

Maak een pool van medisch specialisten en zet ze bij toerbeurt op de SEH

Om te voldoen aan de aangescherpte eisen van het Kwaliteitskader Spoedzorgketen en in één moeite door de spoedzorg te verbeteren, zorgt het Groene Hart Ziekenhuis voor permanente aanwezigheid van een medisch specialist op de SEH. En dat werkt.

Noortje Briët

internist acute geneeskunde, Groene Hart Ziekenhuis

Sinds 1 juli 2022 gelden de normen van het Kwaliteitskader Spoedzorgketen.¹ De voornaamste eis van het kwaliteitskader luidt: 'Op iedere SEH is gedurende openingstijden ten minste

één arts aanwezig met minimaal een jaar klinische ervaring, waarvan minimaal een halfjaar ervaring in een poortspecialisme of bij anesthesiologie of op de intensive care.' Om aan deze en aanvullende eisen te voldoen, onderzochten we binnen het Groene Hart Ziekenhuis (GHZ) twee opties: het aannemen van SEH-artsen of het vormen van een team van veertig medisch specialisten die aanvullend zijn geschoold en bij toerbeurt in de functie van coördinerend medisch specialist op de SEH aanwezig zijn.

Na intensief overleg kozen we als ziekenhuis voor deze laatstgenoemde optie, waarvoor we een nieuw medisch model ontwikkelden.

Pool

De basis van dit nieuwe model is de inzet van een pool van veertig specialisten die bij toerbeurt de recentelijk in het leven geroepen func-

tie van 'coördinerend medisch specialist' (CMS) van de SEH op zich nemen. Met dit model optimaliseren en borgen we de spoedzorg, maken we de SEH toekomstbestendig en voldoen we aan de aangescherpte normen. Daarnaast dichtten we gedeeltelijk het bestaande gat in de arbeidsmarkt. Aan het besluit dit model in te voeren ging een jaar aan voorbereiding vooraf. Hierbij waren de specialismen interne geneeskunde, chirurgie, longgeneeskunde en cardiologie betrokken en daarnaast het bestuur en het medisch-specialistisch bedrijf (msb). In oktober 2021 startte het GHZ in nauwe samenwerking met de raad van bestuur en het msb met een pilot van het nieuwe model.

Bekostiging

In de periode waarin we het medisch model vormgaven, stopten we veel tijd en energie in afstemming: over de inrichting van het model, over welke werkafspraken we wilden maken en over de vraag welke specialismen zouden meedraaien in de pilot. Een ander veelbesproken onderwerp was de verdeling van de kosten van de pilot tussen het GHZ en het msb. Na intensief overleg kwamen we tot het besluit dat ieder de helft zou financieren. De verdeelsleutel naar het aantal fte's dat per specialisme wordt geleverd, maakten we op basis van de grootte

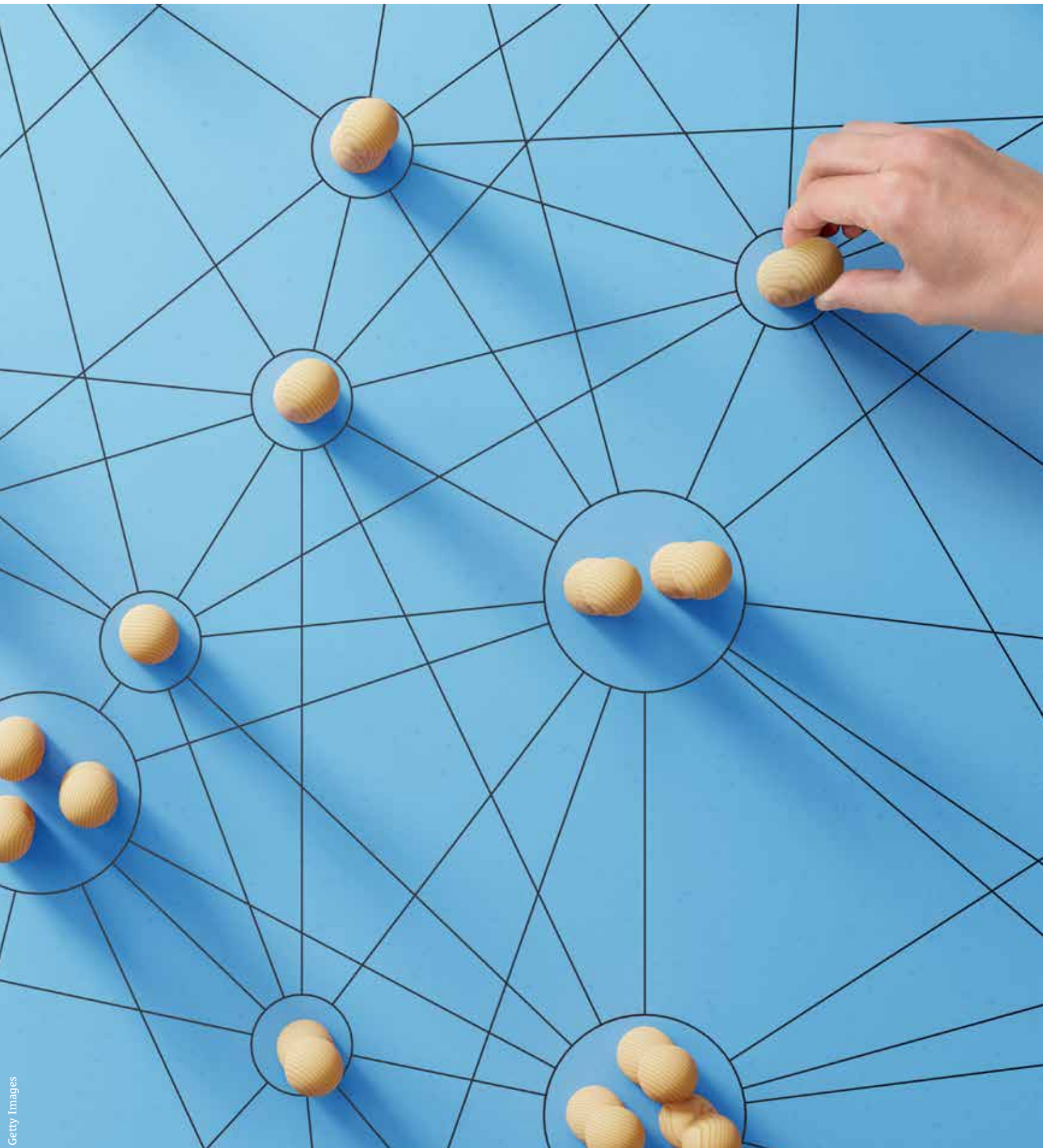
van het deelnemende specialisme. Voor de vakgroepen chirurgie en interne geneeskunde betekent dit dat alle artsen in de pool meedraaien, van longgeneeskunde en cardiologie draait een aantal artsen mee. De verdeelsleutel leidde tot de volgende verhouding tussen specialismen en fte's: interne geneeskunde (1,2 fte), chirurgie (1,2 fte), longgeneeskunde (0,3 fte) en cardiologie (0,7 fte). In totaal namen we dus 3,4 fte aan specialisten aan om productieneutraal te blijven. De specialist die dienst doet op de SEH kan op dat moment immers geen werkzaamheden voor zijn eigen specialisme doen. Bovendien kan hij overdag en de volgende dag niet werken (compensatie in tijd), waardoor er productie wordt gemist in de werkzaamheden die anders voor het eigen specialisme zouden worden gedaan.

Voor het behoud van ervaring moet iedere specialist minimaal één keer per maand een dienst meedraaien op de SEH.

Training

Om onze specialisten goed voor te bereiden op de taken die ze als coördinerend medisch specialist op zich nemen, volgen ze de trainingen ATLS (advanced trauma life support), ALS (advanced life support) en ABCDE. De ervaring van de specialisten is medebepalend voor de trainings-

Voor behoud van ervaring moet iedere specialist minimaal één keer per maand meedraaien op de SEH



programma's waaraan ze meedoen om mee te kunnen draaien in het nieuwe team. De meeste specialisten volgen deze programma's gedurende één tot twee dagen, afhankelijk van de trainingen die ze eerder hebben gedaan. Met dit nieuwe, zorgvuldig getrainde team, voldoen we als ziekenhuis niet alleen aan de nieuwe richtlijnen; we verkleinen ook het risico op onderbezetting – en daardoor op het moeten sluiten van onze SEH. Dat er enkele sluiten lijkt ons onvermijdelijk. Maar SEH's op grote schaal laten verdwijnen zou wat ons betreft geen echte oplossing zijn; het heeft verregaande consequenties voor patiënten en ziekenhuizen. Er treedt een typisch 'cascade-effect' op, oftewel een kettingreactie. Want sluit je de SEH van een ziekenhuis, dan verdwijnt daar per definitie onder meer ook de intensive care, geboortezorg en hartbewaking. Bepaalde operaties kunnen niet meer worden gedaan en complexe en acute zorg verplaatsen zich naar andere ziekenhuizen. Met alle gevolgen van dien.

Verschil in rollen

De taken en verantwoordelijkheden van onze coördinerend medisch specialist zijn divers. Hij of zij is niet alleen medeverantwoordelijk voor opvang en coördinatie van vervolgzorg van patiënten, maar is ook aanspreekpunt voor verpleegkundigen en artsen op de SEH, en tevens vraagbaak voor ambulancepersoneel en huisartsen die informatie of advies nodig hebben over patiënten met een ongedifferentieerde spoedvraag. Voor de goede orde: de rol van deze coördinerende arts lijkt wellicht op die van de dienstdoende arts die vanuit het eigen vakgebied zorg verleent op de SEH, maar er zit een groot verschil tussen deze rollen. Dit verschil hangt samen met de manier waarop we de bezetting op de SEH organiseren; dit doen we met onze eigen mensen (zie *kader*). De coördinerend medisch specialist is dagelijks van 18.00 tot 8.00 uur en in het weekend 24 uur per dag in het GHZ aanwezig en beschikbaar voor de SEH. Daarnaast zijn er doordeweeks overdag meerdere specialisten aanwezig, waardoor de supervisie meer dan gewaarborgd is. Een belangrijk uitgangspunt hierbij is dat er geen verandering optreedt in de patiëntenstromen. De voor ieder specialisme dienstdoende artsen blijven hoofdbehandelaar naar wie patiënten met een vastgestelde hulpvraag rechtstreeks worden verwezen door de huisarts of ambulancedienst.

Werkplezier

Twee weken voor de start van de pilot met de

Er zijn signalen dat de doorstroom van acute en instabiele patiënten sneller verloopt

coördinerend medisch specialist, deden we met behulp van vragenlijsten een nulmeting onder medisch specialisten van de poortspecialismen en arts-assistenten en verpleegkundigen van de SEH. Drie maanden later deden we een eerste evaluatie, waarbij naast de genoemde functiegroepen, ook de coördinerend medisch specialisten werden bevraagd. Een van de belangrijkste uitkomsten was dat het nieuwe medisch model voorziet in de normen die het Kwaliteitskader Spoedzorgketen stelt. Daarnaast zijn er signalen dat de doorstroom van acute en instabiele patiënten sneller verloopt, blijkt dat knelpunten eerder zichtbaar zijn, dat overlegmogelijkheden

tussen artsen en verpleegkundigen zijn uitgebreid en dat beslissingen accurater worden genomen. Ook kwam er een onderliggend voordeel van deze vorm van samenwerken naar voren: het commitment en de betrokkenheid binnen het team zijn toegenomen. Dit vergroot het werkplezier, wat de sleutel is tot hoogwaardige zorg. Daarnaast bleek dat (beginnend) arts-assistenten het prettig vinden dat ze vragen kunnen stellen aan iemand met ervaring. Een bijkomend voordeel van directe betrokkenheid van de coördinerend medisch specialist is dat deze de kwantitatieve opvang controleert en vanuit zijn of haar vakgebied specifieke knelpunten kan signa-

NIEUWE ROL

In het nieuwe model van het Groene Hart Ziekenhuis is de coördinerende arts fysiek continu aanwezig op de SEH, houdt de in- en doorstroming van de SEH in de gaten en loopt mee met de opvang van patiënten die – potentieel – ABCDE-bedreigd zijn. De dienstdoende specialist is over het algemeen in de ANW-uren niet fysiek aanwezig maar doet supervisie op afstand. Bij de eerste opvang van een ABCDE-bedreigde patiënt zijn dus de arts-assistent van de hoofdbehandelaar aanwezig bij de patiënt, samen met de verpleegkundige en de coördinerend medisch specialist (CMS) voor een goede ABCDE-opvang en stabilisatie. Daarna doet de art-assistent de verdere anamnese, lichamelijk onderzoek en zo nodig aanvullend onderzoek en overlegt met de dienstdoende specialist van zijn eigen specialisme over het verdere beleid.

De CMS is ook aanwezig bij de opvang van ambulancepresentaties met stabiele patiënten wanneer de arts-assistent of verpleegkundige hierom vraagt (bijvoorbeeld als er onduidelijkheid is over stabiliteit of wanneer niet duidelijk is welke hoofdbehandelaar er bij de zorgvraag past).

De coördinerend arts is tevens het aanspreekpunt voor arts-assistenten op de SEH. Dus als een arts-assistent de CMS vraagt om bij een patiënt mee te kijken of over een casus te sparren is het antwoord in principe altijd 'ja'. Betreft het een zorgvraag op een ander vakgebied dan dat van de CMS, ondersteunt deze de arts-assistent vanuit zijn expertise als basisarts, maar zal er voor de vakinhoudelijke beoordeling/behandeling op aansturen dat de hoofdbehandelaar wordt ingeschakeld.

Eveneens is de CMS aanspreekpunt voor verpleegkundigen op de SEH.

Tot slot is de CMS verantwoordelijk voor de medische coördinatie van patiëntenstromen naar SEH, AOA (acuteopnameafdeling) en specialistische afdelingen (ic, stroke, CCU, ok), waarbij tijdig potentiële knelpunten worden herkend en zo mogelijk opgelost. De CMS bevordert de doorstroom op de SEH door proactief of op verzoek van de arts-assistent/het team stevigheid toe te voegen aan verzoeken voor diagnostiek, doorplaatsing en/of het oproepen van hoofdbehandelaars.

Om de doorstroom te bevorderen kan de CMS voorkomende werkzaamheden uitvoeren binnen het eigen vakgebied onder de voorwaarde dat de overige CMS-verantwoordelijkheden niet in het gedrang komen en de specialist op de SEH aanwezig blijft.

leren en daar gevolg aan geeft. Hierdoor hebben we gewoonweg meer interacterende voelsprietten op de werkvloer.

Leerpunten

Uit de evaluatie kwamen ook leerpunten naar voren. Zo konden we de rol van de coördinerend specialist meer afbakenen en het verwachtingsmanagement beter aansturen. Verpleegkundigen bleken bijvoorbeeld andere verwachtingen te hebben dan specialisten. Hieruit kwamen vragen naar voren als: Wat doet de coördinerend medisch specialist (CMS) wel of juist niet? Waar start je verantwoordelijkheid als verpleegkundige of specialist en waar eindigt die? Hoe zorg je ervoor dat de patiënt een goed behandelplan krijgt? We zagen ook verschillen in verwachtingen tussen verpleegkundigen onderling en specialisten onderling. We hebben gekeken naar waar de extremen liggen (heel nadrukkelijk meekijken en meedenken versus afwachtend zijn) en waar we willen uitkomen.

Aan het begin van de pilot zat er nog veel variatie in de taakopvattingen. Op basis van de uitkomsten van de evaluaties hebben we dan ook de variatie in de uitvoering van de betrokken specialisten geminimaliseerd en de taakomschrijvingen en verantwoordelijkheden nader gespecificeerd. In essentie zijn we bij de aanvankelijke taakomschrijving van de coördinerend medisch specialist gebleven, maar om de variatie in taakopvatting te verminderen zijn er details toegevoegd aan de taakomschrijving, bijvoorbeeld over wanneer er wordt verwacht dat de coördinerend medisch specialist meeloopt met presentatie van patiënten door ambulances, en bijvoorbeeld over dat het 'werkgebied' van de coördinerend medisch specialist ook de eersteharhulp bevat.

Dat we moeten bijschaven, hoort bij het proces. We zetten tenslotte geen groep SEH-artsen neer; we hebben een nieuwe functie, een nieuw team en een nieuwe samenwerkingsvorm in het leven geroepen. ●

contact
marianne.van.slooten@ghz.nl
cc: redactie@medischcontact.nl



→ De voetnoot en meer over dit onderwerp vindt u bij dit artikel op medischcontact.nl/artikelen.

VELDWERK

Mark van Houdenhoven
is CEO van de Sint
Maartenskliniek



Digicoach

Reclame maken is niet mijn stijl. Maar voor de digicoach maak ik een uitzondering. Volgens mij is het noodzakelijk dat elke organisatie beschikt over digicoaches. Alles is digitaal geworden. En we bieden ook bijna alles op een digitale manier aan aan de medewerkers. De meeste van onze bedrijfsopleidingen zijn digitaal. Alle informatie wordt aangeboden via het intranet, net als bij veel andere organisaties. Maar ook kleine individuele dingen zoals het aanvragen van roosterwijzigingen, moeten digitaal. Logisch, zegt iedereen in deze tijd. Maar soms is dit te moeilijk, te onduidelijk of onmogelijk voor medewerkers. Niet iedereen beschikt over een computer thuis of op het werk. Ze snappen de instructies niet of kunnen minder goed lezen. Of het is echt te ingewikkeld. Hoe installeer je bijvoorbeeld een app veilig op je telefoon? Hoe download je een programma op de computer en gebruik je een nieuwe app? Of hoe beheer je wachtwoorden?

Niet iedereen beschikt over een computer thuis of op het werk

Informatietechnologie ondersteunt. Prima. Maar het gebruik is soms lastig. Dan kan een digicoach helpen. Vaak een jong iemand die getraind is om anderen te leren hoe de programma's gebruikt kunnen worden. Een vraagbaak voor de collega's. Bij ons in het ziekenhuis hebben wij twee

digicoaches. Een regieverpleegkundige en een collega van de voedingsdienst die dit naast hun reguliere werk doen. Jong en handig, erin getraind te helpen bij alle vragen. En bovenal geduldig.

Iedereen een digicoach, is dat het antwoord? Niet helemaal, want niet iedereen durft te zeggen dat hij of zij iets ingewikkeld vindt. Dat vraagt dus wat van de digicoaches. Makkelijk toegankelijk, beschikbaar, geduldig en vol kennis. Zelfs ik – enigszins op leeftijd en digitaal onhandig – heb daar baat bij, merk ik. Gelukkig heb ik naast de digicoach in het ziekenhuis een extra voordeel. Een studerende dochter die me thuis kan helpen. Zij is tenslotte wel in de digitale wereld opgegroeid.