

# Hoe kunnen we piekdrukte verminderen op de SEH?



# Voorbeschouwing

## Aanleiding, scope en aanpak

Piekdrukke (crowding) op de spoedeisende hulp (SEH) is een groeiend probleem. Het aantal SEH-stops loopt op, waardoor de werkdruk toeneemt. Dit leidt tot meer verzuim en een hogere uitstroom onder SEH-medewerkers.<sup>1</sup> Ook hebben de patiënten in toenemende mate last van piekdrukke op SEH's, bijvoorbeeld doordat ze minder kwaliteit ervaren door oplopende wachttijden. In het Integraal Zorgakkoord is de afspraak opgenomen dat er een verkenning plaatsvindt naar de initiatieven om de piekdrukke op de SEH tegen te gaan. In deze handreiking zijn elf initiatieven uitgewerkt die betrekking hebben op het verminderen van de instroom en het verbeteren van de door- en uitstroom van patiënten. Het zijn best practices in Nederland die de piekdrukke op de SEH verlagen.

Piekdrukke ontstaat wanneer de vraag naar zorg op de SEH de capaciteit voor patiëntenzorg op de SEH, het ziekenhuis of beide, overschrijdt. Iedereen die op een SEH werkt kent het fenomeen. Er is meer vraag dan aanbod, en dat leidt tot onprettige en onwenselijke situaties. De gevolgen hiervan kunnen divers zijn: onder- of overbehandeling, afgenomen kwaliteit van zorg, toegenomen wachttijden, en bovenmatige stress onder medewerkers op de SEH, met alle gevolgen van dien.

Diverse factoren kunnen bijdragen aan piekdrukke op SEH's. Enerzijds kan dit te maken hebben met een toenemende patiëntenstroom, bijvoorbeeld door demografische factoren, drukke in de eerste lijnszorg of onterechte verwijzingen. Doorstroom van patiënten op een SEH kan onder andere blokkeren door onjuiste triage, een tekort aan personeel of bedden capaciteit of lange wachttijden op lab-resultaten. Tot slot, wanneer uitstroom van patiënten blokkeert, leidt dit ook tot piekdrukke. Bijvoorbeeld doordat kliniekbedden vol liggen of wanneer er onvoldoende coördinatie is met keteninstanties.<sup>23</sup>

De piekdrukke zelf is niet goed meetbaar, maar vaak wordt de drukke vastgesteld aan de hand van het aantal patiënten, de ligduur van de patiënten of bijvoorbeeld de gevalideerde scores, zoals de National Emergency Department Overcrowding Scale (NEDOCS). Het begrip 'piekdrukke' is echter ook deels subjectief gekleurd. Het gaat ook om de ervaren werkdruk van het personeel, ook wanneer het aantal patiënten nog niet het toppunt heeft bereikt. De ervaren piekdrukke is daarmee minder goed meetbaar of te kwantificeren; de ervaren werkdruk kan bijdragen aan het gevoel van piekdrukke. Bij de medewerkers gaat het daarbij ook om het gevoel of ze de stroom van acute zorgvragen aankunnen.

De scope van deze handreiking is gericht op het verminderen van de piekdrukke op de SEH aan de hand van de bestaande capaciteit. Het zijn best practices waar ketenpartijen directe invloed op kunnen uitoefenen. De best practices zijn het resultaat van een deskstudie, het interviewen van deskkundigen, het bezoeken van locaties en het organiseren van werktafels. Hierbij is gesproken met een groep medische en organisatorische experts (zie bijlage 1). De best practices zijn geselecteerd op de mate van impact en de mate van haalbaarheid of uitvoerbaarheid van het initiatief.

## Belangrijkste bevindingen

De piekdrukke op de SEH is een probleem dat door het hele veld wordt ervaren. Wanneer het ergens spaak loopt in de keten, is het effect direct merkbaar op de SEH. Betrokkenen geven aan dat de piekdrukke op SEH's daarentegen wel een oplosbaar probleem is. Het verschil tussen piekdrukke en normale drukke is soms maar een paar patiënten per dag in een uur of dagdeel.

'Er is niets zo voorspelbaar als de acute zorg' zei één van de betrokken SEH-artsen. Acute zorgvragen

1 <https://www.inaz.nl/nieuws/seh-stops-in-kwartaal-4-van-2023>

2 Asplin, Brent R. et al. (2003). A conceptual model of emergency department crowding. *Annals of Emergency Medicine*, Volume 42, Issue 2, 173 – 180.

3 Savioli, Ceresa et al. (2022). Emergency Department Overcrowding: Understanding the Factors to Find Corresponding Solutions. *Journal of personalized medicine*, 12(2), 279. <https://doi.org/10.3390/jpm12020279>.

lijken zich inderdaad goed te laten voorspellen, tot op het uur nauwkeurig. Hoewel voorspelbaarheid niet gelijk is aan planbaarheid, kunnen ziekenhuizen wel profiteren door hun capaciteit op de verwachte zorgvraag af te stemmen.

Er zijn twee trends die het meeste helpen bij het verlichten van de druk op de SEH. Enerzijds is dit de verbinding tussen de SEH en de huisarts of HAP bij de instroom. Het versterken van de eerste lijn draagt bij aan de oplossing voor de piekdrukke. Anderzijds zit de oplossing in een betere doorstroom naar de rest van het ziekenhuis; piekdrukke wordt nog niet op alle afdelingen ervaren als een issue van het gehele ziekenhuis. Het is daarmee een ketenvraagstuk dat SEH's niet zelf kunnen oplossen. Dit is terug te zien in de best practices. Alleen samen kunnen zorgorganisaties piekdrukke op de SEH het hoofd bieden. De hele keten heeft vervolgens weer profijt van een effectieve SEH.

## Leeswijzer

In deze handreiking staan elf initiatieven weergegeven die piekdrukke op de SEH tegengaan. De initiatieven zijn ingedeeld aan de hand van de thema's 'instroom', 'doorstroom' en 'uitstroom' van het SEH-zorgpad. Iedere best practice wordt ingeleid met een situatieschets. Daarna staat een toelichting op de best practice weergegeven en zijn er succesfactoren geformuleerd. Tot slot zijn de locaties waar de best practice succesvol is ingezet opgesomd.

Niet iedere best practice is in iedere context even kansrijk. Voorafgaand aan het implementeren van een initiatief is het van belang dat een gedegen probleemanalyse wordt opgesteld. Deze handreiking wordt afgesloten met een implementatieplan om de best practices naar de praktijk te brengen. Onderdelen hiervan zijn te betrekken op ieder initiatief.



# Best practices



Best practice 1 / 11

## De juiste zorg op de juiste plek bieden door middel van een spoedplein

*Een patiënt komt op zaterdagmiddag met een pijnlijke enkel naar het ziekenhuis. De patiënt heeft van tevoren niet gebeld en gaat direct naar het loket op het spoedplein, waar blijkt dat dit door de HAP opgepakt kan worden. De patiënt wordt doorverwezen naar de HAP.*

Richt een spoedplein in



## Toelichting op de best practice

Een spoedplein is een fysieke plek met een volwaardige HAP en SEH met een dienstapotheek. Een spoedplein kan aangevuld worden met andere acute zorgorganisaties, bijvoorbeeld acute ggz, acute mondzorg, kinder-SEH of met een coördinatiepunt voor onplanbare VVT-zorg. Een effectief spoedplein gaat echter verder dan het enkel samenbrengen van deze organisaties op één locatie. De disciplines werken in een spoedplein vergaand samen, maar blijven wel gescheiden functies. Een spoedplein biedt hiermee één fysieke voordeur voor acute zorgvragen naar meerdere acute zorgorganisaties. Idealiter is er één loket waar de patiënt zich kan aanmelden. Diverse spoedpleinen hanteren hiervoor het loket van de HAP.

Een spoedplein biedt verschillende voordelen:

- › Onnodige instroom op de SEH kan worden voorkomen. Een deel van de patiënten dat zich anders bij de SEH had gemeld, kan op de HAP worden gezien.
- › Er vindt eerder afstemming plaats tussen onderlinge zorgorganisaties, waardoor er een lager risico is op onder- of overbehandeling.
- › Er is maar één loket waar de patiënt zich hoeft te melden. Het is duidelijk voor de patiënt waar deze met de zorgvraag naartoe moet.
- › De intensievere samenwerking tussen zorgorganisaties zorgt voor beter onderling begrip en de uitwisseling van kennis en expertise.

## Succesfactoren

- › Draag zorg voor laagdrempelig overleg en meekijken tussen SEH-artsen en huisartsen.
- › Zorg ervoor dat er op bestuurlijk niveau de bereidheid is om samen te werken. Erken het gemeenschappelijk probleem in de acute zorg en bouw vanuit de inhoud.
- › Beperk het spoedplein niet alleen tot de SEH en de HAP; een spoedplein kan ook als voordeur dienen voor andere acute zorgorganisaties.
- › Maak heldere kwaliteitsafspraken en stem werkprocessen en protocollen op elkaar af. Maak afspraken over het verschil in openingstijden.
- › Betrek de zorgverzekeraar vroeg in het proces in het meedenken over de realisatie en financiering.<sup>4</sup>
- › De rol van de huisarts kan worden versterkt doordat huisartsen(posten) rechtstreeks, zonder tussenkomst van de spoedeisende hulp, diagnostiek kunnen aanvragen. Denk bijvoorbeeld aan het aanvragen van radiologiefoto's tijdens ANW-uren. Dit kan bijvoorbeeld bij verdenking van een botbreuk. Deze foto kan voorlopig worden beoordeeld door de huisarts of door middel van AI.

## Goed voorbeeld

In Nederland zijn er veel goede voorbeelden van spoedpleinen te vinden. Er zijn echter verschillen in de wijze van samenwerking en de inrichting van het plein voor de patiënt. Dit zijn enkele locaties waar de spoedpleinen operationeel zijn:

- › Canisius Wilhelmina Ziekenhuis.
- › Jeroen Bosch Ziekenhuis.
- › BovenIJ ziekenhuis.
- › HagaZiekenhuis.
- › Spoedeisende Medische Dienst bij het Rode Kruis Ziekenhuis.

4 Zie p. 23 van het NZa rapport Advies Bekostiging acute zorg [https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC\\_757202\\_22/1/](https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_757202_22/1/)

Best practice 2 / 11:

## Reduceren van het aantal zelfverwijzers op de SEH door de poortwachtersfunctie van de huisarts(enpost) te versterken

*Een patiënt heeft een wond opgelopen op haar arm. De wond bloedt flink en ze denkt erover na om naar de SEH te gaan. Ze belt eerst de huisarts. Ze stuurt de huisarts daarbij ook een foto. De huisarts schat in dat de wond in de huisartsenpraktijk behandeld kan worden. Dezelfde middag kan de patiënt nog worden ingepland op een spoedplek in het spreekuur.*

**Versterken  
poortwachters-  
functie huisarts  
(enpost)**



**Spoedeisende  
eerste hulp**

## Toelichting op de best practice

Een patiënt kan op verschillende manieren op de SEH van het ziekenhuis terecht komen: via de huisarts, via de regionale ambulancevoorziening of via een doorverwijzing van de verloskundige of de specialist ouderengeneeskunde. Daarnaast is er sprake van zogeheten 'zelfverwijzers': patiënten die zonder verwijzing naar de SEH komen. Zo'n twintig tot dertig procent van alle SEH-bezoekers bestaat uit dergelijke 'zelfverwijzers'.<sup>5</sup> Zij komen op eigen initiatief naar een SEH, terwijl een deel net zo goed door een huisarts gezien kan worden. Deze patiënten ontvangen niet de zorg op de juiste plek en dragen hiermee bij aan het probleem van piekdrukke op de SEH. Uit onderzoek blijkt dat de helft van de zelfverwijzers onterecht de SEH bezoekt.<sup>6</sup> Patiënten die vanuit praktische overwegingen de SEH bezoeken, blijken zich vaker onterecht bij de SEH te melden, bijvoorbeeld omdat de SEH-afdeling dichtbij is en er bij de SEH geen afspraak gemaakt hoeft te worden.

Het is daarom wenselijk om het aantal zelfverwijzers te reduceren. Een spoedplein is een van de manieren waarop dit kan worden gerealiseerd, met één loket waar alle spoedvragen binnenkomen. Niet iedere SEH heeft echter een huisartsenpost voor de deur en de mogelijkheid om een spoedplein te organiseren. Hiervoor zijn afspraken nodig tussen de SEH en de HAP en huisartsen in de regio. Het Radboudumc heeft deze werkwijze geïmplementeerd. Tijdens daguren moeten patiënten eerst langs een huisarts, voordat ze naar een SEH verwezen worden. In avond, nacht en weekenden moeten deze patiënten eerst langs de HAP. Met de huisartsen worden goede afspraken gemaakt over de triage om de instroom van patiënten op de SEH te faseren. Een belangrijk uitgangspunt is dat de huisarts de doorverwijzing en het urgentieniveau bepaalt. Deze werkwijze is daarvoor ook in het belang van de huisartsen.

De opvang van zelfverwijzers door de huisarts en de HAP draagt bij aan de reductie van de piekdrukke van de SEH door een afname van de patiënteninstroom. Ook kan de huisarts hiermee zijn of haar poortwachtersrol beter vervullen. Zo bied je de juiste zorg, op de juiste plek en op het juiste moment.

## Succesfactoren

- › Start met een pilot met enkele huisartsen in de regio. Schaal pas op wanneer de resultaten positief zijn.
- › Geef huisartsen inzage in de drukke op de SEH.
- › Zorg voor een sterke eerste lijn, waarbij de patiënt met een spoedvraag laagdrempelig terechtkan.

## Goed voorbeeld

- › Spoedplein bij het Canisius Wilhelmina Ziekenhuis.
- › Radboudumc en Universitair Gezondheidscentrum Heyendaal.
- › Colocatie SEH, HAP en apotheek bij het Diakonessenhuis.

<sup>5</sup> <https://www.vzinfo.nl/acute-zorg/gebruik/seh>

<sup>6</sup> Kraaijvanger, Nicole & Rijpsma, Douwe & Willink, Lisa & Lucassen, Plbj & Van Leeuwen, Henk & Edwards, Michael. (2016). Why patients self-refer to the Emergency Department: A qualitative interview study. *Journal of evaluation in clinical practice*. 23. 10.1111/jep.12680.



Best practice 3 / 11:

## Versterken van de triage van de huisarts(enpost) of de ambulance door inzet van digitale triage

*Meneer De Blok heeft een sportieve dag gehad in het weekend, maar voelt zich de hele avond duizelig. Via de website van de huisartsenpost beantwoordt hij met zijn partner gevalideerde triage- en anamnesevragen. Er wordt via de chat een digitaal consult met meneer De Blok gestart. Dit blijkt voldoende. Hij kan aan de slag met de adviezen voor de duizeligheid en er is een plan opgesteld als de duizeligheid aanhoudt. Meneer De Blok hoeft die avond niet naar de HAP toe te gaan.*

Inzet van digitale triage



## Toelichting op de best practice

Een belangrijke manier om de piekdrukke op de SEH te verminderen, is het verlagen van de instroom door het versterken van de eerste lijn. Het succesvol reduceren van het aantal zelfverwijzers op de SEH betekent dat een groter aantal patiënten een beroep doet op de huisartsenzorg. De drukte op een SEH wordt daarmee voor een belangrijk deel bepaald door de sterkte van de eerstelijnszorg in een regio. Wanneer het druk is bij de triagist van de huisarts, wordt de kans groter dat mensen naar een SEH gaan, zelfs wanneer dit niet nodig is. Er zijn diverse vormen van digitale triage, bijvoorbeeld door het laten invullen van een digitale vragenlijst, het stellen van vragen in een chat (waar nodig met beeldmateriaal) of via videobellen. Ook kan er gebruik worden gemaakt van artificial intelligence om patiëntvragen te beantwoorden. Dit is bijvoorbeeld mogelijk in het Amsterdam UMC en het UMCG.<sup>7</sup>

Een online platform of een chatfunctie kan de triage verzorgen. In Nederland zijn er meerdere pilots uitgevoerd op dit gebied, met positieve resultaten.<sup>8</sup> Deze digitale triage kan georganiseerd worden vanuit de huisarts of vanuit de HAP. In de vragenlijst of chat worden basisgegevens opgevraagd, zoals geslacht en leeftijd, en er wordt doorgevraagd op de betreffende gezondheidsklacht. Na het invullen van de vragenlijst staat er duidelijk aangegeven waar de patiënt terecht kan. Soms wordt er een online chat gestart. Een chatfunctie is toegankelijk voor mensen en geeft triagisten de tijd om meer diagnostisch werk uit te voeren. Aan de hand van de ernst van de situatie wordt de patiënt gebeld, of wordt er direct een afspraak ingepland. De telefonische wachttijd wordt hierdoor beperkt.

Tot slot is het triageprogramma HARTc in de regio Hollands Midden een best practice te noemen. De betrokken partners werken realtime samen om triage voor hartpatiënten te verbeteren. Wanneer het ambulancepersoneel wil overleggen over passende zorg, bellen zij de dienstdoende cardioloog. Per dienst is er één cardioloog aangewezen. De cardioloog kan via een smartphone in een beveiligde omgeving meekijken met de ambulancemonitor en het hartfilmpje. Samen met de ambulance besluit de

cardioloog wat de beste vervolgstap is: een behandeling thuis of doorverwijzing naar het ziekenhuis. De dienstdoende cardioloog kan live zien in welk aangesloten ziekenhuis bedden beschikbaar zijn.

## Succesfactoren

- › De patiënten zullen ook daadwerkelijk gebruik moeten maken van de digitale ingang. Maak die voldoende bekend bij de patiënten. Hier kunnen huisartsenpraktijken een rol in spelen. Ook is het een kwestie van tijd en bewustwording.

## Goed voorbeeld

- › Digitale triage door een chatfunctie, Nijmegen/Boxmeer.
- › Digitale triage door een online vragenlijst, Spoedpost Haarlem en Spoedpost Almere.
- › Huisartsencoöperatie West-Brabant.
- › HARTc, regio Hollands Midden.

7 <https://www.rug.nl/news/2023/11/umcg-beantwoordt-vragen-patienten-met-hulp-van-ai#:~:text=Een%20AI%2Dtoepassing%20in%20het,hel%20waar%20nodig%20nog%20aan.>

8 <https://www.hapnijmegenboxmeer.nl/>

Best practice 4 / 11:

## Een passende inzet van de acute opname afdeling (AOA)

*Mevrouw Fediz heeft zojuist in de avond een bezoek gebracht aan de SEH met neurologische klachten. Gezien haar medische historie is het de vraag of het verstandig is als ze nu naar huis gaat. Er wordt een opname overwogen. Net als de andere patiënten die nog langer geobserveerd of opgenomen moeten worden, gaat ze naar de AOA van het ziekenhuis. Mevrouw wordt de volgende dag op de AOA gezien door haar arts. Ze moet inderdaad worden opgenomen. Ze kan in de middag overgeplaatst worden naar de kliniek op de afdeling Neurologie.*

Passende  
inzet van de  
acute opname  
afdeling

ACUTE  
OPNAME  
AFDELING



## Toelichting op de best practice

Een AOA is een klinische verpleegafdeling, waar ongeplande patiënten terechtkomen. De afdeling is gericht op een snelle diagnose, het opstellen van een behandelplan en het starten van de behandeling. Een patiënt verblijft maximaal 48 uur op een AOA.

Het merendeel van de Nederlandse ziekenhuizen beschikt over een AOA. Daarmee is de AOA ingeburgerd in het Nederlandse ziekenhuislandschap. Er is tussen ziekenhuizen echter wel variatie in de wijze waarop de AOA wordt ingezet, bijvoorbeeld in de schaalgrootte, de maximale verblijftijd en de in- en exclusiecriteria van patiënten. Daarom zijn er binnen de AOA's best practices te benoemen om deze afdeling zo passend mogelijk in te zetten in het acutezorgproces.

Met een goede toepassing kan een AOA een belangrijke oplossing zijn ter voorkoming van piekdrukke op de SEH. De afdeling is namelijk zo in te richten dat deze op piekmomenten de SEH ontlast. Het belangrijkste is daarbij om de AOA in te richten vanuit de visie van acute zorg met permanente toegang. Het is daarmee geen normale kliniek. De optimale inrichting hiervan is beschreven bij de succesfactoren.

## Succesfactoren

- › Verwijs consequent alle doorstroom vanuit de SEH naar de AOA, dat wil zeggen: alle patiënten die niet zonder twijfel direct naar huis kunnen. Alleen op deze manier wordt de focus op een AOA consequent toegepast, namelijk het aankijken of de patiënt moet worden opgenomen.
- › Start direct met het inrichten van een omvangrijke afdeling. Bij het opzetten van een AOA is het riskant om te klein te beginnen. Vaak wordt er gestart met een bescheiden afdeling, in de vorm van een pilot met een proefperiode. Dit geeft echter geen accuraat beeld van de mogelijke voordelen die behaald kunnen worden. Het gevolg is dat de AOA snel overvol raakt, met opnamestops tot gevolg.
- › Maak van een relatief lage beddenbezetting op de AOA een prioriteit. Alleen op deze manier kan de AOA een rol spelen op drukke momenten.
- › Beleg het medisch eigenaarschap van een AOA bij de grote vakgroepen van het ziekenhuis, bijvoorbeeld bij de chirurgen en/of de internisten.

## Goed voorbeeld

- › Adrz.
- › Zuyderland.

Best practice 5 / 11:

## Uitstroombevordering door het optimaliseren van het transferproces

Op vrijdagmiddag wordt een patiënt van zeventig jaar ingestuurd door de huisarts bij de SEH. Deze mevrouw woont zelfstandig thuis. Bij de urgentietriage wordt vermoed dat deze mevrouw niet hoeft te worden opgenomen in de kliniek, maar ook niet zelfstandig naar huis kan. Direct wordt een transferverpleegkundige ingeschakeld. De transferverpleegkundige gaat aan de slag met het in kaart brengen van het sociale netwerk en gaat alvast na wat de beschikbare capaciteit is van het nazorgaanbod. Na de diagnose en de behandeling blijkt inderdaad dat de patiënt met ontslag kan. Mevrouw wordt vrijdagavond nog overplaatst naar een ELV hoog complex bed.



## Toelichting op de best practice

Het zoeken naar passende vervolgzorg voor een patiënt die bij ontslag niet terug kan naar huis of naar de eigen instelling, kan een opgave zijn. Dit speelt extra in de avond, nacht en weekenden. Dit leidt tot onnodige en lange opnames op de SEH.

Er zijn meerdere best practices om de uitstroom van patiënten te bevorderen door het optimaliseren van het transferproces. Een eerste best practice is dat een transferverpleegkundige vrijwel direct wordt ingezet bij de binnenkomst van een SEH-patiënt, waarvan wordt verwacht dat deze bijvoorbeeld thuiszorg, een plek in het Eerstelijnsverblijf (Elv) of de Geriatrische Revalidatiezorg (GRZ) nodig heeft. Parallel aan de diagnostiek wordt daarmee nagedacht over een ontslagplek van de patiënt. Dit geldt met name voor de oudere doelgroep. De transferverpleegkundige heeft dan de tijd om goed in kaart te brengen welke tijdelijke vervolgzorg beschikbaar is, aansluitend bij de zorgbehoefte en thuissituatie van de patiënt. Dit ontlast de medewerkers van de SEH (voorkomt eindeloos zoeken), zorgt voor een snelle doorstroom en passende vervolgzorg voor de patiënt. Dit blijkt in praktijk nog succesvoller als de transferverpleegkundige beschikbaar is tijdens de piekdrukke op de SEH, tussen 13.00 en 21.00 uur. Dit werkt echter alleen als de zorgaanbieders waarnaar wordt doorverwezen ook beschikbaar zijn tot 21.00 uur om te overleggen en/of patiënten te ontvangen. Hiervoor zijn afspraken tussen een SEH en VVT-instellingen in de regio nodig.

In Nederland zijn er best practices waarbij de VVT-instellingen in de regio één coördinatiepunt hebben opgezet. Een SEH kan goed gebruikmaken van een dergelijk coördinatiepunt. Een coördinatiepunt heeft inzicht in de beschikbare capaciteit van tijdelijke zorg van de deelnemende organisaties. Met name voor patiënten met multiproblematiek kan dit een oplossing zijn.

Tot slot is er in het Integraal Zorgakkoord een afspraak opgenomen over het Landelijk Platform Zorgcoördinatie (LPZ). Dit dashboard geeft de actuele capaciteit van de acute zorg in een regio weer. Deze afspraak zorgt ervoor dat relevante partners in de acute zorg worden aangesloten aan het LPZ. Dit betreft ook de Elv en de acute Wlz-zorg. Dit zal bijdragen aan de optimalisatie van het uitstroomproces.

## Succesfactoren

- › Inzet van een transferverpleegkundige tijdens de momenten van piekdrukke op de SEH (13.00 tot 21.00 uur).
- › Betrek de transferverpleegkundige al in een vroeg stadium, waardoor voorafgaand aan ontslag al duidelijk is wat voor de patiënt passende vervolgzorg is.
- › Meer verwijstaanbod bij een coördinatiepunt maakt meer maatwerk mogelijk voor een patiënt (bijvoorbeeld ook aanbod vanuit het sociaal domein).
- › Zorg voor korte lijnen tussen de transferverpleegkundigen en het SEH-personeel. Laat de transferverpleegkundige bijvoorbeeld aansluiten bij de verpleegkundige overdracht.

## Goed voorbeeld

- › [Elisabeth-TweeSteden Ziekenhuis](#).
- › [ActiZ heeft een overzicht gemaakt met regionale coördinatiefuncties die 24/7 beschikbaar zijn in een regio](#).
- › [Dijklander Ziekenhuis](#) in samenwerking met Omring.
- › [Amsterdam UMC](#) in samenwerking met Cordaan.

Best practice 6 / 11:

## Handvatten bieden aan medewerkers voor het omgaan met patiënten met verward gedrag

*Het is zaterdagmiddag en de SEH ligt vol. Meneer Fier wordt ingestuurd met bij hem al eerder gezien verward gedrag en pijn op de borst. Verschillende medewerkers op deze SEH zijn geschoold in het benaderen van dit type patiënten. Meteen na binnenkomst weten de verpleegkundigen de rust te bewaren, wat ook zorgt voor meer rust voor meneer Fier. Zo kan zijn pijn op de borst beter onderzocht worden.*

**Handvatten  
voor patiënten  
met verward  
gedrag**



## Toelichting op best practice

Piekdrukke is slechts deels uit te drukken in harde cijfers, zoals het aantal bezette bedden, het aantal opnamestops en de ligduur. Een ander perspectief op piekdrukke is de ervaren drukke door medewerkers op de SEH. Ook wanneer het aantal patiënten nog niet het toppunt bereikt, kan er een gevoel van piek-drukke zijn. Kwetsbare patiënten met verward gedrag, waarbij verslaving, suïcidale gedachten, agressie of andere psychische aandoeningen een rol spelen, kunnen een grote impact hebben op de werkdrukbeleving, ook al is het aantal patiënten maar klein. Het personeel op een SEH is relatief meer tijd kwijt aan deze patiënten.

De best practice gaat over bieden van handvatten aan medewerkers op de SEH in de omgang met patiënten met verward gedrag. Deze patiëntengroep is voor medewerkers in de zorg soms complexer en meer onvoorspelbaar dan voor patiënten met alleen somatische factoren. Door scholing zijn medewerkers beter toegerust om patiënten op een juiste wijze te behandelen en positief te benaderen.<sup>9</sup> Daarbij is erkenning van een psychische aandoening als een ziekte belangrijk. Verslaving, agressie en suïcidale gedachten komen voort uit lijden (en niet uit aandacht trekken). Met meer oog voor de persoon in kwestie als patiënt kan er op de SEH daadwerkelijk worden bijgedragen aan het welzijn van de patiënt.

Daarnaast kan het juist als een uitdaging worden gezien om met deze doelgroep te werken. Dit kan vervolgens ook het netwerk en de cultuur versterken, omdat men op deze manier makkelijker samenwerkt met elkaar en met partijen in de ggz

## Succesfactoren

- › Ga in gesprek met partners in de regio over de hoe je de zorg rondom deze groep patiënten optimaal kan vormgeven.

## Goed voorbeeld

- › Diakonessenhuis.
- › 113 Netwerk Ziekenhuizen.

9 Zoals APEX (Acute Psychiatric Emergencies)



Best practice 7 / 11:

## De urgentietriage optimaliseren door de inzet van een generalistisch medisch specialist

*Een oudere patiënt komt terecht bij de triage van de SEH. De patiënt wordt meteen bij binnenkomst gezien door een ervaren SEH-arts. De symptomen passen bij een breuk, maar na een blik op de patiënt vermoedt de SEH-arts dat er meer speelt en hij vraagt of er sprake kan zijn van diabetes. Dat blijkt inderdaad het geval. Er wordt een foto aangevraagd, maar ook wordt er direct bloed geprikt. De suikerspiegel blijkt torenhoog te zijn. Passende zorg wordt geboden voor beide diagnoses.*

**Generalistisch  
medisch  
specialist op  
de SEH**



## Toelichting op best practice

De urgentietriage op de SEH kan door diverse professionals uitgevoerd worden. Bijvoorbeeld door een gespecialiseerd verpleegkundige, ANIOS, AIOS of een medisch specialist. Er is aangetoond dat het een positief effect heeft als de medisch specialist de triage uitvoert.<sup>10</sup> De kwaliteit van zorg verbetert, de doorlooptijd op de SEH wordt verkort en er wordt passende zorg geboden op en ná de SEH. Dit is al langer bekend, maar dit wordt niet overal toegepast.

Enkele ziekenhuizen laten met name de medisch specialist de urgentietriage uitvoeren. Deze medisch specialist heeft een generalistische blik, zoals die van de SEH-arts, de internist acute geneeskunde of de algemeen chirurg. Dit biedt meerdere voordelen. Enerzijds heeft een medisch specialist een hogere mate van expertise, waardoor er goede inschattingen worden gemaakt van de nodige diagnostiek of zorg op de SEH. Daarnaast is de besliskracht van de medisch specialist hoger dan van een A(N)IOS of verpleegkundige, waardoor de doorlooptijd verkort kan worden. Ook kan de specialist beter inschatten of de patiënt opgenomen moet worden of met ontslag gaat. Het generalistische aspect is belangrijk om ook disciplineoverstijgend te kunnen werken.

## Succesfactoren

- › Laat medische specialisten met een generalistische blik de patiënt als eerste zien, zoals een SEH-arts, de internist acute geneeskunde of een algemeen chirurg.
- › Zorg voor goede ondersteuning van de medisch specialist door SEH-verpleegkundigen, ANIOS en arts-assistenten, zodat zijn of haar tijd effectief gebruikt wordt.

## Goed voorbeeld

- › Franciscus Gasthuis & Vlietland.
- › Rijnstate.
- › Máxima MC.
- › Radboudumc.
- › Canisius Wilhelmina Ziekenhuis.
- › Medisch Centrum Leeuwarden.

10 <https://www.medischcontact.nl/actueel/laatste-nieuws/artikel/rotterdams-onderzoek-seh-arts-versnelt-doorlooptijd>

Best practice 8 / 11:

## Een optimaal ontslagproces in de kliniek

*Een arts-assistent maakt een ronde over de afdeling. Ze gaat eerst langs de bedden waar patiënten liggen die naar huis mogen. Bij de dagstart is er een inventarisatie gemaakt. Op die manier wordt het gedurende de ronde steeds rustiger op de afdeling. Die rust is tijdelijk, weten de verpleegkundigen, want die middag zal het weer drukker worden met patiënten van de SEH. Ook de rest van de dag wordt er constant gekeken welke patiënt naar huis kan.*



**Ontslagproces  
in de kliniek**

## Toelichting op de best practice

Het drukste moment op een SEH ontstaat aan het einde van de middag. Dat komt niet alleen door de instroom, maar ook door de lange tijd dat mensen op de SEH zijn, omdat er geen bed wordt gevonden. Zo hoopt de drukke zich gedurende de middag en het begin van de avond op.

Het verschil tussen piekdrukke en 'gewone' drukke is soms maar een handjevol patiënten per dag. Met kleine aanpassingen kan piekdrukke worden voorkomen op de SEH. Eén van de kleine aanpassingen is het vrijmaken van bedden in de kliniek door patiënten tijdig te ontslaan. Door een patiënt die vanuit medisch oogpunt niet langer hoeft te verblijven in het ziekenhuis tijdig te ontslaan, ontstaat een vrijgekomen bed dat bijvoorbeeld voor de instroom vanuit de SEH (of de AOA) kan worden ingezet. Het is belangrijk om niet alleen door de week te sturen op tijdig ontslag, maar ook in het weekend (wanneer de SEH over het algemeen drukker is).

In enkele ziekenhuizen is er tussen de SEH en de klinieken een afspraak dat patiënten zo vroeg mogelijk op de dag worden ontslagen. Dit kan bijvoorbeeld door tijdens de visites de patiënten die in aanmerking komen voor ontslag voorrang te geven (tenzij medisch inhoudelijke redenen dit belemmeren). De ambitie kan hierin zijn om patiënten die in aanmerking komen voor ontslag voor 11.00 uur te ontslaan.

## Succesfactoren

- › Inventariseer regelmatig en dagelijks met elkaar welke patiënten wanneer naar huis kunnen. Door ontslagen van tevoren te bespreken en voor te bereiden, is het mogelijk geplande ontslagen tijdig te laten plaatsvinden.
- › Geef patiënten die kunnen worden ontslagen voorrang tijdens de visite.
- › Zorg ervoor dat de verpleegkundigen er rekening mee houden dat er na de visite voldoende tijd is om het ontslag van de patiënt te regelen.
- › Zorg voor een vlot lopend ontslagproces en inventariseer mogelijke wachttijden.

## Goed voorbeeld

- › Continu ontslag in het Diakonessenhuis.
- › Tijdig ontslag in het Elisabeth-TweeSteden Ziekenhuis.

Best practice 9 / 11:

## De planning en capaciteit van de electieve zorg laten aansluiten op de trends in de acute zorg

*Het tactisch capaciteitsoverleg (TCO) vindt weer plaats; de hoofden van de SEH, poli, OK en kliniek komen bij elkaar. Er is op basis van voorgaande jaren berekend wat de verwachte zorgvraag zal zijn die de komende periode via de SEH het ziekenhuis zal binnenkomen. De planning van de electieve zorg kan op die manier worden aangepast: acute plekken op de poli zonder wachttijd en plekken op het OK-schema kunnen worden vrijgehouden voor deze zorgvraag.*

Aansluiten  
electieve zorg  
op acute zorg



## Toelichting op best practice

'Er is niks zo voorspelbaar als de acute zorg' wordt misschien wel een geveleugelde uitspraak als het over acute zorg en drukte gaat. Drukke op een SEH is inderdaad zeer goed te voorspellen. Dagelijks bevindt de piek zich bij binnenkomst op de SEH tussen 16.00 en 19.00 uur. Ook tussen wekdagen zit een verschil in de drukte op de SEH, vrijdagen en zaterdagen zijn bijvoorbeeld drukker dan dinsdagen. Ook door het jaar heen zijn er piekmomenten, zoals tijdens de feestdagen. Iedere SEH houdt deze data bij en binnen een SEH wordt hier ook op geacteerd.

De verwachte acute zorgvraag is echter ook prima te vertalen naar de zorgvraag: het aantal verwachte heupfracturen bijvoorbeeld of het aantal CT-scans. Een effectief ziekenhuis gebruikt deze SEH-data in de planning van de gehele zorg. Door de electieve zorg aan te passen aan deze verwachte vraag, is er op de juiste momenten plek voor acute zorgvragen zonder dat de electieve zorg er over het geheel genomen last van heeft.

Het vinden van een balans tussen de acute zorg en de electieve zorg is essentieel. Houd beide stromen separaat van elkaar en minimaliseer de verstoring van elkaar. Op overstijgend niveau is te zien hoe deze stromen op elkaar aan te sluiten zijn. Hieraan kan de planning en personele capaciteit aangepast worden.

## Succesfactoren

- › Interpreteer SEH-data met alle relevante vakgroepen voor de meest betrouwbare vertaling van de verwachte acute zorgvraag naar de zorgvraag voor de diverse afdelingen. Maak een analyse op jaarbasis hoe de acute stroom eruit gaat zien. Vertaal dit vervolgens naar microniveau: hoeveel heupen kan de orthopedie verwachten?
- › Betrek zowel de medische kant als die van de bedrijfsvoering om electieve zorgplanning effectief aan te passen aan de verwachte acute zorgvraag.
- › Maak capaciteit voor acute zorgvraag een prioriteit. Dit zal soms betekenen dat er lege plekken geaccepteerd moeten worden, terwijl er een wachtlijst is voor electieve zorg.
- › Evalueer regelmatig en constructief. De balans vinden en vasthouden tussen acute zorg en electieve zorg is een proces van constant bijstellen, met nieuwe ontwikkelingen en veranderende zorgvraagpatronen.

## Goed voorbeeld

- › Elisabeth-TweeSteden Ziekenhuis.
- › Amphia ziekenhuis.
- › Zuyderland ziekenhuis.

Best practice 10 / 11:

## Operationele coördinatie door een dagstart tussen de coördinerend verpleegkundigen van de SEH en de klinieken

Het is het begin van de middag. Zes coördinerend verpleegkundigen van de kliniek en één van de SEH komen bij elkaar om de situatie op hun afdelingen te bespreken. Ze weten dat het vanmiddag en vanavond weer piekdrukke is op de SEH. Ze bespreken het verwachte aantal vrije bedden, de personele bezetting en mogelijke hulpvragen aan elkaar. De dag krijgt een kleur: groen als er geen problemen worden verwacht, oranje bij verwachte krapte en rood als de dag start met een capaciteitsprobleem.



## Toelichting op best practice

Het organiseren van een integraal beddenoverleg over meerdere afdelingen heen kent een aantal voordelen. Ten eerste is de totaalstand bekend. Bij afdeling A kunnen problemen zijn, maar op totaalniveau speelt dit probleem allicht minder. Ten tweede weet iedereen wat de verwachte situatie op de andere afdelingen is. Alleen op die manier kan er rekening mee worden gehouden. Ten derde bevordert het anticipatie en samenwerking. Als er wél wordt gebeld voor een bed, door een medewerker van de SEH bijvoorbeeld, dan weet men dat die vraag niet zomaar komt; de SEH heeft het blijkbaar heel druk. Het gevolg is een teamgevoel en gedeelde verantwoordelijkheid voor de uitdagingen die de dag biedt. Het voorkomt ook onnodige informele overlegmomenten tussen de verschillende afdelingen.

## Succesfactoren

- › Zorg ervoor dat iedereen toegang heeft tot dezelfde automatische beschikbare data: informatie over de capaciteit, de bezetting, de verwachte in- en uitstroom en de personele bezetting moeten per afdeling bekend zijn.
- › Kies een praktisch moment en praktische locatie voor de coördinatoren. Dit kan ergens gedurende de ochtend zijn of aan het begin van de middag.
- › Evalueer het effect van de dagstarts regelmatig, zo kan er continu verbetering plaatsvinden.

## Goed voorbeeld

- › Capaciteitssturing in het Maastricht UMC+.
- › Dagstart binnen het Amsterdam UMC.



Best practice 11 / 11:

## Het planbaar maken van laagcomplexere acute zorgvragen door middel van een spoedpoli

*Het is het einde van de middag en het is druk op de SEH. Een huisarts belt de SEH voor een patiënt met een verdenking van een trombosebeen. Deze patiënt moet een echo krijgen. Dit kan volgens de SEH tot de volgende ochtend wachten. Er wordt daarom voor de patiënt een afspraak gemaakt op de spoedpoli waar deze de volgende dag terecht kan. Dit scheelt weer wachttijd voor de patiënt.*

Richt een spoedpoli in



AFSPRAAK  
SPOEDPOLI



## Toelichting op best practice

Patiënten kunnen op elk moment zich melden op de SEH met hun acute zorgvraag. De zeer acute gevallen krijgen uiteraard prioriteit en worden als eerst geholpen. Patiënten met een minder acute vraag moeten bij piekdrukke wellicht urenlang wachten in de wachtkamer.

Voor patiënten met minder acute en laag complexe zorgvragen kan een spoedpolikliniek een oplossing bieden. Bij een spoedpolikliniek worden deze patiënten ingepland voor een afspraak. Dit kan de volgende werkdag zijn, binnen enkele uren of zelfs direct. Doordat de patiënt al direct een afspraak heeft kunnen maken, vermindert de wachttijd voor deze patiënten drastisch. Daarnaast is de patiënt vaak binnen één uur klaar. Acute zorg blijkt dus wel degelijk (voor een deel althans) planbaar.

Verwijzing naar de spoedpoli vindt plaats vanuit de huisarts of SEH. Door het inzetten van de spoedpoli kunnen er meer patiënten gezien worden, is er minder personeel nodig en wordt de SEH ontlast. De SEH kan zich daardoor concentreren op de hoog acute en hoog complexe patiënten. Houd er hierbij wel rekening mee dat dit een hogere mentale belasting kan zijn voor de medewerkers op de SEH, die hierdoor de hoog complexe acute patiënten in minder mate kunnen afwisselen met laag complexe acute patiënten.

## Succesfactoren

- › Maak gebruik van point-of-care testing voor bijvoorbeeld bloed- en urineonderzoek.
- › Zorg voor duidelijke in- en exclusiecriteria voor de klachten waarmee patiënten terecht kunnen bij de spoedpoli. De spoedpoli lijkt met name aantrekkelijk voor ziekenhuizen met grote volumes patiënten op de SEH. Ook voor SEH's met kleine volumes patiënten kan het planbaar maken van de acute zorgvraag bijdragen om piekdrukke op de SEH te verminderen. Denk hierbij aan laagdrempelig overleg met de huisarts om voor een patiënt die wordt ingestuurd de mogelijkheid te bespreken om deze buiten piekmomenten te zien op de SEH.

## Goed voorbeeld

- › Spoedpolikliniek OLVG.
- › Spoedpolikliniek Sionsberg.

## Implementatieplan voor de integratie van best practices

De urgentie om piekdrukke op de SEH effectief aan te pakken is bekend. In deze handreiking zijn mogelijke oplossingen voorgesteld voor dit probleem in de vorm van elf best practices. Het implementatieplan in dit hoofdstuk is vervolgens te gebruiken om de best practices toe te passen in de eigen context. Het kan worden gezien als een basis om mee aan de

slag te gaan. De opzet is geïnspireerd op het model van verandering van Kotter.<sup>11</sup> Dit implementatieplan is opgesteld om leidinggevendenden binnen de acute zorgketen te ondersteunen bij het toepassen van de best practices. Meer algemene projectstappen zijn niet opgenomen, maar moeten niet worden vergeten, zoals het benoemen van een projectleider, het zorgen voor budgettering, het stellen van deadlines en mijlpalen en het rekening houden met andere projecten en programma's.

Het implementatieplan bestaat uit acht stappen:

- 1 Creëer bewustwording over de urgentie. Een verandering begint bij een besef van urgentie. Begin met het delen van data en voorbeelden die de gevolgen van piekdrukke laten zien, zoals SEH-stops, bezetting, wachttijden en de werkdruk van het personeel. Richt je daarbij breed tot de doelgroepen die een mogelijke rol zullen spelen in de uiteindelijke best practice: SEH-verpleegkundigen, medisch specialisten, arts-assistenten, teamleiders en afdelingen en de ketenpartners.
- 2 Vorm een multidisciplinair team. Stel een team samen waarin alle stakeholders zijn vertegenwoordigd. Op die manier zijn alle perspectieven betrokken bij het ontwikkelen van de visie, verdere probleemanalyse en de keuze voor een best practice.
- 3 Ontwikkel een gezamenlijke visie op en doelen voor de rol van de SEH binnen de acute keten. Het is belangrijk om de stip op de horizon met elkaar te bepalen. Wat is het uiteindelijke doel? De visie moet inspireren en een duidelijk pad schetsen naar een SEH met minder piekdrukke, of met zelfs helemaal geen piekdrukke.
- 4 Communiceer de visie en de doelen. Zorg dat er draagvlak is voor het project voordat het start. Gebruik diverse kanalen om de visie te verspreiden: presentaties en regelmatige updates over het project helpen om iedereen aan boord te krijgen.
- 5 Analyseer en selecteer de best practices. Zonder een scherp beeld van de oorzaken van piekdrukke wordt het lastig om de best practice met de meeste impact te selecteren. Wanneer en waarom ontstaat er piekdrukke? En welke best practice is het meest kansrijk om daar positief aan bij te dragen? Voer een diepgaande analyse uit van de huidige uitdagingen op de SEH en binnen de bredere acute zorgketen. Gebruik deze analyse om te bepalen welke van de elf best practices de meeste potentie heeft in jullie specifieke context. Kijk of er een inspiratie- en leerbezoek kan worden georganiseerd naar een zorgorganisatie waar de best practice wordt toegepast. Zie daarvoor de goede voorbeelden die staan vermeld bij elke best practice. Neem ook tijdens en na deze stap de tijd om te communiceren richting de betrokkenen.
- 6 Implementatie. Doorloop een implementatietraject. Maak hierbij bijvoorbeeld gebruik van een pilot en evalueer deze regelmatig. Denk van tevoren na over mogelijke obstakels bij de implementaties en hoe deze geadresseerd kunnen worden.
- 7 Vier successen om momentum te creëren. Zorg ervoor dat het duidelijk is welke successen worden behaald; deel en vier deze. Dit kan helpen om het enthousiasme te verhogen en het commitment te versterken. Het delen van positieve resultaten kan daarnaast helpen om eventuele weerstand te verminderen en anderen te motiveren. Dit kan ook door het succes van één best practice te gebruiken om draagvlak te creëren voor de implementatie van een andere beoogde best practice. De evaluatie van de best practice kan tevens gebruikt worden voor continue verbeteringen op de langere termijn.
- 8 Borg de best practice in de dagelijkse praktijk. Vertaal de succesvolle best practices naar de standaardprocessen van de SEH en werkwijzen van de andere afdelingen of ketenpartners.

11 Kotter, J. P. Leading Change. Boston: Harvard Business School Press, 1996.

# Bijlage 1. Betrokken experts

- › David Baden – SEH-arts Diakonessenhuis en voorzitter NVSHA.
- › Elisa Combé – directeur behandelingen en psychiater GGZ Oost Brabant.
- › Hans Stravers – directeur Revalidatie en Herstel Laurens.
- › Hans van Beusekom - verpleegkundig specialist GGZ en manager behandelingen SEHP GGZ Delfland.
- › Harm van de Pas – SEH-arts ETZ en medisch manager ambulancezorg.
- › Irma Jeremiasse – manager verwijshulp 010 Laurens.
- › Jan Schaart – directeur Dokter Drenthe.
- › Jeroen Zoeteman – directeur behandelingen SPA Arkin.
- › Joan Kwakkel – programmaleider 'On The Move' SEH St. Antonius.
- › Mahi Dzelili – SEH-arts en plaatsvervangend hoofd SEH Amsterdam UMC.
- › Marjol Horselenberg – verpleegkundig hoofd SEH Amsterdam UMC.
- › Mathilde Minderhoud - directeur Specialistische Zorg Ouderen bij Cordaan.
- › Menno Gaakeer – SEH-arts en medisch manager Acut Adz.
- › Nuran Varisli – manager en triagist meldkamer SPA Arkin.
- › Pim Philipse – teamleider Spoedeisende Hulp & Gipskamers OLVG.
- › Robert Jansen – manager SEH ETZ.
- › Ties Eikendal – SEH-arts en afdelingshoofd SEH en AOA Radboudumc.