



Capaciteitsproblematiek in de acute zorg:




Best Practices



J. Berdowski
T. Willems

INHOUDSOPGAVE


INHOUDSOPGAVE	2
ACHTERGROND	4
INSTROOM	5
Best practices	5
• Project Advanced Care Planning – WFG.....	5
• HartWacht app – CCN.....	5
• Röntgendiagnostiek op de HAP - RadboudMC.....	6
• Beter Oud in Amsterdam – Elaa, Ben Sajetcentrum & SIGRA	6
• Project ouderenzorg (GezondVeluwe) – Regio Noordwest Veluwe en Zeewolde.....	7
Lopende onderzoeken/pilots en oplossingsrichtingen	8
 • Zorgcoördinatiecentrum – Ambulance Oost	8
 • 2TWNTY4: realtime inzicht in de spoedzorgketen – Radboudumc en LUMC	8
• ADAM Project – Ambulance Amsterdam	8
• Cardiologische Zorgbrug – AMC/HvA.....	9
• Risicoclassificatie hartinfarct vervroegen naar ambulance met de HEART-score – RAV IJsselland .	10
• Expertiseteam Geriatrie – Twente.....	10
• Nabellen ouderen na bezoek SEH - MCH Westeinde	11
DOORSTROOM	12
Best practices	12
 • APOP screening op de spoedeisende hulp – LUMC.....	12
• Implementatie van een 'Full-Capacity Protocol' – University of Kansas Hospital	12
• Werken zonder Wachtkamer – Medisch Centrum Noord Limburg (VieCuri)	13
• Standaardisatie van SEH processen – Odense University Hospital, Denemarken	13
• SOS team – HAGA Ziekenhuis	14
• De Acute Opname Afdeling (AOA).....	15
• Alle hens aan dek procedure / escalatieplan	15
Lopende onderzoeken/pilots en oplossingsrichtingen	15
• SEH als overloop voor EHH – NWZ-Alkmaar, WFG, Flevoziekenhuis, Waterland.....	15
UITSTROOM	16
Best practices	16
 • Herstelafdeling ziekenhuis – Omring en WFG	16
 • Samenwerking voorkomt onnodige ziekenhuisopnamen oudere patiënten – Reinier de Graaf Ziekenhuis / Pieter van Foreest (Delft)	16
• 24 uren crisisopvang V&V buiten kantooruren – Amsta	17
• Optimalisatie uitstroombroces – Flevoziekenhuis	17
• Specialist op de SEH - Bernhoven	17
• Transmurale zorgbrug – AMC	18
• Meer vrije bedden door betere operatieplanning - St. Antonius	18

Lopende onderzoeken/pilots en oplossingsrichtingen	19
<ul style="list-style-type: none">  • Zorgbemiddeling voor oudere patiënten die de spoedeisende hulp bezoeken – St. Antonius Ziekenhuis (Utrecht en Nieuwegein).....  • Identificatie kwetsbare ouderen – WFG • Een naadloos palliatief zorgtraject - AMC • Verbetering van de (sub)acute zorg voor ouderen in Adam Noord – Krijtmolenalliantie • Herstellen dichtbij (GezondVeluwe) – Regio Noordwest Veluwe en Zeewolde • De WijkKliniek (voorheen buurtziekenhuis) Amsterdam Zuidoost – AMC & Cordaan • Hospital at Home – UMCG • Transfer Intervention Procedure (TIP): Een doelmatige overdracht implementeren – AMC, OLVG, Gelre, Catharina, MMC Eindhoven, Havenziekenhuis, RdG, Lange Land • Wijkverpleegkundige organiseert thuiszorg vanuit Spoedeisende Hulp – OLVG & WFG..... 	19 19 20 20 21 21 22 22 23
PERSONEEL	24
Best practices	24
<ul style="list-style-type: none">  • Taakdifferentiatie op de SEH door verpleegkundig specialisten  • Bachelor Medische hulpverlening  • Acut Zorg Team – Tergooi  • Griep-escalatie-unit en seizoensplanning– St Antonius Nieuwegein • Gezamenlijk opleiden (SEH-)verpleegkundigen – Noord-Holland & Flevoland • De ziekenhuisarts – VUmc 	24 24 25 25 26 26
Lopende onderzoeken/pilots en oplossingsrichtingen	26
<ul style="list-style-type: none">  • App 'Moet ik naar de dokter?' – Regio Apeldoorn • Veilig visite rijden door verpleegkundig specialisten - Huisartsenpost Enschede 	26 27
TOEGANG TOT ELV- / VVT-ZORG	28
Best practices	28
<ul style="list-style-type: none">  • Overzicht spoed- en herstelbedden – Omring • Centraal Aanmeldpunt Zorginzet Haarlem En Meer – Spoedpost Zuid-Kennemerland • 24/7 Aanmeldportaal voor uitstroom naar VVT of revalidatie – Amphia • ZorgnaZorg – Noord Nederland..... • Verwijshulp.nl – regio Rotterdam e.o., Gooi- & Vechtstreek en Eemland 	28 28 29 29 30
Lopende onderzoeken/pilots en oplossingsrichtingen	30
<ul style="list-style-type: none"> • App Zorgbed MB – Zorgnetwerk Midden-Brabant • Project Spoedzorg kwetsbare ouderen – Regio West-Brabant 	30 31
OVERIG	32
Best practices	32
<ul style="list-style-type: none">  • Het meten van drukte op de SEH - MCH Westeinde, Bronovo en LUMC..... 	32

ACHTERGROND

In het ROAZ van 10 juni 2016 is afgesproken best practices met elkaar te delen om de capaciteitsproblematiek op spoedeisende hulpen (SEHs) te verminderen. SpoedZorgNet AMC en Netwerk Acute Zorg Noordwest hebben voorbeelden verzameld en in dit document op een rij gezet. De best practices zijn ingedeeld op het verminderen van de instroom, het verbeteren van de doorstroom en het verbeteren van de uitstroom van de SEH. Naast best practices zijn er ook (nog) niet bewezen pilots/onderzoeken/ oplossingsrichtingen opgenomen. De titels van de projecten in de inhoudsopgave linken naar meer uitleg verderop in het document. Dit overzicht is niet volledig; het document is bedoeld om de regio op de hoogte te stellen van (landelijke) initiatieven die mogelijk de doorstroming van spoedpatiënten kunnen verbeteren.

I=Impact; E=Effort

 = Nieuw in deze editie.

INSTROOM

Best practices

- **Project Advanced Care Planning – WFG**

Beschrijving verandering/interventie/project

Verpleegkundig specialisten of getrainde verzorgenden van de woonzorgcentra bespreken de behandelwensen en verwachtingen met de cliënten nog voordat er bijvoorbeeld een val heeft plaatsgevonden. De oudere wordt uitgenodigd hierover ook met de huisarts een gesprek te hebben, die de wensen vastlegt. Deze vraagt de oudere of zij nog wel alles willen wat medisch kan. Kopieën van deze behandelwensen gaan naar het wooncentrum, de huisartsenpost en mee in de ambulance mocht een patiënt nog naar een ziekenhuis willen gaan.

Resultaat

- Opluchting/tevredenheid bij verzorgers, patiënt en familie dat dit gesprek is gevoerd;
- Minder kwetsbare ouderen naar het ziekenhuis.

Status/vervolg

De regionale huisartsenvereniging gaat nu ook van thuiswonende kwetsbare ouderen de wensen vastleggen. De werkwijze wordt verder uitgebreid naar bewoners van woonzorgcentra in heel West-Friesland. VUmc zet de pilot sinds maart 2016 voort.

Meer informatie

Jeroen Steens of Judella Daal (WFG)

I:6; E:7

- **HartWacht app – CCN**

Beschrijving verandering/interventie/project

Patiënten met hartfalen en cardiovasculaire problemen verkeren continu in onzekerheid over het functioneren van hun hart. Dit kan leiden tot spoedbezoeken aan de arts of de SEH.

Hartpatiënten kunnen met deze app zelf hun hart checken als ze ongerust zijn. Ze kunnen vanuit huis zelf vitale waarden zoals bloeddruk, gewicht en ritmestroken insturen via gekoppelde meetapparatuur. Is er iets aan de hand of voelt de patiënt zich onzeker, dan wordt het zorgcentrum gewaarschuwd en is er mogelijkheid tot videocontact.

Resultaat

- Geruststelling bij patiënten
- Minder onnodig arts-contact

Status/vervolg

HartWacht wordt vergoed door Zilveren Kruis, FBTO, VGZ, DSW, ONVZ, ProLife, Interpolis, Zorgverzekeraar OZF en ONVZ. De gesprekken met resterende zorgverzekeraars over vergoeding lopen nog.

AMC en VUmc starten in 2018 een pilot met de Hartwacht bij patiënten voor en na ablatie.

Meer informatie

<http://bit.ly/1U3QbA2>; Igor Tulevski (CCN)

I:7; E:3

- **Röntgendiagnostiek op de HAP - RadboudMC**

Beschrijving verandering/interventie/project

Uit een inventarisatie van het Radboudumc blijkt dat 20 (17%) van de 117 Nederlandse huisartsenposten directe toegang hebben tot röntgendiagnostiek; 6 hanteren een volledig open model (altijd mogelijkheid tot röntgendiagnostiek) en 14 een gemengd model (enkel toegang op bepaalde tijdstippen). De beoordeling van de röntgenfoto's vindt doorgaans plaats door de radioloog (50%) of de röntgenlaborant (40%), waarbij radiologen frequent gebruikmaken van beoordeling op afstand (buiten het ziekenhuis). Bij beoordeling door een SEH-arts of huisarts (10%) autoriseert de radioloog uiteindelijk. Bij 90 procent van de huisartsenposten vindt beoordeling plaats binnen 30 minuten na het maken van de röntgenfoto.

Resultaat

Bij directe toegang tot röntgendiagnostiek kunnen patiënten zonder een fractuur – net als binnen kantoor tijden – door de huisarts worden behandeld. Dit zorgt voor minder laagcomplexe zorg op de SEH, waardoor er meer tijd is voor complexe problematiek. Voor de patiënt zal er een forse reductie van wachttijd optreden, met naar verwachting een positief effect op de ervaring en tevredenheid. Tevens kan het kostenbesparend zijn, zowel voor patiënt (eigen risico) als voor de maatschappij.

Status/vervolg

Huisartsenposten Amsterdam onderzoekt mogelijke implementatie van röntgendiagnostiek op de huisartsenpost.

Meer informatie

Medisch Contact 19 oktober 2016: <http://bit.ly/2hnTnbn>; Martijn Rutten (Radboudumc)

I:5; E:4

- **Beter Oud in Amsterdam – Elaa, Ben Sajat Centrum & SIGRA**

Beschrijving verandering/interventie/project

Het project 'Beter Oud in Amsterdam' werkt aan gestructureerde en integrale eerstelijns ouderenzorg. De projectleiding ligt bij Elaa, het Ben Sajat Centrum en SIGRA. De doelstelling is tweeledig: 1. Het verbeteren van de integrale eerstelijnszorg voor ouderen (75+) met een hoge kwetsbaarheid in Amsterdam, zodat deze ouderen langer zelfredzaam blijven. 2. Het realiseren van een structurele financiële bekostiging voor deze integrale eerstelijns ouderenzorg, zodat deze aanpak kan worden geborgd in het zorg- en welzijnsstelsel.

De proeftuinen vonden plaats bij huisartsenpraktijken (SAG, GAZO en CHAGZ) en de aanbieders wijkverpleging waar zij veel mee samenwerken (Cordaan, Amstelring, Evean en Zonnehuisgroep Amstelland) in vier Amsterdamse wijken waar veel ouderen met een verhoogde kwetsbaarheid wonen. Samen hebben zij proactieve integrale zorg voor ouderen ingericht in vier wijken in Amsterdam.

Een belangrijke rol in de uitvoering ligt bij een 'eerstelijnsverpleegkundige'. Deze ondersteunt de huisarts bij de identificatie van de ouderen met een verhoogde kwetsbaarheid. De eerstelijnsverpleegkundige kent de sociale kaart van de wijk en werkt nauw samen met de wijkverpleging en het sociale wijkteam.

Resultaat

Door betere gestructureerde eerstelijns ouderenzorg en ondersteuning te bieden, worden ouderen minder vaak acuut ingestuurd naar de SEH.

Status/vervolg

Na afronding van de initiële pilot- en onderzoeksfase eind 2017 zijn de partners van plan hun samenwerking te bestendigen en uit te breiden naar andere buurten in de stad. De proeftuinen gaan o.a. aan de slag met Advance Care Planning en afstemming met het sociale domein. Aansluiting van meerdere aanbieders en partners staat hoog op het verlanglijstje.

Meer informatie

<http://bit.ly/2Gknvp>, <http://bit.ly/2F8Zzjx>; Marjolein van Harten (SIGRA), Wim Klein Nagelvoort (Elaa) en Sabina Mak (Ben Sajat)

I:5; E:7

• **Project ouderenzorg (GezondVeluwe) – Regio Noordwest Veluwe en Zeewolde**

Beschrijving verandering/interventie/project

GezondVeluwe is een populatiegericht programma, gericht op het verbeteren van de integrale zorg afgestemd op de specifieke behoeften van de inwoners uit de regio. In de aanpak wordt de Triple Aim doelstelling nagestreefd: meer ervaren gezondheid, betere ervaren kwaliteit van zorg tegen lagere of gelijke kosten. Vanuit het programma zijn onder meer projecten georganiseerd voor ouderenzorg, gericht op zowel de vitale als de kwetsbare oudere van 75 jaar en ouder. Gemeenten en zorgorganisaties werken multidisciplinair samen in lokale ouderenteams die gekoppeld zijn aan huisartsenpraktijken. De samenwerking wordt ondersteund door OZOverbindzorg: een online communicatieplatform waar professional, mantelzorgers en oudere virtueel en multidisciplinair overleg kunnen voeren. De cliënt bepaalt zelf wie toegang heeft tot dit platform.

Resultaat

Bijna de helft van de ouderen ervaart langer thuis te kunnen blijven wonen en voelt zich zelfredzamer. Een groot deel van de mantelzorgers (40%) voelt zich meer ontlast en ook professionals zijn tevreden. Zij geven de samenwerking een 7.2, hebben meer werkplezier en ervaren korte lijnen. Ook de inwoners ervaren dat laatste. De projectgroep schrijft dat het helpt voorkomen dat ouderen vanaf de SEH of HAP onnodig in het ziekenhuis worden opgenomen. Gezien de kleine aantallen is niet duidelijk of deze interventie daadwerkelijk de spoedzorgvraag vermindert. Wel zal het resultaat duidelijker zichtbaar zijn als de werkprocessen ook volledig zijn geïmplementeerd.

Status/vervolg

GezondVeluwe gaat door met deze aanpak in 2018, door o.a.:

- Verder inbedden integrale ouderenzorg, rond ouderenteams met ondersteuning van OZOverbindzorg en versterken verbinding met het sociaal domein en het ziekenhuis (transmurale overdracht);
- Monitoring ouderenzorg continueren en door ontwikkelen;
- Gezamenlijke ontwikkeling en implementatie van regionale werkafspraken rond ELV en ander kortdurend verblijf over o.a. beschikbaarheid van bedden en het actueel inzichtelijk maken daarvan, de triage en overdracht.

Meer informatie

<http://bit.ly/2oWq29V>; Denise Seelen en Mark Callaars (GezondVeluwe)

I:2; E:6

Lopende onderzoeken/pilots en oplossingsrichtingen

• **Zorgcoördinatiecentrum – Ambulance Oost**

Beschrijving verandering/interventie/project

Ambulance Oost organiseert als pilot een centrale ingang voor huisartsen (zowel overdag als NAW-uren), acute thuiszorg, ggz en ambulancezorg. Dit zal onder één centraal telefoonnummer komen te vallen. Dit is in lijn met het visiedocument van Ambulancezorg Nederland: 'Ambulancezorg in 2025: Zorgcoördinatie en mobiele zorg'.

Beoogd resultaat

Efficiëntere organisatie van de acute zorg en betere ketensamenwerking.

Status/vervolg

De eerste oriënterende gesprekken zijn in 2017 gevoerd; alle ketenpartijen hebben medewerking toegezegd. Dit jaar zal het plan verder worden vormgegeven aan de hand van drie denktanksessies onder begeleiding van de Argumentenfabriek. Daarna zal het initiatief in samenspraak met de zorgverzekeraar worden gelanceerd.

Meer informatie

<http://bit.ly/2GsxSz5>; Karsjen Koop (Ambulance Oost)

• **2TWNTY4: realtime inzicht in de spoedzorgketen – Radboudumc en LUMC**

Beschrijving verandering/interventie/project

Om piekbelasting en het sluiten van een SEH te voorkomen wil het Radboudumc in samenwerking met het LUMC en Hotflo de drukte op de SEH realtime zichtbaar maken voor de meldkamer, de omliggende SEHs, de huisartsenposten en huisartsen uit de dagpraktijk. Hiervoor maken ze gebruik van de NEDOCS en de EDWIN score. Nieuwe patiënten kunnen zo naar de minst drukke SEH worden gebracht (mits de patiënt niet bekend is in een ziekenhuis of specifieke zorg behoeft) waardoor piekbelasting van de SEH zoveel mogelijk wordt voorkomen. Door een koppeling met het EPD van het ziekenhuis wordt tevens inzichtelijk gemaakt welke ziekenhuisafdelingen plek hebben. Daarnaast gaat het systeem een voorspelling maken voor de komende twee uur. De applicatie wordt beschikbaar voor SEHs meldkamers, HAPs en huisartsen uit de dagpraktijk.

Beoogd resultaat

Regie over de acute zorgketen. Minder piekbelasting in de acute keten door betere spreiding van patiënten.

Status/vervolg

De eerste versie zal in de zomer van 2018 worden gelanceerd. Andere regio's worden uitgenodigd om aan te sluiten.

Meer informatie

<https://youtu.be/ll7vtgZTslo>; Jacco Schutte (Radboudumc)

• **ADAM Project – Ambulance Amsterdam**

Beschrijving verandering/interventie/project

Project ADAM staat voor Amsterdam Dispatch Ambulance Metropolitan Area. Het doel van dit project is om de meldkamer meer informatiegestuurd ziekenvervoer in te laten zetten. Om dit te kunnen doen heeft Ambulance Amsterdam de tool Intermedix aangeschaft. Deze ICT-toepassing moet via zogenaamde dashboards inzicht geven in onder andere de

beddenscapaciteit van ziekenhuizen, beschikbaarheid van Mobiel Medisch Teams (MMT) en IC-vervoer. In deze eerste pilotfase wordt de inzichtelijkheid van beddenscapaciteit alleen getest met het AMC. Van de 9 acute kamers op de SEH is niet alleen te zien of ze bezet zijn, maar ook de verwachte tijdsduur van de bezetting. Van de 19 overige medium care kamers is alleen te zien of ze al dan niet beschikbaar zijn. Er wordt onderzocht of deze informatie automatisch in het dashboard komen middels een koppeling met elektronisch patiëntendossier EPIC. De beschikbaarheid van het MMT Noordwest wordt ook via een dashboard inzichtelijk. De zorgverleners geven aan hoe lang ze nog met een inzet bezig zijn om de vervolginzet zo efficiënt mogelijk te laten verlopen. Voor het IC-vervoer geven de chauffeurs zelf aan of het voertuig inzetbaar is, en wanneer ze ongeveer weer beschikbaar zullen zijn. Chauffeurs kunnen zelf ook zien hoeveel ritten er nog in de wacht staan.

Beoogd resultaat

Regie over de acute zorgketen. Betere spreiding ambulances naar SEHs. Minder kans op fouten in opgeschaalde situaties.

Status/vervolg

Het project is januari 2017 gestart, en wordt het tweede kwartaal van 2018 geëvalueerd.

Meer informatie

Renate Bongaards (Ambulance Amsterdam)

• **Cardiologische Zorgbrug – AMC/HvA**

Beschrijving verandering/interventie/project

Deze studie bouwt voort op de Transmurale Zorgbrug, waarbij deze Cardiologische Zorgbrug zich specifiek richt op kwetsbare oudere cardiologische patiënten van 70 jaar en ouder. De inzet van een wijkverpleegkundige als casemanager tijdens en na ziekenhuisopname wordt hierbij uitgebreid met een gedeelte disease management, waarbij de wijkverpleegkundige ook aandacht heeft voor vroegsignalering van cardiologische symptomen, medicatie en leefstijlbevordering. Ook krijgen deze patiënten hartrevalidatie in de thuissituatie aangeboden door een fysiotherapeut: "We onderzoeken in de Cardiologische Zorgbrug het effect van de interventie bij kwetsbare oudere cardiologische patiënten op heropname en mortaliteit binnen zes maanden na ziekenhuisopname, door uitvoering van een Randomized Controlled Trial. In totaal zullen we hiervoor 500 patiënten werven in vijf ziekenhuizen, waarbij samenwerking in ieder geval is bevestigd voor het AMC, Tergooi Ziekenhuis Blaricum en OLVG-Oost. De betrokken thuiszorgorganisaties zijn op dit moment Cordaan Thuiszorg en Buurtzorg Nederland. De fysiotherapeuten werven we grotendeels via het LoRNA netwerk (Long Revalidatie Netwerk Amsterdam)."

Beoogd resultaat

Reductie in heropname en mortaliteit binnen zes maanden na ziekenhuisopname.

Status/vervolg

Deze gerandomiseerde trial is 1 juni 2017 van start gegaan.

Meer informatie

<http://bit.ly/2clBcll>; Patricia Jepma (HvA)

- **Risicoclassificatie hartinfarct vervoegen naar ambulance met de HEART-score – RAV IJsselland**

Beschrijving verandering/interventie/project

Ongeveer 35% van de patiënten met pijn op de borst hoeft niet naar een ziekenhuis, omdat gebleken is dat zij <30 dagen na aanvang van de klachten geen aandoening aan het hart- of vaatstelsel ontwikkelt. “Door deze patiënten vroegtijdig te detecteren, kunnen onnodige behandelingen, observaties en drukte op de SEH/EHH grotendeels voorkomen worden”. In een retrospectieve studie is de zogenaamde ‘HEART-score’ opgesteld, die vooral de kans op afwezigheid van een hartinfarct goed kon voorspellen.

Resultaat

Met een lage HEART-score (0-3 punten) bleek niemand een nSTEMI hartinfarct te hebben. Bij een gemiddelde HEART-score (4-6 punten) ontwikkelde 18% een hartinfarct en bij een hoge HEART-score (7-10 punten) bleek 52% na follow-up een hartinfarct te hebben.

Status/Vervolg

Prospectief wordt nu gekeken of de HEART-score in de pre-hospitale setting de resultaten geeft die retrospectief zijn voorspeld. Vervolgens zullen de resultaten extern gevalideerd worden waarna deze verplaatsing van de diagnostiek kan worden geïmplementeerd. De industrie is gevraagd om versneld een gevoelige troponine-test (bloedtest die positief wordt bij een hartinfarct) te ontwikkelen voor in de ambulance; deze maakt deel uit van de HEART-score. Naar verwachting zal deze er in 2020 zijn.

Meer informatie

<http://bit.ly/2ooOY8j>

- **Expertiseteam Geriatrie – Twente**

Beschrijving verandering/interventie/project

Hier wordt een specialist ouderengeneeskunde in de eerste lijn ingezet, zodat de huisarts in eigen praktijk kan worden gefaciliteerd en ondersteund bij (complexe) gezondheidsproblematiek onder thuiswonende ouderen en waarbij ziekenhuisbezoek niet gewenst is. De huisartsenposten hebben er wegens beperkte beschikbaarheid aanvankelijk voor gekozen om de specialist ouderengeneeskunde binnen de ANW-uren en met name in de piekuren in te zetten. De pilot heeft een jaar op acht locaties gelopen.

Tussentijds resultaat

De pilot is in huidige vorm op alle 8 de locaties mislukt wegens een tekort aan specialisten ouderengeneeskunde.

Status/vervolg

In een vervolgtraject zal één specialist ouderengeneeskunde aan een groep praktijken/HAGRO's worden gekoppeld voor heel Twente om versnippering van aan specialisten ouderengeneeskunde tegen te gaan. Ook is voor het huisartsen dan duidelijk wie ze moeten benaderen voor consultatie.

Meer informatie

<http://bit.ly/2m68QfC>; Janke Snel (Centrale Huisartsenpost Almelo)

- **Nabellen ouderen na bezoek SEH - MCH Westeinde**

Beschrijving verandering/interventie/project

Alle 70-plussers die na een SEH-bezoek naar huis gaan worden de volgende dag nagebeld. Ook patiënten uit de jongere leeftijdscategorie kunnen met een vinkje in het dossier op de nabellijst worden gezet. Onduidelijkheden over medicatie kunnen worden opgehelderd; de arts checkt ook of de ondersteuning thuis wel voldoende is of dat er thuiszorg moet worden geregeld (dit kan ook onderdeel uitmaken van een transmurale zorgbrug). Patiënten die na SEH-bezoek zijn opgenomen in een ziekenhuis, V&V instelling of zijn verwezen naar de HAP, worden niet nagebeld.

Resultaat

Dagelijks moet bij ongeveer 8 van de 10 patiënten verduidelijking worden gegeven of anderszins ingegrepen. In studieverband was mogelijk door de kleine sample size was geen verschil waargenomen gezien in herbezoek en opnames tussen de controlegroep en interventiegroep. Er was een mogelijke trend voor minder opnames in de interventiegroep. De pilot geeft nog geen antwoord op de vraag of telefonische nazorg heropnames voorkomt. Hiervoor is prospectief onderzoek nodig.

Status/vervolg

Medewerkers van MCH zijn overtuigd van de positieve werking van het nabellen van patiënten. Dit blijft daarom ingebed in hun dagelijkse werkwijze. Om dit ook aan te tonen is januari 2018 een grotere studie gestart, waarbij 5.000 patiënten geïncludeerd zullen worden. Afwisselend zal de ene maand zal de oorspronkelijke vragenlijst worden afgenomen, de andere maand alleen een 'tevredenheidsenquête'. De studie zal 2 jaar lopen.

Meer informatie

<http://bit.ly/2gCbY3V>; Christien van der Linden (MCH Westeinde)

DOORSTROOM

Best practices

• **APOP screening op de spoedeisende hulp – LUMC**

Beschrijving verandering/interventie/project

Het Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC) start is in maart 2018 gestart met de screening van oudere patiënten op de SEH. Het ziekenhuis biedt zo meer directe en gepersonaliseerde zorg aan deze groep. Met de zogeheten APOP-screening (APOP staat voor Acut Presenterende Oudere Patiënt) krijgen kwetsbare oudere patiënten gerichte aandacht vanaf het moment dat ze op SEH komen. De screening duurt zo'n twee minuten per patiënt. Dit screeningsinstrument kijkt naast kwetsbaarheid eventuele geheugenproblemen van oudere patiënten. Bij kwetsbare oudere patiënten die naar huis gaan wordt de huisarts per brief automatisch ingelicht met daarin specifieke informatie over de patiënt.

Resultaat

Door meteen de behoeften van ouderen in kaart te brengen stroomt deze groep sneller door op de spoedeisende hulp. Daarnaast bieden zorgverleners meer gepersonaliseerde zorg.

Status/vervolg

De APOP-studie begon in 2016 als samenwerkingspilot, waarbij meer dan 2.500 oudere patiënten die de SEH van het LUMC, Alrijne, HMC Bronovo en Erasmus MC hebben bezocht, een jaar lang werden gevolgd. Met behulp van informatie uit deze studie is de screeningsmethode ontwikkeld die het LUMC nu toepast.

Meer informatie

www.apop.eu

I:3; E:3

• **Implementatie van een 'Full-Capacity Protocol' – University of Kansas Hospital**

Beschrijving verandering/interventie/project

Het academisch ziekenhuis in Kansas City had veel problemen met crowding op de SEH. Implementatie van een 'Full-Capacity Protocol' (FCP) heeft hier verandering in aangebracht. Het FCP houdt in dat bij een bepaald niveau van crowding de verantwoordelijken van verschillende klinische disciplines naar de SEH komen. Deze worden bijeengeroepen door de zogenoemde 'flow coördinator'. Gezamenlijk wordt er gekeken waar de barrières in de patiëntenstroom zitten en wordt er beleid afgesproken om deze barrières weg te nemen. Opvallend aan dit protocol is dat het gehele ziekenhuis betrokken wordt bij de capaciteitsproblematiek op de SEH.

Resultaat

Het aantal 'ambulance diversions' (stops) is afgenomen na implementatie van het FCP.

Status/vervolg

Dit protocol is geïmplementeerd in de standaard zorg.

Meer informatie

<http://bit.ly/2vHU2fP>

I:6; E:6

- **Werken zonder Wachtkamer – Medisch Centrum Noord Limburg (VieCuri)**

Beschrijving verandering/interventie/project

Op de SEH van VieCuri Medisch Centrum Venlo werd in 2013 de pilot 'Werken zonder Wachtkamer' geïntroduceerd, waarbij SEH-arts verantwoordelijk was voor de coördinatie van de patiëntenstroom. De patiënt werd direct toegewezen aan een (SEH-)arts en verpleegkundige en op de behandelkamer gezien. Waar nodig werd gericht diagnostiek aangevraagd en de eerste behandeling al ingezet. De verpleegkundige triage werd gedurende dit proces 'overgeslagen' waardoor de triageverpleegkundige voor andere taken kon worden ingezet. Onderscheid werd gemaakt tussen 'low care' patiënten (met name kleine traumatologie) en 'high care' patiënten (beschouwende casuïstiek, opnamebehoefte patiënten). Doorlooptijden en uitkomsten werden destijds bijgehouden en vergeleken met de oude situatie middels het Manchester Triage. Alleen bij crowding (waarbij geen behandelkamers meer beschikbaar waren) werd overgegaan op de traditionele manier van triage.

Resultaat

- Gemiddelde wachttijd van 6 naar 5 minuten afgenomen
- Gemiddelde behandeltijd afgenomen van 109 naar 104 minuten
- Gemiddelde length of stay afgenomen van 118 naar 111 minuten
- Afname laboratoriumonderzoeken voor chirurgische en orthopedische patiënten met 11.8%
- Aantal weglopers afgenomen van 0,6 naar 0,3%
- Het percentage waarin het 4 hour target werd gehaald, steeg van 93.5% naar 94.6%
- Mortaliteit was niet significant verschillend
- Subjectief: de coördinerend SEH-arts heeft een nog beter beeld van de patiënten die op dat moment op de SEH aanwezig zijn en kan daardoor patiëntstromen beter managen en beter supervisie geven.

Status/vervolg

Wetenschappelijk artikel door L. Walet et al. is ingediend.

'Werken zonder wachtkamer' wordt nog altijd op de SEH van VieCuri Medisch Centrum Venlo gebruikt.

Meer informatie

Nathalie Peters (VieCuri)

I:3; E:2

- **Standaardisatie van SEH-processen – Odense University Hospital, Denemarken**

Beschrijving verandering/interventie/project

Op de SEH van Odense, Denemarken, kan een patiënt drie richtingen op gaan – naar de huisartsenpost (6 minuten per patiënt), naar de fast track voor kleine incidenten (20 minuten per patiënt) of evaluatie voor opname (max 240 minuten per patiënt). Voor iedere richting is exact in kaart gebracht welke processen mogelijk zijn om tot een diagnose te komen. Per proces is in kaart gebracht wat er gedaan moet worden, wie dit doet en hoeveel minuten daarvoor nodig zijn (bijvoorbeeld bloedafname door verpleegkundige, 5 minuten). Vervolgens hebben de teammanagers een wiskundig simulatiemodel van de SEH laten bouwen. In dat model zit per richting hoeveel patiënten er over een jaar per uur binnen komen op de SEH. Hierdoor hebben zij precies kunnen berekenen hoeveel personeel op welk moment van de dag nodig is voor optimale doorstroming.

In de control room houdt een 'flow-master' (senior specialist) continu de patiëntenstromen in de gaten. Iedere 2 uur heeft hij korte briefing van 5 minuten om te borgen dat de flowstandaard overeind blijft. Iedere 4 uur heeft hij overleg met een verpleegkundig coördinator om 4 uur vooruit te plannen.

Resultaten

Diagnostische paden uitwerken heeft geleid tot een reductie van 78% in aanvullend onderzoek en verlaagt de ligduur op de SEH en overcrowding in het algemeen. Daarnaast meldt personeel zich minder vaak ziek (50% reductie).

Status/Vervolg

Er wordt continu gewerkt aan verdere optimalisatie van de zorgprocessen (lean).

Meer informatie

<http://bit.ly/2gzf6tw>; Michael Hansen-Nord (Odense University Hospital, Denmark)

I:9; E:8

- **SOS team – HAGA Ziekenhuis**

Beschrijving verandering/interventie/project

Als eerste ziekenhuis in Nederland heeft het HagaZiekenhuis een SOS-team op de SEH. Het team bestaat uit de dienstdoende intensivist, internist, chirurg en SEH-arts^{KNMG}. De laatste coördineert het team. Indien nodig kan het team worden aangevuld met een andere specialist. Het SOS-team is 24/7 beschikbaar. Ze worden opgeroepen voor patiënten die met afwijkende vitale parameters binnenkomen en de diagnose niet direct duidelijk is.

De ambulancedienst en huisarts kunnen specifiek vragen om het SOS-team bij de vooraankondiging.

Resultaat

Doordat de taakverdeling duidelijk is kan het team daadwerkelijk snel handelen. De specialisten zijn allen tegelijk bij de patiënt aanwezig en kunnen zo binnen tien minuten een onderzoek uitvoeren. Doordat de specialisten naar de vloer komen gaat de doorstroming veel sneller; het besluit tot opname is ook sneller gemaakt. De kwaliteit van zorg en veiligheid voor de allerziekste patiënten wordt zo beter geborgd. De samenwerking tussen SEH-artsen en andere specialisten wordt hier tevens door bevorderd.

Status/vervolg

Dit is nu de huidige standaard zorg op de SEH. In de toekomst kan het SOS-team misschien ook worden opgeroepen voor verslechterende patiënten in het ziekenhuis, waar naast het SIT-team ook direct beleid van samenwerkende specialisten nodig is.

Meer informatie

<http://bit.ly/2eW9t6N> ; Vanessa Valk (HAGA ziekenhuis).

I:8; E:4

- **De Acute Opname Afdeling (AOA)**

Beschrijving verandering/interventie/project

De AOA is een verpleegafdeling waar de stroom acute patiënten wordt gebundeld en gescheiden van de electieve stroom patiënten. Patiënten komen via de SEH en poliklinieken binnen op de AOA, waar vervolgens snelle diagnostiek plaatsvindt. Het doel van de AOA is een hogere productiviteit en betere kwaliteit van de zorg. Sinds 2000 zetten steeds meer ziekenhuizen een AOA op (o.a. AMC, NWZ-Alkmaar, RKZ, SG Haarlem, VUmc).

Resultaat

Een systematische review uit 2016 laat zien dat AOAs leiden tot een verlaging van het aantal geweigerde opnames), verlaging van de opnameduur, verlaging van de mortaliteit en heropnames. Van de Nederlandse ziekenhuizen met een SEH (93), hebben ruim dertig ook een AOA. Deze zijn echter heterogeen georganiseerd.

Meer informatie

<http://bit.ly/2h2cZTI>; <http://www.acuteopnameafdeling.nl/>

I:8; E:7

- **Alle hens aan dek procedure / escalatieplan**

Beschrijving verandering/interventie/project

Zowel het Flevoziekenhuis als Westfriesgasthuis beschrijven deze procedure: als de SEH dreigt te verstopten worden artsen en verpleegkundigen uit andere afdelingen van het ziekenhuis opgeroepen om mee te helpen patiënten weg te werken. Het escalatieplan kan ook in werking treden als alle SEHs in de regio een stop hebben; dan wordt de stop voor alle ziekenhuizen opgeheven om de druk over de regio te verdelen.

Resultaat

Hierdoor worden SEH-stops voorkomen. Voorwaarde is wel dat er artsen/ verpleegkundigen in huis beschikbaar moeten zijn.

Meer informatie

<http://bit.ly/2Dt5Am4>; Joanna Gerkes (Flevoziekenhuis)

I:6; E:4

Lopende onderzoeken/pilots en oplossingsrichtingen

- **SEH als overloop voor EHH – NWZ-Alkmaar, WFG, Flevoziekenhuis, Waterland**

Beschrijving verandering/interventie/project

Een aantal ziekenhuizen in de regio hebben de interne afspraak gemaakt dat de SEH een buffer is voor de EHH, als deze volloopt. Hierdoor hoeft de EHH minder snel een stop af te kondigen.

Meer informatie

Hoofden EHH/SEH genoemde ziekenhuizen.

UITSTROOM

Best practices

• **Herstelafdeling ziekenhuis – Omring en WFG**

Beschrijving verandering/interventie/project

Westfriesgasthuis en thuiszorgorganisatie Omring zijn vanaf maart 2017 een herstelafdeling gestart in het ziekenhuis, volledig gericht op een spoedig herstel en een snelle terugkeer naar huis. Verpleegkundig en verzorgend personeel van Omring zijn hier 24/7 beschikbaar en staan in directe verbinding met een Omring-arts. Indien nodig bezoekt de wijkverpleegkundige de patiënt op de afdeling voordat de patiënt terugkeert naar huis. Op deze afdeling worden ook cliënten rechtstreeks vanaf de SEH opgenomen, dit om te voorkomen dat deze cliënten onterecht op een ziekenhuisbed terecht komen.

Resultaat

De gemiddelde ligduur op de herstelafdeling is 22,5 dagen, wat laag is in verhouding met het landelijk gemiddelde. Het merendeel van de patiënten was afkomstig van chirurgie (21%) en geriatrie (21%). Zo'n 13% was verwezen via de huisarts of SEH. Tweederde van de patiënten is naar huis ontslagen, 14% moest opnieuw worden opgenomen en 10% stroomde door naar de WLZ. In deze periode is het aantal verkeerd bed-dagen van het ziekenhuis gehalveerd.

Status/vervolg

Omring heeft de samenwerking met het Westfriesgasthuis verlengd.

Meer informatie

<http://bit.ly/2mmschm>

• **Samenwerking voorkomt onnodige ziekenhuisopnamen oudere patiënten – Reinier de Graaf Ziekenhuis / Pieter van Foreest (Delft)**

Beschrijving verandering/interventie/project

Zorgorganisatie Pieter van Foreest, het Reinier de Graaf ziekenhuis, en zorgverzekeraar DSW hebben de handen ineengeslagen. Patiënten die niet in het ziekenhuis hoeven te worden opgenomen, omdat verdere ziekenhuiszorg niet nodig is, maar ook niet in staat zijn om thuis voor zichzelf te zorgen, worden nu direct doorverwezen naar een locatie van zorgorganisatie Pieter van Foreest. Hierover zijn afspraken gemaakt tussen de twee organisaties. Zo wordt onder andere de indicatiestelling achteraf geregeld.

Resultaat

Dankzij deze samenwerking is in de afgelopen drie maanden 75% van deze oudere patiënten doorverwezen naar een locatie van Pieter van Foreest. Eerder zouden deze patiënten in het ziekenhuis zijn opgenomen. Zo blijven de benodigde ziekenhuisbedden beschikbaar en krijgen patiënten de juiste zorg op de juiste plek. Na binnenkomst op de SEH worden patiënten beoordeeld en behandeld door een SEH-arts. Deze arts bespreekt, als er sprake is van een kwetsbare oudere, samen met een medewerker van de zorgbemiddeling van Pieter van Foreest welke zorg de patiënt nodig heeft en op welke plek die zorg het beste geboden kan worden. Dit zorgt ervoor dat patiënten niet onnodig worden overgeplaatst, waardoor zij direct kunnen werken aan hun herstel.

Meer informatie

<http://bit.ly/2tll3PL> ; Ilonka Ouwendijk (Pieter van Foreest)

- **24 uren crisisopvang V&V buiten kantooruren – Amsta**

Beschrijving verandering/interventie/project

De Amsta-locatie in het MC Slotervaart biedt 24/7 crisisopvang voor ouderen. De SEH van MC Slotervaart en de huisartsen in Amsterdam Nieuw-West kunnen 24 uur per dag, 7 dagen per week, naar Amsta locatie in het MC Slotervaart bellen om een plek aan te vragen voor ouderen in kwetsbare situaties. De locatie weigert nooit patiënten met een WLZ-indicatie, maar zoekt zelf naar de beste oplossing. Tot nu toe is 51% van de opnames tussen 9 en 17u, 43% tussen 17u en 22u en slechts 6% tussen 22u en 8u. Financiering wordt achteraf geregeld, waardoor de ouderen sneller kunnen worden opgenomen. De bedden worden niet meer gelabeld, wat meer opnameflexibiliteit geeft.

Resultaat

Snellere uitstroom van kwetsbare ouderen vanaf de SEH.

Status/Vervolg

Amsta rolt dit project niet verder uit naar andere locaties. Wel zal de doelgroep in de toekomst worden uitgebreid naar ook niet WLZ-geïndiceerde ouderen met een acute hulpvraag.

Meer informatie

Zorgvisie 2 sept 2016: <http://bit.ly/2fnH2Ep>; Jan Kooijman (Amsta)

I:5; E:4

- **Optimalisatie uitstroomproces – Flevoziekenhuis**

Beschrijving verandering/interventie/project

Bij de EHH/CCU plannen de artsen het ontslag zodra ze enigszins kunnen voorspellen wat voor vervolgzorg de patiënt nog nodig heeft.

Resultaat

Des te eerder de ontslagprocedure begint, des te korter patiënten onnodig liggen te wachten op vervolgzorg.

Meer informatie

Mikael Kortz (Flevoziekenhuis)

I:6; E:2

- **Specialist op de SEH - Bernhoven**

Beschrijving verandering/interventie/project

Op de SEH worden SEH-artsen en arts-assistenten ondersteund door internisten, cardiologen en chirurgen. Door een patiënt op de SEH te laten behandelen door een specialist is een ziekenhuisopname minder vaak nodig en kan de patiënt eerder naar huis. Door direct een specialist naar de patiënt te laten kijken, is sneller duidelijk of een opname echt noodzakelijk is. Misschien kan de patiënt direct naar huis of volstaat een kort verblijf in een TOP-kamer of zorghotel. Door deze werkwijze dalen de zorgkosten. Ook in het MCH Westeinde loopt een pilot met een specialist tot 23:00 beschikbaar voor de SEH.

Resultaat

De versterking van de bezetting op de SEH leidde in een jaar tijd (2014-2015) tot een daling van het aantal opnames, de opnameduur en het aantal vervolgafspraken met zo'n 7 procent.

Meer informatie

FD 4 maart 2016; Medisch Contact 29 juni 2016; <http://bit.ly/2gGtJOC>.

I:7; E: 6

- **Transmurale zorgbrug – AMC**

Beschrijving verandering/interventie/project

De Transmurale Zorgbrug slaat een brug tussen professionals in ziekenhuizen en professionals in de eerstelijnszorg. Het ondersteunt in de begeleiding van kwetsbare ouderen die na een ziekenhuisopname weer thuishkomen. De Transmurale Zorgbrug richt zich op meer functiebehoud en zelfstandigheid van ouderen na ontslag uit het ziekenhuis. Het bestaat uit 3 onderdelen: 1) Het geriatrieteam in het ziekenhuis doet een geriatrisch assessment en maakt een zorgbehandelplan; 2) De wijkverpleegkundige maakt in het ziekenhuis kennis met de patiënt en bespreekt het zorgbehandelplan; 3) Binnen twee dagen na ontslag bezoekt de wijkverpleegkundige de patiënt voor de eerste keer thuis. Daarna volgt nog een aantal huisbezoeken. De huisbezoeken staan in het teken van medicatieveiligheid, hulpmiddelen, sociale kaart en mantelzorgondersteuning.

Resultaat

Bij een persoonlijke overdracht vermindert de sterfte dertig dagen na opname met 36%. Zes maanden na ziekenhuisopname is deze vermindering 26%. Wijkverpleegkundigen zijn erg positief over deze proactieve werkwijze. Ze vinden het prettig om de kwetsbare ouderen eerder en beter in beeld te hebben. Bovendien is de Transmurale Zorgbrug kosteneffectief. Ouderen vinden het prettig iemand te hebben die begeleiding biedt na een ziekenhuisopname; zij ervaren de verpleegkundige als wegwijzer tussen instanties als zeer behulpzaam.

Status/vervolg

Handleiding en leerbijeenkomsten beschikbaar voor ieder ziekenhuis die dit wil invoeren.

Meer informatie

<http://bit.ly/28Popm8>; Bianca Buurman (AMC)

I:7; E:4

- **Meer vrije bedden door betere operatieplanning - St. Antonius**

Beschrijving verandering/interventie/project

Het St. Antonius Ziekenhuis Utrecht/Nieuwegein heeft de bedbezetting in huis beter kunnen reguleren door met een wiskundig model de OK-planning anders in te richten. Dit is vertaald naar drie pragmatische planningsregels: 1) Verdeel de dagbehandelingspatiënten evenredig over de week; 2) Plan de langere liggers aan het begin en einde van de week in; 3) Plan de kort-klinische patiënten in het midden van de week, waarbij donderdag de 'overlooptag' is voor opnames met langere ligdagen.

Resultaat

- Meer bedden vrij in kliniek. Met de drie regels werd de helft van de theoretische optimalisatie bereikt.
- Patiënten worden maximaal twee weken later of eerder ingepland dan zonder deze systematiek.
- Afname van 13-15% bedden op de piekmomenten (afname werkdruk op piekmomenten).

Status/vervolg

Inmiddels wordt voorbereid om dit ook op de andere planningsprocessen toe te passen.

Meer informatie

Zorgvisie juli 2016: <http://bit.ly/2cntje8>.

I:5; E:6

Lopende onderzoeken/pilots en oplossingsrichtingen

- **Zorgbemiddeling voor oudere patiënten die de spoedeisende hulp bezoeken – St. Antonius Ziekenhuis (Utrecht en Nieuwegein)**

Beschrijving verandering/interventie/project

Er komen (landelijk) steeds meer (kwetsbare) ouderen op de Spoedeisende Hulp (SEH) én in het ziekenhuis. De SEH van het St. Antonius signaleerde dat niet altijd duidelijk is waar deze oudere patiënten na een behandeling op de Spoedeisende Hulp terecht kunnen. Vaak leidt dat dan tot onnodige en langere opnames in het ziekenhuis. De uitkomsten van het onderzoek, dat de SEH hiernaar liet uitvoeren in 2017, bevestigden dit signaal. Gemiddeld 215 patiënten per jaar (zo'n 4 per week) worden 'onnodig' opgenomen. Dat wil zeggen dat iemand niet naar huis kan, maar er eigenlijk ook geen medische indicatie is tot opname in het ziekenhuis. Daarnaast gaan sommige ouderen na een SEH-bezoek wél naar huis, terwijl passende nazorg ontbreekt.

De SEH was hier tot op heden onvoldoende op toegerust en startte daarom deze pilot in samenwerking met de afdeling Zorgbemiddeling en zorginstellingen als ZorgSpectrum, AxionContinu en Careyn. Hierbij worden transferverpleegkundigen in de middag en avond ingezet op de Spoedeisende Hulp om de eventueel benodigde nazorg in kaart te brengen van oudere patiënten die hier binnen komen. Als medische zorg in het ziekenhuis niet nodig is, wordt in gesprek met deze patiënten en hun naaste en/of mantelzorger gekeken welke zorgbehoefte er is. De transferverpleegkundige coördineert vervolgens de nazorg, zoals thuiszorg of een spoedplek buiten het ziekenhuis in een verpleeghuis of zorgpension. Ook voor oudere patiënten die na de spoedbehandeling wél worden opgenomen in het ziekenhuis, starten de transferverpleegkundigen al op de SEH met het in kaart brengen van eventuele benodigde nazorg na de opname. Door dit eerder in gang te zetten kan mogelijk de ligduur in het ziekenhuis worden verkort.

Beoogd resultaat

Minder patiënten die onnodig (lang) zonder medische noodzaak in het ziekenhuis worden opgenomen, waardoor capaciteit beschikbaar blijft voor patiënten die wél ziekenhuiszorg behoeven.

Status/Vervolg

Gedurende een jaar gaat zorgbemiddeling op de SEH ingezet worden. In dit jaar zal nauwkeurig geregistreerd, geëvalueerd en waar nodig bijgestuurd worden. Als er na een jaar blijkt dat er minder 'onnodige' ziekenhuisopnames zijn is de kans groot dat de nieuwe werkwijze gecontinueerd wordt.

Meer informatie

<http://bit.ly/2FH7tNZ>

- **Identificatie kwetsbare ouderen – WFG**

Beschrijving verandering/interventie/project

Vanaf april 2017 wordt de kwetsbaarheid bij van de patiënten van 70 jaar en ouder gemeten met de ISAR 6. Deze vragenlijst komt automatisch in beeld bij iedere patiënt binnen deze leeftijdscategorie. Als de patiënt als 'kwetsbaar' wordt geclassificeerd en er geen ziekenhuisopname nodig is, dan zoekt een gespecialiseerd verpleegkundige van ketenpartner Omring op de SEH naar passende zorg voor de patiënt. Dit zijn de opties:

1. Upgrade thuiszorg

2. Nieuw in te zetten thuiszorg
3. Verzorgingshuiszorg
4. Verpleeghuiszorg

Deze verpleegkundige komt binnen 10 minuten naar de SEH voor een intake gesprek.
Na 20-30 minuten is het beleid bepaald en is de administratie rond.

Beoogd resultaat

Minder patiënten worden onnodig opgenomen in het ziekenhuis.

Status/vervolg

Het WFG heeft met deze methode nu ruim 100 patiënten kunnen helpen.

Awareness over kwetsbaarheid is enorm toegenomen, wat mede komt door een icoontje in ons routingscherm bij gebleken kwetsbaarheid.

Meer informatie

Philip Vriend, (WFG)

- **Een naadloos palliatief zorgtraject - AMC**

Beschrijving verandering/interventie/project

Het programma 'een naadloos palliatief zorgtraject (NPZ)' van het consortium Noord-Holland & Flevoland heeft als doel dat patiënten met palliatieve zorgbehoeften, die in het ziekenhuis worden opgenomen en daarna naar huis, een verpleeghuis of een hospice worden ontslagen, een naadloos traject ervaren dat voldoet aan hun wensen en behoeften. De effectiviteit van het programma wordt getest middels een gerandomiseerde trial met 510 patiënten. Het NPZ-programma is een samenwerking tussen vertegenwoordigers van patiënten- en mantelzorgorganisaties, ziekenhuizen, netwerken palliatieve zorg, huisartsen, thuiszorgorganisaties, het IKNL, hospice, de zorgverzekeraar, gemeente en onderzoekers met als doel implementatie te bevorderen, een goede wetenschappelijke evaluatie uit te voeren en na 4 jaar de dagelijkse praktijk voor mensen met palliatieve zorgbehoeften zichtbaar verbeterd te hebben.

Beoogd resultaat

Het moet leiden tot 20% minder ongewenste ziekenhuisopnames, betere kwaliteit van leven, vermindering van symptoomlast en een lagere belasting van de mantelzorger.

Status/Vervolg

Het programma loopt tot en met 2018.

Meer informatie

Bianca Buurman (AMC)

- **Verbetering van de (sub)acute zorg voor ouderen in Adam Noord – Krijtmolenalliantie**

Beschrijving verandering/interventie/project

De Krijtmolenalliantie bestaat uit een samenwerkingsverband van zorg- en welzijnsorganisaties in Amsterdam Noord. Deze organisaties pakken samen de zorg- en hulpvragen op en proberen die zo goed mogelijk samen met de cliënt/patiënt op te lossen. Een onderdeel van deze alliantie is de verbetering van de (sub) acute zorgvraag voor ouderen. Dit deel wordt gefaseerd aangepakt in de volgende stappen: 1) één centraal telefoonnummer voor huisartsen die ELV-bedden nodig hebben tijdens kantooruren, 2) het inrichten van een 'seniorvriendelijke' SEH, 3) inzet van wijkverpleegkundigen op HAP en SEH in avonduren, 4) Opzetten van een aanmeldportaal voor VVT zorg in ANW/uren.

Beoogd resultaat

Beperking van functieverlies bij kwetsbare ouderen na ziekenhuisopname en vermindering van vermijdbare heropnames en SEH-presentaties.

Status/vervolg

1) Het centrale aanmeldportaal voor ELV-bedden is sinds januari in de lucht en bereikbaar tijdens kantooruren. De betrokken VVT-organisaties zoeken dan niet alleen in eigen systeem naar een ELV-bed, maar ook bij elkaar. Ook als er géén ELV-bed te vinden is, wordt dit geregistreerd. 2) SEH-personeel wordt getraind in multi-morbiditeit om ouderen beter te kunnen helpen. Ook de SEH-omgeving wordt senior vriendelijk gemaakt.

Meer informatie

Susanne Smorenburg (BovenIJ ziekenhuis)

- **Herstellen dichtbij (GezondVeluwe) – Regio Noordwest Veluwe en Zeewolde**

Beschrijving verandering/interventie/project

Een ander initiatief vanuit het hiervoor genoemde programma GezondVeluwe is een project gericht op geriatrische revalidatie en verpleeghuiszorg dichtbij huis. Een integraal team van professionals staat klaar om cliënten, die wegens een zware operatie, ingrijpende ziekte of beroerte zijn opgenomen in het ziekenhuis, zo goed mogelijk weer zelfstandig te leren functioneren zodat zij succesvol terug kunnen keren naar de eigen woonomgeving.

Beoogd resultaat

- Soepele doorstroom vanuit ziekenhuis naar geriatrische revalidatie en verpleeghuiszorg.

Status/vervolg

Zorgverzekeraar Zilveren Kruis heeft voor 2017 samenwerkingsafspraken gemaakt met GezondVeluwe en heeft daarmee het GezondVeluwe-keurmerk gekregen.

Meer informatie

<http://bit.ly/znZfJUq>

- **De WijkKliniek (voorheen buurtziekenhuis) Amsterdam Zuidoost – AMC & Cordaan**

Beschrijving verandering/interventie/project

Het nieuwe buurtziekenhuis biedt een oplossing voor het 'gapend gat' tussen ziekenhuis en huis. Het is een nieuwe vorm van opvang: het verlenen van zogenoemde 'laagcomplex' medische zorg in eerstelijnscentra in de wijk, wanneer simpele medische handelingen, zoals het aanleggen van een infuus, thuis niet meer lukken. Dergelijke handelingen vragen om de expertise van specialisten uit het ziekenhuis, die nauw met de huisarts en de wijkverpleegkundigen samenwerken. In zo'n centrum kan meer aandacht uitgaan naar een 'therapeutisch klimaat', waarin de patiënt wordt gestimuleerd om te bewegen en ook uit bed te komen, terwijl in het ziekenhuis de focus ligt op medische handelingen. De vraag is verder of nieuwe technologie in zo'n wijkziekenhuis een rol kan spelen, bijvoorbeeld bij het monitoren van de bloeddruk of doen van consulten.

Beoogd resultaat

Het behoud van fysiek functioneren tijdens opname, een reductie van het aantal SEH-bezoeken en een reductie van heropnames. Het doel is om 80% van onze patiënten te ontslaan naar eigen woonomgeving.

Status/vervolg

Het buurtziekenhuis zal naar verwachting zijn deuren openen op Cordaan locatie Ebenezer in juni 2018.

Meer informatie

<http://bit.ly/1SrxmoF>; Bianca Buurman (AMC)

• **Hospital at Home – UMCG**

Beschrijving verandering/interventie/project

De Noordelijke provincies hebben in 2014 gezamenlijk met hulp van ZonMw een studie gedaan naar het sneller naar huis gaan van kwetsbare ouderen (vooral met dementie of delier) vanuit de SEH. Patiënten gaan na een kort bezoek aan de SEH van het ziekenhuis (voor onderzoek en advies) terug naar hun eigen huis waar zij extra (ziekenhuis)zorg en behandeling voor hun ziekte(n) en problemen ontvangen van 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 altijd terugvallen op de kennis van de behandelend medisch specialist in het ziekenhuis. In totaal worden ruim 250 patiënten onderzocht.

Uit dit onderzoek is een zorgpad voortgevloeid. Deze zorg wordt vergoed door de zorgverzekeraar.

Status/vervolg

Hospital at Home is sinds 22 juni 2017 een (virtuele) verpleegafdeling in het UMCG. De studie is 23 juni 2017 officieel van start gegaan.

Meer informatie

hospitalathome.nl; Sophia De Rooij (UMCG)

• **Transfer Intervention Procedure (TIP): Een doelmatige overdracht implementeren – AMC, OLVG, Gelre, Catharina, MMC Eindhoven, Havenziekenhuis, RdG, Lange Land**

Beschrijving verandering/interventie/project

Een adequate en tijdige patiëntoverdracht is essentieel voor de kwaliteit en veiligheid van patiëntenzorg. Echter wordt de overdracht vaak (1) ad hoc geregeld (2) 2 arriveert de informatie laat of niet bij huisarts (gemiddeld 15 dagen na ontslag); (3) wordt medicatie niet goed omgezet en (4) wordt de patiënt vaak niet (goed) voorgelicht. In Nederland wordt 7 tot 12% van de patiënten binnen dertig dagen na het ziekenhuisontslag opnieuw opgenomen. Dikwijls is de oorzaak een onvolledige of niet-tijdige overdracht. Dit onderzoek is gericht op het verbeteren van het ontslagproces vanuit het ziekenhuis middels implementatie van de TIP procedure. Deze procedure bestaat uit de volgende elementen:

- Binnen 48u de streefontslagdatum bepalen en communiceren naar patiënt en eventueel de mantelzorger;
- Binnen 48u na opname start aanvragen gewenste aanvullende nazorg;
- 48u voor ontslag starten met de overdrachtset en binnen 24 uur versturen;
- 48u voor ontslag gestart met de patiëntbrief;
- 12-24u voor ontslag het ontslaggesprek plannen.

De elementen van de TIP staan in een speciaal ontworpen checklist die de zorgverlener volledig dient af te ronden voordat de patiënt met ontslag gaat.

Status/vervolg

De onderzoeksperiode is eind 2017 beëindigd. De projectleiders willen pas iets over de effectiviteit bekend maken als het wetenschappelijk artikel voor publicatie is geaccepteerd.

Meer informatie

Rosanne van Seben (AMC); <http://bit.ly/1ouKfSe>; <http://bit.ly/2whCuDG>

• **Wijkverpleegkundige organiseert thuiszorg vanuit Spoedeisende Hulp – OLVG & WFG**

Beschrijving verandering/interventie/project

September 2016 zijn Cordaan, Eevan en OLVG in Amsterdam een pilot gestart met wijkverpleegkundigen op de SEH. Wijkverpleegkundigen begeleiden kwetsbare ouderen tijdens avonden en weekenden van de SEH naar huis, waarmee ruimte op de SEH en in het ziekenhuis wordt gecreëerd. Het WFG haakt ook aan bij dit project. Ook in het St. Jansdal (Harderwijk) wordt de inzet van wijkverpleging op de SEH en de HAP onderzocht en in het Amphia (Breda) zijn reeds positieve ervaringen met samenwerking tussen wijk- en SEH-verpleegkundigen.

Voorlopig resultaat

- 65% van SEH-patiënten die door de wijkverpleegkundige is gezien gaat naar huis met thuiszorg;
- Maar: minder ouderen per week naar huis met thuiszorg dan vóór de pilot;
- Nieuwe werkwijze wordt als tijdrovend ervaren;
- Samenwerking wijkverpleegkundige en SEH wordt positief beoordeeld: 83% wil continueren met nieuwe werkwijze.

Status/Vervolg

Een wijkverpleegkundige op de SEH lijkt niet doelmatig. Toch is er behoefte aan dergelijke kennis op de SEH. Dit zijn de vervolgstappen die betrokken partijen willen zetten:

- Inzetten op kennis vergroten bij de betrokken professionals over mogelijkheden (vervolg)zorg ouderen 70+;
- Verder analyseren en inzoomen op kenmerken 70+ patiënten (instroom en doorstroom SEH/HAP);
- Nadenken over toekomstige vormen van zorg en expertise rondom de 70+ patiënt.

Meer informatie

Marije Holstege (Eevan), Anna Marie Valkema (Cordaan), Mariet Dirkwager (OLVG), Ellis Lourijsen (HpA), Anja Wagenaar (WFG).

PERSONEEL

Best practices

• **Taakdifferentiatie op de SEH door verpleegkundig specialisten**

Beschrijving verandering/interventie/project

Een verpleegkundig specialist is een zorgprofessional die tussen de verpleegkundige en de spoedeisende hulp arts in staat. Zij kunnen laag-complexe patiënten zelfstandig behandelen, zonder tussenkomst van een arts. Uiteraard consulteren zij wel een arts, als dit nodig blijkt te zijn. Bij drukte op de SEH kan de verpleegkundige specialist tevens wat voorbereidend werk doen voor de SEH-arts door gegevens te verzamelen (bijvoorbeeld ziektegeschiedenis, medicatiegebruik) en lichamelijk onderzoek te doen. Sommige ziekenhuizen hebben op de SEH een aparte straat ingericht waar de verpleegkundig specialist zelfstandig alle laagcomplexe zorg kan afhandelen.

Resultaat

Minder drukte op de SEH doordat de verpleegkundig specialist multipel inzetbaar is.

Meer informatie

<http://www.platformzorgmasters.nl/>

• **Bachelor Medische hulpverlening**

Beschrijving verandering/interventie/project

Sinds 2017 mogen zorgverleners die het diploma Bachelor Medische Hulpverlening hebben behaald (BMH-ers) een beperkt aantal BIG-voorbehouden handelingen uitvoeren. De BMH-er kan zich onder andere specialiseren richting de SEH, anesthesiologie, of ambulancedienst. BMH-er is ondersteunend en kan zo nodig zelfstandig werkzaam zijn in het geneeskundig proces van acute-, interventie- en diagnostische zorg.

Het niveau van een pas-afgestudeerde BMH-er is veelal echter niet helemaal vergelijkbaar met die van een SEH-verpleegkundige. Deze groep heeft nog weinig patiëntencontact gehad, wat in het begin merkbaar is in de omgang met patiënten en de nog te ontwikkelen 'klinische blik'. Het vergt daarom een investering voor de afdeling alvorens de BMH-er een vergelijkbaar niveau heeft als een SEH-/CCU-/ambulanceverpleegkundige. Om die reden heeft bijvoorbeeld Tergooi een additioneel opleidingstraject van 6 á 12 maanden ingericht. Om verpleegkundige vaardigheden te verbeteren lopen de BMH-ers een maand mee op de AOA. Na deze extra training merken de ziekenhuizen dat de BMH-ers juist sterker zijn in diagnostiek, omdat zij hierin een stevigere basis hebben dan verpleegkundigen. BMH-ers zijn echter geen vervanging voor verpleegkundigen. Voor een optimaal resultaat is een juiste mix in het team van belang.

Resultaat

Deze groep kan een deel van het personeelstekort onder verpleegkundigen in de spoedzorg opheffen.

Status/Vervolg

Er wordt onderzocht of de BMH naar andere terreinen kan worden uitgebreid.

Meer informatie

<https://www.nvbmh.nl/>; <http://bit.ly/2DA7a62>

• **Acuut Zorg Team – Tergooi**

Beschrijving verandering/interventie/project

Om de personeelstekorten 's nachts te lijf te gaan, heeft Tergooi tijdelijk het "Acuut Zorg Team" in het leven geroepen op locatie Blaricum. Dit team bestaat uit gespecialiseerd verpleegkundigen van de SEH, IC en EHH/CCU en wordt zondag tot en met donderdagnacht ingezet van 22:00 tot 07:00 uur. De IC en EHH/CCU-verpleegkundigen springen bij op de SEH, en doen alle handelingen waarvoor zij bevoegd zijn. Deze verpleegkundigen kunnen niet triëren, laagcomplex trauma of kinderen behandelen. Hoe zeker de patiënt, des te makkelijker het wordt voor een IC-verpleegkundige om deze te behandelen. Daar er op vrijdag en zaterdagochtend wel veel patiënten met laagcomplex trauma binnen komen, is er besloten op deze dagen het acuut zorg team niet in te zetten. Uiteraard kan de verpleegkundige alleen bijspringen als de werkzaamheden op de eigen afdeling dit toelaten. Als zowel de IC-verpleegkundige als de EHH/CCU verpleegkundige niet inzetbaar zijn, gaat de SEH alsnog dicht. Dit team is een initiatief van de verpleegkundigen zelf. Daardoor is de motivatie groot. De verpleegkundigen worden per dienst ook financieel gecompenseerd voor hun inzet.

Resultaat

Efficiënter gebruik van personeel in de nacht, waardoor deze ziekenhuislocatie niet dicht hoeft in de nacht. Ook zorgt dit initiatief voor een gezamenlijk verantwoordelijkheidsgevoel voor de spoedzorg. Daarnaast vindt veel kruisbestuiving in kennis plaats tussen de afdelingen.

Status/vervolg

Er vindt geregeld evaluatie plaats om het team te verbeteren. Daarnaast wordt gekeken hoe het personeelsprobleem op een meer structurele manier opgelost kan worden.

Meer informatie

Marian Schoonhoven / Ruud Lecluse (Tergooi)

• **Griep-escalatie-unit en seizoensplanning– St Antonius Nieuwegein**

Beschrijving verandering/interventie/project

In het St. Antonius ziekenhuis in Nieuwegein wordt sinds enkele jaren rond de griepperiode een griep-escalatie-unit ingericht. In 2014 is voor het eerst ad hoc gestart met deze afdeling. Er was toen weinig geregeld, en de afdeling moest draaien binnen de reguliere capaciteit. Voor het jaar daarna is vroeg in het jaar begonnen met planvorming en het inwerken van personeel. Al het nieuwe verpleegkundige personeel in het ziekenhuis kreeg een versnelde longscholing. Dit jaar is een team opgetuigd met detacheerders met ervaring in de longzorg, aangevuld met personeel uit een flexpool. Om meer capaciteit te creëren in het beddenhuis op momenten dat het druk is worden er in het ziekenhuis tevens plannings vooraf aangepast op de seizoenen (bijvoorbeeld minder OKs in het griepseizoen).

Status/vervolg

In de winter van 2017-2018 zijn er 8 bedden geopend. Dit waren er bij voorkeur meer geweest, maar dit bleek niet mogelijk door personeelskrapte. Elk jaar wordt het hele proces geëvalueerd, om weer te verbeteren voor de winter van het volgende jaar.

Meer informatie

Maarten Wieman (St. Antonius Ziekenhuis)

• **Gezamenlijk opleiden (SEH-)verpleegkundigen – Noord-Holland & Flevoland**

Beschrijving verandering/interventie/project

Binnen ZorgOpleidingen Noordwest Nederland (ZONN) slaan 15 ziekenhuizen de handen ineen voor het opleiden van 8 gespecialiseerd verpleegkundige en 7 medisch ondersteunende functies. Binnen deze functies zijn vier focusberoepen aangewezen: operatieassistenten, anesthesiemedewerkers, IC-verpleegkundigen en SEH-verpleegkundigen. Er is door het capaciteitsorgaan in kaart gebracht wat de huidige personele bezetting is, wat er nodig is, en wat er nodig is op basis van een demografisch scenario. De instroomadviezen die zijn gegeven voor de verschillende beroepen liggen duidelijk hoger dan de instroom in de afgelopen jaren.

Resultaat

In 2017 zijn in totaal 21% meer specialistisch verpleegkundigen/medisch ondersteuners opgeleid in de regio dan in 2016. Ten opzichte van 2014 (de start van ZONN) is 70% meer opgeleid.

Status/vervolg

Ondanks deze groei wordt er regionaal nog 33% te weinig opgeleid. Er zijn grote verschillen zichtbaar tussen de diverse opleidingen. De opleidingsinspanningen gaan onverminderd door.

Meer informatie

<https://www.sigra.nl/zonn>; SIGRA

• **De ziekenhuisarts – VUmc**

Beschrijving verandering/interventie/project

VUmc heeft veel profijt van de eerste lichter 'ziekenhuisartsen'. Ziekenhuisartsen zijn zaalartsen die daar speciaal voor opgeleid zijn. Voorheen werd deze rol ook vaak door ANIOS vervuld, maar de ziekenhuisarts is meer toegewijd, beter opgeleid en een meer constante factor. Dit heeft onder andere effect op het ontslagmanagement; patiënten gaan sneller naar huis/vervolgzaam.

De ziekenhuisarts is een functie op het competentieniveau tussen dat van 'basisarts' en 'medisch specialist', namelijk dat van de gekwalificeerde profielarts. Net als bijvoorbeeld de spoedeisende hulp-arts. Van de medisch specialist neem je de meer "generalistische" taken over.

Status/vervolg

Het profiel 'ziekenhuisarts' is in 2014 erkent. De eerste profielartsen zijn reeds afgestudeerd.

Meer informatie

<http://bit.ly/2n8TxCs>

Lopende onderzoeken/pilots en oplossingsrichtingen

• **App 'Moet ik naar de dokter?' – Regio Apeldoorn**

Beschrijving verandering/interventie/project

Er is een groot tekort aan triagisten op de huisartsenpost. Door dit tekort lopen de wachttijden aan de telefoon bij de HAP hoog op, wat patiënten naar de SEH toe drijft. Zo'n veertig procent van de telefoontjes naar huisartsenposten in het weekend of in de avonduren heeft echter geen echte urgentie. Met de app 'Moet ik naar de dokter?' kunnen mensen zelf beoordelen óf en zo ja, wanneer het nodig is om een huisarts te raadplegen. De app geeft aan wat mensen zelf kunnen doen om de klachten te verlichten en in welke gevallen ze alsnog de dokter moet bellen.

Bij ernstige klachten adviseert de app direct 112 te bellen. De app is door huisartsen ontwikkeld en voldoet aan de vigerende richtlijnen.

Beoogd resultaat

- Minder mensen bellen naar de HAP;
- De HAP is beter bereikbaar voor mensen die mogelijk echt met spoed een arts moeten zien;
- Minder mensen gaan uit frustratie naar de SEH.

Status/vervolg

De app wordt nog steeds verder verbeterd en geüpdatet.

Meer informatie

www.moetiknaardedokter.nl/; Gert-Jo van Doornik

• **Veilig visite rijden door verpleegkundig specialisten - Huisartsenpost Enschede**

Beschrijving verandering/interventie/project

Een verpleegkundig specialist heeft een eigen spreekuur op de huisartsenpost en rijdt visite. Dit prospectief vergelijkend onderzoek bestond uit (1) een dossieronderzoek op de HAP met follow-up in de huisartsenpraktijk en (2) een vragenlijstonderzoek om de ervaringen van professionals en patiënten te meten. Gegevens van patiënten die gedurende zeven maanden op huisartsenpost Enschede een visite kregen van een verpleegkundig specialist zijn vergeleken met gegevens van vergelijkbare patiënten die een visite van een huisarts kregen.

Resultaat

Patiënten beoordeelden een visite door een verpleegkundig specialist iets hoger dan door een huisarts (8,6 vs 8,3). De huisartsen zelf ervaren een afgenomen werkdruk en vinden de zorg door de verpleegkundig specialist bij visites veilig. Verpleegkundig specialisten bleken significant vaker volgens de protocollen te werken dan huisartsen (85% vs 76%).

De verpleegkundig specialist genereert echter tijdens de visite met €208 significant meer kosten dan de huisarts met €132. Dit komt doordat de verpleegkundig specialist vaker een ambulance inzet dan de huisarts (20,1% versus 7,5%), ondanks dat de verpleegkundig specialist minder complexe visites reed. De personele kosten per visite verschilden weinig van elkaar, vanwege het kleine verschil in salaris en de langere duur per visite bij verpleegkundig specialisten.

Status/vervolg

Indien de verpleegkundig specialist zal worden ingezet bij visites op de huisartsenpost zullen er maatregelen moeten worden genomen om het aantal ambulance inzetten door de verpleegkundig specialist te verlagen. Verder moet worden nagegaan wat de meest optimale toewijzing is van visites bij de triage op basis van urgentie en type ingangsklacht.

Meer informatie

<http://bit.ly/2AumjHQ>; Paul Giessen (Radboudumc)

TOEGANG TOT ELV- / VVT-ZORG

Best practices

• **Overzicht spoed- en herstelbedden – Omring**

Beschrijving verandering/interventie/project

In de regio Noord-Holland Noord (West-Friesland, Kop van Noord-Holland en Texel) heeft zorgorganisatie Omring samen met 9 andere zorgorganisaties 'Herstelbedden.nu' gelanceerd. Dit is een applicatie die een totaaloverzicht biedt van alle beschikbare spoed- en herstelbedden waaronder crisisbedden (24/7), bedden voor palliatieve zorg en eerstelijnsverblijfbedden hoog-/laagcomplex (tot 20:00 uur). De huisarts/ ziekenhuismedewerker raadpleegt het online overzicht en belt (per organisatie) via één centraal telefoonnummer om een beschikbaar bed te reserveren. De betreffende zorgorganisatie geeft de reservering van een leeg bed vervolgens direct door aan het triageteam van Omring zodat het overzicht actueel blijft. Voor adequaat gebruik van 'Herstelbedden.nu' is een goed functionerend triageteam noodzakelijk en heldere afspraken tussen de deelnemende zorgorganisaties waaronder het gezamenlijk afstemmen van de ELV-werkwijze. Het triageteam van Omring kan zorgverleners ook adviseren niet in te sturen naar een ELV bed, maar de zorg thuis beter in te richten.

Resultaat

Verwijzers kunnen gemakkelijker zien waar een bed beschikbaar is en zijn minder tijd kwijt aan het bellen van diverse aanbieders. Uiteraard moet er wel plek zijn om naar te kunnen doorverwijzen.

Status/vervolg

www.herstelbedden.nu is 17 november 2017 live gaan. Alkmaar en Leeuwarden hebben reeds interesse getoond om bij deze applicatie aan te sluiten.

Meer informatie

<http://bit.ly/2sHPLrW>; Sander Derks (Omring)

I:8; E:7

• **Centraal Aanmeldpunt Zorginzet Haarlem En Meer – Spoedpost Zuid-Kennemerland**

Beschrijving verandering/interventie/project

In Haarlem zetten Stichting SHDH en Zorgbalans zich met de projectgroep Braveheart in om de ketenzorg beter te organiseren en coördineren. Het eerste resultaat is een website met actueel overzicht van beschikbare spoedplaatsen in de VVT in de regio Zuid-Kennemerland in de ANW-uren (www.cazhem.nl). Op de site staan tevens triagevragen die de zorgverlener helpen te beoordelen of spoedvervolgzorg nodig is. Als daaruit komt dat er zorginzet noodzakelijk is, belt de zorgverlener met een centraal nummer. Dit nummer is in de ANW-uren bereikbaar. Een verpleegkundige zal samen met de arts beoordelen welke inzet passend is. Naast spoedbedden is ook spoedthuiszorg beschikbaar.

Resultaat

Het inzicht in vervolgbedden buiten kantooruren is verbeterd. Als er een bed beschikbaar is, is dit sneller geregeld. Dit systeem registreert echter niet wanneer een aanvraag niet kan worden gehonoreerd wegens bijvoorbeeld personeelstekorten. Zowel huisartsen als ziekenhuismedewerkers ervaren dat er te weinig bedden beschikbaar zijn. Ad hoc kan wel een

wijkverpleegkundige tot 48 uur worden ingezet, tot er een vervolgzorgbed beschikbaar is.

Status/vervolg

Dit project is onderdeel van een te vormen gezondheidsplein.

Meer informatie

www.cazhem.nl; Nout Waller (Huisartsen Coöperatie Zuid Kennemerland)

I:4; E:8 (mits er ook bedden beschikbaar zijn)

- **24/7 Aanmeldportaal voor uitstroom naar VVT of revalidatie – Amphia**

Beschrijving verandering/interventie/project

Opstellen aanmeldportaal: Amphia, Avoord, Elisabeth en Surplus in Breda hebben een gezamenlijk telefonisch 7x24-uurs aanmeldportaal ingesteld, waar brede expertise aanwezig is over de mogelijkheden en criteria voor opname of zorg thuis. Hierdoor ontstaat een herkenbaar, goed bereikbaar en deskundig aanspreekpunt voor huisartsen, specialisten en het ontslagteam in het ziekenhuis.

Vanuit het aanmeldportaal wordt naar een passende oplossing gezocht, waarbij de volgende mogelijkheden voorhanden zijn:

- Crisisopname Psychogeriatric
- Opname langdurige zorg
- Kortdurend Eerstelijns Verblijf
- Geriatrische Revalidatie Zorg (na opname of assessment door geriater)
- Respijtzorg
- Logeeropvang/particulier verblijf
- Naar huis met thuiszorg

De huisarts kan contact opnemen met het aanmeldportaal als hij denkt dat een opname (of zorg thuis) bij een VVT-instelling nodig is (aan de hand van een aantal vragen te bepalen).

Resultaat

Het aanmeldportaal scheelt zorgverleners tijd, voorkomt dat kwetsbare ouderen onnodig in het ziekenhuis worden opgenomen en levert hen snel de juiste zorg op de juiste plaats.

Status/vervolg

Onbekend

Meer informatie

Anita van den Berg (Amphia)

I:7; E: 8 (mits er ook vervolgzorgbedden beschikbaar zijn)

- **ZorgnaZorg – Noord Nederland**

Beschrijving verandering/interventie/project

ZorgNaZorg is een netwerk tussen ziekenhuizen en zorginstellingen in Noord-Nederland gericht op het verbeteren van het transferproces van ziekenhuis naar vervolgzorg. In totaal zijn momenteel zeven ziekenhuizen en 142 zorginstellingen lid van deze coöperatie. Een in eigen beheer ontwikkelde zorgmonitor geeft real-time inzicht in de beschikbare capaciteit van deelnemende zorginstellingen zodat de doorstroom van ziekenhuis naar verpleeg- en verzorgingstehuis sneller verloopt. De zorgmonitor wordt 5 dagen in de week, 8 uur per dag (buiten de ANW-uren) bemand door een front office (bestaande uit personeel met zorginhoudelijke achtergrond) en geeft inzicht in beschikbaarheid van aantal (en type) bedden

en of complexe zorg wordt aangeboden. Bij het plaatsen van de patiënt in een zorginstelling is de voorkeur van de patiënt leidend.

Resultaat

- Reductie in ligduur (vervolgbehandeling start sneller); mits er ook voldoende (juiste) bedden beschikbaar zijn;
- Minder inzet van personeel nodig voor inrichting vervolgzorgproces;
- Groot aandeel patiënten kan worden geplaatst in voorkeursinstelling.

Status/vervolg

Eind 2015 heeft ZorgnaZorg in samenwerking met een huisartsenpraktijk een pilot uitgevoerd waarbij de plaatsingen van patiënten in verpleeg- en verzorgtehuizen voor de huisartsen geregeld werd. De pilot bleek succesvol: wachttijden voor overplaatsing waren korter, patiënten werden op de plek van voorkeur geplaatst en de tijdbesteding werd gereduceerd. Er wordt gekeken naar mogelijkheden tot een regionale afspraak in Groningen voor de ondersteuning van huisartsen door ZorgnaZorg.

Meer informatie

<http://bit.ly/2nE5Ryr>; Karin Borkhuis (UMCG)

I:7; E:8 (mits er ook vervolgzorgbedden beschikbaar zijn)

- **Verwijshulp.nl – regio Rotterdam e.o., Gooi- & Vechtstreek en Eemland**

Beschrijving verandering/interventie/project

Met Verwijshulp.nl kunnen transferverpleegkundigen, (huis)artsen, praktijkondersteuners, zorgprofessionals of professionals op de SEH/huisartsenpost met behulp van verschillende filters vrijblijvend de juiste vervolgzorg voor de patiënt zoeken. Er kan specifiek gezocht worden naar bijvoorbeeld crisisplaatsen of palliatieve zorg en revalidatieplaatsen. Tevens kan de verwijzer de zoekopdracht aanvullen met een bepaalde voorkeur voor locatie of omgeving. Zodra een geschikte plek is gevonden verschijnen de bijbehorende contactgegevens en de aanvullende informatie.

Resultaat

Snellere uitstroom patiënten vanaf de SEH / verpleegafdeling naar vervolgzorg.

Meer informatie

www.verwijshulp.nl

I:6; E:7 (mits er ook vervolgzorgbedden beschikbaar zijn)

Lopende onderzoeken/pilots en oplossingsrichtingen

- **App Zorgbed MB – Zorgnetwerk Midden-Brabant**

Beschrijving verandering/interventie/project

Deze app toont voor huisartsen en andere zorgverleners een actueel overzicht van de op dat moment beschikbare eerstelijns (ELV) bedden in Midden-Brabant, voor zowel hoog-complexe als laag-complexe zorg. De app geeft dit overzicht nadat de zorgverlener een digitale triage heeft doorlopen. Als een andere zorgvorm nodig is, zoals geriatrische revalidatiezorg of een crisisbed, laat de app organisaties zien die deze zorgvorm kunnen leveren. Er is geen centraal telefoonnummer om te kunnen ondersteunen bij het doorlopen van triage. Alle zeven zorgorganisaties die ELV aanbieden in Midden-Brabant (De Wever, Het Laar, Maasduinen, Schakelring, 't Heem, Thebe en Volckaert) participeren in de app en houden met elkaar de beschikbare bedden capaciteit actueel. Ook hebben zij het aanvraagformulier voor het ELV

geüniformeerd – dit is tevens via de app te downloaden. De huisarts kan eveneens via de app een specialist ouderengeneeskunde of de geriater van het Elisabeth-TweeSteden Ziekenhuis consulteren.

Resultaat

Door gebruik van de app werd inzichtelijk dat zorgverzekeraars te weinig ELV-bedden hadden ingekocht. Dit aantal is nu naar boven bijgesteld, waardoor de ELV-aanbieders minder vaak nee hoeven te verkopen. SEH-medewerkers gebruiken de app sporadisch, vooral omdat zij onbekend zijn met het gebruikte jargon (bijvoorbeeld 'WLZ-indicatie'). De SEH ervaart hierdoor nog niet het gewenste effect op uitstroom van de SEH. Huisartsen zijn ondertussen getraind in de triage en geven aan hier geen hinder van te ondervinden. Zij hoeven niet meer verschillende ELV-aanbieders af te bellen voor een beschikbaar bed, wat veel tijd scheelt.

Status/vervolg

De aanbieders overwegen de introductie van een wijkverpleegkundige om de triage op de SEH te vergemakkelijken. De makers van de app (Onlinq) geven aan regelmatig benaderd te zijn om een dergelijk app voor andere regio's te maken.

Meer informatie

Zorgvisie 5 sept 2017: <http://bit.ly/zeNPLAy>; Tonny de Groot (De Wever)

• **Project Spoedzorg kwetsbare ouderen – Regio West-Brabant**

Beschrijving verandering/interventie/project

'Stichting West-West' is een samenwerkingsinitiatief van zes grote zorgaanbieders in regio West-Brabant, die onder andere het project transmuraal samenwerkingsverband 'Spoedzorg kwetsbare ouderen' hebben opgepakt. Huisartsen, HAPs, de SEH en verpleegafdelingen van het ziekenhuis kunnen via een centraal telefoonnummer bellen naar een 24/7 beschikbaar aanmeldportaal voor het regelen van vervolgzorg. Een verpleegkundige/medewerker CSB heeft via dit portaal actueel inzicht in de regionale bedden capaciteit van twee grote VVT-zorgorganisaties (in Roosendaal en in Bergen op Zoom) en één thuiszorgorganisatie. Triage geschiedt volgens een regionaal triagesysteem. Het portaal biedt inzicht in regionale beschikbaarheid ELV-bedden, crisisbedden en bedden respijtzorg. Onder verantwoordelijkheid van de specialist ouderengeneeskunde wordt de patiënt definitief op een bed geplaatst. Het portaal biedt ook inzicht in de capaciteit voor zogeheten TOKO-bedden (Tijdelijke Opvang Kwetsbare Ouderen). Deze bedden zijn bedoeld voor zeer korte opname en worden meestal ter overbrugging van de nacht ingezet. Terugkeer naar huis wordt snel geregeld doordat de wijkverpleegkundige direct (=de volgende dag) wordt ingeschakeld en thuiszorg regelt. Op deze manier wordt (onnodige) opname in het ziekenhuis voorkomen.

Beoogd resultaat

- Verbetering uitstroom van ouderen vanuit SEH en in ziekenhuis;
- Vermindering instroom ouderen naar SEH/ziekenhuis;
- Vermindering verkeerde bed-problematiek;
- Geen uiteenlopende criteriasystemen, maar naar 1 regionaal triagesysteem toe.

Status/vervolg

Inmiddels heeft Stichting West meerdere gesprekken gevoerd met de twee grootste zorgverzekeraars in de regio. Halverwege september zal de eerste pilotfase starten.

Meer informatie

Erny Korsmit (Bravis ziekenhuis)

OVERIG

Best practices

- **Het meten van drukte op de SEH - MCH Westeinde, Bronovo en LUMC**

Beschrijving verandering/interventie/project

MCH Westeinde, Bronovo en LUMC hebben onderzoek gedaan naar de validiteit van een aantal meetinstrumenten om drukte op een SEH te kunnen kwantificeren. De Amerikaanse tool National Emergency Department Overcrowding Score (NEDOCS) kwam hier het beste uit. Deze tool kan relatief makkelijk ingebouwd worden in het elektronisch patiëntendossier van het ziekenhuis. De variabelen waar deze tool gebruik van maakt zijn het aantal patiënten op de SEH, het aantal bedden op de SEH, het aantal ziekenhuisbedden, en wachttijden. Een aangepaste variabele is het aantal geïntubeerde patiënten, bijvoorbeeld na reanimatie. In de originele tool zijn dit beademde patiënten; in Nederland komt het echter bijna niet voor dat beademde patiënten op een SEH liggen. Elke 15 minuten kan een nieuwe update worden gegeven van de huidige drukte op de SEH.

Resultaat

Deze tool correleert goed met hoe SEH-personeel druk ervaart. Daarnaast geeft het een goede indruk van de doorlooptijd. Middelgrote SEHs hebben wel een kleinere buffer dan grote SEHs, waardoor hier een discrepantie ontstond in de gemeten drukte en de ervaren drukte. De onderzoekers benadrukken dat bij de inzet van de tool eerst een week gevalideerd moet worden om tot optimale formules te komen.

Status/vervolg

Idealiter heeft de meldkamer inzicht in de drukte op alle regionale SEHs en kan dan gericht gaan spreiden. De commerciële partij HOTflo maakt ook gebruik van (een afgeleide versie) van de NEDOCS-tool in zijn managementsysteem. Hier hangt echter wel een prijskaartje aan.

Meer informatie

Christien van der Linden (MCH Westeinde)