

DE JUISTE PLEK

Leids project doet overplaatsingen acute heekundepatiënten fors dalen

Arts-assistenten die druk zijn met bellen naar andere ziekenhuizen, spanningen tussen verpleegkundigen en artsen, onvrede bij huisartsen en ambulancepersoneel. Het onderbrengen van acute heekundepatiënten ging bepaald niet van een leien dakje in de Leidse regio.

K.A. BARTLEMA C.S.

In veel regio's hebben ziekenhuizen problemen om patiënten met een acute heekundige opname-indicatie onder te brengen. De regio Leiden krijgt hier rond 1999 mee te maken. Omdat aanbod en capaciteit niet op elkaar zijn afgestemd, ontstaan er lange wachttijden op de Spoedeisende Hulp (SEH). Het gevolg is veel overplaatsingen naar andere ziekenhuizen, ook ver buiten de regio. De arts-assistenten zijn veel tijd kwijt met bellen naar andere ziekenhuizen. Er ontstaan spanningen tussen verpleegkundigen en artsen om patiënten toch opgenomen te krijgen op 'overbedden'. Ook heerst onvrede bij huisartsen en ambulancepersoneel. De huisartsen zijn eveneens veel tijd kwijt met het zoeken naar opnamemogelijkheden voor hun patiënten. Door veel patiëntenvervoer tussen ziekenhuizen binnen en buiten de regio is er een verminderde beschikbaarheid van ambulances in de regio. De kwaliteit van zorg voor de acute heekundepatiënt komt door dit alles in het geding. Voor de Leidse regio aanleiding om de regulering en logistiek rond deze patiëntengroep aan te pakken. Het doel is om de patiëntenstroom van acute

heekundepatiënten te optimaliseren, met inachtneming van de verschillende taken van de drie participerende ziekenhuizen in de regio. De bouwstenen van dit 'acute heekundeproject' zijn een vast verwijspunt, volledig transparante werkwijze en goede communicatie.

VERDEELSLEUTEL

Allereerst gaan in 2001 de chirurgen van drie Leidse regioziekenhuizen om de tafel zitten. Zij spreken met elkaar af waaraan een kwaliteitsproject als dit moet voldoen om het succesvol te laten verlopen. Er is uitgegaan van twee doelstellingen: alle acute heekundepatiënten moeten binnen de regio worden

Centraal meldpunt maakt routing efficiënt

behandeld en het project moet bijdragen aan het verbeteren van de kwaliteit van de acute zorg. Dat wil zeggen kortere wachttijden op de Spoedeisende Hulp, minder overplaatsingen en een betere service aan de eerstelijnszorg. Een randvoorwaarde voor draagvlak bij alle betrokkenen is dat het project geen grote verschuivingen in volume van de zorg tot gevolg mag hebben.

Onderzoek wijst uit dat jaarlijks ongeveer 3000 patiënten in de regio acute heekundige zorg nodig hebben. Vervolgens wordt de routing van de acute heekundepatiënt in kaart gebracht en gedefinieerd welke patiënt in welk ziekenhuis het best op zijn plaats is. Gezien de traumacentrumfunctie van het Leids Universitair Medisch Centrum moeten de bestaande afspraken over die specifieke patiëntengroep ongewijzigd blijven. De patiëntengroep met een meer algemeen heekundige zorgvraag zal volgens een verdeelsleutel worden verdeeld over de drie ziekenhuizen. Tevens is het van belang om de wensen en werkwijzen



1. WEBBASED DATABASE VOOR PATIËNTENTOEWIJZING

Zorg Coördinator Regio Leiden

1. Jaaroverzicht opnames

2008

2. Allocatie-beslissing patient

3. Wijziging planning

4. Toegang via ProMISa tot het ZORCO data management project

5. systeem documentatie

6. Password voor allocatie-beslissingen

Thursday, 06 April, 2006 09:31:27 AM
ALLOCATIE OVERZICHT WEEK 14

Spoedopnames

capaciteit

Leiden [DIAC] Leiderdorp [RIJNL] Leiden [LUMC] Leiden [DIAC] Leiderdorp [RIJNL] Leiden [LUMC]

9 10 6 1220 619 702

Advies: alloceer volgende patient aan:

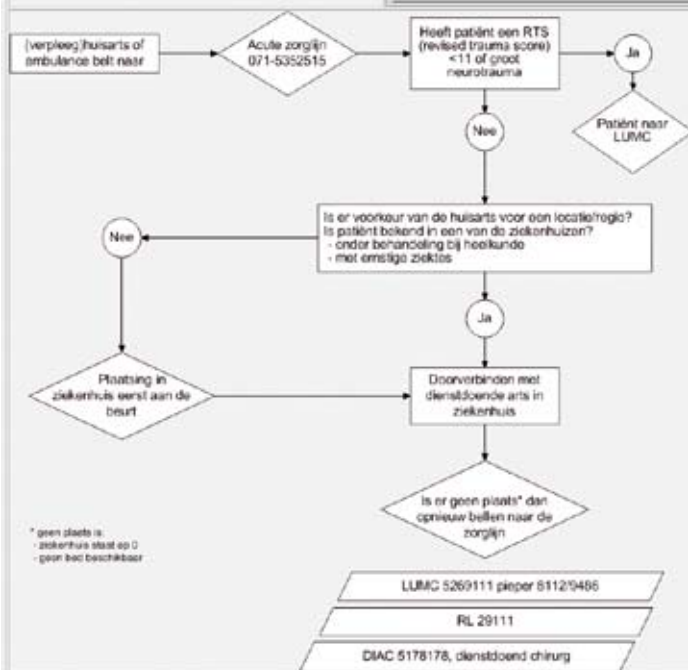
Leiderdorp [RIJNL]

Bevestig feitelijke allocatie aan:

Leiden [DIAC]

Leiderdorp [RIJNL]

Leiden [LUMC]



De webbased database (met flowchart) geeft de drie Leidse ziekenhuizen real time inzicht in de beschikbare opnameplaatsen.

van de gezondheidszorgpartners in de eerste lijn binnen de regio helder te krijgen. Daarbij mag de opleiding tot chirurg en de academische patiëntenzorg (bijvoorbeeld de traumacentrumfunctie of het transplantatieprogramma) geen gevaar lopen door het project.

OPNAMEGARANTIE

Tenslotte moeten de gemaakte productieafspraken met de ziektekostenverzekeraars worden nagekomen. Het aantal behandelde acute heelkundepatiënten per ziekenhuis in de Leidse regio in 1998

is uitgangspunt voor een verdeelsleutel tussen de drie ziekenhuizen. Hieruit vloeit voort dat het Rijnland Ziekenhuis 39 procent van de acute heelkundepatiënten voor zijn rekening zal nemen, het LUMC 32 procent en het Diaconessenhuis 29 procent. De doelstelling is dat ingestuurde patiënten ook daadwerkelijk worden opgenomen in het ziekenhuis waarnaar ze zijn verwezen. Een opnamegarantie dus. Om dit proces transparant te maken voor de drie partners wordt voor dit project een *webbased* database ontwikkeld, waarin de zieken-

huizen zelf de opnames kunnen invoeren en waarvan elke partner de medische gegevens kan inzien. De privacy van patiëntgegevens is daarbij gewaarborgd. Voor een efficiënte routing is bij de regionale ambulancedienst (RAD) één centraal meldpunt ingesteld voor huisartsen, verpleeghuisartsen en ambulancebemanning om acute heelkundepatiënten aan te melden. Voor de toewijzing van patiënten aan een ziekenhuis is een algoritme gemaakt en in een *flowchart* gezet (zie *figuur 1*). Hierin staat een aantal randvoorwaarden, bijvoorbeeld >>

<< of academische zorg gewenst is of dat een patiënt 'bekend' is in één van de drie ziekenhuizen.

ACUTE ZORGLIJN

Na deze inventarisatie van uitgangspunten stemmen de chirurgen en de Raden van Bestuur gezamenlijk in met de voorgestelde projectstructuur en de daaraan gekoppelde opnamegarantie. Een projectcoördinator werkt het plan uit en krijgt de regie over het project. De zorgverzekeraar ondersteunt het kwaliteitsproject in tweede instantie financieel, gezien de efficiëntiewinst van de acute zorg in de regio. De ziekenhuizen zijn zelf verantwoordelijk voor de invoering van de patiëntgegevens in de *webbased* database via het programma Zorco (zorgcoördinator), onderdeel van Promise, een researchapplicatie. Het secretariaat van de SEH's verzorgt deze invoer. Hiervoor wordt gebruikgemaakt van een voorgedrukt formulier dat de behandelend arts invult op de SEH. Afhankelijk van deze invoer wordt het aantal nog op te nemen patiënten per ziekenhuis steeds online bijgesteld.

In 2004 begint een pilot ter evaluatie van eventuele verschuivingen in aantal

len acute heelkundepatiënten door de hernieuwde verdeling binnen de regio. De gekozen verdeling blijkt sterk overeen te komen met het bestaande verwijspatroon in de regio.

Op 1 maart 2005 gaat de toewijzing van patiënten via het project acute heilkunde daadwerkelijk van start. Om acute heelkundepatiënten in te sturen, wordt

via een apart telefoonnummer, 'de acute zorglijn', de centralist van de meldkamer Hollands Midden gebeld. Die bepaalt op basis van het algoritme het ziekenhuis dat aan de beurt is voor opname.

BOVEN VERWACHTING

De belangrijkste bevinding is dat het aantal overplaatsingen in de afgelopen jaren sterk is afgenomen. Deze trend was weliswaar reeds ingezet door effectiever gebruik van de bedden, maar een afname van 11 procent van de patiënten dat naar buiten de regio wordt over-

geplaatst is boven verwachting. Het percentage overplaatsingen binnen de regio is gedaald van 10 procent in 2001 naar 8 procent in 2005 (zie *figuur 2*). Artsen op de Spoedeisende Hulp hoeven vrijwel geen tijd meer te besteden aan het overplaatsen van patiënten. De verdeling van zorg over de drie ziekenhuizen is niet veranderd en de opleiding is niet

Het opnemen van alle patiënten binnen de regio lijkt haalbaar

onder druk komen te staan. Door goede communicatie is nooit een electief operatieprogramma in een van de drie ziekenhuizen afgezegd vanwege capaciteitsgebrek op de verpleegafdeling of de operatiekamer.

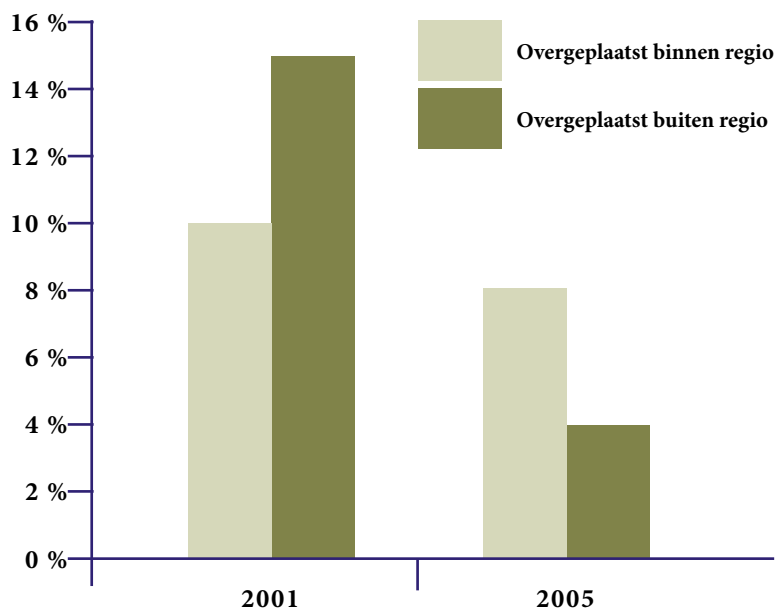
Het project is het afgelopen halfjaar naar grote tevredenheid van alle partijen verlopen. De huisartsen hebben aangegeven tevreden te zijn met de korte lijnen om een acute patiënt op te laten nemen. Een enkele keer is er nog discussie over de beperking van de vrijheid van verwijzen naar een bepaald ziekenhuis. In de zomerperiode heeft het LUMC tweemaal niet aan de gestelde opname-eisen kunnen voldoen door beddensluiting ten tijde van de zomervakantie en na het samenvoegen van verpleegafdelingen.

DIRECT OVERLEG

Bij de opname van de acute heilkundepatiënten kwamen frequent capaciteitsproblemen voor. Binnen de regio zijn die opgelost door goede samenwerking en afstemming van aanbod en capaciteit. In de toekomst valt er nog meer winst te behalen uit een dergelijke intensieve samenwerking. Nog steeds is er sprake van overplaatsing naar buiten de regio, al is dat slechts 4 procent. Het volledig opnemen van alle patiënten binnen de eigen regio in de toekomst lijkt haalbaar.

Gedurende het project is duidelijk geworden dat de wijze van overleg en verwijzing tussen de eerste lijn en de specialist per ziekenhuis verschilt. Een aantal huisartsen heeft toch sterk de behoefte om direct met de behandelend specialist van een van de ziekenhuizen te overleggen. Aan deze vrijheid blijkt meer behoefte dan van tevoren is ingeschat. Daarom is het nu mogelijk via de zorglijn te worden doorverbonden met de gewenste specialist. Ook is het

2. OVERPLAATSINGEN



Het aantal acute heilkundepatiënten dat vanaf de Spoedeisende Hulp van het Leids Universitair Medisch Centrum wordt overgeplaatst, in 2001 en 2005.

aansturen van de zelfverwijzer die per ambulance wordt binnengebracht nog niet optimaal. Hier speelt nog een historisch gegroeide zelfstandigheid van het ambulancepersoneel dat inschat naar welk ziekenhuis de patiënt moet worden vervoerd.

VERTROUWEN EN BEGRIP

De grote winst van dit project ligt in het feit dat met alle betrokkenen transparante afspraken zijn gemaakt, waarvan het nakomen voor alle partners direct inzichtelijk is. De flexibiliteit is door de nieuwe regulering verhoogd door een betere samenwerking tussen maar ook binnen de drie ziekenhuizen. De afdelingen Heelkunde overleggen regelmatig onderling op chirurgenniveau, maar ook op verpleegkundigenniveau, en hiermee is vertrouwen en begrip voor elkaars problemen ontstaan. Daardoor is er veel meer bereidheid om bij capaciteitsproblemen en zorgvraagstukken voor elkaar in te springen. Het nieuwe, transparante systeem voor patiënttoewijzing heeft hier voor een groot deel aan bijgedragen.

Er zijn minder vrijheden als het gaat om selectie van acute heelkunde-patiënten. Dit heeft geen toename van specifieke patiëntengroepen binnen een van de ziekenhuizen tot gevolg gehad en

aan de randvoorwaarden van opleiding en academische zorg is voldaan.

De volgende stap is om dit project uit te breiden naar andere vakgebieden dan heelkunde, zodat het in de toekomst een routinematige wijze is voor verwijzing voor iedere acute patiënt binnen en eventueel ook buiten de regio. ■

K.A. Bartlema,
chirurg-traumatoloog, MT-lid Centrum Eerste Hulp
Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC)

B.R.M. Kooijman,
beleidsmedewerker acute heelkunde LUMC

A.J. den Outer,
chirurg, Rijnland Ziekenhuis Leiderdorp

B.J. Hornstra,
chirurg, Diaconessenhuis, Leiden

I.E.C. van Everdick-van der Pols,
projectleider acute heelkunde LUMC

J.H. van Bockel,
hoofd afdeling Heelkunde LUMC

Correspondentieadres: k.a.bartlema@lumc.nl



De flowchart voor toewijzing en het overzicht van gerealiseerde opnamen zijn in te zien via www.medischcontact.nl/dezeweek.

SAMENVATTING

- In de Leidse regio ontstaan rond 1999 problemen met het plaatsen van heelkundepatiënten met een acute opname-indicatie. Door het grote aantal overplaatsingen en de tijd die artsen hiermee kwijt zijn, stagneert de doorstroom van patiënten op de Spoedeisende Hulp.
- De chirurgen en de Raden van Bestuur van de ziekenhuizen uit de regio hebben gezamenlijk een betere verdeling van deze patiëntengroep gerealiseerd. Er is nu één centraal meldpunt waar patiënten worden aangemeld en toegewezen aan een ziekenhuis waar de opname is gegarandeerd.
- De verdeling en de stand van zaken is geheel transparant voor iedere betrokkene en real time te volgen via internet.
- Het aantal overplaatsingen van acute heelkundepatiënten in de Leidse regio is fors gedaald. Het vertrouwen tussen de chirurgen onderling is gegroeid en de samenwerking en de bereidheid om voor elkaar in te springen is sterk toegenomen.

PRAKTIJKPERIKEL

'Beste' beentje voor



Een jonge vrouw komt na haar wintersportvakantie op mijn spreekuur met een tasje vol medicijnen. Op haar vakantieadres in Frankrijk kreeg ze koorts en keelpijn. Zij meldde zich in het plaatselijke ziekenhuis en werd daar behandeld met dagelijkse

injecties ceftriaxon en dexamethason. Na drie dagen steeg de koorts opnieuw en was de tonsillitis nog niet genezen. Er werd een nieuw antibioticum (Augmentin, zowaar generiek en oraal) en een orale kuur prednisolon ingezet, met een maagbeschermer en een verzachtende keelspray. De mogelijkheid van de ziekte van Pfeiffer werd even aan-

gestipt, maar kreeg verder geen aandacht. Helaas had deze heroïsche medicamenteuze behandeling ook geen effect en zo kwam de patiënte dus op mijn spreekuur. Een simpel bloedonderzoek bevestigde de diagnose mononucleosis infectiosa.

De vrouw was onder de indruk van de 'zeer goede' medische zorg in Frankrijk. Ik voorzie een toename van dit soort praktijken, nu minister Hoogervorst artsen met elkaar laat concurreren. Artsen gaan dan hun 'beste' beentje voorzetten onder het mom van goede en complete zorg. Met alle ongewenste bijwerkingen van dien. ■

De redactie ontvangt graag korte, door artsen geschreven signalen. Zie voor meer perikelen de rubriek 'praktijkperikelen' op onze website: www.medischcontact.nl.