



# De Spoedpatiënt **Centraal**

Capaciteitsproblematiek spoedzorg  
Rapportage regio Noord-Holland/Flevoland

2013 t/m Q1 2017

# Colofon

**Uitgave:** De Spoedpatiënt Centraal  
**Versie :** 1.0, 22-06-2017  
**Status:** Gereed  
**Distributie:** VWS, deelnemers ROAZ Noord Holland/Flevoland, netwerkorganisaties LNAZ, zorgverzekeraars  
**Auteurs:** Jocelyn Berdowski, SpoedZorgNet Noord-Holland / Flevoland  
Geert de Kousemaeker, fluent Healthcare  
Marie-Fleur van der Steeg, SpoedZorgNet Noord-Holland / Flevoland  
Frank de Groot, SpoedZorgNet Noord-Holland / Flevoland

## Doel van rapportage:

- Inzicht geven in de ontwikkelingen in de spoedzorg in de regio Noord Holland & Flevoland
- Rapportage over de oplossingsrichtingen zoals gekomen zijn uit de Denktank Spoedzorg, Amsterdam

## Distributie:

Dit is een openbare rapportage die verspreid is aan belangstellenden  
Dit is een openbare uitgave en mag zo behandeld worden.

Kopiëren of verspreiden van delen van deze rapportage is toegestaan met toestemming van SpoedZorgNet Noord-Holland / Flevoland en/of fluent Healthcare

## Vragen en/of opmerkingen:

Voor vragen kunt u zich richten tot  
Jocelyn Berdowski via [j.berdowski@@amc.nl](mailto:j.berdowski@@amc.nl)  
Geert de Kousemaeker via [geert@fluent.nl](mailto:geert@fluent.nl)

# Inleiding

Dat de spoedzorg onder druk staat is helaas al bijna geen nieuws meer.

In dit rapport hebben we de ontwikkeling van de spoedzorg over de periode 2013-2017 uiteen gezet om zo een inzicht te geven in waarom deze ontwikkeling heeft plaatsgevonden en hoe deze samenhangt met andere bewegingen in het zorgveld. We gaan dieper in op de toename van het aantal SEH stops, de verschuivingen tussen spoed en planbare zorg in de ziekenhuizen en de beleidsontwikkelingen in de ouderenzorg.

Naast het doorgronden van de oorzaken hebben we ook samen met een brede vertegenwoordiging uit de ketenzorg nagedacht over waar de oplossingen liggen. Hiertoe is ook een toekomstvisie uitgewerkt, waarin specifieke praktische oplossingen door het veld zijn uitgedacht om de spoedzorgvraag beheersbaar en toekomstbestendig te maken.

Dit gedachtegoed vraagt een ontschotting van de ketenzorg; alleen zo kunnen we de spoedzorg in de regio toegankelijk houden en patiënten de juiste zorg op de juiste plaats bieden.

Onze dank gaat uit naar alle deelnemers aan de Denktank en andere experts die de afgelopen periode veel tijd & energie gestoken hebben in het leggen van deze puzzel.

Met vriendelijke groet,  
Jocelyn Berdowski  
Geert de Kousemaeker

# Huidige stand van zaken

- Stops in de spoedzorg
- Verdringing planbare zorg
- Toename klinische belasting
- Verschuiving van klachten

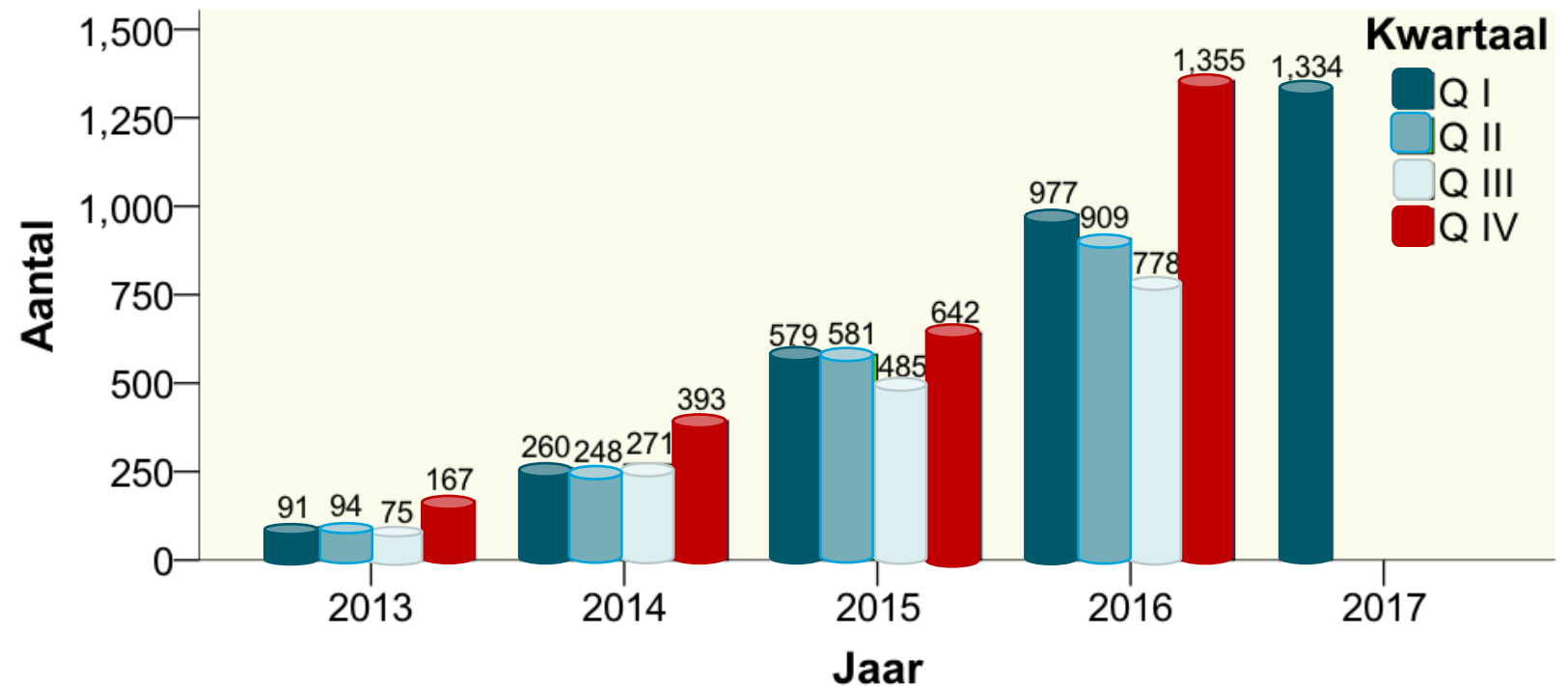


# Ontwikkeling aantal stops t/m Q1 2017

Aantal stops stijgen sinds 2013 exponentieel.

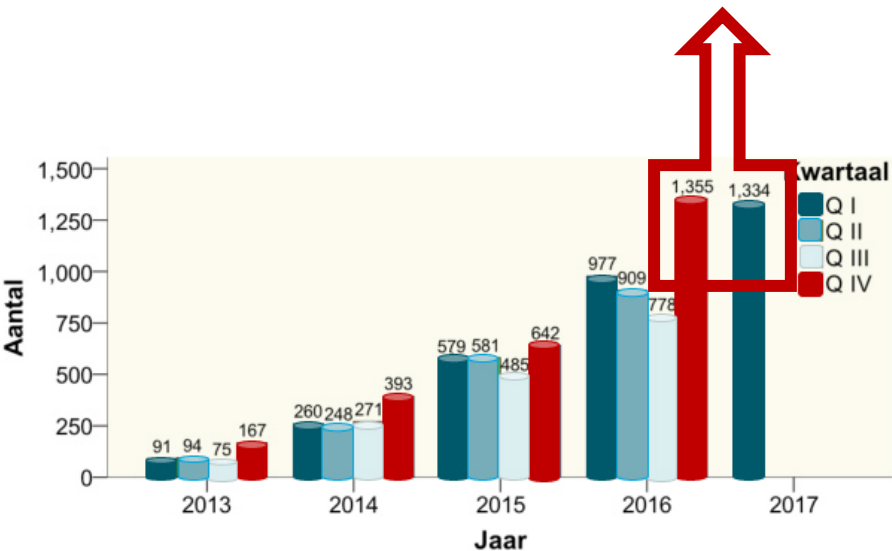
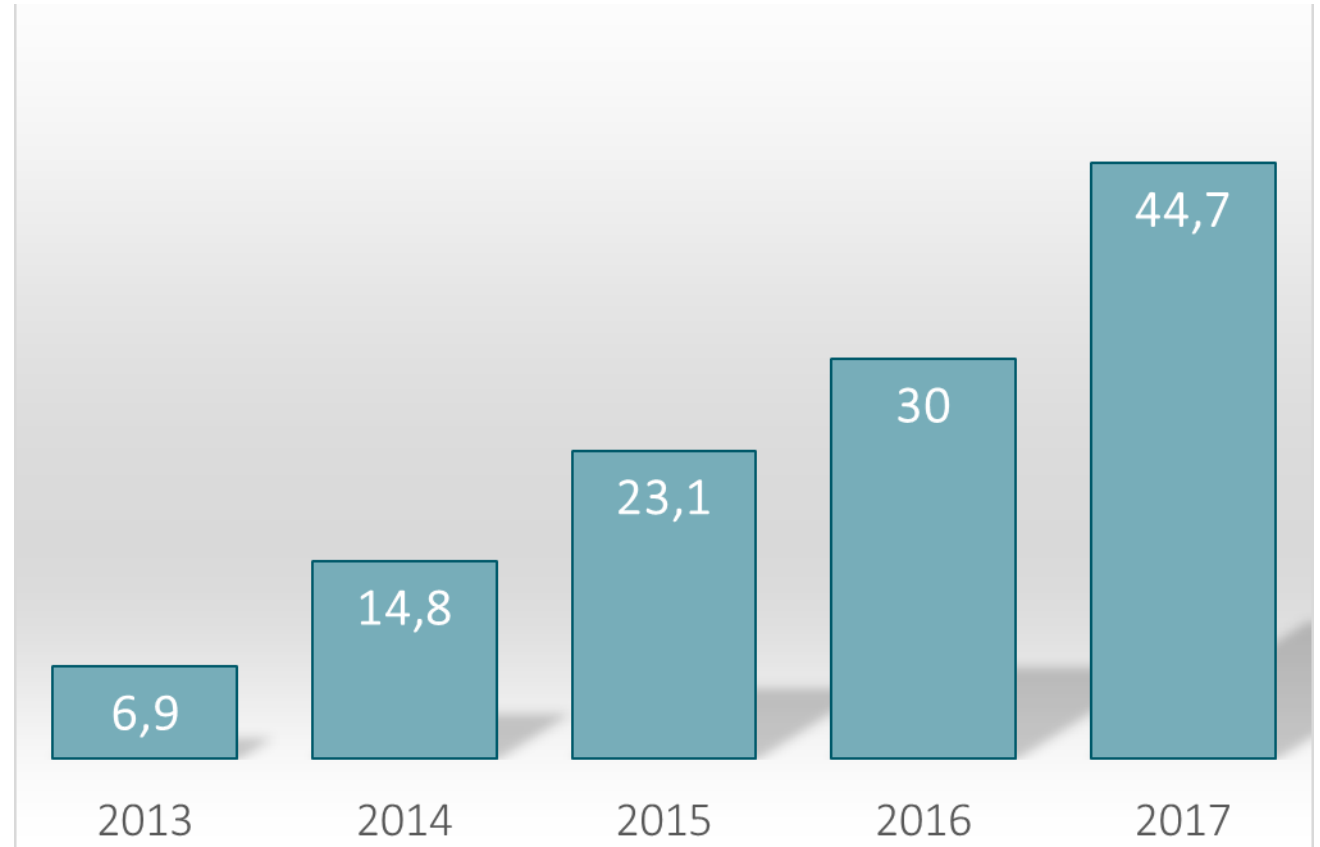
Administratieve redenen voor stijging 2013, 2014:

- Betere dekking Acut Zorgportaal in de regio;
- Betere registratie per centrum



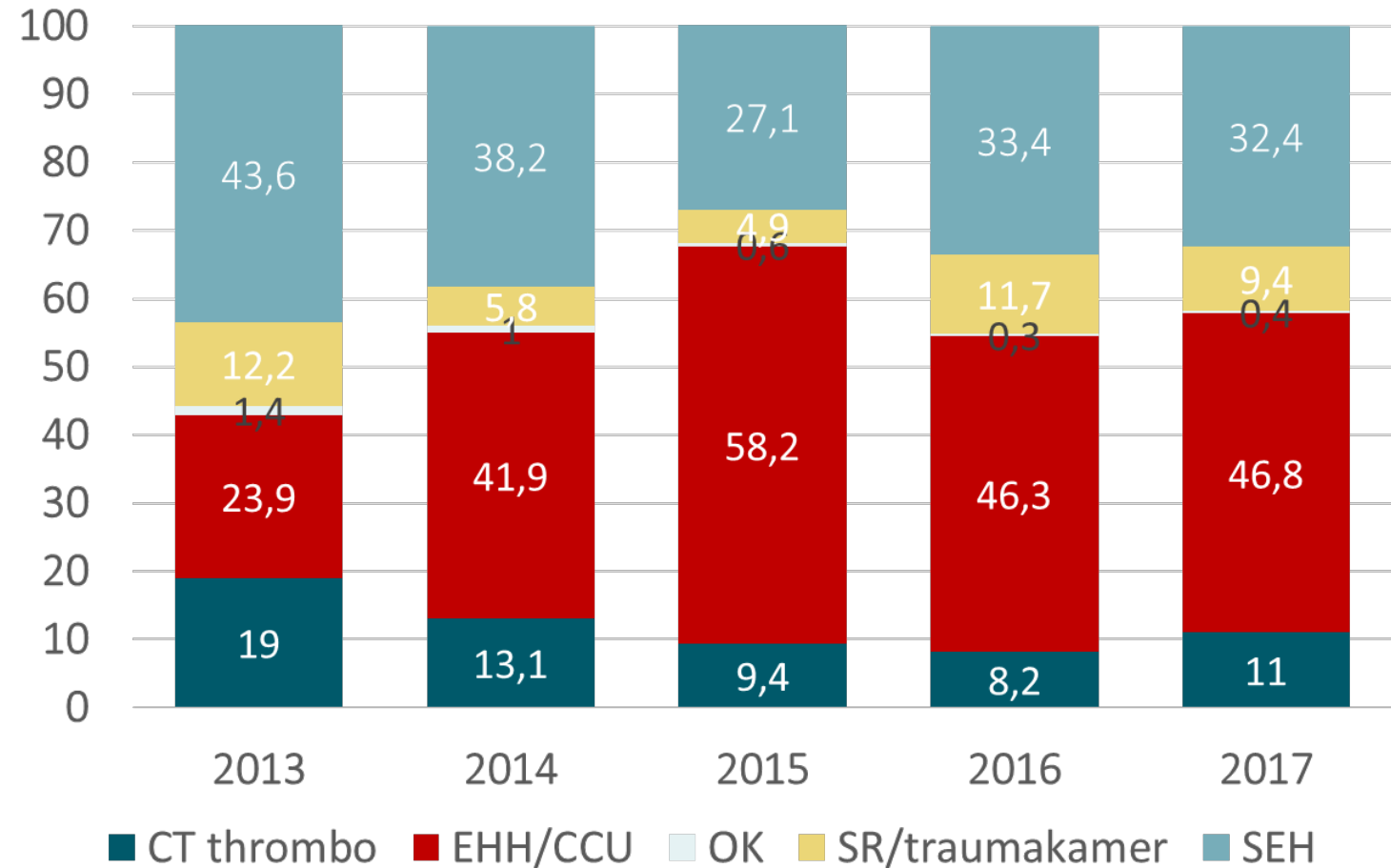
# Gemiddeld aantal uur dat op een dag in de regio stops zijn afgekondigd

Het aantal stops is in Q1 2017 gelijk aan Q4 2016, maar de gemiddelde duur van een stop is met 50% toegenomen.



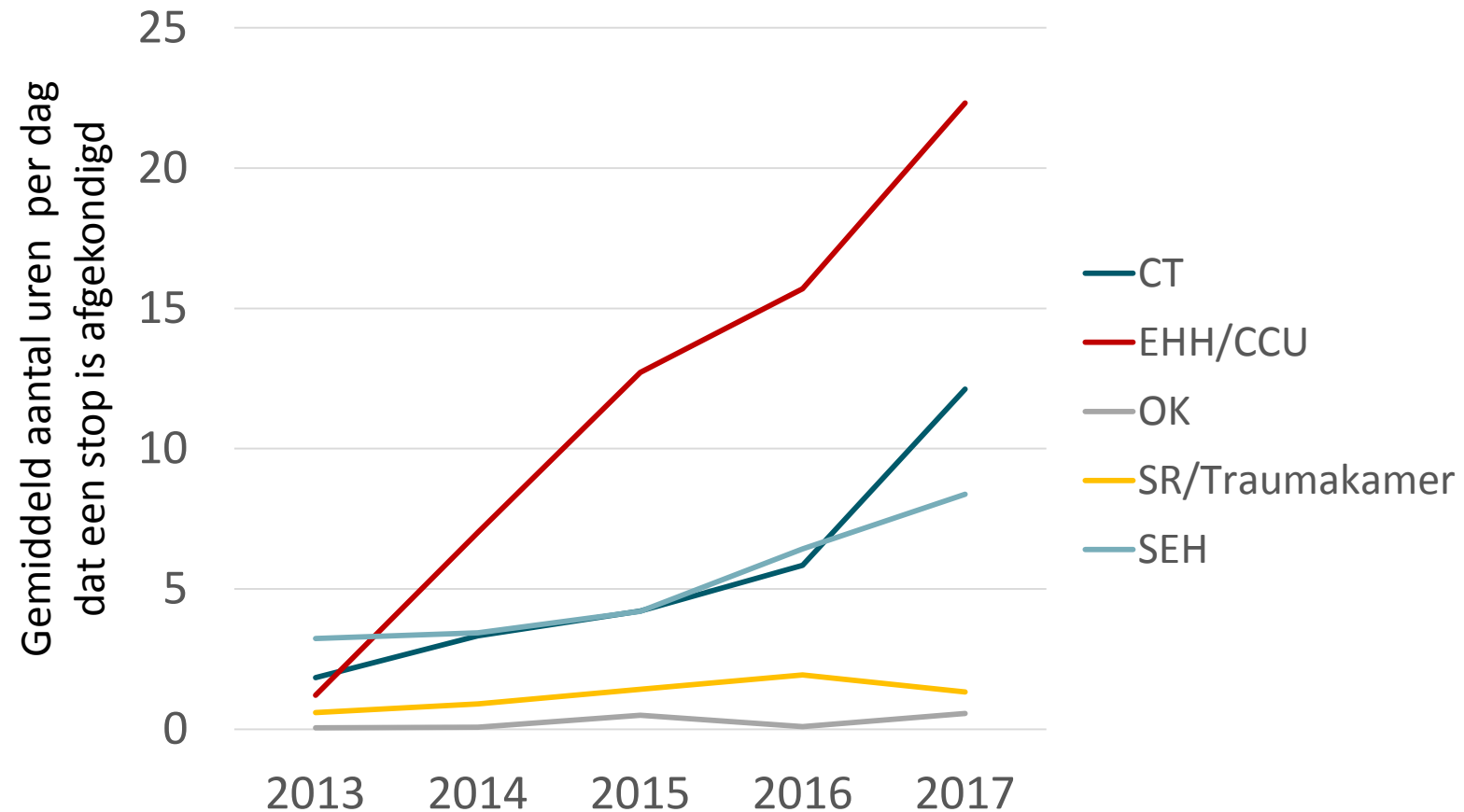
# Verhouding soort stops per jaar

Op de EHH/CCU worden bijna de helft van alle stops afgekondigd.



# Gemiddeld aantal uur dat op een dag in de regio stops zijn afgekondigd, per soort stop

- De belasting per dag van EHH/CCU stops is bijna drie keer zo groot als die van de SEH.
- De EHH/CCU kondigt niet alleen meer stops af, ze duren ook langer dan die op de SEH.





# Waarom nemen stops toe?

## 1) Veranderende omgeving (PEST analyse)

### ➤ Demografie

- Meer ouderen en minder werkenden => verhouding wordt schever.
- Mensen gaan minder snel dood aan een ziekte => toename chronisch zieke patiënten

### ➤ Politiek

- Afbouw verzorgingsstaat (aansturen op langer thuis wonen).

### ➤ Technologie

- Digitalisering zorgt er voor dat mensen makkelijker 112 bellen.

### ➤ Sociale cultuur

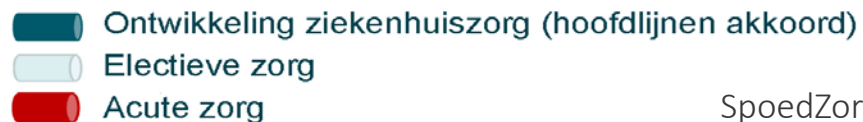
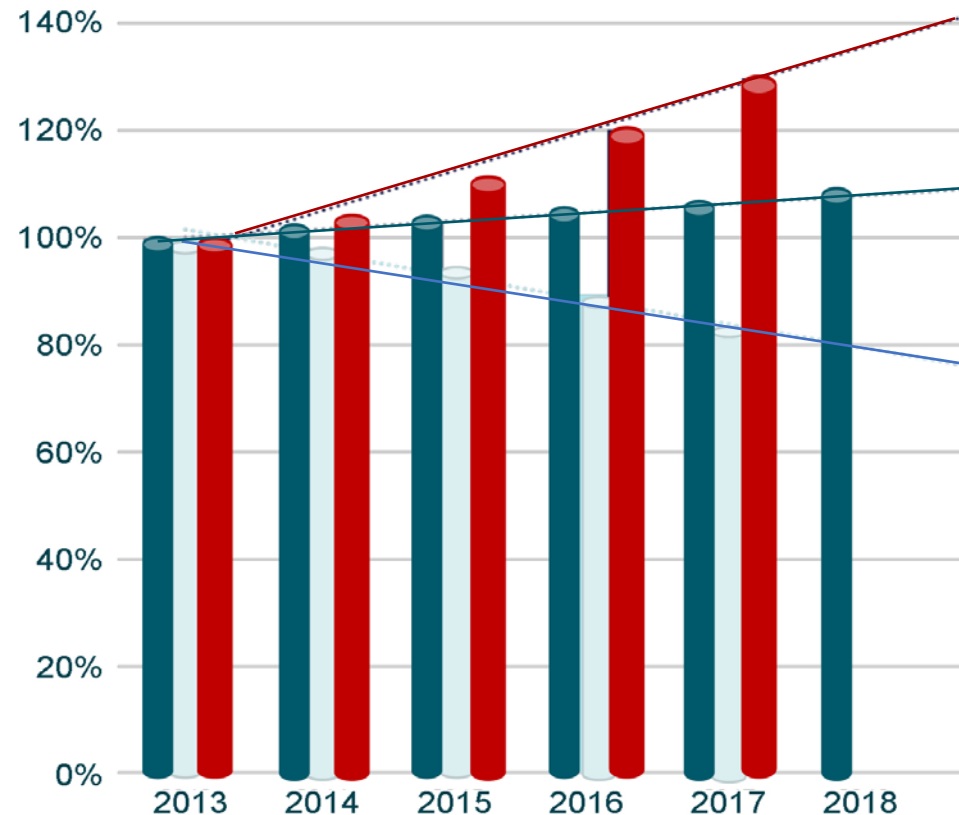
- Groeiende claimcultuur zorg er voor dat zorgprofessionals liever “het zekere voor het onzekere” nemen => meer diagnostiek en zorg.
- Nu-cultuur: mensen willen meteen antwoord op (zorg)vragen.

# Waarom nemen stops toe?

## 2) Beleidskeuzes zorginstellingen en overheid

- Te weinig specialistisch verpleegkundigen opgeleid
  - Volgt nu een inhaalslag; Capaciteitsorgaan heeft berekend hoeveel de komende jaren per specialisme moeten worden opgeleid. Hier zullen we pas over 2 jaar de vruchten van plukken.
  - Door extra opleiden specialistisch verpleegkundigen dreigt weer een tekort aan reguliere verpleegkundigen (=> doorstroom naar beddenhuizen stagneert)
  - Over de cardiologische verpleegkundigen zijn geen afspraken gemaakt.
- Verschuiving en escalatie van zorgvraag door:
  - Extramuralisering van zorgzwaartepakket (ZZP) 1 t/m 3
  - Minder ondersteuning vanuit WMO (-5% in 2016\*)
  - => Toename zorgvraag ouderen op de SEH (+19% in 2016\*)

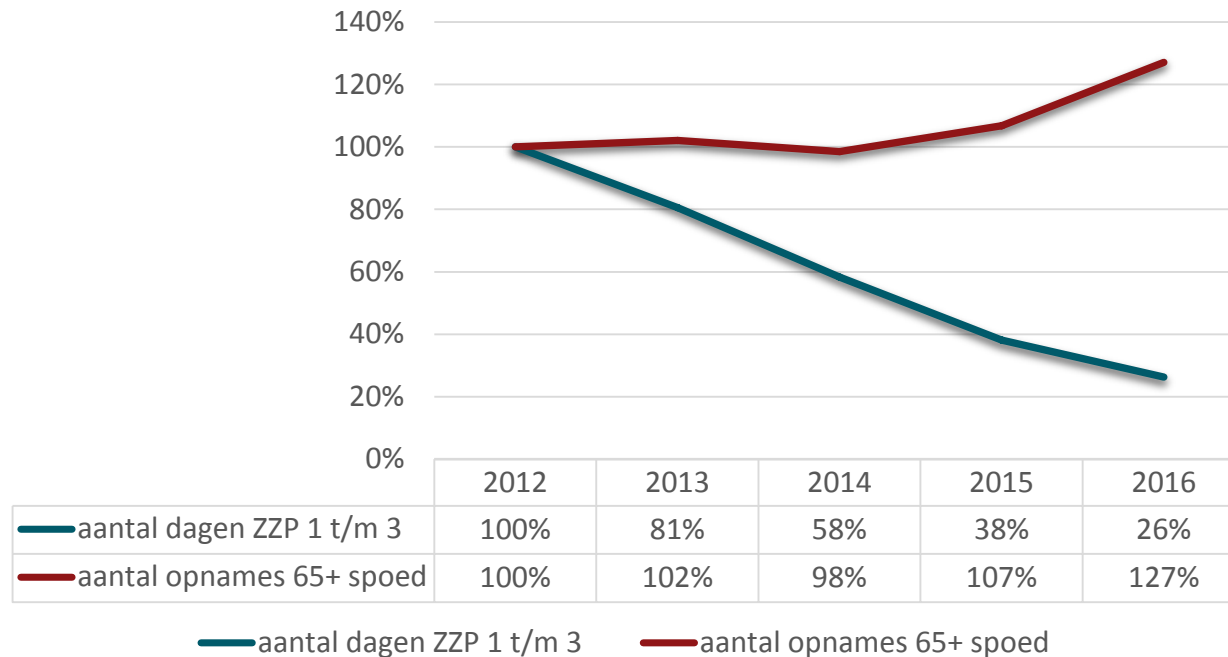
# Gevolgen meer spoedzorg voor beschikbaarheid electieve zorg\*



- Sinds 2013 stijgt in de ziekenhuizen ieder jaar het aandeel acute zorg ten koste van het aandeel planbare electieve zorg.
- Als een spoedgeval binnenkomt stopt het electieve zorgprogramma voor dat specialisme.
- Minder electieve zorg zorgt voor meer wachtlijsten.
- Wachtlijsten voor electieve zorg zorgt weer voor meer vraag naar spoedzorg.
- Het hoofdlijnenakkoord houdt geen rekening met extra ziekenhuiszorgvraag door extramuralisering.
- In het hoofdlijnenakkoord van 2018 is er een eerste aanzet gedaan om ELV capaciteit te verhogen.

# Verschuiving zorgvraag: verplaatsing intramurale zorg naar extramurale zorg

Correlatie tussen de afbouw van ZorgZwaartePakket (ZZP) 1 t/m 3 (intramuraal) en de toename spoedopnames ziekenhuis\*



- 2012 is genomen als basisjaar om andere jaren mee te vergelijken.
- In 2014 is een registratiewijziging geweest in de acute opnames (afschaffing van de eendaagse acute opnames), waardoor dit jaar een afvlakking te zien is.
- Grootste toename spoedopnames ouderen is in de jaren 2015 en 2016.

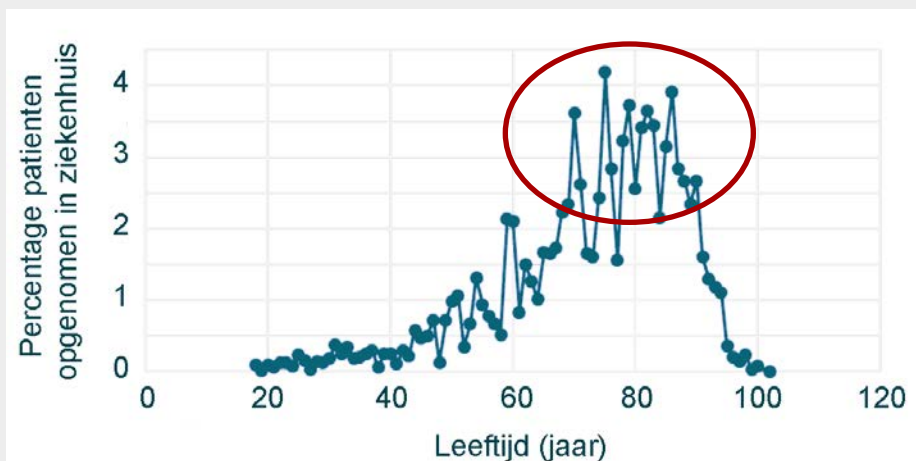
# Veel ouderen die op de SEH komen hebben geen tweedelijns spoedzorg nodig

Van de 800.000 SEH bezoeken van 65+\*:

- **19%** heeft een ***niet somatisch*** aantoonbare klacht maar een **welzijnsklacht**.
  - Kan worden opgevangen binnen de gemeente; WMO zorg.
- **17%** heeft een ***eerstelijns somatische klacht*** met een ***observatie*** vraag.
  - Kan worden opgevangen op een ELV bed.
- **24%** heeft een met ***vroegdiagnostiek*** te voorkomen vraag.
  - Bezoek kan worden voorkomen met preventie/monitoring (e-health) chronisch zieken en kwetsbare patiënten
- **39%** heeft een ***tweedelijns somatische klacht***.
  - Alleen deze groep hoort thuis op de SEH en heeft baat bij procesoptimalisering binnen het ziekenhuis.

Betere pre-hospitale organisatie voorkomt dat een groot deel van de ouderen (die geen tweedelijnszorg nodig hebben) de SEH bezoeken.

# Gevolgen voor ouderen na tweedelijnszorg



- Ouderen boven de 65 jaar worden vaker opgenomen.
- Daarnaast zijn ouderen gemiddeld 16% langer opgenomen
- => Beddenhuis verstoppt

! Let op - dit is de totale verdeling van de klinische verpleegdagen per leeftijdsjaar.

## Uitkomsten van ouderen na acute ziekenhuisopname

Een maand na ontslag:

- 15-20% heropgenomen

Drie maanden na ontslag:

- 30% functieverlies
- 20% overleden

=> Ouderen komen het ziekenhuis vaak slechter uit dan dat ze er in gingen.

# Samenvatting huidige stand van zaken



- Het aantal stops is in 2017 gelijk aan het laatste kwartaal 2016, maar de duur is met 50% toegenomen. Hierdoor neemt ook de werkbelasting voor de SEH in de regio enorm toe.
- De EHH/CCU stops vormen de grootste belasting voor de spoedzorg.
- Ouderen komen in slechtere conditie het ziekenhuis uit dan dat ze er in gingen.
- De extramuralisering van de zorg verhoogt het aantal spoedopnames ouderen met bijna 30%.
- Toename van spoedzorg geeft een grotere belasting op de diagnostische en klinische capaciteit van het ziekenhuis, waardoor de planbare zorg vermindert en er wachtlijsten ontstaan.
- De spoedzorg is niet ingericht op een groot deel van de huidige zorgvragen (observatie en welzijnsklachten).

# Noodzakelijke interventies

- Ketendenken
- Preventieve spoedzorg
- Vitaliteitssturing





# Interventies SpoedZorgNet 2016-2017

## ➤ Bijeenkomsten

- SpoedZorgNet heeft samen met VWS 3 Invitational Conferences Spoedzorg georganiseerd. Sessie 1: probleemanalyse; sessie 2: best practices; sessie 3: van procesverbeteringen naar systeemverbetering.
- SpoedZorgNet en fluent hebben samen 2 DenkTanksessies Spoedzorg georganiseerd – hier hebben wij met professionals en bestuurders uit de hele zorgketen, zorgeconomen en verzekeraars een toekomstscenario voor de regionale spoedzorg uitgewerkt.

## ➤ Best Practices

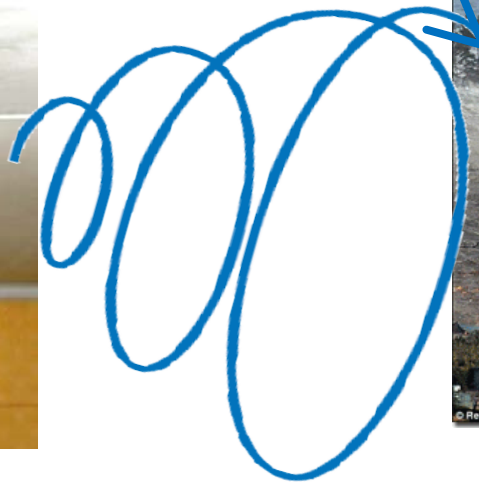
- Best Practices om instroom, doorstroom en uitstroom van de SEH te verbeteren staan samengevat in een [document](#). SpoedZorgNet update dit document ieder kwartaal en delen dit met de regio. Het document is tevens opgenomen op de [website](#) van VWS 'De Nieuwe Praktijk'.
- Tijdens de Invitational Conference van oktober 2016 hebben we workshops gegeven in een aantal best practices.

## ➤ ROAZ

- In samenwerking met de SIGRA hebben de ziekenhuizen afspraken gemaakt over het aantal; op te leiden verpleegkundigen
- Bestuurders van alle ziekenhuizen in Noord-Holland en Flevoland zijn overeengekomen dat zodra alle ziekenhuizen in een gebied een stop hebben, de stops worden opgeheven.
- De acuut vitaal bedreigde patiënt kan altijd terecht – stop of geen stop.

# Conclusie: niets doen is geen optie

- Demografische toename 65 plussers
- Huidige extramuralisering
- Wachtlijsten nemen toe: electief programma verschuift door toegenomen spoedvraag



# De volgende stap: Van proces- naar ketenzorgoptimalisatie

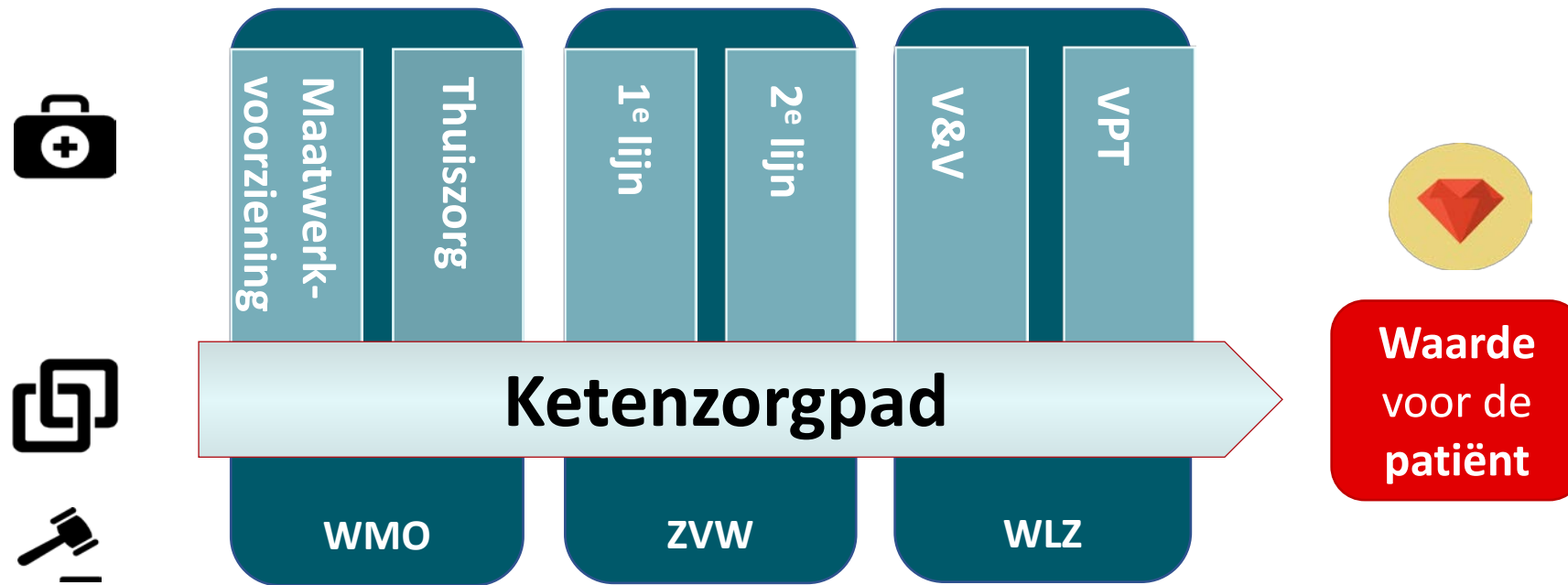
Focussen op procesverbeteringen is onvoldoende om de veranderende omgeving op te vangen.

Hierdoor staat tevens de zorgorganisatie centraal, niet de patiënt.

Alleen door de ketenzorg te optimaliseren kunnen we waarde creëren voor de patiënt.

Pas dan worden zorgprofessionals gestimuleerd om de patiënt naar de plek te sturen waar hij/zij het beste af is.

**Daarnaast** moeten organisaties wel hun processen blijven optimaliseren.

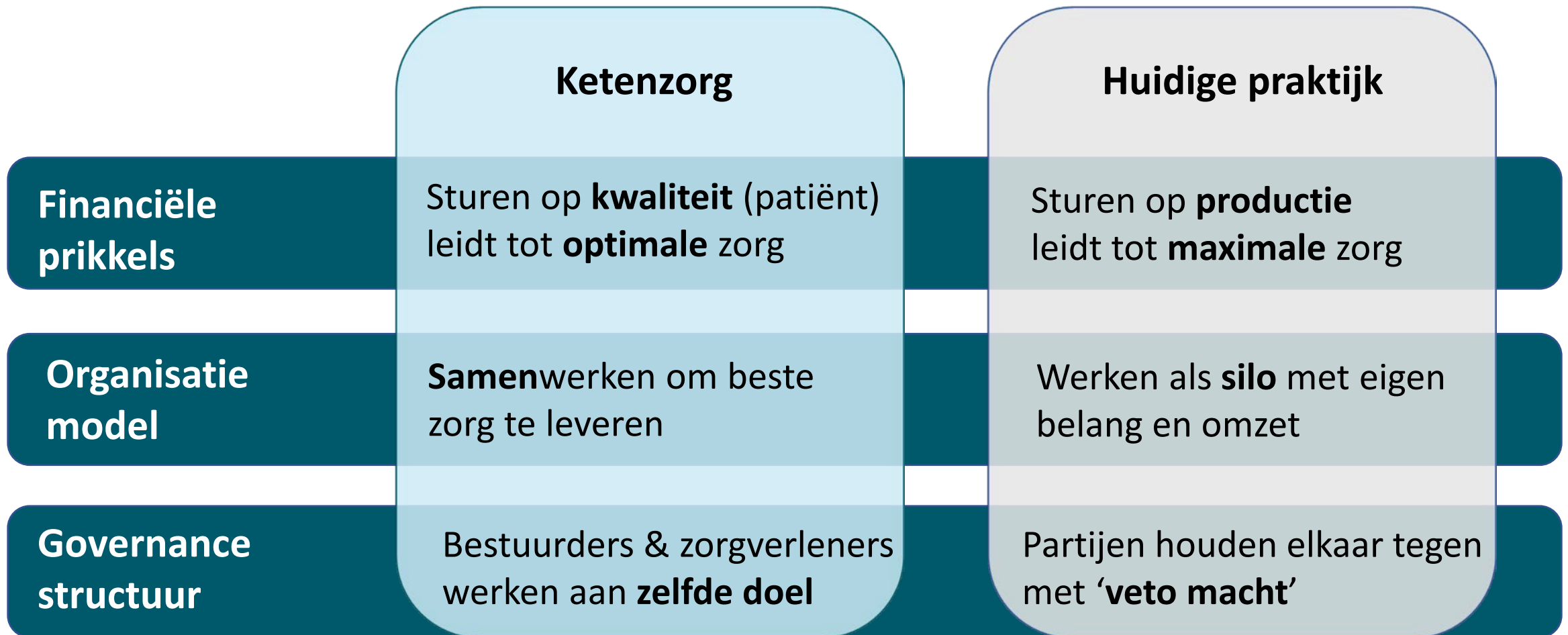


SpoedZorgNet Noord-Holland / Flevoland

fluent Healthcare

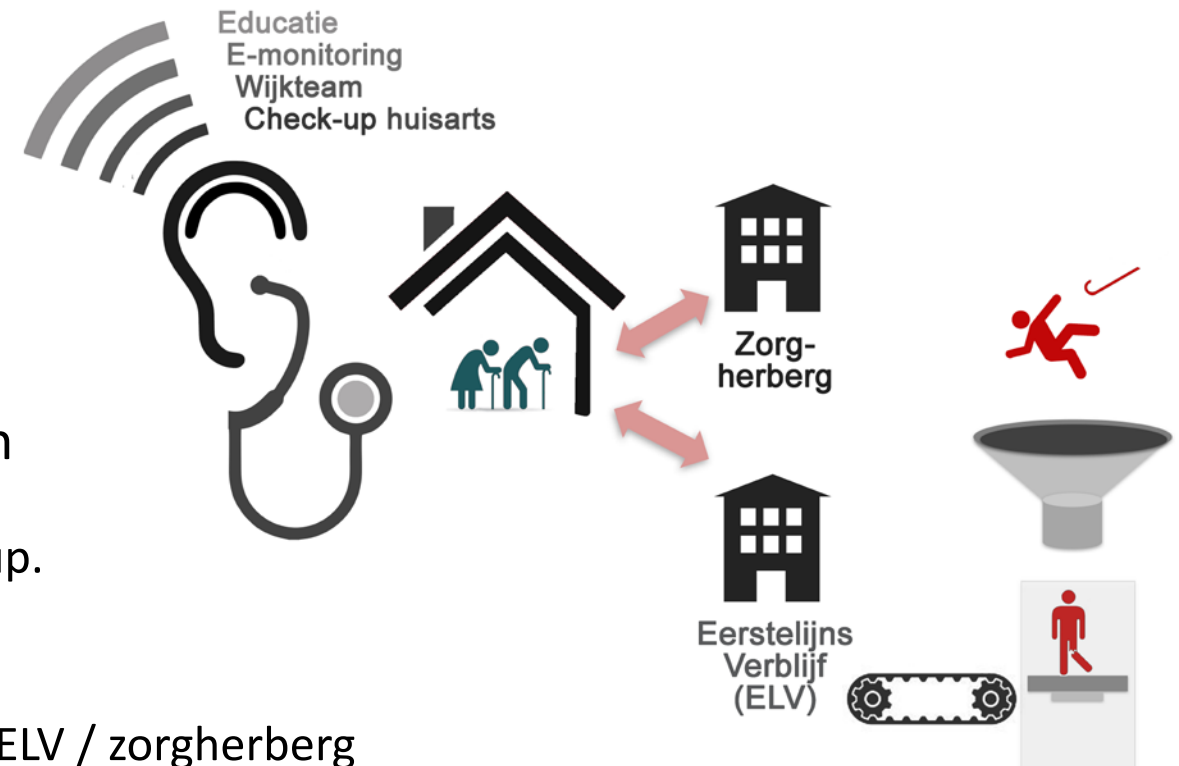


# Spanningsveld om vanuit de huidige praktijk naar Ketenzorg te gaan



# Toekomstvisie: preventie spoedvraag

- **Educatie**
  - Patiënten zijn goed voorgelicht op welke signalen ze moeten letten
- **E-monitoring**
  - Kwetsbare groepen monitoren met e-health – dit is ook aantrekkelijk voor de gebruikers.
- **Wijkteam**
  - Vast aanspreekpunt in de wijk dat de mensen ook goed kent voor zowel medische als sociale problematiek.
- **Check-up huisarts / preventieve consulten**
  - Net als de tandartscontrole – regelmatige gezondheids- en welzijnscheck-up.
- **Snel toegankelijke eerstelijns opvang**
  - Als een korte herstelperiode nodig is kunnen mensen makkelijk (direct) terecht in ELV / zorgherberg zonder tussenkomst 2<sup>e</sup> lijns professionals.



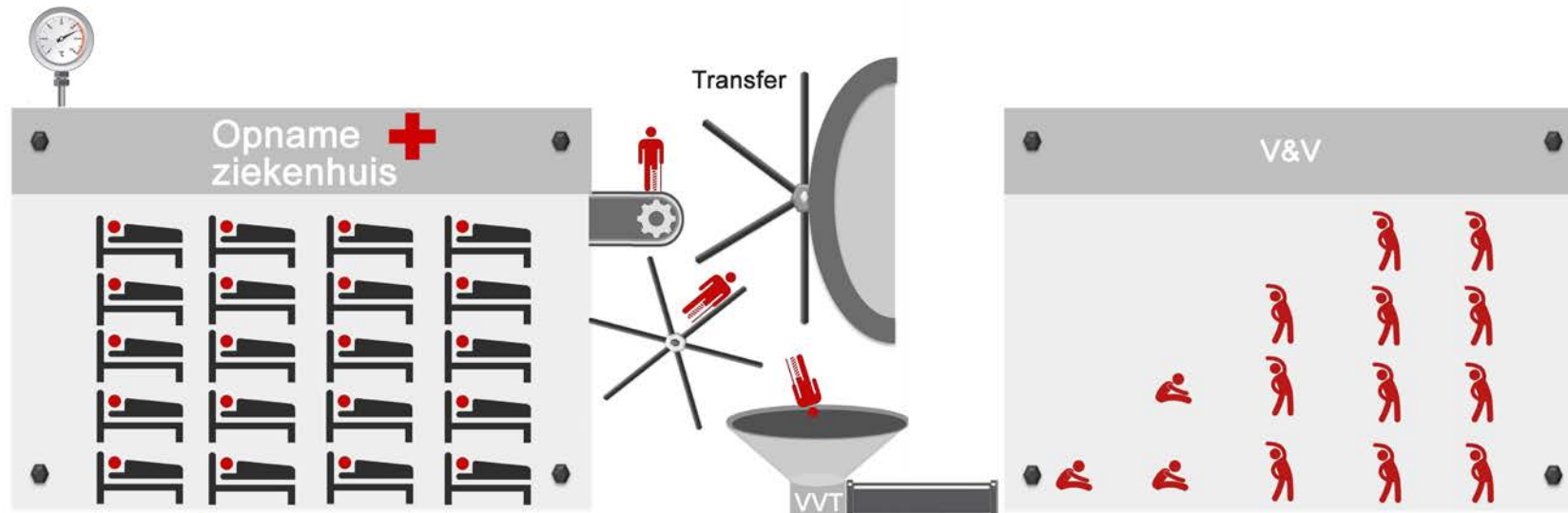
# Toekomstvisie: aanpak spoedzorgvraag

- Alle spoedzorg is **centraal** geregeld
  - Huisartsen, medisch specialisten en (wijk)verpleegkundigen werken samen om zorg zo veel mogelijk thuis te bieden.
    - Zorgprofessionals hebben inzicht in elkaars dossier
  - Niveau 1 – telefonisch advies van de zorgprofessionals zelf
  - Niveau 2 – zorgprofessionals gaan kijken bij de patiënt
  - Niveau 3 – verwijzen naar zorginstelling
    - Zorgprofessionals hebben inzicht in drukte / capaciteit van SEHs, HAPs, beddenhuizen ziekenhuizen en V&V.

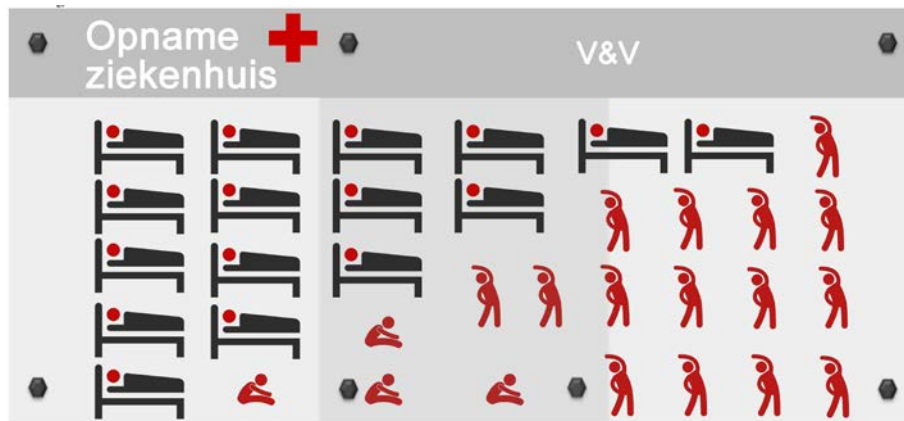


# Toekomstvisie: vitale benadering ziekenhuiszorg

Nu:



Toekomst:



- Herstelzorg start zo snel mogelijk tijdens opname.
- Ziektegedrag elimineren: patiënt ligt alleen in bed als hij/zij doodziek is of om te slapen
- Hetzelfde team is betrokken in ziekenhuis en V&V.
- Ziekenhuis en V&V lopen in elkaar over.



# Randvoorwaarden

## ➤ Informatie

Je kan pas regie voeren als je informatie hebt om op te sturen.

### Zorgverleners:

- Centraal inzicht in capaciteit is noodzakelijk.
- Centraal inzicht in (gecombineerd) patiëntendossier is noodzakelijk.
- Signalen in verandering vitaliteit kwetsbare groep (preventie vs escalatie).

### (Toekomstige) patiënten:

- Centraal (toegankelijk) inzicht in zorgmogelijkheden.
- Centraal (toegankelijk) inzicht in zelfzorgadvies.





# Barrières

- Van individuele regie per ketenpartner naar centrale ketenregie
  - Zorginhoudelijk – wie is eindverantwoordelijk?
  - Financieel – financiering is gericht op zorgsilo's, niet op ketenzorg
- Gezamenlijk belang boven individueel belang
  - Angst verlies macht zorgverlener (zorg kwijtraken / geen takenverzwaring)
  - Angst verlies inkomen zorginstelling
    - Zorg kan ook juist andere vorm aannemen – verandering ≠ verlies
- Bereidheid om wezenlijk te veranderen
  - Organisaties zitten vast in traditionele hiërarchische structuur
  - Nu voelen organisaties wel urgentie om processen te verbeteren, (nog) niet om met elkaar het systeem aan te passen.

# Samenvatting noodzakelijke interventies



- Zorgorganisaties verbreden hun scope van proces- naar ketenzorgoptimalisatie.
- Patiëntbelangen komen centraal te staan, niet de (financiële) belangen van de individuele organisatie.
- Er wordt meer geïnvesteerd in preventie van spoedzorg.
  - De financiële prikkels zijn hier ook op afgestemd.
- Alle spoedzorg wordt centraal geregeld.
- Focus van ziekenhuiszorg verschuift van verzorgen naar activeren.
- Zowel patiënten als zorgverleners kunnen met centrale informatievoorziening sturen op hun zorgproces.

# Opbrengst toekomstvisie

- In benodigde capaciteit
- In beheersing kosten



# Spoedzorgvisie speelt ziekenhuisbedden vrij\*

(landelijke cijfers)

Categorie klacht	Oudere patiënten, N	%	Kosten totaal x€1.000	%	Kosten per patiënt (€)	% opgenomen in ziekenhuis	Gemiddelde ligduur (dag)
Welzijn	152.000	19%	226.920	6%	1.493	40%	3,2
Observatie 1e lijn	136.000	17%	567.300	15%	4.171	78%	4,3
Te voorkomen complicatie chronische patiënt	192.000	24%	680.760	18%	3.546	81%	3,9
2e lijn	312.000	39%	2.307.020	61%	7.394	71%	6,2
Totaal	800.000	100%	3.782.000	100%			

Als patiënten met welzijnsklachten, eerstelijns observatie klachten, of chronische patiënten met complicaties de juiste zorg op de juiste plek krijgen, kunnen er landelijk jaarlijks ongeveer 4.000 ziekenhuisbedden vrij komen:

- **Welzijnsklachten** binnen de gemeente behandelen en patiënten met **eerstelijns-observatieklachten** in een ELV bed plaatsen zorgt voor 2.150 ziekenhuisbedden die gedurende een jaar lang vrij komen (bij bedbezetting van 83%).
- De vroegmonitoring van **chronisch zieken** middels eHealth en preventieve consulten zorgt voor 1.200 beschikbare ziekenhuisbedden bij een reductie van 50% restschade; ongeveer 2.400 ziekenhuisbedden zijn continu bezet om deze complicaties te behandelen.
- De vitaliteitsbenadering in de **tweedelijnszorg** zorgt voor 730 ziekenhuisbedden als de verpleegduur voor ouderen na spoedopname met 1 dag verkort.

# Centrale aanpak spoedzorgvragen



## Opbrengst

Als mensen met medische klachten bij één (telefonisch) loket terecht kunnen, levert dit op:

- Patiënten met **welzijnsklachten** en **eerstelijns observatie** nodig hebben, worden door de juiste zorgverleners geholpen.
- Dat voorkomt onnodige hospitalisatie ouderen.
- Vermindert de druk op de spoedzorg door zorgvragen van ouderen.
- Er komen ziekenhuisbedden vrij voor electieve zorg.

## Randvoorwaarden

- De zorg op systeemniveau organiseren en voor ketenfinanciering zorgen.
- Gemeenten en de ketenzorgpartijen moeten nauwer samenwerken.
- Over de hele keten hebben zorgverleners inzicht in beschikbare (bedden)capaciteit en medische dossiers.
- Er zijn voldoende ELV observatiebedden/logeerbedden ingekocht.

# Voorkomen van zorgvraag door vroegmonitoring



## Opbrengst

De vroegmonitoring van **chronisch zieken** middels eHealth en preventieve consulten levert op:

- Patiënten hebben een betere kwaliteit van leven.
- Ze krijgen minder complicaties en daarmee minder mogelijke restschade.
- Er komen ziekenhuisbedden vrij voor electieve zorg.

## Randvoorwaarden

- Brede inzet van e-Health technologie bij chronisch zieken.
- Aanpassing van het bekostigingssysteem.
- Verregaande samenwerking tussen huisartsen, ziekenhuizen, verzekeraars en gemeenten.

NB: Deze ontwikkeling bestaat al op kleine schaal in het land. Opschaling is in Nederland niet aantrekkelijk door het ontbreken van financiële prikkels om preventie te vergoeden.

# Vitaal beter worden



## Opbrengst

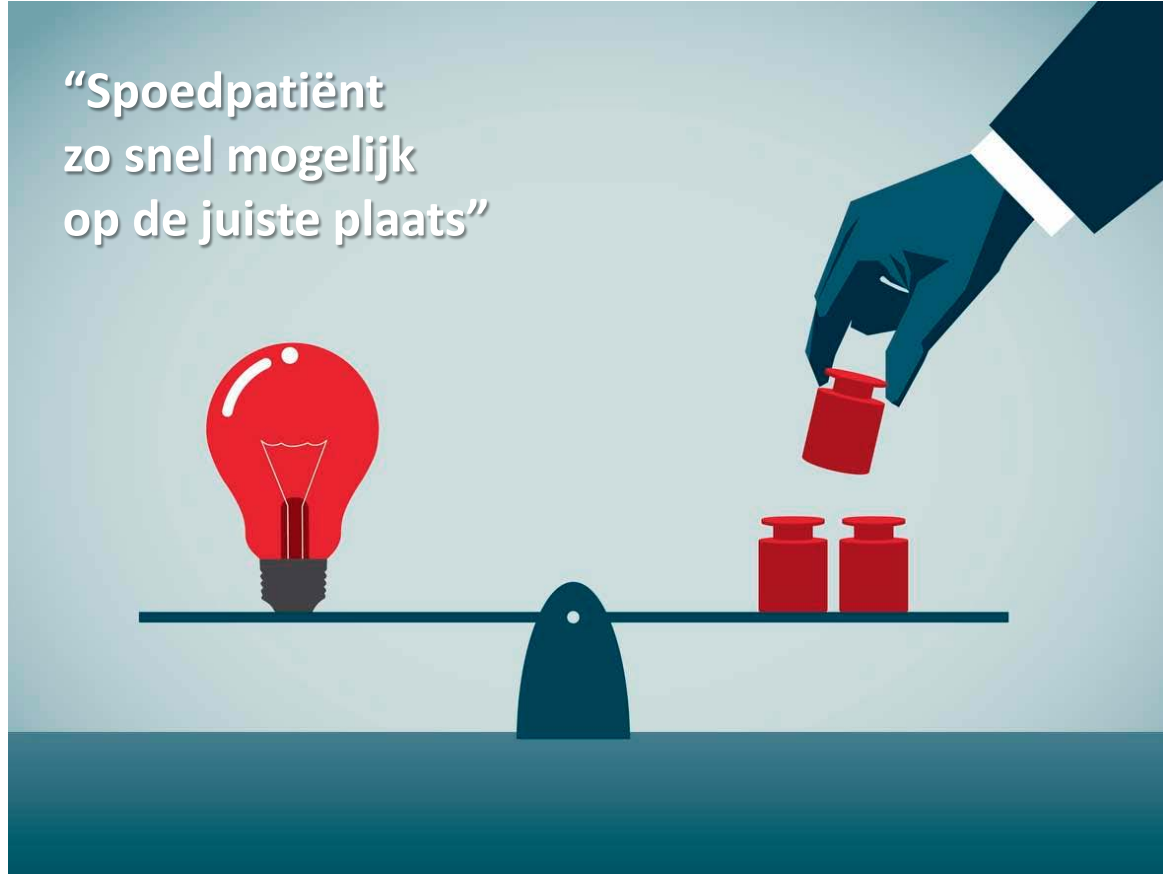
De vitaliteitsbenadering bij ouderen die in **de tweede lijn** zijn opgenomen levert op:

- Patiënten hebben een betere kwaliteit van leven.
- Het nazorgtraject verkort.
- Ouderen hebben een grotere kans op terugkeer naar de thuissituatie vanuit het ziekenhuis.
- Er komen ziekenhuisbedden vrij voor electieve zorg.

## Randvoorwaarden

- Ontschotting VVT en ziekenhuiszorg.
- Aanpassing van het bekostigingssysteem.
- Aanpassingen in de inrichting van het zorgproces in het ziekenhuis: van ‘in bed als standaard’ naar ‘in bed indien nodig’.

# Vervolgstappen: de spoedpatiënt centraal



## Wie doet wat?

- Zorgverzekeraars/ VWS: ketenfinanciering
- Zorgverzekeraars: beloon waarde voor de patiënt, niet kwantiteit
- VWS: (privacy)wetgeving gecombineerd patiëntendossier
- Zorginstellingen: één gezamenlijk loket voor spoedzorgvragen
- 1e lijn / gemeenten: standaard preventie spoedzorg



# Samenvatting opbrengst toekomstvisie



## **Opbrengst**

- Patiënten hebben een betere kwaliteit van leven.
- Ze komen sneller op de juiste plaats met de juiste zorg.
- Er komt meer zorgcapaciteit vrij.
- Druk op de spoedzorg neemt af.

## **Randvoorwaarden**

- Op systeemniveau zorg organiseren en voor ketenfinanciering zorgen.
- Zowel patiënten als zorgverleners kunnen met centrale informatievoorziening sturen op hun zorgproces.
- Focus van ziekenhuiszorg verschuift van verzorgen naar activeren.
- Zorgverzekeraars en gemeenten hebben de juiste zorg voldoende ingekocht.

# Dankwoord

Tot slot willen we graag de mensen uit de DenkTank bedanken voor hun inzet op persoonlijke titel. Met hun vrijdenken hebben we gezamenlijk deze toekomstvisie kunnen vormen:

<b>Naam</b>	<b>(organisatie)</b>
Ronald van Breugel	(VGZ)
Patrick van Deursen	(Philips)
Michiel Gorzeman	(OLVG)
Eric Hisgen	(Amstelring)
Hugo Keuzenkamp	(Westfriesgasthuis / Waterlandziekenhuis)
Xander Koolman	(VUmc)
Jacqueline Langeslag	(SAG)
Edwin van der Meer	(BovenIJ ziekenhuis)
Peter Meijer	(AMC)
Rosa Remmerswaal	(Significant)
Paul Rijksen	(Huisartsenposten Amsterdam)
Hanna Willems	(AMC)
Rinus Groeneveld	(vertegenwoordiger patiëntenperspectief)
Erwin Winkel	(ING)