

Never waste a good crisis □ Knelpunten oplossen doe je samen

16 februari 2022



In november 2021 steeg het St. Antonius ziekenhuis (Nieuwegein/Utrecht) het water tot de lippen. Niet alleen werd er heel veel gevraagd in de opvang van Covid19-patiënten, de reguliere spoedstroom was hoog en de doorstroom naar vervolgzorg stagneerde. Verpleeghuizen en thuiszorg kampten met besmettingen waardoor afdelingen op slot zaten, personeelstekorten zorgden ervoor dat er geen thuiszorg meer geleverd kon worden. □□

Na een noodkreet van een specialist besloten ZorgSpectrum (VVT) en St. Antonius samen oplossingen te zoeken voor het ontstane zorginfarct. Er lagen op dat moment 46 patiënten in het ziekenhuis te wachten op passende vervolgzorg, ruim 9 procent van de beschikbare bedden capaciteit. □

Eerste verkenning

□Al snel werd er interdisciplinair online gebrainstormd met een groep collega's van beide organisaties. Belangrijk daarbij was het strategische, tactische én operationele niveau aan tafel te hebben. Een eerste verkenning bundelde een aantal hypothesen over de aard van de patiëntengroep en de mogelijke oorzaken van het lange verblijf in het ziekenhuis: □□

- Het gaat om ouderen die wachten tot een indicatie voor de WLZ is gesteld.
- Cliënten met een WLZ-indicatie wachten op hun plek van voorkeur en er is een tekort aan verpleeghuisbedden.

□□Vanuit ervaringen in het verleden leek de oplossing snel te vinden: creëer een

Schakelafdeling in de VVT, waar je alle 'verkeerde bed patiënten' naar toe verplaatst, en zorg zo nodig samen voor personele bezetting.

□□Om de hypothesen te toetsen, namen de afdeling Zorgbemiddeling van het St. Antonius en van ZorgSpectrum de hele lijst wachtenden door. De groep patiënten bleek meer divers dan gedacht. Bovendien waren her en der in de zorgorganisatie nog bedden beschikbaar, echter vaak voor specifieke indicaties of doelgroepen. □□

De conclusie: een specifieke schakelafdeling was niet de oplossing. Bovendien werd de doorstroom naar vervolgzorg belemmerd door de voorkeursplek van cliënten, terwijl er wel op andere locaties mogelijkheden waren. □

Plan B

□ Met deze inzichten deden we een appél op ieders creativiteit. Niet alleen de transmurale processen, maar ook de interne processen mochten kritisch gezien worden. Hier kwamen drie belangrijke verbeteringen uit voort:□

1. In het ziekenhuis is het beleid aangepast en is nieuw beleid en bijbehorende patiënteninformatie samengesteld: wachten in het ziekenhuis op de plek van voorkeur is niet mogelijk. Natuurlijk wordt altijd geïnformeerd naar doorplaatsingsmogelijkheden binnen de voorkeur, maar als deze mogelijkheden er niet binnen twee dagen zijn, wordt een andere plek gezocht.
2. De zorgorganisatie moet in tijden van hoge beddendruk creatief zijn. Zo kan binnen de organisatie geschoven worden met de bestaande gespecialiseerde medewerkers: kennis gaat naar de cliënt i.p.v. cliënt wordt op een geormerkte plek opgenomen. Daarnaast kan doorplaatsing van revalidatie naar WLZ-plekken sneller, we hanteren voor een WLZ-plek zo min mogelijk mutatiedagen.
3. Er is dagelijks transmuraal overleg tussen de organisaties. Zij bespreken samen casuïstiek en bedenken creatieve oplossingen. Daarbij groeit de kennis van elkaars werkprocessen en knelpunten. Zo was er duidelijkheid welke afdelingen in het ziekenhuis direct verlichting van beddendruk nodig hadden, zodat eerst naar de patiënten daar gekeken werd. Aan de andere kant van het ziekenhuis was duidelijker welke kaders de zorgverzekeraars aan de VVT meegeven en hoe deze kunnen veroorzaken dat bepaalde patiënten minder gemakkelijk plaatsbaar zijn in de regio. De druk op ligduur en ontslag naar huis in de GRZ maakt de strenge triage aan de poort belangrijk.

□De betrokken managers hebben diverse knelpunten opgepakt:□□

- Als medicatie wordt meegegeven uit het ziekenhuis en er is zo nodig een extra arts oproepbaar, dan kan ook opname in het weekend.
- Als de managers van WLZ-afdelingen ook doordrongen zijn van de nood situatie in het ziekenhuis, dan is er meer flexibiliteit mogelijk bij snelle doorplaatsingen.
- Als capaciteit van behandelaars verschoven kan worden naar de plek waar specifieke deskundigheid nodig is, kunnen we flexibeler omgaan met specifieke doelgroepen.

□ Bovenal werden de organisaties gedreven door de overtuiging dat patiënten in een ziekenhuis doorgaans niet in een omgeving verkeren die herstel bevordert, wanneer je de specifieke medische ziekenhuiszorg daarvoor niet nodig hebt. En dat we in tijden van crisis samen het transmurale probleem moeten oplossen. □□

Resultaten

□ In zes weken vonden 66 patiënten uit het ziekenhuis een plek binnen de VVT-organisatie: Ook de zorgverzekeraars waren gecommiteerd aan de opgave en bereid om de plafonds voor revalidatie en herstellzorg voor de gehele regio tijdelijk op te heffen. Door het delen binnen de regio en samen te lobbyen bij de zorgverzekeraars zijn deze plafonds voor de laatste 4-6 weken van het jaar opgehoogd, waardoor hier geen belemmering meer in zat.

□□ Er is inzicht ontstaan in knelpunten buiten de covid-problematiek: specifieke patiëntengroepen die moeilijk uitplaatsbaar zijn voor ziekenhuizen. Het gesprek met de regio en het regionale project Juiste zorg op het juiste bed is gestart om blijvende oplossingen te genereren. Het gaat om vier groepen: mensen met ernstige obesitas, psychiatrische comorbiditeit, onverzekerde vreemdelingen of verslavingsproblematiek.

□□ Omdat dit voor elke VVT-organisatie uitzonderlijke patiënten zijn, vraagt elke casus veel inspanning om op een goede manier zorg te leveren. Het verdient de voorkeur binnen de regio deze patiënten te concentreren, zodat verschillende organisaties zich hierop blijvend goed kunnen inrichten, zowel qua kennis als qua middelen en materialen. □□

Lessons learned

□ Het is bijzonder om te ervaren dat lang bestaande processen in tijden van crisis verbeterd kunnen worden, en zo meer toekomstbestendig worden. Ook is duidelijk dat hypothesen die ontstaan in crisis toetsing vanuit de data behoeven. Cliënten met een WLZ-indicatie die moeilijk te plaatsen zijn, vragen zo veel inspanning en tijd dat het probleem groot lijkt. Uit de data leren we dat deze casuïstiek beperkt is en dat het verbeteren van reguliere processen meer winst kan opleveren. □

□ Het is ook belangrijk om aandachtspunten van digitale samenwerking te bekijken. Via verwijsapplicaties als ZorgDomein is een groot deel van de patiëntenstroom goed op een plek met vervolgzorg te plaatsen. De meer complexe, niet-standaard casuïstiek heeft echter baat bij het goede gezamenlijke gesprek. Anders bestaat het risico dat patiënten digitaal van de ene naar de volgende zorgaanbieder worden geschoven, met een steeds verder oplopende wachttijd in het ziekenhuis.

□□ Anderszins hadden we zonder goede oplossingen voor digitaal vergaderen nooit de frequentie van het contact kunnen opvoeren tot dagelijks overleg. Daarnaast bleek het genereren van passende rapporten vanuit het EPD cruciaal om in het ziekenhuis de casussen te analyseren, en in de VVT de casussen te volgen. □□

Gedrevenheid, commitment

□ De belangrijkste les is echter dat gedrevenheid en commitment op strategisch, tactisch en operationeel niveau bij beide organisaties leidde tot concrete acties en het oplossen van het

probleem. Voortdurend stonden de mensen die wachten op vervolgzorg centraal. Niet alleen (be)denken wat de opties zijn, maar bovenal DOEN. De intensieve samenwerking heeft geleid tot een toename van kennis in elkaars werkprocessen en achterliggende factoren (financiering, eisen van de financiers rondom kwaliteit, interne afspraken, etc.).

□□Open communicatie op alle niveaus maakte een open en kritische blik mogelijk, evenals leren van elkaar. De grotere kennis op operationeel niveau leidt ook tot snellere oplossingen in ingewikkelde patiëntsituaties en maakt dat er ook overeenstemming is over onmogelijkheden wanneer deze zich voordeden. En last but not least: het gevoel samen bezig te zijn én echt een oplossing te bieden voor de wachtenden vervolgzorg en het boeken van concrete resultaten, gaf veel energie én werkplezier.

Referenties

- 1: Gill TM, Allore HG, Gahbauer EA, Murphy TE. Change in disability after hospitalization or restricted activity in older persons. *JAMA*. 2010 Nov 3;304(17):1919-28. doi: 10.1001/jama.2010.1568. Erratum in: *JAMA*. 2011 Apr 6;305(13):1301. PMID: 21045098; PMCID: PMC3124926.
- Buurman BM, Hoogerduijn JG, de Haan RJ, Abu-Hanna A, Lagaay AM, Verhaar HJ, Schuurmans MJ, Levi M, de Rooij SE. Geriatric conditions in acutely hospitalized older patients: prevalence and one-year survival and functional decline. *PLoS One*. 2011;6(11):e26951. doi: 10.1371/journal.pone.0026951. Epub 2011 Nov 14. PMID: 22110598; PMCID: PMC3215703.