

Problematiek acute zorg algemeen:

Oorzaken

- **Veranderingen instroom, doorstroom en uitstroom**

In ons jaarlijks project patiëntstromen, brengen wij in-, door- en uitstroom in de regio in kaart (totaal aantal, leeftijd, geslacht, zelfverwijzers, urgentie, etc.). Het rapport zal rond de zomer worden opgeleverd.

Daarnaast hebben wij in samenwerking met de SIGRA onderzoek gedaan naar de uitstroom van SEH naar eerstelijnsverblijf en de benodigde capaciteit. Uit een kwalitatieve rondgang onder de ziekenhuizen en de VVT- instellingen bleek dat er hier waarschijnlijk sprake is van een capaciteitstekort. Het bleek voornamelijk niet mogelijk om dit kwantitatief te onderbouwen. Daarbij spelen twee andere zaken:

1. De kennis van professionals in de eerste en tweede lijn over de verschillende opvangmogelijkheden en organisaties waar zij patiënten kunnen plaatsen ontbreekt deels.
2. Het ontbreekt aan realtime inzicht in de beschikbare opvangmogelijkheden en organisaties.

- **Veranderingen in arbeidscapaciteit (ook aandacht ouderenzorg/GGZ); is er voldoende adequaat personeel beschikbaar om aan de zorgvraag te voldoen; waar zitten knelpunten?**

Eind 2016 heeft ZONN in samenwerking met de SIGRA en de Netwerken (VUmc/AMC) onderzoek gedaan naar de regionale tekorten voor gespecialiseerd verpleegkundigen. In eerste instantie zijn hierin 4 focusberoepen uitgelicht (SEH-verpleegkundige, anesthesiemedewerker, OK-assistent en IC-verpleegkundige). Uit dit onderzoek, waarbij een aantal (o.a. demografische) aannames zijn gedaan, bleek dat er voor deze 4 focusberoepen t/m 2015 sprake was van een (opleidings)instroom van 130 per jaar, terwijl er naar verwachting in totaal ongeveer 300 nodig waren.

- **Veranderingen in (bedden)capaciteit (denk aan bijv. SEH, AOA, kliniek)?**

Eén ziekenhuis in de regio heeft een nieuwe Acute Opname Afdeling (AOA) in gebruik genomen. Een aantal ziekenhuizen heeft (met name tijdens de griepperiode) de opnamecapaciteit tijdelijk verhoogd.

- **Overige**

Wij zien steeds meer fusieorganisaties ontstaan in onze regio. Binnen de fusieorganisaties ontstaan lateralisatiebewegingen/plannen voor acute afdelingen (waaronder de SEH). Deze hebben (niet altijd een positief) effect op de lokale capaciteit, waarbij regionaal wordt getracht om hier dekkende afspraken over te maken. Dit lukt voornamelijk, maar de druk op de andere partners in de regio wordt hierdoor mogelijk wel vergroot.

Oplossingen

- **Staan er op de agenda ROAZ/focusgroep/ zijn er overleggen hierover? Wie zijn hierbij betrokken (bijv. ook zorgverzekeraars- openbaar bestuur)**

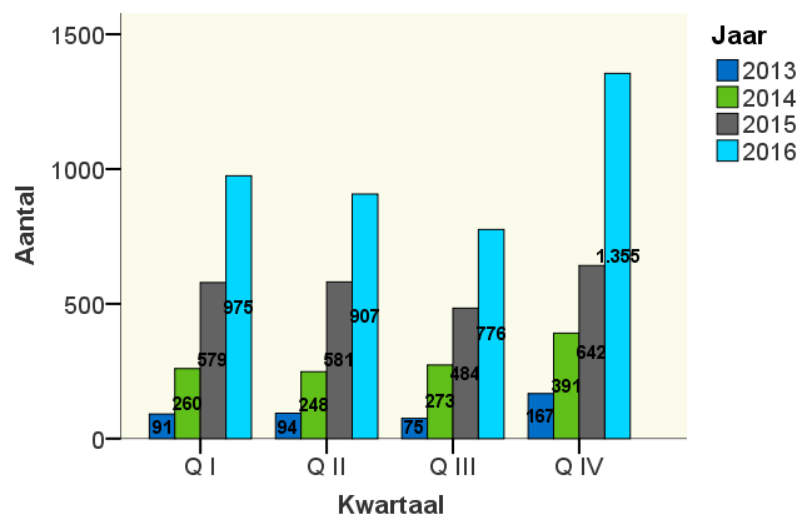
Deze problematiek is het afgelopen jaar *het* centrale thema geweest van elke ROAZ-bijeenkomst. Hiernaast wordt de problematiek besproken en gemonitord in de focusgroep SEH-HAP en focusgroep cardiologie, waar de problematiek ook het meeste speelt. Belangrijk onderdeel van de focusgroepen is om over dit onderwerp kennis uit te wisselen, zodat individuele partners lokaal verbeteringen kunnen doorvoeren.

- **Hoe worden capaciteitsknelpunten gesignaleerd? Wordt en zo ja- hoe wordt de capaciteit (real-time) in beeld gebracht/gemonitord? (bijv. opnamestops SEH/afdelingen ziekenhuizen)**

In de regio maken wij gebruik van het Acute Zorgportaal. Sinds 2013 brengen wij hiermee de ontwikkelingen van de stops in kaart. Dit doen wij samen met de ROAZ regio AMC.

Uit de gegevens blijkt dat het aantal stops in de ROAZ regio's VUmc en AMC duidelijk toeneemt in de periode van QI 2013 tot en met QIV 2016 (Figuur 1). Het gaat hierbij met name om stops op de SEH's en de EHH/CCU's. Het aantal stops blijkt met name toegenomen in de veiligheidsregio's Amsterdam en Kennemerland, en speelt voornamelijk in het griepseizoen (nov-maart). Belangrijk gegeven is dat er door ziekenhuizen in Noord-Holland Noord en Flevoland bijna geen stops worden afgekondigd. Daarnaast blijkt uit een aantal analyses van 'drukke dagen' dat er dan regionaal nog wel voldoende capaciteit bestaat om patiënten op te vangen, maar deze locaties niet altijd snel genoeg worden gevonden. De oorzaak kan deels worden gezocht in de regionale cultuur/geografie en (beter) gebruik van het acute zorgportaal over de periode 2013-2016, maar er liggen waarschijnlijk ook andere factoren aan ten grondslag (zoals beschreven in eerdere memo). De analyse over Q1 en Q2 2017 wordt na de zomer uitgevoerd.

Figuur 1 – Stops ROAZ regio's VUmc en AMC in de periode van QI 2013 tot QIV 2016.



- **Welke initiatieven (projecten) zijn gestart om het capaciteitsprobleem aan te pakken (denk aan regionale afspraken over hoe om te gaan bij een capaciteitsprobleem (bijv. regionale communicatie over capaciteit, aanpak piekbelasting (escalatieprocedure))?**

Wij zien oplossingen op nationaal, regionaal en lokaal niveau. Verder onderscheiden wij de initiatieven in de processen instroom, doorstroom en uitstroom.

Wij zien dat het veld/de regio nu echt in beweging is gekomen. Er lopen vele lokale en regionale initiatieven. Er is bijvoorbeeld in verschillende ziekenhuizen een start gemaakt met het opstellen/aanscherpen van escalatierichtlijnen, er worden afspraken gemaakt met huisartsen over spreiding visites, en over langere diensten van specialisten op de SEH in de avonduren. Daarnaast zijn de volgende activiteiten/projecten gestart/uitgevoerd:

- Lokaal zijn wij nu samen met twee ziekenhuizen bezig met een pilot over het goed toepassen van een escalatierichtlijn. Hierbij is het van belang om het moment van het ontstaan van drukte goed te herkennen en hier tijdig acties aan te koppelen. Het doel hiervan is om de piekdruk af te vlakken. Het idee is dat we dit project zullen verbreden naar andere ziekenhuizen in de regio.

- In de focusgroep cardiologie wordt nu concreet nagedacht over het beter benutten van de regionale capaciteit door een betere spreiding van met name de laagcomplexere cardiologische patiënten. In grote lijnen gaat het erom dat pre-hospitaal er een betere differentiatie van patiënten plaatsvindt, waardoor de interventiecentra zich voornamelijk richten op de hoogcomplexere patiënten. De interventiecentra hebben de meeste capaciteitsproblemen, tegelijkertijd worden hier nu nog veel laagcomplexere patiënten gezien.
 - Ieder najaar en winter is er bij HAP's, RAV's en SEH, long- en KNO-afdelingen van ziekenhuizen een toename zichtbaar van het aanbod van (bepaalde) patiënten. Een belangrijk deel van deze toename wordt veroorzaakt door patiënten met influenza-achtige ziektebeelden. Vooral kwetsbare groepen, zoals jonge kinderen, ouderen of mensen met COPD, zijn vatbaar. Bijkomend probleem is dat personeel zelf vaker (kortdurend) uitvalt vanwege ziekte. Door een inventarisatie in de regio en literatuuronderzoek hebben wij een lijst opgesteld met een overzicht van dagelijkse oplossingen voor deze vorm van capaciteitsproblematiek. Deze hebben wij met alle ketenpartners in de regio gedeeld.
 - Recent is ook het 'best-practices document' uitgebreid en ge-update. In dit document worden voorbeelden gegeven van initiatieven die regionaal en lokaal opgepakt kunnen worden.
- **Welke initiatieven zijn er in de regio om eventuele arbeidscapaciteitsproblematiek het hoofd te bieden (bijv. regionaal scholingsplan-taakdifferentiatie)**

Naar aanleiding van het onderzoek van ZONN is er binnen het ROAZ een regionale opleidingsafspraken gemaakt. Afsproken is dat ziekenhuizen extra gaan opleiden. De instroom voor de 4 focusberoepen (SEH-verpleegkundige, anesthesiemedewerker, OK-assistent en IC-verpleegkundige) is voor 2017 nu gepland op 271. Dit betekent een verdubbeling van het aantal opgeleide professionals voor deze 4 focusberoepen. Tot slot zijn verschillende ziekenhuizen in onze regio begonnen met het inzetten van professionals met een Bachelor Medische Hulpverlening.

- **De status van eerder benoemde problematiek (veranderingen in vergelijking met december)**
 - *Focusgroep Heup* – Ziekenhuizen zijn aan de slag gegaan met gewenste verbeteringen in de zorg voor patiënten met een heupfractuur, met ondersteuning van de opgeleverde regionale blauwdruk voor een transmurale zorgpad. Rond de zomer 2017 worden de vorderingen hierin uitgewisseld..
 - *Focusgroep Ouderen* – Uitwisselen van best-practices, met project op verbeteren communicatie in de keten waardoor er mogelijk minder heropnames nodig zullen zijn. Lees hierover verder bij het punt 'problematiek ouderen in de acute zorg'.
 - *Focusgroep SEH en cardiologie*. Zie hierboven.
 - *Bestuurlijk ROAZ*. Zie hierboven.

Problematiek ouderen in de acute zorg

Oorzaken

- **Instream: meer ouderen door vergrijzing/transities zorg (bijv. RAV, HAP, SEH)**
Doorstroom (bijv. complexere zorgvraag – meer/ander inzet personeel nodig)

Wij werken momenteel aan ons jaarlijks project patiëntstromen, waarbij we zowel de instroom, doorstroom en uitstroom van acute patiënten in kaart brengen (waaronder leeftijd en urgentie aanbod). Het rapport verwachten we rond de zomer op te leveren.

- **Uitstroom; Is er voldoende capaciteit in vervolgedden/ hulp thuis (bijv. GRZ/ELV/crisis/ WLz/thuiszorg-inzet thuis); Wat is de oorzaak als dit onvoldoende is (fysieke capaciteit/ inkoop) m.n. ELV-bedden; beschikbaarheid passend vervoer**

Zoals gemeld hebben wij in samenwerking met de SIGRA onderzoek gedaan naar de uitstroom van SEH naar eerstelijnsverblijf en de benodigde capaciteit. Uit een kwalitatieve rondgang onder de ziekenhuizen en de VVT- instellingen bleek dat er hier waarschijnlijk sprake is van een capaciteitstekort. Het bleek vooralsnog niet mogelijk om dit kwantitatief te onderbouwen. Daarbij spelen twee andere zaken:

1. De kennis van professionals in de eerste en tweede lijn over de verschillende opvangmogelijkheden en organisaties waar zij patiënten kunnen plaatsen ontbreekt deels.
2. Het ontbreekt aan realtime inzicht in de beschikbare opvangmogelijkheden en organisaties.

Oplossingen

- **Welke initiatieven hebben organisaties al genomen om voorbereid te zijn op de toestroom van ouderen? Bijv. is er voldoende samenhang tussen huisartsenzorg wijkverpleegkundige zorg, langdurige verblijfszorg en tweedelijin om kwetsbare ouderen tijdig te signaleren**

Verschiede organisaties zijn projecten gestart met advance care planning, waarbij de behandelwensen van de patiënt vooraf uitgebreid besproken worden.

Daarnaast is er een VVT instelling gestart met een pilot waarbij patiënten 24/7 opgenomen kunnen worden. Ook is er in een ziekenhuis een pilot gestart waarbij de thuiszorg op de spoedeisende hulp komt, om een oudere patiënt die geen opname behoeft, naar huis te begeleiden.

- **Is er een regionaal overleg tussen de partners in regio aangaande ouderen en acute zorg? (bv focusgroepen/werkgroepen)**

In februari is de ROAZ focusgroep kwetsbare ouderen van start gegaan. Het doel van deze focusgroep is om regionaal met elkaar te delen wat er lokaal voor initiatieven spelen.

- **Duidelijke procedure plaatsing naar ELV/crisisbed beschikbaar in de regio? (door huisarts/SEH)/ Is er real-time inzicht voor elke zorgaanbieder in de ELV/WLz capaciteit?**

De procedure is voor veel partners in de regio erg onduidelijk. Ondanks dat er door de SIGRA een beslisboom opgesteld die hierin wat meer duidelijkheid geeft, blijft dit voor veel ketenpartners een probleem. Ook is er geen realtime inzicht in de beschikbare capaciteit voor vervolgzorg. Uit de focusgroep kwam ook duidelijk naar voren dat de uitstroom naar vervolgzorg in de gehele regio als knelpunt wordt gezien.

- **Welke (nieuwe) projecten/initiatieven zijn/worden gestart om de toenemende drukte binnen de acute zorg door ouderen te verminderen (bijv. beperken instroom/verbeteren door/uitstroom)**

Vanuit de focusgroep zijn we (daarom) gestart met een project waarbij we één centraal punt gaan organiseren dat 24/7 (realtime) inzicht geeft in de beschikbare capaciteit voor vervolgzorg. Het creëren van inzicht/overzicht in de beschikbaarheid van VVT-bedden zal bijdragen aan een betere spreiding van patiënten. Het is voor zorginstellingen (ziekenhuizen, huisartsenpraktijken, huisartsenposten, etc.) nu niet mogelijk om (centraal) te zien welke bedden vrij zijn. Gevolg hiervan is dat men momenteel erg veel tijd kwijt is met het zoeken van de juiste instelling en het juiste bed. Voor het oplossen van dit probleem zijn er in algemene zin twee zaken noodzakelijk: er moet een manier gevonden worden waarop VVT instellingen 24/7 actuele beschikbaarheid van de bedden weergeven (technisch), en de bureaucratie moet uit het systeem gehaald worden: VVT instellingen moeten meer acuut gaan denken. Er moeten regionaal afspraken gemaakt worden over de wijze van opname en het delen van risico's. Patiënten moeten eerst worden opgenomen, voordat de administratie gedaan

wordt, in plaats van andersom. We kunnen hierbij leren van de pilot die gestart is gestart bij de locatie van een VVT instelling in Amsterdam.

Vanuit VUmc en OLVG wordt er in 2017 gestart met een pilot om ouderen die met een val op de SEH zijn gekomen betere begeleiding te geven in de eerste lijn, om zo herpresentatie/heropname te voorkomen.

- **De status van eerder benoemde problematiek m.b.t. (veranderingen in vergelijking met december)**

- Samenwerking en projecten SIGRA. Verder werken wij samen met de SIGRA die vanuit hun rol een aantal relevante projecten oppakken.
 - Integrale en gestructureerde eerstelijns ouderenzorg in Amsterdam.
 - Doel is gezamenlijk de eerstelijnszorg rondom ouderen met een verhoogde kwetsbaarheid te verbeteren, zodat zij langer zelfredzaam kunnen zijn & vermijdbare en onwenselijke incidenten (zoals 2e lijns zorg) kunnen worden voorkomen.
 - Wijkverpleging op de SEH
 - Doel is om vanaf de Spoedeisende Hulp de juiste zorg op de juiste plaats voor kwetsbare oudere te regelen. Bijkomende doelen zijn het voorkomen van onnodige opnames in ziekenhuizen en verbeteren van de overdracht. Deze pilot is onlangs verlengd.
 - 24-uurs crisisopvang
 - Doel is intensieve herstellzorg te bieden die aansluit bij een nieuwe klantvraag en het voorkomen van crisissituaties. Belangrijk onderdeel hiervan is het organiseren van eerstelijnsverblijf.

In een artikel in Medisch Contact hebben we vorig jaar al opgemerkt dat huisartsen, ambulanceverpleegkundigen, SEH-verpleegkundigen, SEH-artsen, internisten, chirurgen, orthopeden, neurologen, MDL-artsen en vele andere specialisten niet specifiek zijn opgeleid voor de opvang en behandeling van de complexe oudere patiënt. Deze kennis en competenties zouden nog beter geborgd kunnen worden in de opleidingen tot verpleegkundige, basisarts en medisch specialist. Via verschillende kanalen, waaronder onze nieuwsbrief, blijven we professionals bijvoorbeeld wijzen op de KNMG e-learning over kwetsbare ouderen.

Overige:

- **Hoe is de betrokkenheid van de zorgverzekeraar in de regio?**

Er wordt periodiek overlegd met de zorgverzekeraars in onze regio, waarbij dit onderwerp ook op de agenda staat. Zij hebben aangegeven graag proactief mee te denken aan het structureel oplossen van dit probleem.

- **Kunnen knelpunten (acute zorg algemeen en/of ouderen en acute zorg) voldoende door de regio zelf worden opgepakt/opgelost? Zo niet: welke moeten dan waar (bestuurlijk) geagendeerd worden? (gemeente/provincie/landelijk of elders?)**

De capaciteitsproblematiek is een multifactorieel probleem, dat zowel landelijk (systeemaanpassingen), regionaal als lokaal speelt en moet worden opgelost. Het is belangrijk dat het op alle niveaus hoog op de agenda staat.

Er is hier de afgelopen maanden beweging in gekomen, al zien we nog niet terug dat dit tot een volledige oplossing van de drukte en/of afname van de stops heeft geleid. Waarschijnlijk zal dit ook meer tijd kosten. Bovendien gaat het nu veelal om 'pleisters plakken' en niet om grote structurele

oplossingen. Wij voorzien dat door vergrijzing enerzijds en door lateralisatie/concentratie anderzijds de druk op de spoedzorg de komende jaren alleen maar zal toenemen.

- **Wat zijn de ervaringen met het Praktijkteam tot nu toe?**

Geen ervaringen mee.