

Verslag Invitational Conference Spoedzorg – 30 juni 2016

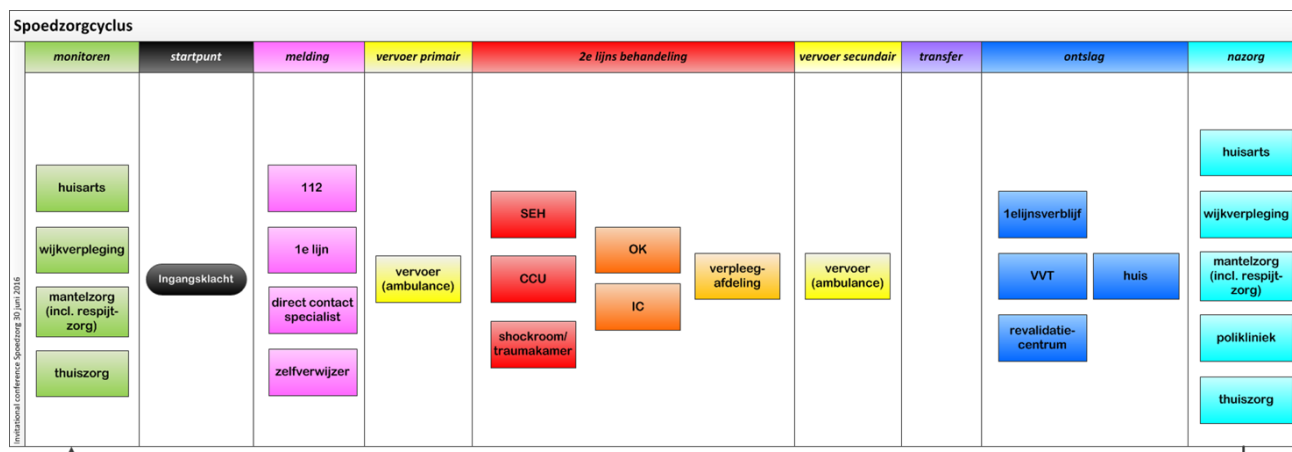
Aanleiding voor deze invitational conference is de capaciteitsproblematiek binnen de acute zorg in de regio, waarover TraumaNet AMC eind mei de brandbrief 'Regionale spoedzorg – de rek is eruit' naar buiten heeft gebracht. Dit heeft geresulteerd in een bijeenkomst met alle partijen, door TraumaNet AMC en het ministerie van VWS gezamenlijk georganiseerd.

Het doel van de bijeenkomst was om de knelpunten in de capaciteitsproblematiek van de spoedzorg te identificeren aan de hand van de spoedzorgketen, te komen met oplossingsrichtingen en hier na deze bijeenkomst concreet vervolg aan te geven.

Probleemschets

De drukte op de SEH vertaalt zich in een sterk toenemend aantal stops (verzoeken aan de ambulancediensten om één of meer SEH's te mijden) in 2014 en 2015. Deze ontwikkeling wordt landelijk herkend. Oorzaken die genoemd worden zijn de instroom (een te grote piekbelasting), doorstroom (hogere zorgzwaarte en personeelstekort) en uitstroom (te weinig 'warme' bedden / onduidelijkheid in beschikbare bedden vervolgzorg als gevolg van bezuinigingen).

Aan de hand van het onderstaande schema zijn tijdens de conferentie door professionals eerst een aantal problemen geadresseerd. Daarna is in samenspraak met de beleidsmakers gekeken naar oplossingsrichtingen en de verantwoordelijkheden van verschillende partijen.



Knelpuntenanalyse

Uit de knelpuntenanalyse zijn de volgende hoofdpunten naar voren gekomen:

- **Regionaal ontbreekt goed overzicht m.b.t. beschikbare zorgcapaciteit en inhoudelijke zorgvraag en is er te weinig regie vanuit de meldkamer.**
 - De meldkamer heeft geen inzicht in benutting van de totale capaciteit.
 - De meldkamer heeft geen duidelijke rol in de spreiding van patiënten over de ziekenhuizen.
 - Er is onvoldoende afstemming tussen verschillende ketenpartners: als de huisarts niet weet dat de ambulance is ingeschakeld vanwege een acute melding, kan er ook geen afstemming plaatsvinden of het wel wenselijk is om bijv. een kwetsbare oudere patiënt naar het ziekenhuis te vervoeren.
 - Niemand van de zorgverleners heeft overzicht over het gehele zorgproces van de patiënt en alle partijen die daarbij betrokken zijn.
- **De organisatie van spoedzorgproces binnen ziekenhuizen is niet afgestemd op het veranderende zorgaanbod.**
 - Er is op SEH's onvoldoende senioriteit vooraan in de spoedzorgketen. Juist bij complexe patiënten zou de medisch specialist of SEH arts KNMG de patiënt wellicht als eerste moeten zien, in plaats van de jongste assistent.
 - Ondanks de planbaarheid van de acute zorg zijn electieve en acute zorgstromen onvoldoende op elkaar afgestemd, waardoor inefficiëntie ontstaat.

- De bedbezetting op acute opnameafdelingen en eerste harthulp is maximaal waardoor piekbelasting niet kan worden opgevangen en doorstroming vanaf de SEH stagneert.
 - Oncologische en cardiale patiënten vragen relatief veel SEH-zorg. De verpleegkundige capaciteit is hier niet op toegerust.
- **Inzicht in en kennis over de zorgvraag van de kwetsbare oudere patiënt ontbreekt**
 - Er is op de SEH, maar ook in de 1^{ste} lijn onvoldoende kennis met betrekking tot het herkennen en behandelen van kwetsbare ouderen en inschatting van de herhalingskans. Daarnaast is de capaciteit van geriatrische ziekenhuiszorg ontoereikend.
 - Het is voor de 2^e lijn (en patiënten zelf) onduidelijk welke vormen van verpleeg- en revalidatiezorg er bestaan en wanneer op welke vorm een beroep kan worden gedaan. Daarnaast is er geen inzicht in de beschikbare capaciteit hiervan.
- **De vervolgzorg staat onder druk, waardoor de spoedzorg extra belast wordt.**
 - De capaciteit binnen de wet langdurige zorg wordt afgebouwd, waardoor mensen langer thuis blijven wonen. In combinatie met de afname van productieruimte van de wijkverpleging zorgt dit voor meer (herhaalde) vraag naar spoedzorg.
 - Er is in sommige verpleeghuizen tevens onvoldoende doorstroom, waardoor patiënten slecht uit te plaatsen zijn.
 - Het eerstelijns verblijf wordt niet goed benut of wordt steeds vaker bezet door mensen die eigenlijk chronische geriatrische zorg nodig hebben, maar onvoldoende indicatie hebben voor langdurige verpleeghuiszorg.
- **Financieringssysteem spoedzorg is ontoereikend.**
 - Spoedzorg is financieel versnipperd onder zorgplafonds van andere specialismen en komt daardoor onvoldoende in beeld in onderhandelingen met zorgverzekeraars, die daardoor minder zicht hebben op de problematiek van de capaciteit op spoedzorg bij ziekenhuizen.
 - Door het huidige financieringssysteem is er onvoldoende relatie tussen geleverde zorg en financiering, waardoor de spoedzorgcapaciteit slecht te beïnvloeden is. Dit zou echter een verdere analyse behoeven om beter tot een lange termijnoplossing te komen.
- **Arbeidsmarktproblematiek**
 - Er is een tekort aan o.a. gespecialiseerde verpleegkundigen (SEH, CCU, OK, IC) waardoor de capaciteit nog verder onder druk staat.
 - Er is geen regionale verantwoordelijkheid voor het opleiden van verpleegkundigen. Hierdoor komt het voor dat ziekenhuizen structureel minder mensen opleiden op dan dat er behoefte is.

Oplossingsrichtingen

Lokaal	Regionaal
<p><u>Ziekenhuizen</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Electieve zorg afstemmen op spoedzorg ▪ Verbeteren logistiek B-vervoer ▪ Werken toe naar 24/7 specialistische zorg op de SEH ▪ Zorgen voor voldoende 'warme' bedden ▪ Zet wijkverpleegkundige in als transferverpleegkundige op SEH ▪ Zet binnen ziekenhuizen verpleegkundigen breder in ▪ Delen data over tekorten met zorgverzekeraars ▪ Geven SEH's een plek in onderhandelingen zorgverzekeraar ▪ Verbeteren advanced care planning <p><u>Vervolgzorg</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nemen buiten kantooruren patiënten op <p><u>Meldkamer</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pakt regierol vervoer ambulance ▪ Brengt in kaart wat nodig is om te sturen op regierol <p><u>Huisartsen</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Voorkomen dat patiënten (met name kwetsbare ouderen) instromen in de spoedzorg terwijl dat niet wenselijk is 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Betere afstemming en communicatie tussen zorgverleners. ▪ Regionale gedeelde verantwoordelijkheid voor het opleiden van genoeg gespecialiseerde verpleegkundigen en indien nodig zoeken naar extra financiële middelen. ▪ Geef mogelijkheid tot geven van bypass ipv stop ▪ IJken of beddenscapaciteit V&V klopt met de vraag ▪ Verbetering toegang en beschikbaarheid van de juiste vervolgzorg (1 tel.nr; pilot Breda) ▪ Overleg hoe ketenpartners elkaar in crisissetting kunnen helpen (quick wins) ▪ Door de hele keten kennis vergroten m.b.t. kwetsbare ouderen ▪ Ontwikkeling van een buurtziekenhuis ▪ Balans zoeken tussen kwaliteit van leven versus doorbehandelen
Zorgverzekeraars	VWS
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sturen op PROM's ipv financiële uitkomstmaten ▪ Sturen op optimale bedbezetting, niet maximale bedbezetting ▪ Geven steun in mensen en middelen aan pilots die verbetering in de zorg bewerkstelligen ▪ Geven steun in mensen en middelen om de knelpunten binnen de ziekenhuizen kwantitatief in kaart te brengen ▪ Biedt ondersteuning aan partij die regierol pakt ▪ Creëren mogelijkheid gelden naar spoedzorg te alloceren ▪ Helpen mee voldoende verpleegkundigen op te leiden 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Deelt landelijke expertise ▪ Helpt bij vereenvoudigen beleid wie een patiënt mag insturen naar GRZ & ELV ▪ Spreekt gemeentes aan op hun rol in de zorgcyclus ▪ Zet een kwaliteitskader spoedzorg op (overheid) ▪ Pakt rol in oplossen ruis tussen professional, bestuurder en zorgverzekeraar

Vervolg

Om invulling te geven aan bovenstaande oplossingsrichtingen zullen wij vanuit bureau TraumaNet AMC in kleiner comité met betrokken partijen, waaronder SIGRA en ZIN, om tafel gaan. Daarnaast kan een deel van de oplossingsrichtingen ingebracht worden in de focusgroepen SEH/HAP en Cardiologie. In het najaar willen wij een vervolg bijeenkomst organiseren om de voortgang van de diverse oplossingsrichtingen met elkaar te bespreken.

Datum: **dinsdag 25 oktober 2016**

Tijd: 14.00 – 17.00 uur (inloop vanaf 13.30 uur)

Locatie: AMC; G4.123