



Jaarverslag 2018

Het moet anders én het
moet (nog meer) samen



nazl

netwerk acute zorg limburg



“De noodzaak van een actief en stevig netwerk is nu groter dan ooit!”

De feiten liegen er niet om. De consequenties van de almaar stijgende toevloed van (oudere) patiënten die langer thuis blijven wonen in combinatie met de personeels-schaarste in de gezondheidszorg voert de druk op de acute zorgketen steeds meer op. Met de nodige spanningen en uitdagingen tot gevolg.

Het meeste heil valt te verwachten van (nog) slim/slimmer/slimst samenwerken. Hoe kan het anders? Niet kijken naar wat niet kan, maar naar wat wél kan. Eerder - vroeger in de keten – en misschien anders triëren, zien we als een interessante optie: zo vroeg mogelijk inschatten op welke plek, in welke stroom elke patiënt thuishoort. Dat kan betekenen dat de conclusie is: dit is weliswaar een acuut probleem, maar deze patiënt is beter af met een kortdurend verblijf in een verpleeghuis. Of thuis met meer thuiszorg. Natuurlijk moeten die alternatieve opties dan ook beschikbaar zijn en ook nog eens snel en soepel te regelen en af te stemmen.

Het thema van het NAZL- jaarverslag over 2018 is ‘het moet anders, het moet (nog) meer samen.’ Met dit ‘mantra’ in het achterhoofd zijn wij dan ook bijzonder blij dat nu ook de VVT-sector aanschuift.

Voor ons stond 2018 ook in het teken van de opbouw van het netwerk rondom antibioticaresistentie. Het hele ABR-traject heeft geleid tot een heel positieve vibe in het netwerk. Het is een heel concreet iets en de toegevoegde waarde van het netwerk is voor alle betrokkenen overduidelijk. Het begint met het minder snel voorschrijven van antibiotica: dan kom je bij de (huis)artsen en de apothekers. Maar ook infectiepreventie is essentieel, daarover moet je ook goede afspraken maken in de keten: ziekenhuis, huisarts, thuiszorg, verpleeghuizen... Ook hier is de VVT-sector voor ons dus een belangrijke partner, zowel op bestuursniveau als op de werkvloer.

Het afgelopen jaar hebben we samen veel werk verzet, op vele fronten. De twaalf verhalen van onze ketenpartners in dit jaarverslag geven een goed inzicht van wat het jaar 2018 ons heeft gebracht. Wat de toekomst ons gaat brengen, weet niemand. Toch wil ik me aan een voorspelling wagen: het wordt anders en (nog meer) samen.

Veel leesplezier, ook namens mijn collega's
Miranda Dirx, *Manager NAZL*

Miranda Dirx



*Marja van Dieijen,
voorzitter bestuurlijk ROAZ:*

**“Het is essentieel
dat we elkaar op
bestuurlijk niveau
kennen, naar elkaar
luisteren en van
elkaar leren”**

Het bestuurlijk ROAZ komt in principe twee keer per jaar bij elkaar: de bestuurders van alle betrokken partijen praten elkaar bij, laten zich informeren over actuele knelpunten en nieuwe ontwikkelingen. Marja van Dieijen, voorzitter van de Raad van Bestuur van het Maastricht UMC+ én voorzitter van het bestuurlijk ROAZ: “Sinds ik eind 2016 de voorzittershamer overnam, zijn vrijwel alle bestuurders ook daadwerkelijk aanwezig. Daar ben ik blij mee.”



Grote lijnen

“Tal van werkgroepen en commissies maken concrete plannen om de zorg beter en slimmer te organiseren. Het is de taak van het bestuurlijk ROAZ om hiervoor de grote lijnen uit te zetten en voor hen de voorwaarden te scheppen om die plannen daadwerkelijk te realiseren. Dat begint met consensus aan de vergadertafel. Hoe breder een plan gedragen wordt - niet alleen in woorden maar ook in daden - des te groter de kans van slagen.”

Steeds meer partijen

“Nu er steeds meer partijen aanschuiven bij het bestuurlijk ROAZ, moet je die brede gedragenheid ook letterlijk zien. De verpleeghuizen, de verzorgingscentra en de thuiszorgorganisaties zijn zeer welkome, nieuwe partners binnen ons netwerk die een essentiële rol kunnen spelen bij oplossingen voor, bijvoorbeeld, de alsmaar groeiende groep kwetsbare ouderen. Neem de zorgverzekeraars. We hebben wederzijdse belangen; projecten, pilots en proefballonnetjes moeten immers gefinancierd worden. Leiden die straks tot veranderingen in het zorgaanbod, dan geldt hetzelfde. Hoe vroeger zij betrokken worden bij mogelijk interessante plannen, hoe liever. Niet alleen uit het oogpunt van efficiency, maar ook hier geldt: wederzijdse betrokkenheid is essentieel. Ook landelijk wordt aanbevolen om de zorgverzekeraars sneller en intensiever te betrekken bij nieuwe plannen.”

Meer partijen aan tafel heeft veel voordelen, maar kent ook een keerzijde. Het betekent simpelweg ook meer afstemmen en rekening houden met ieders wensen. Hoe voorkom je dat de bijeenkomsten van het bestuurlijk ROAZ ontaarden in ‘Poolse landdagen’ en hoe blijf je daadkrachtig en besluitvaardig? Marja: “Dat kan door samen de grote lijnen uit te zetten en het concreet uitwerken en invullen van de dossiers over te laten aan kleinere teams.”

Uit de praktijk van de verloskundigen

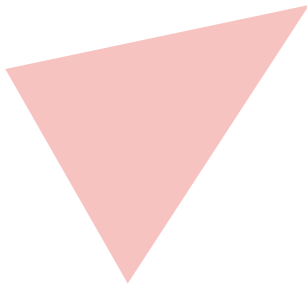
Het was voor het eerst dat een afvaardiging van de verloskundigen op bezoek kwam bij het bestuurlijk ROAZ. Het praktijkverhaal, verteld uit eerste hand - ‘Dan heb je een patiënt die moet bevallen, maar waar kunnen wij terecht?’ - maakte indruk op Marja: “Ook hier ligt een taak voor de samenwerkende partijen in de regio. Van de IC’s hebben we, dankzij ICT, de beschikbare bedden in de regio goed in zicht, maar de verloskundigen moeten kennelijk eerst alle ziekenhuizen bellen om te horen waar ze terecht kunnen... Een werkgroep zoekt hiervoor nu een concrete oplossing.”

Gevoelig puntje

Marja: “Zowel in Limburg als in het landelijk netwerk acute zorg is het gebrek aan doorzettingsmacht of slagkracht van het ROAZ een actueel thema. Mijn visie is: als we het beleid mogen bepalen, moeten we ook kunnen ingrijpen als het niet loopt zoals gewenst. Het is een gevoelig onderwerp, maar dat betekent niet dat er niet over gepraat moet en kan worden.”

Kracht van het netwerk bewezen

De griep epidemieën van de laatste jaren waardoor de IC's overvol en overbelast werden, de verkeerde beddenproblematiek, MSRA, Ebola... Stuk voor stuk voorbeelden van actuele situaties die de noodzaak en de kracht van intensieve samenwerking in de regio meer dan ooit duidelijk maken. Marja van Dieijen: “Dat het NAZL de logische partner was om de kar van de antibioticaresistentie in onze regio te gaan trekken, was voor ons al in een vroeg stadium duidelijk. En zie: dat loopt prima. Al met al: 2018 was een goed jaar, zowel voor het NAZL als voor het ROAZ. We werken goed en plezierig samen en er worden flinke stappen gezet.”



Marja van Dieijen





Inleiding Focusgroepen

Het NAZL faciliteert zes focusgroepen voor de meest voorkomende aandoeningen in de acute zorg. Professionals uit de keten kijken samen hoe de acute zorg voor hun patiënten beter kan. Beter, maar ook sneller, gemakkelijker, slimmer, patiëntvriendelijker... Iedereen aan tafel weet precies waar je het over hebt. Samen focussen op één doel versterkt de banden en dat maakt de samenwerking weer gemakkelijker. Het gezamenlijk zoeken naar alternatieven begint met kennismaken, met samen praten, maar vooral met naar elkaar luisteren. Wederzijds begrip ontstaat als vanzelf als je weet hoe het er bij de andere partij aan toe gaat. Wat daar mogelijk is, maar ook waar de grenzen liggen. Misschien kan niet alles, maar waar een wil is, is opvallend vaak tóch een weg te vinden. Leren van elkaar, leren met elkaar, vakgenoten onder elkaar. Dáár begint het slimmere samenwerken aan hoe de zorg in de keten anders/beter kan. In de verhalen over de focusgroepen zie je dat heel goed terug: anders en nog meer samen.

Meer weten over een van de focusgroepen?

- Focusgroep CVA
- Focusgroep Acut Myocardinfarct Noord en Zuid
- Focusgroep Spoedzorg

Maria Kerckhoffs

m.kerckhoffs@nazl.nl

T. 043 - 387 6396

- Focusgroep Acute psychiatrie
- Focusgroep Acute obstetrie
- Focusgroep Acute interne geneeskunde

Marieke van Deursen

marieke.van.deursen@nazl.nl

T. 043 - 387 6931

Focusgroep CVA:

Mary-Lou van Goor
en Julie Staals:
“We werken goed,
efficiënt en ook
nog eens heel
plezierig samen”

De basis van de focusgroep bestaat uit neurologen, vertegenwoordigers van de ambulance en SEH-artsen en -verpleegkundigen. Huisartsen zijn helaas wat minder goed vertegenwoordigd. Voorzitter Julie Staals, neuroloog met aandachtsgebied de neurovasculaire aandoeningen in het Maastricht UMC+: “Mogen we hier een oproep plaatsen om huisartsen te werven voor onze focusgroep?” De belangrijkste taak van de Focusgroep CVA: zorgen dat de logistiek rondom patiënten met een acuut herseninfarct (CVA) goed geregeld wordt.



Zo werkt de procedure

In Limburg worden alle patiënten met verdenking van een CVA door de ambulance met spoed naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis gebracht. Blijkt het inderdaad om een herseninfarct te gaan en kan de patiënt ter plekke geholpen worden, dan wordt hij daar geholpen. Wijst de CT- of MRI-scan uit dat de patiënt in aanmerking komt voor een IAT-behandeling, dan gaat hij of zij - wederom met spoed - naar Maastricht. De nog relatief nieuwe IAT-behandeling (afkorting van interarteriële trombectomie) wordt immers uitgevoerd in gespecialiseerde centra. In Limburg is dat het Maastricht UMC+. Deze behandeling moet - tot nu toe - binnen zes uur na de eerste klachten plaatsvinden. Daarom is snelheid van handelen, een uitgekende logistiek en duidelijke communicatie tussen alle betrokken partijen essentieel.

IAT-behandeling optimaliseren

Mr. Clean is de verzamelnaam van opeenvolgende wetenschappelijke onderzoeken die de IAT-behandeling verder moeten optimaliseren. Julie: “Deze acute behandelingsmethode voeren we pas sinds vier jaar uit en is nog heel erg in ontwikkeling. Er wordt veel wetenschappelijk onderzoek naar gedaan, daarom verandert er ook steeds iets. Onze regio is heel proactief, we werken goed samen, waardoor we nieuwe onderzoeken snel van de grond krijgen. In 2018 startte de volgende fase van Mr. Clean: een landelijk, multicenter onderzoek. De komende vier jaar wordt - onder andere - onderzocht of de indicatie voor een IAT-behandeling uitgebreid kan worden van zes uur tot 24 uur na de eerste klachten. Als dat inderdaad zo blijkt te zijn, dan kunnen we niet alleen meer patiënten hiermee helpen, maar heeft dat natuurlijk enorme consequenties voor de gezamenlijke protocollen.”

Korte lijntjes

Een van de vaste gezichten in de Focusgroep CVA is neuroloog Mary-Lou van Goor van het St. Laurentius Ziekenhuis in Roermond: “Ik ga altijd met plezier naar deze bijeenkomsten toe en eigenlijk kom ik er altijd geïnspireerd vandaan. Het NAZL faciliteert deze bijeenkomsten uitstekend. Omdat we elkaar al langere tijd kennen, zijn de lijntjes kort en boeken we goede resultaten. Naast Mr. Clean bespreken we ook de gewone CVA-zorg. We wisselen in alle openheid ervaringen uit en vergelijken elkaars feiten en cijfers. In sommige regio's is er veel discussie over de vraag of het academisch centrum niet standaard alle patiënten waarvan men denkt dat er sprake is van een CVA zou moeten behandelen. Die discussie hebben wij in Limburg niet, omdat we onderling goede logistieke afspraken gemaakt hebben.”

Goede hoop voor 2019

Veel (tijd)winst valt ook op andere fronten te behalen. Julie: “Mensen herkennen vaak de symptomen van een CVA niet. Een beroerte doet geen pijn, daarom wordt vaak te lang gewacht - ‘het zal zo wel over gaan’ - om een arts in te schakelen of de ambulance te bellen. Op dat gebied valt nog veel winst te behalen. Mede daarom willen we ook graag de huisartsen meer betrekken.” Een andere dringende wens is een goede - lees: snelle - uitwisseling van beeldmateriaal tussen de verschillende ziekenhuizen. Dat laat nu nog zeer te wensen over. Mary-Lou verwoordt het heel treffend: “Vaak is de patiënt al lang en breed in Maastricht, maar zijn de scans nog in Roermond.” Julie vult aan dat de focusgroep dit probleem helaas niet zelf kan oplossen: “Maar we kunnen het natuurlijk wel signaleren. Ook andere disciplines staan hier om te springen. We rekenen er dan ook op dat dit snel en adequaat wordt opgepakt.”



Wat is IAT?

Bij een IAT-behandeling wordt met een katheter via de liesslagader een bloedpropje in de hersenen verwijderd. Patiënten met een IAT-behandeling hebben beduidend minder hersenschade na een beroerte. Ongeveer 10% van de patiënten met een CVA komt in aanmerking voor de IAT-behandeling in Maastricht; in 2018 waren dat 140 patiënten.



Julie Staals



Mary-Lou van Goor





**Noteer alvast:
13 september 2019,
Wereld Sepsis Dag**

*De Focusgroep Acute Interne
Geneeskunde heeft 'woeste plannen'!
Social media, traditionele media, reguliere
en minder reguliere kanalen... alles wordt
uit de kast gehaald om bij alle ketenpartners
in de regio aandacht te vragen voor
deze ziekte.*

Patricia Stassen

Gideon Latten



Focusgroep Acute Interne Geneeskunde:

“Sepsis en acuut zieke ouderen”

Acute Interne Geneeskunde is het jongste en snelst groeiende deelspecialisme binnen de Interne Geneeskunde. Zeker 70% van de in het ziekenhuis opgenomen patiënten van dit specialisme heeft een acuut probleem. De voorzitter van de Focusgroep - Patricia Stassen, acute internist bij het MUMC+ - vertelt samen met Gideon Latten - SEH-arts bij Zuyderland MC in Sittard/Heerlen én promovendus - over de twee speerpunten van de focusgroep Acute Interne Geneeskunde in 2018.



Aandachtspunt één: sepsis

Niet of niet tijdig herkennen en behandelen van sepsis/bloedvergiftiging/ernstige infectie kan forse consequenties hebben en ook levensbedreigend zijn. Vroeg diagnosticeren, betekent snel kunnen behandelen en dat leidt tot een betere prognose. Gideon Latten: “Mijn promotieonderzoek heeft veel overlap met de focusgroep: hoe kunnen we binnen de hele acute zorgketen mensen met ernstige infecties sneller diagnosticeren? Dat begint met beter communiceren en informatie met elkaar delen. Met naar elkaar luisteren en zo inzicht krijgen in ieders mogelijkheden en onmogelijkheden. We leren veel van elkaars best practices; het afgelopen jaar hebben we mooie voorbeelden voorbij zien komen. Als op de SEH in Heerlen de vitale waardes - bloeddruk, ademhaling, hartslag, temperatuur - afwijken, verschijnt er een automatische pop up in het elektronisch patiëntendossier: Let op, dit kan sepsis zijn... Een ander, heel simpel maar bijzonder effectief voorbeeld is het voorbedrukte ‘Denk je aan sepsis?-notitieblokje’ bij de telefoon van de SEH dat dient als geheugensteuntje bij verwijzingen door de huisarts. Met deze focusgroep, met de verschillende pilots en met mijn onderzoek proberen we te bereiken dat sepsis zo vroeg mogelijk in de keten wordt herkend. Als het balletje eenmaal aan het rollen is, dan kan de volgende in de keten er efficiënt en effectief mee verder.”

Aandachtspunt twee: acuut zieke ouderen

Het is een almaar stijgende patiëntengroep, met urgente en vaak complexe problemen. Patricia Stassen: “Deze patiënten vragen veel aandacht. Vaak speelt er van alles, maar de essentiële informatie komt lang niet altijd boven tafel. Dat maakt diagnosticeren en triëren erg lastig. We proberen onder andere te achterhalen of het in sommige gevallen mogelijk is dat de huisarts of de ambulanceverpleegkundige onder supervisie van een huisarts de patiënt afdoende kan behandelen, zodat een bezoek aan de SEH en/of ziekenhuisopname niet nodig is. We ontwikkelen hiervoor een onderwijsprogramma voor de ambulance. Het is daarnaast belangrijk dat we van elkaar weten welke schakel welke informatie nodig heeft. Ik noem een voorbeeld: als de ambulance bij iemand thuis komt en ziet dat het er behoorlijk vervuild is, dan is dat voor mij essentiële informatie. Ik wil zo iets heel graag weten, want dan is het na behandeling direct naar huis sturen waarschijnlijk geen goed idee. Het gaat ook om praktische zaken: als de ambulance de bril, het gehoorapparaat, het gebit, de medicijnen, wat kleding enzovoort al kan meenemen, dan kan de volgende schakel veel sneller verder.”

Er lopen mooie initiatieven. In het Zuyderland MC is de wijkverpleegkundige nauw betrokken bij de SEH en de HAP. Hij of zij kan ter plekke beoordelen of er thuis extra zorg nodig is, en deze ook direct organiseren. In Maastricht loopt de pilot De Schakel: in het MUMC+ runt verpleeg- en thuiszorgorganisatie Envida een tijdelijke ‘verpleeghuisafdeling’ met negen bedden. Patiënten die na hun bezoek aan de SEH of de HAP (nog) niet naar huis kunnen, verblijven hier maximaal drie dagen totdat de juiste zorg voor hen is geregeld. Patricia: “We zijn heel benieuwd naar de evaluatie van die pilots! In 2019 gaan we samen zoeken naar nog meer en nog betere oplossingen. We willen in elk geval meer publiciteit en aandacht genereren voor dit onderwerp. En er zijn plannen om een symposium te organiseren voor alle ketenpartners waar we samen tot nog meer mooie oplossingen hopen te komen.”

Focusgroepen Myocard Infarct Noord- en Zuid-Limburg:

“In recordtijd van een gesloten naar een open kransslagader”

Noord- en Zuid-Limburg hebben elk een eigen focusgroep die zich buigt over de ketenafspraken rond het myocard infarct. Dankzij heldere afspraken is het in 2018 in heel Limburg gelukt om de doorlooptijd van melding tot interventie verder aan te scherpen. Door open met elkaar te praten over pijnpunten lukt het om voortdurend nieuwe verbeteringen door te voeren.



“Met een kortere doorlooptijd redden we niet alleen méér levens; we geven de patiënt ook meer levenskwaliteit ná z'n hartinfarct”, zegt Selahattin Aydin, voorzitter van de focusgroep in Noord-Limburg en interventiecardioloog bij VieCuri. “Natuurlijk zijn er landelijke protocollen maar het blijft mensenwerk. Die afspraken moet je dus blijven finetunen.”

De juiste routing

Dankzij de heldere afspraken uit de focusgroep weet Serge Bögels, ambulance-medewerker bij AmbulanceZorg Limburg-Noord, exact hoe hij een patiënt zo snel mogelijk op de PCI-tafel van Selahattin krijgt: “Stel, ik haal in de regio Roermond een patiënt op met pijn op de borst. In de ambulance maak ik een ECG en beslis of de patiënt eerst nog ter observatie naar Roermond kan of zo snel mogelijk in Venlo geopereerd moet worden. In dat geval bel ik vanuit de ambulance de interventiecardioloog zodat hij z'n operatieteam al kan oproepen. Dat staat vaak al klaar als ik de patiënt via de snelste route door het ziekenhuis bij de vaatkamer heb afgeleverd. Op de terugweg laat ik het ziekenhuis van Roermond even weten dat ze alvast een bed moeten reserveren voor een patiënt die op dat moment in Venlo gedotterd wordt. Want meteen na de operatie komt die patiënt terug naar Roermond.”

Record verbroken

Dankzij het focusgroepeverleg zijn de doorlooptijden altijd al scherp geweest, maar in 2018 is het record regelmatig verbroken. Het geheim blijkt simpel: “We registreren onze doorlooptijden structureel in opdracht van de Nederlandse Hart Registratie”, zegt Selahattin. “Alleen al het feit dát we de tijd monitoren, zorgt ervoor dat iedereen op scherp staat. In het focusgroepeverleg bekijken we elk kwartaal de cijfers en bespreken we casussen waar we nog verbeteringen zien. Dankzij die aanpak is de doorlooptijd in 2018 elk kwartaal een beetje korter geworden. Dat is zo motiverend dat iedereen voortdurend blijft zoeken naar nieuwe verbeteringen.”

Wie heeft dienst?

Ook de focusgroep in Zuid-Limburg heeft in 2018 de kwaliteitsindicatoren in kaart gebracht en analyseert elk kwartaal de tijdsmetingen, op zoek naar verbeteringen. Met hetzelfde, positieve resultaat als in Noord-Limburg. In Zuid-Limburg zitten die verbeteringen vooral in de afstemming tussen het Maastricht UMC+ en Zuyderland locatie Heerlen, waar sinds 2014 ook acute myocard infarcten gedotterd worden. De ene week doet Maastricht dienst als interventiecentrum; de andere week is Heerlen aan de beurt. Dat vraagt niet alleen om goede afspraken met de ambulancedienst, maar in de hele keten.



Selahattin Aydin



Serge Bögels

2018 stond in het teken van:

- De structurele zoektocht naar verbeteringen die de doorlooptijd verkorten
- Een nieuw ketenprotocol in Zuid-Limburg
- De evaluatie van de On-TIME 3 studie en de voorbereidingen op het onderzoek van Lisa Frenk



On-TIME 3 studie

In Zuid-Limburg is in 2018 de On-TIME 3 studie gestart waarbij infarctpatiënten in de ambulance premedicatie krijgen als voorbereiding op de dotterbehandeling. Het onderzoek moet uitwijzen of deze medicatiecocktail een positief effect heeft op de uiteindelijke schade aan het hart en de herstelkansen van de patiënt. Eind dit jaar worden de eerste resultaten verwacht.



Martin Cremers



Arnoud van 't Hof

Capaciteitsproblemen

“In 2018 hebben we ons ketenprotocol verder aangescherpt”, vertelt Martin Cremers, lid van de focusgroep Zuid-Limburg en afdelingshoofd van de poli Cardiologie van Zuyderland. “Het heeft best wat tijd gekost voordat alle partijen tevreden waren over dat nieuwe protocol. Een veelbesproken onderwerp is het overplaatsen van een patiënt na afloop van de operatie. Het is de bedoeling dat patiënten na het dotteren zo snel mogelijk terug gaan naar hun eigen ziekenhuis, maar het komt wel eens voor dat dat ziekenhuis geen bed vrij heeft. Die capaciteit moeten we samen heel goed bewaken om te voorkomen dat de hele keten vastloopt.”

Geen ergernissen

Juist in dat soort situaties komt de samenwerking met focusgroepleden goed van pas, vindt Arnoud van 't Hof, voorzitter van de focusgroep Zuid-Limburg en interventiecardioloog in het Maastricht UMC+ en Zuyderland: “Door capaciteitsproblemen moeten we soms afwijken van het protocol. In de focusgroep kunnen we goed aan elkaar uitleggen waarom het op dat moment echt niet anders kon. Praat je daar niet over, dan gaat zo'n verhaal een eigen leven leiden. Zo ontstaan ergernissen. Dankzij de focusgroep gebeurt dat niet en helpen we elkaar juist bij het zoeken naar een oplossing. Voor mij is dat de grootste winst van de focusgroep.”

Ambities

Ook al draaien beide focusgroepen prima, de ambities voor de toekomst zijn hoog. “Ik zou wel graag een extra huisarts in de focusgroep willen hebben”, zegt Arnoud. “Mensen met pijn op de borst melden zich vaak bij de huisartsenpost, dus die huisarts heeft een belangrijke rol in de keten.” Serge zou graag een wat structurelere samenwerking tussen de focusgroepen Noord- en Zuid-Limburg zien. “En liefst ook met de ziekenhuizen in Eindhoven en Nijmegen, want daar brengen we ook regelmatig hartpatiënten heen.” “Het is zeker goed om ambitieus te zijn, maar we moeten vooral koesteren wat we hebben”, vindt Selahattin. “We mogen niet vergeten hoe uniek die focusgroepen zijn. In de rest van Nederland gebeurt dit volgens mij niet zo intensief. Mijn wens is dus: continueren.” Martin zou tot slot graag wat meer aandacht voor plenaire scholing zien: “Dat is er in 2018 bij ingeschoten. Daarnaast moeten we onszelf voortdurend de vraag blijven stellen: hoe kan het morgen beter dan vandaag?”

Wat te doen bij twijfel?

Vrijwel alle protocollen gaan uit van een (dreigend) hartinfarct. Maar uit onderzoek blijkt dat ongeveer 75% van de mensen die met spoed worden ingestuurd met pijn op de borst, geen acuut hartprobleem heeft. Stress en te fanatiek sporten kunnen ook al soortgelijke klachten geven. Als er niets aan de hand is, wijst een ECG dat in de ambulance vaak al snel uit en kan de patiënt gewoon thuisblijven. Maar twijfelgevallen gaan mee naar de eerste harthulp. Terwijl ze daar lang niet altijd thuishoren. Zo komt de beperkte capaciteit onnodig onder druk te staan en lopen de zorgkosten op. Als vervolg op een onderzoek op de huisartsenpost in Venlo start onderzoekster Lisa Frenk dit jaar in heel Limburg met een onderzoek naar een nieuwe test die ambulancemedewerkers moet helpen om de acute cardiale patiënten te scheiden van patiënten met een ander probleem. In 2018 is het onderzoek grondig voorbereid binnen beide focusgroepen. Na goedkeuring door de medische commissie kan Lisa waarschijnlijk eind dit jaar starten. In 2020 worden de eerste resultaten verwacht.

Arnoud van 't Hof startte vijf jaar geleden een soortgelijk onderzoek in de regio Zwolle. De goede resultaten uit die regio verwacht hij ook in Limburg: “In Zwolle - en in de andere ambulanceregio's die deze aanpak inmiddels hebben overgenomen - zie je dat de druk op de eerste harthulp aanzienlijk vermindert. De test werkt als volgt: bij twijfel doet de ambulanceverpleegkundige met behulp van een vingerprik een bloedtest die binnen een kwartier een troponinebepaling geeft. Op basis van die uitslag, het ECG en een aantal andere kenmerken beslist hij of de patiënt veilig thuis kan blijven. In dat geval meldt de patiënt zich een dag later op de poli waar de test nog eens herhaald wordt. Een volgende stap is dat de huisarts die test zelf kan doen.”

Verantwoordelijkheid

Ambulancemedewerker Serge Bögels ziet wel voordelen in deze nieuwe risicoscore: “Soms heb ik het gevoel dat er geen sprake is van een cardiale oorzaak, maar zonder concreet bewijs kun je iemand niet zomaar thuis laten. Dankzij die test kan dat straks wel. Een bijkomend effect is echter dat de patiënt niet lang geobserveerd kan worden. Ik moet binnen een half uurtje een beslissing nemen terwijl ze in het ziekenhuis rustig kunnen bekijken hoe de klachten zich in de uren daarna ontwikkelen. Ik hoop dat Lisa de ontwikkeling van de klachten ook meeneemt in het onderzoek.”

Chloë Bollen

Johan Stotijn



Focusgroep Acute Psychiatrie:

“Niet iedereen die zich anders gedraagt, is een verward persoon”

Het aantal meldingen over verwarde personen stijgt de laatste jaren explosief. Niet alleen in Limburg maar ook in de rest van het land. Vandaar dat de overheid alle crisisdiensten heeft gevraagd om de acute GGZ opnieuw in te richten. De focusgroep Acute Psychiatrie leverde in 2018 vier nieuwe regioplannen op, om vervolgens te horen dat er onvoldoende geld is voor de volledige implementatie. Een tijdrovende klus die na afloop weinig hoopvol leek, maar bij nader inzien toch meer heeft opgeleverd dan gedacht.

De oogst van 2018:

- Vier nieuwe regioplannen waarvan drie speerpunten worden uitgevoerd
- Nieuwe ontwikkelingen rond het vervoer van verwarde personen
- Een hechtere focusgroep die de acute GGZ strategisch sterker maakt



In onze huidige participatiemaatschappij willen we dat mensen met een psychiatrische aandoening zo lang mogelijk zelfstandig wonen, met ambulante begeleiding. In een paar jaar tijd is het aantal bedden in GGZ-instellingen met een derde afgenomen. Daarnaast zorgen ook de bezuinigingen in de spoed-GGZ voor langere wachtlijsten en dus voor meer meldingen van mensen die acuut hulp nodig hebben. Maar deze ontwikkelingen zijn zeker niet de enige oorzaken van de stijging van het aantal meldingen, merkt Chloë Bollen, voorzitter van de focusgroep en psychiater bij Vincent van Gogh in Venlo op: “De tolerantie voor mensen die anders zijn, is gedaald. Als iemand vreemd gedrag vertoont, wordt al snel 112 gebeld om melding te maken van een ‘verward persoon’. Terwijl het lang niet altijd gaat om iemand met een psychiatrisch probleem.”

Geen geld voor een Porsche

Om al die meldingen in goede banen te leiden, heeft de overheid het initiatief genomen voor een landelijke module acute psychiatrie. De focusgroep heeft in 2018 serieus meegedacht over die module, vertelt Johan Stotijn, manager van de Spoedeisende Psychiatrie bij Mondriaan: “Die landelijke aanpak is vooral ontwikkeld voor de Randstad. Wij hebben input geleverd om het plan ook geschikt te maken voor Limburg. Daarnaast hebben we veel tijd gestoken in de regioplannen voor de vier Limburgse crisisdiensten.” “Prima plannen, totdat onze opdrachtgevers het prijskaartje zagen dat hoort bij een volledige implementatie”, vult Chloë aan. “Toen konden onze plannen even de ijskast in. Vreemd... je gaat toch geen Porsche bestellen als je budget hebt voor een Fiat?”

Samen sterker

Nu de rook is opgetrokken, blijkt dat deze spoedklus toch iets waardevols heeft opgeleverd: “We zijn als focusgroep veel hechter geworden”, vindt Chloë. “Vooral op strategisch gebied hebben we veel aan elkaar”, vult Johan aan. “Dankzij de goede contacten wordt strategische informatie gemakkelijk gedeeld. Daardoor staan we als GGZ sterker in de totale acute keten.”

Speerpunten uit de ijskast

Intussen zijn de regioplannen gelukkig voor een deel weer uit de ijskast gehaald. De drie belangrijkste speerpunten worden de komende vijf jaar geïmplementeerd. Daarbij gaat het om de deskundige triage, een duale beoordeling door twee GGZ-deskundigen en een optimale beschikbaarheid van het crisisteam. “In Noord-Limburg zijn we gestart met de triage”, zegt Chloë.

“Op de spoedpost in Venlo zit een Acuu Psychiatisch Hulpverlener als triagist die de meldingen over verwarde personen afhandelt. Deze triagist probeert zo goed mogelijk in te schatten of er daadwerkelijk sprake is van een psychiatrisch probleem. Zo ja, dan beslist de triagist met welke urgentie er gereageerd moet worden en hij/zij doet een eerste interventie. Zo voorkomen we dat mensen onnodig in de specialistische spoed-GGZ belanden.”

Zuid-Limburg is gestart met het tweede en derde speerpunt, vertelt Johan: “Onze crisisdienst wordt altijd gedraaid door een psychiater of verpleegkundig specialist. Die gaat samen met een sociaal psychiatrisch verpleegkundige op een melding af. De bereikbaarheid van dit crisisteam voeren we in de loop van dit jaar verder op zodat we uiteindelijk op werkdagen 14 uur en in het weekend 12 uur fysiek aanwezig zijn. De overige uren zijn we oproepbaar.”

Vervoer van verwarde personen

De intensieve samenwerking tussen ketenpartners heeft in 2018 ook een aantal deuren geopend die tot nu toe gesloten bleven. “Zo zag de Regionale Ambulance Voorziening Zuid-Limburg dankzij het ketenoverleg toch een rol voor zichzelf in het vervoer van verwarde personen”, legt Johan uit. “Tot voor kort vervoerden we verwarde personen met een eigen psycholance. Daarnaast liep een pilot met een particuliere vervoerder, samen met Zuyderland. Na afloop van die pilot zijn we een samenwerking gestart met de ambulancedienst. Daar zijn we heel tevreden over. Binnenkort gaan we ook gebruik maken van de rapid responder. Dat is een kleine ambulance waarmee de ambulancemedewerker en een GGZ-verpleegkundige van Mondriaan extra snel ter plaatse zijn. Daar doen we de triage en zetten zo nodig de juiste acute zorg in gang.”

En zo blijkt maar weer dat alle inspanningen uit 2018 niet voor niets zijn geweest.



Focusgroep Acute Obstetrie:

“Een jaar van groeiende zorgen en grote dromen”

Na een pauze van drie jaar pakte de focusgroep Acute Obstetrie in 2018 de draad weer op. De belangrijkste reden voor deze herstart is de groeiende druk op de geboortezorg in met name Zuid-Limburg. “Limburg wist de nationale dans rond de capaciteitsproblemen lang te ontspringen, maar nu zijn wij ook aan de beurt”, zegt voorzitter Marc Spaanderman. Als de druk groeit, groeit ook de behoefte aan nog betere procesafspraken in de keten. Die stonden dan ook hoog op de agenda van de focusgroep in 2018.

Het gebrek aan verpleegkundig personeel breekt de Limburgse ziekenhuizen steeds vaker op; ook op het gebied van geboortezorg. Daar komt bij dat de gefuseerde Zuyderland-ziekenhuizen in 2016 de verloskamers in Sittard-Geleen sloten, waarmee de druk op de ziekenhuizen in Maastricht en Heerlen nog verder toenam.

Dat zorgde de afgelopen jaren voor een aantal opnamestops voor tweedelijnszorg in het Maastricht UMC+.

Harde exercitie

“In de focusgroep hebben we uitgebreid gesproken over de gevolgen voor de acute geboortezorg in Zuid-Limburg”, vertelt Marc. “Vooral in de Westelijke Mijnstreek zijn diverse witte vlekken ontstaan waar de aanrijtijd tot het dichtstbijzijnde geboortecentrum onder druk komt te staan. Voor die regio’s hebben we precies in kaart gebracht wat de aanrijtijden zijn naar Heerlen, Maastricht of Roermond. En wat de gevolgen zijn als één van die geboortecentra de verloskamers tijdelijk moet sluiten. Dat is een harde exercitie want je rekent met mensenlevens. Maar we móesten die berekening maken. Zo kunnen we bij een opnamestop aan de verloskundigen uit een bepaalde regio vertellen met hoeveel extra aanrijtijd ze rekening moeten houden. Met goede communicatie in de keten proberen we de risico’s te beperken. Maar de rekenmodellen helpen ons ook om bestuurders te doordringen van de urgentie van dit probleem.”

Oplossingen

Dit heldere signaal over de gevolgen van de capaciteitsproblemen is intussen ook op bestuurlijk niveau besproken in het Regionaal Overleg Acute Zorg. Maar voor echte oplossingen is een lange adem nodig. “Die oplossingen zoeken we in het nóg efficiënter managen van de verloskamercapaciteit en in het opleiden van meer, goed gekwalificeerd verpleegkundig personeel”, geeft Marc aan. Ook in de keten zelf is gezocht naar verbeteringen. Alle mogelijke verbeteringen – inclusief de rekenmodellen rond aanrijtijden van de ambulance – zijn in 2018 verwerkt in een nieuw hoofdstuk over acute zorg in de bestaande zorgstandaard integrale geboortezorg.

Grote verbeterslag

“Daarnaast willen we vanuit het Maastricht UMC+ een grote efficiëncyslag slaan door de tijdrovende registraties te automatiseren”, gaat Marc verder. “Dat bespaart ons niet alleen veel tijd, maar helpt ook om de volledige ketenzorg – en dus ook de acute zorg – goed te monitoren. En van daaruit te verbeteren. Samen met een softwareleverancier hebben we het nieuwe softwarepakket LINAZ gebouwd. Dat zit nu in de testfase en kan daarna hopelijk geïmplementeerd worden. Eerst in het ziekenhuis en daarna ook in de eerste lijn. Althans: dat is onze grote droom. Maar de werkelijkheid is helaas weerbarstiger: met zoveel ketenpartners in de regio en interne koppelingen naar diverse systemen is het moeilijk om alle randvoorwaarden rond te krijgen. De kans bestaat dus dat het systeem helemaal niet, of pas later dit jaar, alleen binnen het Maastricht UMC+ gaat draaien. Dat zou heel jammer zijn. Want ik ben ervan overtuigd dat de hele keten met een integraal dossier een grote kwaliteitsstap vooruit kan zetten.”



Ketentraining

Een andere manier om de ketenzorg verder te verbeteren, is een praktische ketentraining. Op regionaal niveau wordt er wel getraind, maar een Limburg-brede ketentraining bestaat nog niet. Jose Lenders, ambulance-verpleegkundige bij AmbulanceZorg Limburg-Noord en instructrice bij een opleidingscentrum, dacht mee over de opzet van zo'n uniform trainingsprogramma: "Acute verloskunde komt niet vaak voor en juist daarom is het belangrijk om zo'n acute situatie regelmatig te oefenen. In verschillende Limburgse ziekenhuizen gebeurt dat ook al. Onder begeleiding van een opleidingscentrum wordt op de verloskamers getraind met kraamverzorgenden, gynaecologen, eerste- en tweedelijns verloskundigen, verpleegkundigen en de ambulancebemanning. De casussen worden zo realistisch mogelijk opgezet met veel aandacht voor communicatie en samenwerking. Uit het overleg in de focusgroep blijkt dat er niet genoeg draagvlak is voor een uniforme training. Veel deelnemers willen het liefst in hun eigen vertrouwde omgeving met hun eigen opleidingsinstituut trainen. Tijd en geld spelen hier ook een rol bij. Dit jaar praten we verder over dit onderwerp."



Hoog op de agenda in 2018:

- De capaciteitsproblemen in met name Zuid-Limburg.
- Mogelijke oplossingen, zoals de digitalisering van de ketenzorg.
- De vraag of een uniforme ketentraining haalbaar is.



Focusgroep Spoedzorg:

“Landelijk kwaliteitskader spoedzorg vastgesteld: hoe nu verder?”

Waarom moet een functionerende SEH voldoen om een volwaardig kwalitatief goede SEH te zijn? In het landelijk kwaliteitskader spoedzorg van 2018 vinden we duidelijke richtlijnen, inclusief voorwaarden voor de hele zorgketen. Het is nog even wachten op de resultaten van de business impact analyse, voordat echt duidelijk is wat de implicaties voor de spoedzorg in Limburg zijn. Daarop vooruitlopend heeft het NAZL, als nulmeting, tientallen diepte-interviews gehouden met professionals: wat is de stand van zaken, waar liggen de gaten, wat kunnen we wellicht samen oppakken?



Sigrid Cleef



Peter Krebbekx



Ideaalplaatje

Een van de geïnterviewden is Sigrid Cleef, al dertien jaar SEH-arts bij het Laurentius ziekenhuis in Roermond en ook medisch manager van de SEH aldaar: "Vooropgesteld: het is goed dat het kwaliteitskader spoedzorg er is. Het ideaalplaatje zoals dat in het kwaliteitskader geschetst wordt, daarvan vinden we met z'n allen al heel lang dat het inderdaad zo zou moeten. Maar de realiteit is anders, alleen al omdat we in het hele land de vacatures op de SEH niet of nauwelijks kunnen invullen. In Roermond hebben we al lange tijd drie vacatures voor SEH-artsen."

24/7 SEH-arts aanwezig?

Neem bijvoorbeeld de aangescherpte voorwaarde dat er 24/7 een arts op de SEH aanwezig moet zijn met minstens twee jaar ervaring, waarvan minstens een jaar ervaring in een relevant specialisme. Na de business impact analyse is die twee jaar ervaring teruggebracht naar één jaar. Sigrid: "Maar dan nog... Voor de niet-opleidingsziekenhuizen die alleen met AINO's en eventueel HAIO's werken, betekent dat dat je 24/7 een SEH-arts in huis moet hebben. Voor de perifere ziekenhuizen in heel het land is dat niet alleen formatief een uitdaging, maar het heeft ook een forse financiële impact. De houdbaarheid van 24/7 SEH-zorg in de kleinere ziekenhuizen van het land, en dus ook in onze regio, wordt daarmee flink onder druk gezet."

Regionaal epd?

"En dan is er nog de eis dat patiëntgegevens digitaal uitgewisseld moeten worden. Landelijk is het niet gelukt - onder andere vanwege de privacywetgeving - om een epd te introduceren. Nu wordt tegen ons gezegd: regio, veel succes, regel het maar. En dat terwijl wij immers tegen precies dezelfde obstakels oplopen... Tegelijkertijd kennen we elkaar in de regio al, we zitten als focusgroep al regelmatig om de tafel, dus ik verwacht dat het op regionaal niveau gemakkelijker moet zijn om hier samen afspraken over te maken."



'Gluren bij de burens'

Tussen de Limburgse ziekenhuizen en SEH's zijn er grote verschillen, vooral tussen het noorden en het zuiden van de provincie. In een groot ziekenhuis of in een academische omgeving zijn de zaken nou eenmaal anders geregeld dan in de periferie. Vandaar dat in 2018 gestart is met 'Gluren bij de burens': SEH-artsen en verpleegkundigen gaan in wisselende samenstellingen twee keer per jaar bij hun collega's in de regio op werkbezoek. Vrijwel unaniem vindt men het bijzonder leerzaam, maar organisatorisch is het vooralsnog een flinke uitdaging.

Betere service, voorkomen van dubbele inzet

Een van de vaste leden van de focusgroep spoedzorg is Peter Krebbekx, manager operations bij AmbulanceZorg Limburg Noord. "Waar wij nog wel eens tegenaan lopen, is het feit dat niet alle ziekenhuizen meer altijd de zorg voor elke patiënt bieden. Maar de meldkamer moet natuurlijk wel weten waar de ambulance de patiënt naar toe moet brengen. Het NAZL heeft afgelopen jaar voor de meldkamer duidelijk in kaart gebracht waar, wanneer, welke zorg geboden kan worden. Dat hebben ze overigens niet alleen voor Limburg gedaan, maar ook voor de grensregio's met de aanpalende provincies. Ze houden het overzicht nauwgezet bij zodat het een betrouwbare informatiebron is. Zo zorg je niet alleen voor een snellere en betere service voor de patiënt, maar je voorkomt ook onnodig dubbele inzet van voertuigen en mensen omdat je de patiënt in geval van spoed meteen kunt vervoeren naar het ziekenhuis waar de zorg op maat geleverd kan worden." Pratend over de samenstelling van de focusgroep meldt Peter dat ook de huisartsen nu participeren: "Dat heeft veel meerwaarde, een goede stap dus. Vorig jaar is een wijkverpleegkundige van de thuiszorg in de focusgroep komen vertellen over hoe zij op de SEH en de HAP in Heerlen patiënten begeleidt die alleen naar huis kunnen, als de opvang en de zorg daar goed zijn geregeld. Ik vond dat een inspirerend verhaal. Ook de thuiszorg is een belangrijke partner in de keten van de spoedzorg."

2019?

De focusgroep Spoedzorg gaat in 2019 aan de slag met twee van de zeven actuele thema's uit het kwaliteitskader spoedzorg: de ketenzorg voor kwetsbare ouderen en parallel daaraan het verbeteren van de uitwisseling van informatie.

Martijn: "Als we op nationale en internationale congressen filmpjes laten zien van een patiënt die twee weken na een zware bekkenfractuur al de trap op- en afloopt, verklaren sommigen ons voor gek."

Martijn Poeze

Yvette van Horn



"Ook voor traumazorg en multi-traumazorg geldt: meten is weten"

Vandaar dat Audrey Fiddlers - onderzoeker bij het NAZL -, en Martijn Poeze - medisch hoofd van het NAZL en hoogleraar trauma-chirurgie -, de drie grote, lopende én veelbelovende onderzoeken graag toelichten.

Aangevuld door Yvette van Horn - Raad van Bestuur van de Adelante Zorggroep - die nauw betrokken is bij het onderzoek vroegbelasting bij trauma.

Yvette: "Elke schakel heeft z'n eigen expertise, elke schakel is even belangrijk. Als je elkaar op die manier kunt waarderen dan maak je de zorg beter. Dat nu ook Zuyderland MC is aangesloten bij het Traumanetwerk Zuid-Limburg, waardoor de traumazorg voor de patiënten in deze regio eenduidig is geregeld, is pure winst."

Onderzoek 1: Concentratie van de multitraumaopvang, gevolgen en kansen voor onze traumaregio

Audrey Fiddelers: "Patiënten en hun familieleden werden gevraagd om het hele traject van ongeval tot en met de revalidatie stapsgewijs te beschrijven: wat vonden jullie goed en minder goed? Hoe hebben jullie de zorg ervaren? Sommige patiënten gaven aan dat ze wat verder in het traject alsnog graag naar hun eigen regio/ziekenhuis zouden terugkeren. Dat had veelal te maken met de belasting voor familieleden. Martijn: "Zodra het kan - vaak al na de eerste grote ingreep - gaan patiënten nu terug naar hun eigen regio/ziekenhuis."

Audrey legt uit dat ook 19 zorgprofessionals uit de gehele keten zijn bevroegd over de voor- en nadelen van de concentratie van multitraumazorg op de kwaliteit van zorg: "Tijdens een thema-avond hebben we samen met 45 zorgprofessionals gekeken naar mogelijke oplossingen voor de zes belangrijkste knelpunten." De bevindingen en de resultaten van die avond kun je nalezen op onze website www.nazl.nl/lopende-studies. Daarnaast werden ook patiënten bevroegd over kwaliteit van leven, zorggebruik en tevredenheid. Het kwalitatieve onderzoek mag dan afgerond zijn, het zoeken naar oplossingen om beter en slimmer samen te werken gaat natuurlijk gewoon door.

Onderzoek 2: Test prehospital trauma triage app

In drie jaar tijd testen ambulanceverpleegkundigen in vijf regio's in het land - Limburg begon als eerste - een prehospital triage-app die hen kan ondersteunen bij het maken van de juiste keuzes. Martijn: "Het kost slechts 30 seconden om een aantal vragen te beantwoorden: bijvoorbeeld waar bevinden de letsels zich, wat is de bloeddruk, is de patiënt bij kennis? Ambulanceverpleegkundigen doen deze observaties nu ook al, maar het is - zeker in het acute moment - vaak lastig om hier een waardering aan te koppelen. De app is gevoed met eerder gedane wetenschappelijke research in de regio's Utrecht en Brabant, waardoor er een predictiemodel is ontstaan. Dat model voorspelt hoe groot de kans op een multitrauma is én geeft daarmee meteen antwoord op de vraag: hoort deze patiënt thuis in het traumacentrum of in het dichtstbijzijnde regionale ziekenhuis? Als dit goed werkt, dan heb je niet alleen een enorm mooi wetenschappelijk onderzoek gedaan maar dan heb je ook een heel handig hulpmiddel voor de dagelijkse praktijk."

Onderzoek 3: vroege belasting bij traumapatiënten met fracturen van de onderste extremiteiten

Hoe krijg je je traumapatiënt weer aan het bewegen zodat er een normaal looppatroon ontstaat? Globaal zijn er twee stromingen die zo ongeveer het tegenovergestelde beweren. Aan de ene kant heb je de klassieke methode die al sinds jaar en dag wordt gehanteerd: drie maanden heel rustig aan doen en dan pas voorzichtig opbouwen. Aan de andere kant is er de 'stroming vroegbelasting na trauma' die al zeker tien jaar door het Maastricht UMC+ en Adelante - en sinds kort ook Zuyderland MC - wordt gehanteerd. Martijn: "Uiteraard moet de wond goed genezen zijn, uiteraard kijkt de fysiotherapeut mee, maar de patiënt begint zo snel mogelijk met revalideren. En die patiënt - zo wijst de dagelijkse praktijk bij ons uit - wil werken, heeft een gezin en wil liever aan de slag dan rustig afwachten."

Yvette van Horn van de Raad van Bestuur van de Adelante Zorggroep, heeft er alle vertrouwen in dat het promotieonderzoek van Pishtivan Kalmet het benodigde bewijs zal leveren dat de 'methode vroegbelasting' niet méér complicaties oplevert en dus net zo veilig is als de klassieke aanpak. "Sterker nog: wij gokken zelfs op minder complicaties. Bovendien: vergeleken met de klassieke aanpak, mobiliseren onze patiënten in de helft van de tijd. In de revalidatiewereld is heel veel belangstelling voor dit onderzoek. Wij vertellen ons verhaal en onze ervaringen overal waar het maar kan. De wetenschappelijke bevestiging van wat wij al tien jaar succesvol in de praktijk toepassen, kan niet anders dan een grote omwenteling betekenen." Martijn: "Wij weten dat onze methode werkt en dat het veilig is. Met dit doelmatigheids-onderzoek verwachten we dat eindelijk ook wetenschappelijk te kunnen bewijzen. Dat zou echt een shift in paradigma zijn! Dáárvoor doe je onderzoek, maar je moet natuurlijk ook het lef hebben om het roer volledig om te gooien..."

Nog even geduld: de resultaten van het onderzoek worden eind 2019 verwacht.



Audrey Fiddelers

Zuyderland MC bouwde een eigen opleiding voor voorzitters van een Operationeel Crisissteam:

“Hoe houd je het hoofd koel als het écht spannend wordt?”

We leven in een tijd waarin het niet meer de vraag is óf Limburg door een ramp getroffen wordt, maar wannéér dat gebeurt. Als het zover is, staat in de Limburgse ziekenhuizen een Operationeel Crisissteam paraat dat slachtoffers zo goed mogelijk opvangt. De leiding van zo'n crisisteam is in handen van een voorzitter. Maar hoe bereid je die goed voor op z'n taak? Ron Thalen en Martin Deeder – beiden Integraal Crisis Coördinator bij Zuyderland MC – ontwikkelden in 2018 met een subsidie van OTO-Limburg een nieuwe opleiding die voorzitters in vier dagen tijd klaarstoomt voor die taak.



Het is niet voor het eerst dat Ron Thalen en Martin Deeder een nieuwe opleiding bouwen. In 2016 ontwikkelden ze samen met opleidingsinstituut GoodWork een nieuwe training voor Operationeel Crisiscoördinatoren. Inmiddels hebben ruim tachtig coördinatoren deze opleiding gevolgd. Daar waar deze coördinator vooral op operationeel niveau handelt, leidt de voorzitter het crisisteam meer op tactisch en strategisch niveau. Binnen Zuyderland MC is die rol gekoppeld aan de functie van RVE-manager. Maar ook een goede, ervaren, topmanager kan in een crisissituatie de plank volledig misslaan. “Een crisis leiden vraagt om heel andere competenties dan het aansturen van een afdeling”, stelt Ron. “Hoe blijf je structureel, effectief en adequaat denken als het spannend wordt? Die competenties moet je goed trainen.”

Bouwen met OTO-subsidie

“Probleem is echter dat er tot voor kort geen goede training bestond”, gaat Martin verder. “De meest actuele training was sinds 2005 niet meer vernieuwd en sloot dus niet meer aan bij de huidige verwachtingen en wensen. Zelf zijn we heel tevreden over de training voor Operationeel Crisiscoördinatoren van opleidingsinstituut GoodWork. Zo ontstond het plan om samen met GoodWork ook een training voor voorzitters te ontwikkelen. Dankzij een subsidie van OTO Limburg hebben we die voorzittersopleiding in 2018 kunnen bouwen.”

“De landelijke OTO-kwalificatieprofielen voor voorzitters vormden de basis van de nieuwe opleiding”, legt Ron uit. “Die profielen hebben we vertaald naar concrete competenties. Een psychologe heeft op basis van een speciale vragenlijst (de MIDAS-scan) en een uitgebreid gesprek per voorzitter bekeken welke competenties al aanwezig zijn en wat zo'n persoon nog nodig heeft om in de voorzittersrol te groeien. Per persoon hebben we een opleidingsprogramma op maat ontwikkeld.”

Mentale krachtraining

In oktober en november 2018 volgden de eerste tien RVE-managers de nieuwe driedaagse training, die vooral ingaat op mentale kracht en persoonlijke valkuilen, verduidelijkt Martin: “Hoe merk je dat je terug kruipt in je eigen comfortzone en dus meer manager dan voorzitter bent? Wanneer moet je even diep in- en uitademen?” Na drie intensieve trainingsdagen werd de training in januari 2019 afgesloten met een pittig examen.

“Tijdens dat examen gaat de voorzitter met een levensechte casus aan de slag”, vertelt Ron. “Op die dag zit er een groot Operationeel Crisissteam bij hem aan tafel. Een externe assessor kijkt over zijn schouder mee en checkt of hij het team aanstuurt zonder in de stress te schieten. Intussen is in de regio zogenaamd een school shooting bezig. Met veel jonge slachtoffers die acuut geholpen moeten worden. Ga d'r maar aan staan. Negen van de tien voorzitters hebben die proeve van bekwaamheid succesvol doorstaan.”

Leerprogramma op maat

Voorzitters die denken dat ze na dat examen uitgeleerd zijn, hebben het volgens Martin mis: “Na het examen ben je ‘startbekwaam’. Iedereen volgt in de jaren daarna z’n eigen persoonlijke leercurve. Met e-learning, online casusbesprekingen en een jaarlijkse opfrustraining blijft zo’n voorzitter zich verder doorontwikkelen. Al die drukbezette managers zien na hun levensechte test de noodzaak echt wel in om bekwaam te blijven.”

“Eén van de managers vervult de rol van voorzitter al jaren, maar ook hij gaf aan dat hij veel geleerd heeft van de training”, geeft Ron aan. “De impact van een crisissituatie bleek veel groter dan hij had verwacht. Ook de overige deelnemers waren enthousiast. Vrijwel iedereen zou de training aanbevelen aan een ander. Dat merken we nu al: nieuwe RVE-managers worden meteen bij ons aangemeld voor de opleiding.”

Andere ziekenhuizen in – en buiten – Limburg hebben interesse getoond in de voorzitterstraining die Zuyderland MC ontwikkeld heeft. Ron en Martin delen hun ervaringen graag, dus neem gerust contact met ze op.





Fred Körver

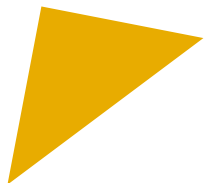


Ruth Jongen

OTO Limburg lanceert na de zomer het digitale platform KANO:

“KANO is niet alleen van OTO, maar van ons allemaal”

OTO Limburg heeft de afgelopen acht jaar ongeveer 500 sleutelfunctionarissen van 35 ketenpartners voorbereid op een ramp of een crisis. Direct of indirect bereikt OTO Limburg circa 16.000 mensen in de Limburgse zorginstellingen. In al die organisaties liggen intussen stapels protocollen, plannen en oefenmaterialen klaar. Die enorme berg informatie – die nu nog versnipperd is over de hele provincie – wordt straks samengebracht in het KANO: het nieuwe, digitale Kennis- en Adviescentrum van het NAZL en OTO Limburg. KANO-trekker Ruth Jongen en externe ICT-specialist Fred Körver van Create MC vertellen hoe het KANO helpt om de juiste flow te volgen in woeste wateren. In 2016 is tijdens een creativiteitsessie voor het eerst met alle ketenpartners gebrainstormd over een digitaal platform. Uit de vele enthousiaste reacties blijkt dat sleutelfunctionarissen zo'n community wel zien zitten; een plek waar ze elkaar online kunnen ontmoeten, vragen kunnen stellen, materialen kunnen aanvragen, deskundigen kunnen inschakelen, casussen kunnen bespreken, e-learningmodules kunnen volgen, blogs kunnen lezen en alle beschikbare informatie over rampen en crises kunnen vinden. “Op basis van al die wensen zijn we op zoek gegaan naar een bestaand platform dat als voorbeeld kon dienen. Maar dat bestond nog niet”, vertelt Ruth. “Dat moesten we dus zelf gaan ontwikkelen. In 2017 hebben we met de hulp van Fred Körver het functioneel ontwerp geschreven en softwareleverancier Innervate geselecteerd. Die heeft het KANO-platform in 2018 voor ons gebouwd.”



Van en voor de regio

“We zitten nu in de testfase waarin we het platform steeds verder finetunen”, zegt Fred. “Met een beetje geluk kan Ruth binnenkort starten met het vullen van het systeem.” “Bij OTO Limburg hebben we heel veel informatie die ik in het KANO ga zetten”, zegt Ruth. “Maar de ketenpartners ontwikkelen zelf natuurlijk ook van alles. Al die integrale crisisplannen, -protocollen en digitale tools kunnen de sleutelfunctionarissen straks zelf uploaden in het KANO. Zo hoeft bijvoorbeeld een crisiscoördinator van een vergelijkbare organisatie het wiel niet opnieuw uit te vinden. Daarnaast maakt elke deelnemer zijn eigen profiel aan op het platform. Daarop vullen ze onder andere in welke opleidingen, trainingen en oefeningen ze hebben gedaan en over welke expertise ze verder nog beschikken. We vragen dus wel wat tijd van onze ketenpartners om het KANO te vullen. Maar vervolgens kunnen ze ook gebruik maken van de informatie die andere organisaties gedeeld hebben. Op die manier wordt het KANO echt van de regio, vóór de regio.”

Kwaliteitsbevordering

Het KANO richt zich niet alleen op het delen van informatie maar ook op kwaliteitsbevordering. Via dit platform kunnen organisaties bijvoorbeeld goed opgeleide specialisten inschakelen om hun OTO-activiteiten te ondersteunen. Die kwaliteit wordt ook aangescherpt dankzij allerlei hulpmiddelen, zoals gespecialiseerde oefensystemen en e-learningmodules die deelnemers online kunnen volgen.

Kennisplatforms

“Het KANO is straks onderverdeeld in verschillende kennisplatforms”, legt Fred uit. “Per discipline zien deelnemers op het platform precies welke opleidingen, trainingen en oefeningen ze kunnen volgen. Uitnodigingen worden straks niet meer per mail verstuurd. Alle communicatie met deelnemers van OTO Limburg verloopt dan via het KANO. Als er nieuwe producten of inzichten zijn, zien ze dat in hun eigen persoonlijke nieuwsoverzicht. Net als op social media kun je je eigen voorkeuren aangeven, groepen volgen, vragen stellen, inzichten delen en discussies voeren. Deelnemers kunnen dus echt een actieve rol aannemen, en gaan dat hopelijk ook doen.” “Het is zeker niet de bedoeling dat wij vanuit OTO alleen maar gaan zenden”, benadrukt Ruth. “Het moet een levend platform worden. Niet van OTO, maar van ons allemaal.”

Eerste kennismaking

Zodra het KANO goed functioneert en gevuld is met de informatie van OTO Limburg krijgen alle ketenpartners en sleutelfunctionarissen een inlogcode. “Het zou mooi zijn als het KANO eind september 2019 draait”, hoopt Ruth. “Dan vindt namelijk de regionale ketenoefening BioWare plaats in Limburg waar alle sleutelfunctionarissen bij betrokken zijn. Dat zou een mooi moment zijn voor een eerste kennismaking met het KANO.” Die kennismaking is volgens Ruth nog maar het begin: “We blijven het platform de komende jaren verder doorontwikkelen en uitbreiden. Nu richt het KANO zich alleen op deelnemers van OTO Limburg, maar wie weet... misschien gaan we het platform in de toekomst ook nog toegankelijk maken voor de acute zorg die het NAZL coördineert. Kortom: wordt vervolgd.”



Manon Janssen

Thera Habben Jansen

LINK:

“Aanpak antibioticaresistentie: niet alleen woorden, maar ook daden!”

De jongste poot van het NAZL is het zorgnetwerk antibioticaresistentie, LINK genaamd. En dat is de net iets lekkerder uit te spreken afkorting van Limburgs Infectiepreventie en antibioticaresistentie Netwerk. In amper anderhalf jaar tijd zijn er bergen werk verzet. Kwartiermakers Thera Habben Jansen en Simone Schoffeleers: “De noodzaak voor de aanpak van antibioticaresistentie staat helder op het netvlies van zowel professionals als van bestuurders. Dat is een prima uitgangspositie voor de volgende stappen.”

Beginnen bij het begin

Eerst even terug naar 2017 toen het ministerie van VWS aan tien regio's met dezelfde afbakening als de netwerken acute zorg de opdracht gaf om in hun regio actief aan de slag te gaan met antibioticaresistentie en infectiepreventie. Samenwerken met de netwerken acute zorg was een logische keuze: bestuurlijk waren dezelfde partijen aanzet. Het jaar 2017 stond vooral in het teken van mensen verzamelen en structuren opzetten. Stap één was het uitbreiden van het netwerk met de VVT-sector. Stap twee was het vormen van een stuurgroep en stap drie het werven van leden voor het regionaal coördinatieteam. Op naar 2018, op naar het echte werk.

Concrete projecten

Manon Janssen, deskundige infectiepreventie bij (onder andere) St. Jans Gasthuis in Weert, is een van de leden van het multidisciplinair Regionaal Coördinatie Team. Maandelijks bespreken zij de landelijke ontwikkelingen, de ideeën uit andere zorgnetwerken, maar ook inhoudelijke zaken als het opzetten van uniform beleid, het uitvoeren van audits, het van de grond krijgen van het netwerk contactpersonen infectiepreventie enzovoort.

Manon: “De eerste inspiratiedag voor de V&V-sector werd ontzettend goed bezocht. Het was heel plezierig om te merken dat het onderwerp zo leeft en dat de behoefte aan een netwerk er duidelijk is. De meeste instellingen hebben nu wel een contract met een deskundige infectiepreventie. Wat wij voor ogen hebben, is dat elke instelling straks ook contactpersonen infectiepreventie op de werkvloer heeft. Het idee is dat we elkaar laagdrempelig kunnen vinden en dat we - naast het bespreken van knelpunten en problemen - vooral van elkaar leren. Via het digitaal forum bijvoorbeeld of op een van de netwerkbijeenkomsten die we twee keer per jaar organiseren.”

Draagvlak en communicatie

Naast de concrete projecten, ging op de achtergrond het werk van kwartiermakers Thera Habben Jansen en Simone Schoffeels gewoon door. Kort samengevat: draagvlak creëren en communiceren. In het bestuurlijk ROAZ stond ABR stevast op de agenda, bestuurlijke input werd opgehaald: wat willen jullie? Zo werd er extra aandacht gevraagd voor de relatie met het omringende buitenland, de samenwerking tussen de diverse organisaties en zaken waar de inspectie op inspecteert. Thera: “Verder is er uiteraard flink ingezet op communicatie. De website (www.limburgink.nl) is in de lucht, het aantal abonnees op onze maandelijkse nieuwsbrief is verdubbeld (oplage is nu ruim 700) en wordt nu ook verstuurd naar alle huisartsen in de regio.”

Memorable mijlpalen

Gevraagd naar welk succes in 2018 het meest is bijgebleven, noemde Manon al eerder de inspiratiedag van november. Die krijgt zeker een vervolg in de opzet van een netwerk contactpersonen infectiepreventie met bijbehorend forum, deskundigheidsbevordering en netwerkbijeenkomsten. Simone kijkt reikhalzend uit naar de resultaten die uit het project ‘kwaliteit uit het zuiden’ komen: “Daarmee kunnen de organisaties concrete stappen zetten en onderling van elkaar leren doordat ze eenzelfde manier van audit hebben toegepast.” Thera noemt het initiatief van de gezamenlijke Limburgse laboratoria om hun detectieprotocollen voor resistente bacteriën te uniformeren ‘een heel aansprekend voorbeeld’: “Dat is nogal wat: dat organisaties bereid zijn om een aanpassing te doen in de bedrijfsvoering. Het initiatief kwam van een arts-microbioloog in het regionaal coördinatieteam en alle partijen hebben vervolgens heel constructief meegewerkt om het ook daadwerkelijk te realiseren.”

Nieuw jaar, nieuwe ontwikkelingen

Per 1 mei 2019 is het team Thera/Simone kwartiermaker af. Thera focust zich nu volledig op Brabant en Simone Schoffeels gaat solo verder als programma coördinator LINK met onder andere: de implementatie van de uniforme audit basishygiëne, de bevindingen van het Niezt-project (wat zijn helpende en belemmerende factoren voor infectiepreventie?) en verschillende activiteiten die voortvloeien uit het meerjarenplan 2019-2021 die tot doel hebben om de ingezette koers te borgen. Volgend jaar meer.

“Credits aan het Regionaal Coördinatie Team”

Kwartiermakers Simone en Thera zijn daar heel duidelijk over: “Deze professionals zijn er uitstekend in geslaagd om de opdracht, die relatief abstract is, te vertalen naar concrete activiteiten. Zij checken bij hun eigen achterban wat de concrete behoeftes zijn en waar de prioriteiten liggen en gaan daar vervolgens mee aan de slag.”

De leden van het multidisciplinair Regionaal Coördinatie Team LINK

- Manon Janssen, deskundige infectiepreventie voor SJG Weert en Land van Horne
- Marlies van Wolfswinkel, internist-infectioloog MUMC+
- Eefje de Bont, huisarts en onderzoeker Maastricht University
- Edou Hedema, arts-microbioloog Zuyderland MC
- Wil van der Zwet, arts-microbioloog MUMC+
- Casper den Heijer, arts infectieziektebestrijding GGD Zuid-Limburg
- Peter Jacobs, arts infectieziektebestrijding GGD Limburg Noord
- Monique Schellinx, specialist ouderengeneeskunde Mondriaan
- Louis de Wolf, huisarts en stuurgroep lid LINK
- Simone Schoffeels, netwerkcoördinator
- Sandra Damoiseaux, projectondersteuner



Simone Schoffeels

Samenstelling focusgroepen:

De focusgroep CVA bestaat uit:

Julie Staals, *Maastricht UMC+* (voorzitter)
Anita Lekx, *VieCuri*
Fergus Rooyer, *Zuyderland*
Hugo Brounen, *Ambulancezorg GGD Zuid Limburg*
Inge Claessen, *Zuyderland*
Inge de Ridder, *Maastricht UMC+*
Ladbon Khajeh, *Zuyderland*
Luc Harings, *Ambulancezorg GGD Zuid Limburg*
Mary-Lou van Goor, *Laurentius ziekenhuis Roermond*
Marieke Verspaget, *Laurentius ziekenhuis Roermond*
Bé Meems, *VieCuri*
Nathalie Peters, *Ambulancezorg Limburg Noord*
Patrick van Limpt, *Cohesie*
Robert van Oostenbrugge, *Maastricht UMC+*
Stefan Smolenaers, *Laurentius ziekenhuis Roermond*
Tobien Schreuder, *Zuyderland*
Miranda Dirx, *NAZL*
Maria Kerckhoffs, *NAZL*

De focusgroep Acute Interne Geneeskunde bestaat uit:

Patricia Stassen, *Maastricht UMC+* (voorzitter)
Anita Speetgens, *St. Jans Gasthuis*
Ed Slangen, *Maastricht UMC+*
Gideon Latten, *Zuyderland*
Joris Wirtz, *Laurentius ziekenhuis*
Kevin van Barneveld, *VieCuri*
Lieve Knarren, *VieCuri*
Maurice Scheres, *Ambulancezorg GGD Zuid Limburg*
Oliver Thomas, *Ambulancezorg Limburg Noord*
Remco van Zijl, *Ambulancezorg Limburg Noord*
Rob Boumans, *Laurentius ziekenhuis*
Ron Heijnen, *Envida*
Ruud Heg, *Huisarts Maastricht*
Simon Kleijkers, *Huisarts Hoensbroek*
Vera Haanen, *Zuyderland*
Vikash Marapin, *St. Jans Gasthuis*
Michelle Rijnders, *St. Jans Gasthuis*
Miranda Dirx, *NAZL*
Simone Schoffeleers, *NAZL* (nu Marieke van Deursen)

De focusgroep Myocard Infarct Noord-Limburg bestaat uit:

Selahattin Aydin, *VieCuri* (voorzitter)
Barry Peute, *VieCuri*
Bernadette van Casteren, *Huisartspraktijk Veltum*
Christ Werter, *Laurentius ziekenhuis Roermond*
Cees de Vos, *Laurentius ziekenhuis Roermond*
Gé de Bruijn, *VieCuri*
Geertje v.d. Waals, *Laurentius ziekenhuis Roermond*
Joan Meeder, *VieCuri*
Lisa Frenk, *VieCuri*
Marieke Versteegen, *VieCuri*
Mohamed Majidi, *St. Jans Gasthuis*
Oliver Thomas, *AmbulanceZorg Limburg-Noord*
Serge Bögels, *AmbulanceZorg Limburg-Noord*
Miranda Dirx, *NAZL*
Maria Kerckhoffs, *NAZL*

De focusgroep Myocard Infarct Zuid-Limburg bestaat uit:

Arnoud van 't Hof, *Maastricht UMC+* (voorzitter)
Alex Laurensen, *Maastricht UMC+*
Martin Cremers, *Zuyderland*
Deborah Berends-Sluisman, *Zuyderland*
Mariëlle Denis, *Maastricht UMC+*
Henny Raadschelders, *Zuyderland*
Mark van Ijsselstein, *Maastricht UMC+*
Ilse Kasperski, *Zuyderland*
Jack Sijstermans, *Zuyderland*
Joeri Gilissen, *Zuyderland*
John Nakken, *Maastricht UMC+*
Piet Debruyckere, *Gezondheidscentrum Terwinselen*
Robert Willemsen, *Huisartsenpraktijk Nazareth*
Rudi Flipkens, *Zuyderland*
Susan van Workum, *Ambulancezorg GGD Zuid Limburg*
Jos Uyttersprot, *Maastricht UMC+*
Leo Veenstra, *Maastricht UMC+*
Miranda Dirx, *NAZL*
Maria Kerckhoffs, *NAZL*

De focusgroep Acute Obstetrie bestaat uit:

Marc Spaanderman, *Maastricht UMC+ (voorzitter)*
Babette Peeters, *Cicogna kraamzorg*
Badia El Haddad, *Verloskundige Praktijk Nederweert e.o.*
Ciska Wouters, *GGD Zuid Limburg*
Claudia Brouwers, *Verloskundigen Geleen*
Desiree Greven, *Bevalt beter*
Desirée Moonen, *Laurentius ziekenhuis Roermond*
Ella Wijnen, *VieCuri*
Mark van der Hoeven, *Maastricht UMC+*
Ingrid Beurskens, *Verloskundigepraktijk de Roerstreek*
Ivo van Dooren, *Sint Jans Gasthuis Weert*
Jeroen Smeets, *Huisarts Maastricht*
José Lenders, *AmbulanceZorg Limburg-Noord*
Chantal Kleijnen, *Maastricht UMC+*
Maartje Zelis, *Zuyderland*
Mireille Waterval, *Vita verloskundige*
Oliver Thomas, *AmbulanceZorg Limburg-Noord*
Cecile Smeets, *Maastricht UMC+*
Miranda Dirx, *NAZL*
Simone Schoffeelers, *NAZL (nu Marieke van Deursen)*

De focusgroep Spoedzorg bestaat uit:

Joeri Gilissen, *Zuyderland (voorzitter)*
Paul Breedveld, *Maastricht UMC+*
Dennis Keereweer, *St. Jans Gasthuis*
Esther Steyvers, *St. Jans Gasthuis*
Laura Starrenburg-Nijssen, *Viecuri*
Laurens Schoon, *Huisarts Roermond*
Marc Smeets, *Ambulancezorg Limburg Noord*
Marit van der Meer, *Laurentius ziekenhuis*
Nathalie Peters, *Ambulancezorg Limburg Noord*
Oliver Thomas, *Ambulancezorg Limburg Noord*
Peter Krebbekx, *Ambulancezorg Limburg Noord*
Sandra Mantel, *Ambulancezorg GGD Zuid Limburg*
Sanne Postma, *Zuyderland*
Sigrid Cleef, *Laurentius ziekenhuis*
Ed Slangen, *Maastricht UMC+*
Maria Kerckhoffs, *NAZL*
Miranda Dirx, *NAZL*

De focusgroep Acute Psychiatrie bestaat uit:

Chloë Bollen, *Vincent van Gogh (voorzitter)*
Caresse Jansen, *MET GGZ*
Desiree Drossaert, *VGZ*
Fons Daamen, *Laurentius ziekenhuis Roermond*
Frank van Dael, *Zuyderland*
Johan Stotijn, *Mondriaan*
Kim van Dillen, *Mondriaan*
Marlies Wegewijs, *huisarts/cohesie*
Marlous Steeghs, *Laurentius ziekenhuis Roermond*
Maurice de Caluwé, *Ambulancezorg Limburg Noord*
Mieke Bruggeman, *huisarts Vaals*
Nancy Jennissen, *Zuyderland*
Nicole Smeets, *CZ*
Paul Linckens, *Zuyderland*
Petra Spee, *MET GGZ*
Priska Israel, *huisarts Maastricht*
Richard Niessen, *MET GGZ*
Susan van Workum, *GGD Zuid Limburg*
Theo Hulsmans, *Politie Limburg*
Vera Telen, *Zuyderland*
Kevin van Barneveld, *VieCuri*
Miranda Dirx, *NAZL*
Simone Schoffeelers, *NAZL (nu Marieke van Deursen)*

Colofon

Tekst: Silvia van de Put (*silvia@comeander.nl*)
Suzanne Knoben (*write-on@wxs.nl*)
Fotografie: Maria Kerckhoffs - Hanssen
Ontwerp: Grafische Dienstverlening Maastricht UMC+
Druk: Zalsman B.V.

