig specialisten laagcomplexe patiënten zelfstandig, zonder tussenkomst van een (SEH-)arts. Zij kunnen deze arts wel consulteren. Bij drukte op de SEH kan de verpleegkundig specialist daarnaast ook voorbereidend werk doen voor de SEH-arts. De verpleegkundig specialist kan bijvoorbeeld gegevens verzamelen (ziektegeschiedenis, medicatiegebruik etc.) en lichamelijk onderzoek uitvoeren. Sommige ziekenhuizen hebben op de SEH een aparte straat ingericht waar de verpleegkundig specialist zelfstandig alle laagcomplexe zorg afhandelt. Hierdoor is het minder druk op de SEH.³⁵

RAV Brabant Midden West Noord start binnenkort met de pilot Rapid Responders waarbij verpleegkundig specialisten op meldingen afgaan en zelfstandige behandelrelaties aangaan met patiënten. Zij werken vanuit de RAV en hechten bijvoorbeeld kleine wondjes waardoor deze patiënten niet meer naar de HAP of de SEH hoeven te gaan. Het doel van dit project is om de zorg efficiënter in te zetten door de juiste functionaris op het juiste moment de zorg uit te laten voeren.

Op een huisartsenpost in Enschede heeft de verpleegkundig specialist een eigen spreekuur en rijdt visite. Hierdoor neemt de werkdruk van de huisartsen af. Patiënten geven aan dat zij het bezoek van de verpleegkundig specialist iets beter ervaren dan dat van de huisarts. De verpleegkundig specialisten zetten wel vaker een ambulance in, ondanks dat zij minder complexe visites rijden. Doordat de visites en consulten van de verpleegkundig specialist langer duren dan die van de huisarts, verschillende de personele kosten wel maar weinig.⁸

Physician assistants worden voornamelijk ingezet op de SEH. Het aantal AIOS dat de ziekenhuizen ter beschikking hebben loopt terug. Ziekenhuizen zijn snel geneigd het teruglopende aantal AIOS op te vangen met ANIOS, maar ANIOS wisselen vaak van werkplek. Physician assistants zijn stabielere vervangers van de AIOS. SEH-artsen moeten nog wel vertrouwen krijgen in de verpleegkundig specialisten en physician assistants.

3b. Acut Zorg Team 's nachts op SEH



In Tergooi is een Acut Zorg Team ingevoegd om de personeelstekorten 's nachts op te vangen. Dit team bestaat uit gespecialiseerd verpleegkundigen van de SEH, IC en EHH/CCU en wordt ingezet van zondag tot en met donderdagnacht (22-7 uur). De IC en EHH/CCU verpleegkundigen springen bij op de SEH, en doen alle handelingen waartoe zij bevoegd zijn. De verpleegkundigen kunnen alleen bijspringen als de werkzaamheden op de eigen afdeling dat toelaten.³⁵

3c. Verbeteren van samenwerking tussen de HAP en de SEH



De SEH kan 's nachts bijspringen op de HAP. Zij kunnen bijvoorbeeld de patiënten opvangen die langskomen terwijl de huisarts visite aan het rijden is, waardoor daarvoor geen extra huisarts

³⁵ Best practices capaciteitsproblemen SEH, SpoedZorgNet AMC en Netwerk Acute Zorg Noordwest (2018)

ingeschakeld hoeft te worden. Deze SEH-arts moet op dat moment wel huisartsenzorg leveren, en geen ziekenhuiszorg.

Bijlage 3: Volledige lijst activiteiten - Verlagen netto uitstroom personeel

De uitstroom van personeel is bij een aantal beroepsgroepen groter dan de instroom. Hierdoor neemt het tekort aan personeel in de spoedzorgketen alleen maar verder toe. We zijn samen met de leden van de werkgroep tot een lijst met negen activiteiten gekomen die beogen de netto uitstroom van personeel te verlagen.

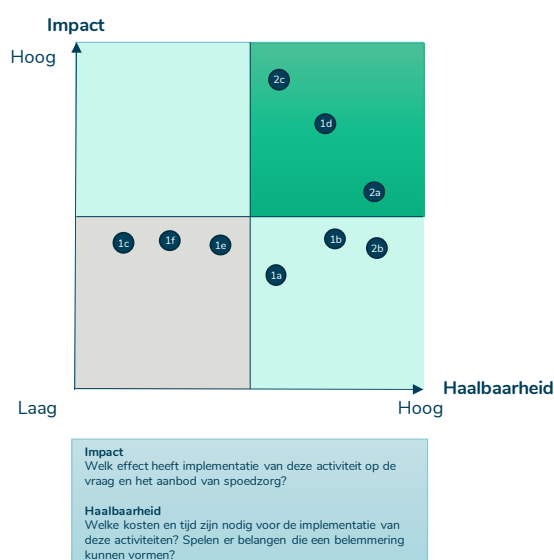
Drie van deze activiteiten zijn beschreven in hoofdstuk 4. In deze bijlage beschrijven we de volledige lijst met activiteiten die inspelen op het verlagen van de netto uitstroom.

Deze activiteiten zijn in te delen in twee subcategorieën:

1. Verhogen instroom personeel
2. Verlagen uitstroom personeel

We hebben de activiteiten ingedeeld naar impact en haalbaarheid. Deze indeling is terug te vinden in Figuur 2. De drie activiteiten die naar verwachting de hoogste impact en haalbaarheid hebben, zijn het gezamenlijk werven en promoten van de opleiding, actieve inzet op burn-outpreventie en het vergroten van de duurzame inzetbaarheid van personeel. We schatten met name de impact van de andere activiteiten lager in. Daarnaast zijn er ook een aantal activiteiten die minder haalbaar zijn.

Activiteit	
1a	Medisch studenten als HAP-triagist
1b	Spoedzorgverleners als Bachelor Medische Hulpverlening
1c	Gezamenlijk opleiden van assistenten en verpleegkundigen
1d	Gezamenlijke werving en promotie van opleidingen
1e	Inzet leerunit om maximaal en effectief op te leiden
1f	Traaneeship voor verpleegkundig personeel ter voorbereiding op opleiding SEH-verpleegkundige
2a	Actieve inzet op burn-outpreventie
2b	Regionaal onderzoek naar effecten interventies
2c	Vergroten duurzame inzetbaarheid van personeel



Figuur 2. We hebben een activiteit geselecteerd waardoor de instroom van personeel toeneemt, en twee die de uitstroom van personeel verminderen

1. Verhogen instroom personeel

De netto uitstroom van personeel kan op twee manieren verlaagd worden. De eerste mogelijkheid is door de instroom te verhogen. De volgende zes activiteiten hebben als doel om meer mensen enthousiast te maken voor een beroep in de spoedzorgketen of om mensen sneller en eventueel breder op te leiden.

1a. Medisch studenten als HAP-triagist



In Oost-Brabant en in Groningen zet de HAP medisch studenten in als junior triagist. Geneeskundestudenten mogen vanaf hun derde jaar werken als junior triagist op een HAP. Ze staan patiënten te woord, vragen uit wat er aan de hand is en beoordelen of een klacht spoedeisend is. Hierbij maken ze gebruik van NTS. De geneeskundestudenten zijn wel maar maximaal twee jaar aan een HAP verbonden omdat zij daarna aan de slag gaan als arts. De best presterenden kunnen vervolgens nog een jaar als basisarts aan de slag op de HAP en kunnen vanuit deze functie consulten doen.³⁶

Op de HAP Midden-Brabant worden eveneens medische studenten ingezet. Zij stellen als voorwaarde dat deze studenten vooraf hun coschap interne geneeskunde en hun coschap chirurgie doorlopen moeten hebben. De medische studenten die bij HAP Midden-Brabant werken zijn daarom veelal 5^e jaars.

1b. Spoedzorgverleners als Bachelor Medische Hulpverlening



Sinds 2017 mogen zorgverleners die het diploma Bachelor Medische Hulpverlening (BMH) hebben behaald een beperkt aantal BIG-voorbehouden handelingen uitvoeren, onder andere op de SEH, anesthesiologie en ambulancedienst. Een BMH-er is ondersteunend en kan zo nodig op onderdelen zelfstandig werkzaam zijn in het geneeskundig proces van acute-, interventie- en diagnostische zorg. Omdat ze in hun opleiding vrij weinig patiëntencontact hebben, vergt het van de afdeling wel extra inspanning. Tergooi heeft daarom een additioneel opleidingstraject ingevoerd van 6-12 maanden.³⁷ De RAV'en in Brabant werken al met BMH-ers.

1c. Gezamenlijk opleiden van assistenten en verpleegkundigen



Bij ZorgOpleidingen Noordwest Nederland hebben 15 ziekenhuizen de handen ineen geslagen voor het opleiden van 8 gespecialiseerd verpleegkundige en 7 medisch ondersteunende functies. Het gaat om vier functiegroepen: operatieassistenten, anesthesiemedewerkers, IC-verpleegkundigen en SEH-verpleegkundigen.³⁷

Ook negen noordelijke ziekenhuizen en drie ambulancediensten hebben besloten om samen zorgverleners te werven en op te leiden. Dit is vastgelegd in het convenant Zorg voor het Noorden. De zorgaanbieders willen in 2019 meer dan honderd medewerkers extra opleiden. Naast de

³⁶ <https://praktijkvoorbeeldenanw.lhv.nl/praktijkvoorbeelden/inzet-medische-studenten-als-junior-triagist>

³⁷ Best practices capaciteitsproblemen SEH, SpoedZorgNet AMC en Netwerk Acute Zorg Noordwest (2018).

gezamenlijke opleiding voor anesthesiemedewerkers en kinderverpleegkundigen, werken ze samen om mensen die ooit in de zorg hebben gewerkt, te helpen terugkeren naar de zorg.³⁸

Een andere initiatief komt van de Nederlandse Vereniging van Leidinggevenden Operatiekamers (NVLO). De NVLO heeft in november 2018 in een brief aan bestuurders van ziekenhuizen aangekondigd dat zij in samenwerking met de Hogeschool NCOI een nieuwe opleiding hebben ontwikkelt: HBO Complexe Zorg-variant. Doel van deze opleiding is dat zorgprofessionals tegelijkertijd twee erkende opleidingen afronden, HBOV-diploma mét een aanvullend uitstroomprofiel. Het is de bedoeling dat dit curriculum op termijn een antwoordt wordt voor alle verpleegkundige vervolgoopleidingen en specialisaties, waardoor de instroom van nieuwe zorgprofessionals versneld wordt.

1d. Gezamenlijke werving en promotie van opleidingen



Ketenpartners kunnen gezamenlijk de spoedzorgketen promoten en actief nieuwe leerlingen aantrekken. Voor commerciële bedrijven is het gebruikelijk om zichzelf te laten zien op beroepenbeurzen en jongeren warm te maken voor een baan. Zorginstellingen zijn op dergelijke beurzen vrijwel niet te zien. Werken in de spoedzorgsector staat niet op het vizier van jongeren, terwijl zij hier mogelijk wel geïnteresseerd zijn als zij meer weten over de sector en de professionele mogelijkheden binnen deze sector. Een andere mogelijkheid om deze beroepen positief in de schijnwerpers te zetten, is door gebruik te maken van kanalen die populair zijn bij jongeren. Hierbij kan bijvoorbeeld gedacht worden aan vlogs of inspirerende personen die over hun beroep vertellen aan tafel bij Jinek.

1e. Inzetten van een leerunit om maximaal en effectief op te kunnen leiden



Vanwege de tekorten aan gespecialiseerd verpleegkundig personeel is er vanuit de SEH van het CZE besloten om maximaal op te leiden. Om het personeel effectief op te leiden terwijl kwaliteit, veiligheid van zorg en het leren voorop staan, is besloten om per maart of april 2019 een leerunit op te starten in het ziekenhuis. In deze leerunit staan in de dag- en avonddienst 7 bedden. Op de leerunit zijn studenten verantwoordelijk voor de patiëntenzorg. Zij staan onder toezicht van een werkbegeleider / coach.

1f. Traineeship voor verpleegkundig personeel ter voorbereiding op SEH-opleiding



In het CZE is een traineeship ontwikkeld voor verpleegkundigen van interne geneeskunde en chirurgie. Deze verpleegkundigen kunnen het traineeship doorlopen ter voorbereiding op de opleiding tot IC-verpleegkundige of SEH-verpleegkundige.

2. Verlagen uitstroom personeel

Een andere mogelijkheid om de netto uitstroom ter verlagen, is door de uitstroom van personeel aan te pakken. De uitstroom van personeel in grofweg in twee categorieën in te delen. De eerste

³⁸ https://www.skipr.nl/actueel/id36611-noordelijke-ziekenhuizen-en-ambulancediensten-leiden-samen-op.html?utm_medium=email&utm_source=2018-11-20_20181120%20skipr%20daily%20nieuwsbrief&utm_campaign=NB_SKIPR

categorie uitstroom wordt veroorzaakt doordat mensen met pensioen gaan, de tweede categorie doordat mensen een andere baan ambiëren. Dit kan komen door de hoge werkdruk die mensen ervaren, door onaantrekkelijke werkuren of de neveneffecten van bijvoorbeeld nachtdiensten, maar ook door gebrek aan carrièreperspectief. De volgende drie activiteiten zijn gericht op het verlagen van deze laatste categorie uitstroom.

2a. Actieve inzet op burn-outpreventie



Burn-outs komen relatief veel voor in de spoedzorgketen. Uit onderzoek van IZZ naar de psychosociale arbeidsbelasting op de SEH blijkt dat een aantal factoren bijdraagt aan het voorkomen van burn-out. SEH Amphia (Frank Jaspers) is initiator van dit onderzoek. Deze factoren zijn onder meer intervisie, persoonlijke benadering en opleiding. Het helpt als er een goed sociaal klimaat heerst, medewerkers 24/7 hun verhaal kwijt kunnen aan hun leidinggevende, er goede interne communicatie is en medewerkers de mogelijkheid krijgen om zich verder te ontwikkelen.⁹

Er zijn ook organisaties waar medewerkers opgevangen kunnen worden nadat zij iets vervelends hebben meegemaakt op hun werk. Deze medewerkers kunnen naar telefoonnummers bellen waar zij, nadat een incident heeft plaatsgevonden, steun kunnen krijgen.

Op SEH's waar veel geweld en agressie voorkomt, kan een ziekenhuisbrede agressietraining nuttig zijn. Medewerkers leren in deze training met geweld en agressie om te gaan. Andere trainingen leren medewerkers om hun veiligheid te borgen, zodat zij bijvoorbeeld niet met hun rug richting een gevaarlijke situatie gaan staan.

Onder meer het Amphia, CZE, het JBZ en het ETZ hebben meegewerkt aan het IZZ project naar de psychosociale arbeidsbelasting, zij zullen nemen ook deel aan het vervolgetraject. Ook HAP Midden-Brabant besteedt actief aandacht aan de opvang en ondersteuning van personeel. Het is niet bekend hoe andere HAP's hiermee omgaan. De managers geven wel aan dat de opvang en ondersteuning van personeel na calamiteiten beter kan. Politie en defensie kunnen hierbij als voorbeeld dienen.

2b. Regionaal onderzoek naar de effecten van interventies



Er zijn verschillende interventies die mogelijk een positief effect op het welzijn van het personeel hebben. Hierbij kan gedacht worden aan verplichte rustpauzes in de nachtdiensten, het gebruik van oranje brillen waardoor het dag/nachtritme beter behouden blijft en het aanbieden van gezonde voeding. De ketenpartners zouden gezamenlijk onderzoek naar de effecten van deze interventies kunnen opzetten zodat zij in de toekomst de beste zorg en ondersteuning aan de medewerkers kunnen aanbieden.

2c. Vergroten duurzame inzetbaarheid van personeel



Door het vergroten van de duurzame inzetbaarheid van personeel, blijft personeel langer werkzaam in de spoedzorgketen. Ketenpartners kunnen samen medewerkers in de spoedzorgketen meer carrièreperspectief bieden waardoor het voor hen aantrekkelijker is om in de spoedzorgketen te blijven werken. Carrière mogelijkheden kunnen afgestemd worden op de levensfase. Voorbeelden hiervan zijn een SEH-verpleegkundige die de mogelijkheid krijgt om de

overstap te maken naar de HAP, of een verpleegkundige die door kan groeien tot physician assistant.

Om deze uitwisseling van personeel makkelijker te laten verlopen, moet er wel gekeken worden naar de verschillen tussen de CAO's, in pensioenen en in opleiding. Een personele unie kan hier mogelijk een oplossing voor bieden.