



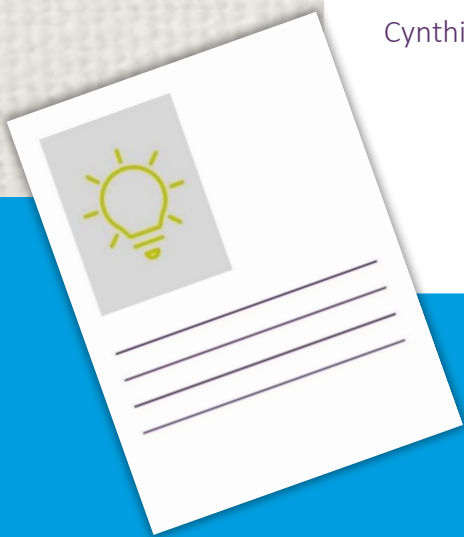
Samen aan de knoppen draaien!

*Het vermijden van
ongeplande ziekenhuisbezoeken
door kwetsbare ouderen.*



Oktober 2023

Sara Ulita
Cynthia Hofman



Inhoudsopgave

VOORWOORD & LEESWIJZER.....	3
SAMENVATTING.....	4
1. INTRODUCTIE.....	6
1.1. Aanleiding.....	7
1.2. Opdracht.....	7
2. METHODE.....	9
3. RESULTATEN.....	11
3.1. Weten waar het over gaat.....	11
3.1.1. Reden van opname en SEH-bezoek.....	11
3.1.2. Wat verstaan we onder onnodige/vermijdbare opnames en SEH-bezoeken?.....	12
3.2. Wie kan wat doen: uitkomsten van gesprekken.....	13
3.2.1. Tijdig signaleren en ingrijpen.....	13
3.2.2. Omgaan met zorgmijders en de eigen wensen van de patiënt.....	14
3.2.3. Heropnames.....	15
3.2.4. Zelfverwijzers op de SEH en familie die aandringt op opname.....	17
3.2.5. Patiënten die te snel worden ingestuurd.....	17
3.2.6. Het vinden van een passende plek voor een patiënt.....	18
4. DISCUSSIE & AANBEVELINGEN.....	20
4.1. Aanbevelingen voor de Stuurgroep.....	20
4.2. Aanbevelingen voor de praktijk.....	21
BRONNEN.....	23
Bijlage 1: SBAR methode.....	24
Bijlage 2: PRISMA Analyse.....	27
COLOFON.....	28

VOORWOORD & LEESWIJZER

In deze rapportage presenteren we de resultaten van ons onderzoek naar de kwaliteitsindicatoren *Ongeplande ziekenhuisopnames* en *Spoedeisende hulp (SEH)-bezoeken*. Dit onderzoek is uitgevoerd in opdracht van de Stuurgroep Kwaliteitskader Wijkverpleging (Patiëntenfederatie Nederland, Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN), ActiZ, Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en Zorgthuisnl). Wij willen alle zorgmedewerkers bedanken die hun ervaringen met ongeplande ziekenhuisopnames en SEH-bezoeken hebben gedeeld en de onderzoekers die ons met hun eerder uitgevoerde onderzoeken naar de kwaliteitsindicatoren aanknopingspunten hebben geboden.

Juni 2023, Vilans
Sara Ulita
Cynthia Hofman

Leeswijzer

Deze rapportage bestaat uit:

- een beknopte inleiding over het onderwerp en omschrijving van de opdracht;
- een korte beschrijving van de methode waarop we informatie hebben opgehaald;
- een overzicht van de resultaten; en
- een opsomming van aanbevelingen voor de Stuurgroep Kwaliteitskader Wijkverpleging en de praktijk.

Voor wie is deze publicatie bedoeld?

Deze rapportage is opgesteld voor mensen die geïnteresseerd zijn in het terugdringen van het aantal ongeplande ziekenhuisopnames van en SEH-bezoeken door kwetsbare ouderen. Hoewel de aanleiding voor dit onderzoek het Kwaliteitskader Wijkverpleging is, kunnen huisartsen, medisch specialisten, maatschappelijk werkers en andere professionals en niet-professionals praktische aanbevelingen vinden in deze publicatie.

Welke informatie tref je in deze rapportage?

In deze publicatie tref je informatie over ongeplande ziekenhuisbezoeken. Aan de hand van casussen, citaten en inspirerende voorbeelden/initiatieven (deze staan aangegeven met icoontjes) willen wij je aanknopingspunten bieden, zodat wellicht ook jij kan bijdragen aan het terugdringen van het aantal ongeplande ziekenhuisbezoeken door aan de knoppen te draaien.

SAMENVATTING

Vilans onderzocht wat redenen zijn voor ongeplande ziekenhuisopnames en SEH-bezoeken door kwetsbare ouderen, welke ziekenhuisbezoeken vermijdbaar zijn, welke factoren een rol spelen bij ongeplande ziekenhuisbezoeken en wie aan welke knoppen kan draaien om het aantal ongeplande ziekenhuisbezoeken in de toekomst tot een minimum te beperken.

Hieronder staan de doelstellingen die we voor dit onderzoek formuleerden én een beknopte weergave van de aanbevelingen voor de praktijk gebaseerd op de resultaten.

Doelstelling 1 van dit onderzoek: Inzicht krijgen in ongeplande ziekenhuisopnames en SEH-bezoek.

Aanbevelingen:

- Duik in de meest voorkomende redenen van ziekenhuisopname in jouw regio.
- Wees je ervan bewust dat de indicatoren verschillende typen ongeplande opnames bevatten.

Doelstelling 2 van dit onderzoek: Inzicht krijgen in de zorgketen.

Aanbeveling:

- Voer samen met ketenpartners het gesprek aan de hand van de factoren kwetsbaarheid, beschikbaarheid en samenwerking.

Doelstelling 3 van dit onderzoek: Identificeren van mogelijk interessante datasets.

Aanbeveling:

- Voer samen met collega's en/of ketenpartners het gesprek over hoe jullie mensen met een verhoogd risico op een ongepland ziekenhuisbezoek tijdig kunnen signaleren m.b.v. data.

Doelstelling 4 van dit onderzoek: Uitkomsten concretiseren voor de praktijk.

Naast de aanbevelingen die uitgebreid terug te vinden zijn in hoofdstuk 4, ontwikkelt Vilans een kennisproduct waarmee we de praktijk willen inspireren om met het thema ongeplande ziekenhuisbezoeken aan de slag te gaan en praktische handvatten te bieden.



Introductie

1. INTRODUCTIE

Omdat er steeds meer cliënten in de wijk langer thuis willen wonen en complexe zorgvragen hebben, is in 2018 het Kwaliteitskader Wijkverpleging opgesteld. Doel hiervan is meer eenheid én een hogere kwaliteit van zorg. Het Kwaliteitskader Wijkverpleging geldt voor alle zorgprofessionals in de wijk, te weten: verzorgenden, (gespecialiseerd) verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten, wijkverpleegkundigen en andere zorgprofessionals [1].

Het belangrijkste uitgangspunt van het Kwaliteitskader Wijkverpleging is dat er ruimte moet zijn voor leren en verbeteren. Dit betekent dat het niet meer gaat om sturen op productie, maar om wat het voor de cliënt oplevert. Om dit laatste in kaart te brengen zijn vijf thema's vastgesteld voor de wijkverpleging: *Cliëntbeleving van de zorg, Ongeplande Ziekenhuisbezoeken, Kwetsbaarheid, Kwaliteit van Leven en Belastbaarheid Mantelzorg*. Hiervoor zijn indicatoren(sets) ontwikkeld en/of in ontwikkeling. **Afbakening:** Deze rapportage gaat in op de indicatorenset *Ongeplande Ziekenhuisbezoeken* welke bestaat uit twee uitkomstindicatoren, te weten: *Ongeplande Ziekenhuisopnames* en *Spoedeisende hulp (SEH)-bezoeken*.



Beknopt overzicht: kwaliteitsindicatoren op 'Ongeplande ziekenhuisbezoek'

Uitkomstindicator: Ongeplande ziekenhuisopname	Uitkomstindicator: SEH-bezoeken
Definitie: Het % cliënten met wijkverpleging dat een ongeplande ziekenhuisopname heeft gehad.	Definitie: Het % cliënten met wijkverpleging dat de SEH heeft bezocht.
Teller: Het aantal unieke cliënten met wijkverpleging dat een ongeplande ziekenhuisopname heeft gehad 3 maanden na de start van wijkverpleging (van minimaal 3 opeenvolgende maanden wijkverpleging) tot 3 maanden na de stop van wijkverpleging.	Teller: Het aantal unieke cliënten met wijkverpleging dat de SEH heeft bezocht 3 maanden na de start van wijkverpleging (van minimaal 3 opeenvolgende maanden wijkverpleging) tot 3 maanden na de stop van wijkverpleging.
Noemer: Het aantal unieke cliënten met minimaal 3 opeenvolgende maanden wijkverpleging in het verslagjaar.	Noemer: Het aantal unieke cliënten met minimaal 3 opeenvolgende maanden wijkverpleging in het verslagjaar.

Volgens gegevens van Vektis hebben jaarlijks 300.000 65-plussers (9%) een ongeplande ziekenhuisopname [2]. Zo'n 15% van alle 65-plussers in Nederland belandt jaarlijks op de SEH. Hierna kan een ziekenhuisopname volgen, maar dat hoeft niet. Deze cijfers zijn min of meer stabiel tussen 2017 en 2021. Het is belangrijk om ongeplande ziekenhuisbezoeken te voorkomen waar mogelijk, omdat SEH-bezoeken kan leiden tot stress door pijn, angst en onzekerheid én ziekenhuisopnames risicovol zijn voor kwetsbare ouderen vanwege hun verhoogde kans op complicaties, zoals een infectie, ondervoeding, acute verwardheid (delirium) of vallen. Veel van deze complicaties kunnen functionele en/of cognitieve achteruitgang tot gevolg hebben.

1.1. Aanleiding

De kwaliteitsindicatoren uit het Kwaliteitskader Wijkverpleging dragen bij aan de drie doelen van het kwaliteitskader:

- 1) Inzicht geven aan zorgorganisaties en professionals hoe ze er voorstaan op de verschillende onderwerpen en welke verbeterstappen ze kunnen zetten ten behoeve van leren en verbeteren.
- 2) Keuze informatie aan cliënten bieden.
- 3) Uitgangspunten voor extern toezicht, inkoopgesprekken en contractering van de zorg.

Uit eerdere evaluatie door onderzoeksbureau ARGO blijkt dat de indicatoren vooralsnog weinig aanknopingspunten bieden voor de wijkverpleging om te leren en verbeteren [3]. De redenen die het vaakst naar voren kwamen waren de vertraging waarmee de data aangeleverd worden, de veelheid aan factoren die rondom ongeplande ziekenhuisopname en SEH-bezoeken spelen, en dat de wijkverpleging niet op zichzelf staat bij het voorkomen van deze ongeplande ziekenhuisbezoeken.

1.2. Opdracht

De Stuurgroep Kwaliteitskader Wijkverpleging heeft aan Vilans gevraagd om vervolgonderzoek te doen naar de factoren die een rol spelen bij ongeplande ziekenhuisbezoeken en de manier waarop de zorgketen daar invloed op heeft, met als uiteindelijk doel om ketenpartners aanknopingspunten te bieden om ongeplande ziekenhuisbezoeken te voorkomen waar mogelijk.

Om deze opdracht uit te voeren hebben wij de volgende doelstellingen en onderzoeksvragen geformuleerd:

Doelstelling 1: Inzicht krijgen in ongeplande ziekenhuisopnames en SEH-bezoek.

- Wat zijn redenen voor ongeplande opname en SEH-bezoek?
- Welk deel van de opnames en SEH-bezoeken had wellicht voorkomen kunnen worden?
- Welke factoren spelen daarbij een rol en wie heeft daar invloed op?

Doelstelling 2: Inzicht krijgen in de zorgketen.

- Hoe verloopt de communicatie en samenwerking binnen de zorgketen rondom ongeplande opnames en SEH-bezoeken?
- Wie kan aan welke knoppen draaien?
- Waar zitten knelpunten en wat zijn mogelijke oplossingen?

Doelstelling 3: Identificeren van mogelijk interessante datasets.

- Welke datasets zouden een aanvulling kunnen zijn op de huidige indicatoren?

Doelstelling 4: Uitkomsten concretiseren voor de praktijk.

Met de uitkomsten van dit onderzoek wordt door Vilans een kennisproduct voor zorgprofessionals ontwikkeld. Deze biedt de praktijk concrete aanknopingspunten om aan de slag te gaan om het aantal ongeplande ziekenhuisbezoeken terug te dringen waar mogelijk.



Methode

2. METHODE

Voor dit onderzoek hebben wij resultaten uit de literatuur verbonden met ervaringen uit de praktijk. Hiertoe hebben wij tussen 5 april en 15 juni 2023 semigestructureerde interviews gehouden met 15 personen. Dit waren collega's van Mediquest die sinds 2021 zorgorganisaties voorzien van data over de indicatorenset *Ongeplande ziekenhuisbezoeken*, onderzoekers van onderzoeksbureau ARGO en Facit die op verzoek van de Stuurgroep Kwaliteitskader Wijkverpleging eerdere onderzoeken hebben uitgevoerd naar de bruikbaarheid van de kwaliteitsindicatoren, en (niet-)professionals uit de regio Helmond, Roosendaal en Nijmegen, te weten:

- een mantelzorger;
- drie ouderenadviseurs;
- een wijkverpleegkundige;
- een lector wijkverpleging, onderzoeker en zorgnetwerkcoördinator;
- een onderzoeker crisisopnames bij dementie;
- twee huisarts-onderzoekers;
- een specialist ouderengeneeskunde;
- een klinisch geriatr en voormalig afdelingshoofd SEH;
- een palliatief verpleegkundige en zorgnetwerkcoördinator.

In de interviews werden de deelnemers bevraagd op de volgende onderwerpen:

- factoren die van invloed zijn op ongeplande opnames en SEH-bezoeken;
- ervaringen met verschillende typen ongeplande opnames;
- wat hun eigen aandeel is in het voorkomen van deze opnames;
- op welke punten zij andere partijen nodig hebben;
- wat de knelpunten zijn in het voorkomen van ongeplande ziekenhuisopnames;
- goede voorbeelden van initiatieven om ongeplande ziekenhuisopnames te voorkomen.

Voor dit project hebben we gekozen om ongeplande ziekenhuisopname als volgt te definiëren:



Ongeplande ziekenhuisopname:

- Een consult bij de huisarts en dezelfde dag/de dag erna een ziekenhuisopname.
- Een bezoek bij de HAP en op dezelfde dag/de dag erna een ziekenhuisopname.
- Een SEH-bezoek en op dezelfde dag/de dag erna een ziekenhuisopname (beide behorend bij dezelfde DBC).
- Een spoedambulancerit en op dezelfde dag/de dag erna een ziekenhuisopname.



Resultaten

3. RESULTATEN

3.1. Weten waar het over gaat

Om te kunnen leren en verbeteren is het van belang om te weten waar het over gaat. Als we spreken over het terugdringen van ongeplande ziekenhuisopnames en SEH-bezoeken, is inzicht in de reden van opname en SEH-bezoek relevant. Daarnaast is het essentieel om te beseffen dat niet alle ongeplande ziekenhuisopnames en SEH-bezoeken onnodig en/of vermijdbaar zijn.

3.1.1. Reden van opname en SEH-bezoek

Uit eerdere onderzoeken naar de bruikbaarheid van de kwaliteitsindicatoren (ARGO en FACIT) blijkt dat het gesprek over leren en verbeteren moeilijk op gang komt omdat de cijfers geen inzicht bieden in de redenen dat cliënten ongepland in het ziekenhuis belanden [3,4]. Daarnaast zijn de data niet herleidbaar tot een cliënt of casus, mede omdat de indicatoren gebaseerd zijn op declaratiedata en met een vertraging van een jaar aan zorgorganisaties worden doorgegeven. Ook in de huidige interviews wordt dit benoemd als knelpunt.



Wijkverpleegkundige: “Wij bespreken de kwaliteitsindicatoren op het moment dat deze beschikbaar komen in het dashboard. Het is lastig om dit op een concrete manier te doen, omdat wij de redenen van de opnames en de context daarbij niet weten. Daarom wordt er bij ons in algemene termen gesproken over de ongeplande opnames. Zo weten we bijvoorbeeld uit ervaring dat we in warme maanden extra moeten letten op uitdroging. Daar proberen we dan extra aandacht aan te besteden, maar om heel gericht te leren en verbeteren zou je willen weten wat er achter de cijfers van de indicatoren zit.”

Informatie over de meest voorkomende redenen van ongeplande opnames en SEH-bezoeken onder ouderen zijn beschikbaar in de ziekenhuissystemen. Ingangsklachten, diagnose bij opname en diagnose bij ontslag worden met een ICD code genoteerd in het elektronisch patiëntendossier (EPD). De huisarts ontvangt standaard een brief met daarin de reden van opname. Dit geldt echter niet voor wijkverpleegkundigen en ouderenadviseurs, omdat deze partijen meestal niet inzichtelijk gemaakt zijn in het EPD.



Inzicht: Vaakst voorkomende diagnoses op de SEH voor > 65 jarigen

- 1) CVA of TIA
- 2) Pneumonie
- 3) Exacerbatie van COPD
- 4) Multiple orgaanstoornissen
- 5) Heupfractuur

Regio Nijmegen, 2015 en 2016 [5]

3.1.2. Wat verstaan we onder onnodige/vermijdbare opnames en SEH-bezoeken?

In dit onderzoek maken we onderscheid tussen verschillende typen opnames die voorkomen kunnen worden:

- 1) Zorg in de tweede lijn die voorkomen had kunnen worden als de situatie niet was geëscaleerd.
- 2) Zorg in de tweede lijn die ook in eerste lijn gegeven had kunnen worden.

Het eerste type ongeplande opnames gaat over gevallen waar risico's niet tijdig zijn gesignaleerd of te laat is ingegrepen, over zorgmijders en patiënten die niet behandeld willen worden, en over heropnames na eerder ontslag uit het ziekenhuis.

Onder het tweede type ongeplande opnames vallen onder andere zelfverwijzers die op eigen initiatief naar de SEH zijn gegaan in plaats van de huisartsenpost, patiënten die te snel door huisartsen worden ingestuurd, en patiënten die zonder medische indicatie worden opgenomen omdat er geen andere passende plek voor hen gevonden kan worden.



Inzicht: Hoeveel ziekenhuisopnames zijn vermijdbaar?

Op de vraag hoeveel ziekenhuisbezoeken vermijdbaar zijn, is in de literatuur geen eenduidig antwoord te vinden. Een studie uit 2020 omschrijft 17.5% van de SEH-bezoeken van 70 plussers als vermijdbaar [6]. Voor zelfverwijzers boven de 60 jaar ligt het aantal onterechte SEH-bezoeken tussen de 22% en 35% [7]. Het aantal vermijdbare heropnames wordt geschat op 23% (niet gespecificeerd naar leeftijd) [8]. Een Nederlandse studie uit 2019 laat zien dat de vraag hoeveel opnames vermijdbaar zijn en hoe die voorkomen hadden kunnen worden, verschillend beantwoord wordt door patiënten, familieleden, huisartsen en SEH-artsen [9]. Zo beschouwde 12.2% van de patiënten op de SEH hun opname daar als vermijdbaar, terwijl van de naasten, huisartsen en SEH-artsen respectievelijk 9.0%, 20.7% en 31.2% de opname onnodig vond. Patiënten verweten vooral zichzelf, terwijl familieleden vaak de indruk hadden dat het SEH-bezoek voorkomen had kunnen worden als de huisarts eerder had ingegrepen of als de patiënt niet te vroeg was ontslagen uit het ziekenhuis. Volgens huisartsen speelde de lange wachttijd voor een consult bij een medisch specialist een rol, of was de patiënt een zorgmijder of zelfverwijzer. SEH-artsen noemden het niet tijdig signaleren en ingrijpen door de huisarts, het te snel insturen van de patiënt naar de SEH, het ontbreken van proactieve zorgplanning, en onvoldoende communicatie tussen de eerste en tweede lijn als de belangrijkste redenen voor de vermijdbare SEH-bezoeken.

3.2. Wie kan wat doen: uitkomsten van gesprekken

Uit het eerder uitgevoerde onderzoeken door ARGO en Facit naar de bruikbaarheid van de indicatorenset *Ongeplande Ziekenhuisbezoeken* is gebleken dat de indicatoren in geringe mate iets zeggen over de kwaliteit van de wijkverpleegkundige zorg [3,4]. Er zijn immers veel andere factoren die het aantal ongeplande ziekenhuisbezoeken beïnvloeden. Daarnaast zijn er ook veel verschillende actoren betrokken bij (integrale) zorg voor en ondersteuning van (thuiswonende) kwetsbare ouderen, zoals huisartsen, praktijkondersteuners, welzijnswerkers, fysiotherapeuten, etc. In deze paragraaf volgt een uiteenzetting van een aantal aanknopingspunten voor de praktijk.

3.2.1. Tijdig signaleren en ingrijpen

Om escalatie en een daaropvolgende ziekenhuisopname te voorkomen, is het van belang om risico's tijdig te signaleren. Een manier om dat te doen is om de kwetsbaarheid van patiënten in beeld te brengen met behulp van verschillende meetinstrumenten. In de interviews werden de volgende methodes genoemd: de VMS score op SEH, de Easycare-Tweetraps Ouderen Screening in de huisartsenpraktijk, en de TraZAG vragenlijst in de wijkverpleging. Daarnaast zijn er instrumenten die zich richten op één specifiek risico, zoals de valrisicowijzer.

Het ontbreken van een sociaal netwerk kwam meermaals in de interviews naar voren als een belangrijke factor die een patiënt extra kwetsbaar maakt. Wijkverpleegkundigen en ouderenadviseurs gaven aan dat zij maar beperkte tijd bij de client thuis zijn. Het sociale netwerk van mantelzorgers, familie, vrienden en burens is nodig om tussentijdse signalen op te vangen. Ook komen ouderen zonder sociaal netwerk vaak pas in beeld bij ouderenadviseurs, de wijkverpleging of de huisarts als er sprake is van escalatie. Er zijn verschillende manieren om deze groep eerder te bereiken. Diverse gemeenten sturen hun inwoners een brief bij het bereiken van een bepaalde leeftijd waarmee ze een afspraak kunnen inplannen voor een huisbezoek waarin samen met de oudere gekeken wordt waar eventueel ondersteuning geboden kan worden. Ook is het belangrijk om vrijwilligers vanuit maatjesprojecten, buurtcentra of religieuze instellingen handvatten te geven hoe zij kwetsbare ouderen kunnen herkennen en welke acties zij kunnen ondernemen als er risico's gesignaleerd worden.

Een manier die genoemd werd om het risico op een ongeplande opname tijdig te signaleren is het herkennen en benoemen van kleine crises. Deze gaan vaak vooraf aan een grote crisis, en hebben dus een zekere voorspellende waarde. Vaak blijkt na een incident dat familieleden en zorgverleners al een gevoel hadden dat de opname eraan zat te komen, maar dit was niet eerder expliciet benoemd. Daarom is het belangrijk dat verwachtingen worden uitgesproken. De vraag 'verwachten we een verandering in zorgvraag in de komende weken of maanden?' kan besproken worden in een multidisciplinair overleg (MDO). Maar ook in classificatiesystemen zoals NANDA en OMAHA, dat door veel thuiszorgorganisaties wordt gebruikt bij dagelijkse zorgtaken, kan deze vraag beantwoord worden.

Naast het in kaart brengen van kwetsbare patiënten met een verhoogd risico op een ongeplande opname, werden verschillende maatregelen genoemd om opnames te voorkomen. Voorbeelden zijn het plannen van een extra huisbezoek door de huisarts, het inschakelen van een ergotherapeut, het weghalen van een kleedje of door te kijken hoe de mantelzorger ondersteund kan worden in de zorgtaken. Het bespreken van kwetsbaren in een MDO werd genoemd als een effectieve methode om sneller te signaleren en in te grijpen.



Specialist ouderengeneeskunde: *“In onze regio is elke huisartsenpraktijk gekoppeld aan een specialist ouderengeneeskunde (SO). Elke maand bespreken wij kwetsbare ouderen in een MDO met huisarts, wijkverpleegkundige, SO en geriatrisch verpleegkundige. Wij bespreken alle patiënten over wie ik ben gebeld voor advies, en bij wie huisbezoeken zijn gedaan. Daarnaast kunnen alle betrokken zorgverleners patiënten inbrengen op de agenda als zij zich zorgen maken. Omdat we eens per maand samen om tafel zitten, zijn de lijnen kort en kennen we elkaar goed. Dit zorgt voor laagdrempelig contact en wederzijds vertrouwen. De huisarts weet bijvoorbeeld dat hij mij tussendoor makkelijk om advies kan vragen, zonder het gevoel te hebben de regie te verliezen.”*

Deze manier van samenwerken werd als moeilijker ervaren in een regio die veel verschillende thuiszorgorganisaties kent of waar zorgorganisaties met veel personeelwisselingen te maken hebben. Huisartsen en wijkverpleegkundigen gaven in de interviews aan door deze fragmentatie van het zorgaanbod elkaar minder goed te kennen dan vroeger, een beeld dat ook naar voren komt in het recente RVS rapport [10]. Zorgverleners merkten op dat vroeger de lijnen korter waren en de wijkverpleegkundige aan de koffietafel zat bij de huisarts. Dit laagdrempelige contact had een positief effect op het wederzijdse vertrouwen. Als je elkaar goed kent, is de drempel om de ander in te schakelen lager. Wordt hier te lang mee gewacht, dan kan bij huisartsen het gevoel ontstaan dat het probleem over de schutting wordt geworpen, terwijl er bij de wijkverpleegkundigen de indruk ontstaat dat er te weinig met hun signalen gebeurt.



Ter inspiratie: SBAR-methode

Het trainen van wijkverpleegkundigen in het herkennen van acute situaties maakt dat zij minder afhankelijk zijn van andere zorgverleners in het ondernemen van actie en dat zij weten wie ze moeten inschakelen. De SBAR-methode, een gestructureerde manier van communiceren in crisissituaties, zorgt voor heldere communicatie tussen wijkverpleegkundige en huisarts. SBAR staat voor ‘Situation, Background, Assessment, Recommendation’. De ervaring is dat de huisarts de urgentie hierdoor beter kan inschatten, en het zorgt voor wederzijds vertrouwen. Deze methode kan ook gebruikt worden voor een casusbespreking of in een MDO. *Meer over de SBAR-methode in Bijlage 1.*

3.2.2. Omgaan met zorgmijders en de eigen wensen van de patiënt

Ouderenadviseurs, wijkverpleegkundigen en huisartsen krijgen regelmatig te maken met zorgmijders en patiënten die ervoor kiezen om niet behandeld te worden.



Huisarts: *“Soms is autonomie voor een patiënt zo belangrijk, dat we als zorgprofessionals moeten accepteren dat er bepaalde risico’s bestaan. In dat geval is het aan de zorgverlener om met deze patiënt en de familie in gesprek te gaan over wat er moet gebeuren als er sprake is van escalatie. Deze proactieve zorgplanning is niet alleen belangrijk bij zorgmijders, maar bij alle kwetsbare patiënten. We hebben als zorgprofessionals soms te sterk de neiging om te handelen en behandelen. We moeten de tijd durven nemen om een stapje terug te doen en de vraag te stellen of behandelen wel wenselijk is. Hiermee kunnen veel onnodige ziekenhuisopnames voorkomen worden.”*



Casus: Patiënt met een heupfractuur

Huisarts: “Een patiënte had mij verteld dat zij het belangrijk vond om tot het einde van haar leven voor zichzelf te kunnen blijven zorgen. Op een dag viel deze mevrouw en brak daarbij haar heup. Haar familie belde de huisartsenpost, en mevrouw werd ingestuurd naar de SEH. Aldaar adviseerde de orthopeed om een nieuwe heup te plaatsen. Omdat mevrouw veel pijn had, ging ze hiermee akkoord. Het revalidatietraject na de operatie ging erg moeizaam. Mevrouw werd volledig afhankelijk van haar dochter en thuiszorg.”

Er werden in de interviews verschillende factoren genoemd die spelen rondom dit type opname. In de opleiding tot arts ligt de focus sterk op behandelen en jonge artsen werken vaak in een competitieve omgeving waarin zij moeten laten zien wat ze kunnen. Dit maakt dat zij minder goed durven te kiezen om af te zien van een behandeling. Ook waarnemend huisartsen op de huisartsenpost kunnen druk ervaren om te handelen in een crisissituatie. Dit komt mede omdat zij de patiënt niet goed kennen, niet over het volledige patiëntendossier beschikken en daarom vaak ook niet op de hoogte zijn van de behandelwensen van de patiënt [11,12]. Daarom is het belangrijk om de wensen van de patiënt niet alleen te bespreken, maar ook te delen met alle betrokken zorgverleners. Ook de familie moet hierin betrokken worden, zodat zij ten tijde van een crisissituatie goed weten wat zij wel en niet moeten doen.

Volgens de geïnterviewden hoeft niet alleen de huisarts het initiatief te nemen in de proactieve zorgplanning. Ook ouderenadviseurs en de wijkverpleging kunnen hierin een rol spelen. Wensen van de patiënt komen soms terloops ter sprake tijdens alledaagse zorgmomenten. Om onnodige opnames te voorkomen is het van belang dat de zorgprofessional hier later met de patiënt het gesprek over aangaat, de wensen noteert en deelt met andere zorgverleners. Palliatieve verpleegkundigen kunnen wijkverpleegkundigen, huisartsen en ouderenadviseurs goed ondersteunen bij de proactieve zorgplanning. Als zij in een vroeg stadium worden betrokken bij een patiënt, kan dit onnodige ziekenhuisopnames helpen voorkomen.

3.2.3. Heropnames

Heropnames worden gebruikt als kwaliteitsindicator van de ziekenhuiszorg. Het classificeren van de heropnames met behulp van data uit de Landelijke Basisregistratie Ziekenhuiszorg (LBZ) helpt te bepalen welke heropnames te voorkomen zijn. Naast het correct handelen van de ziekenhuisarts tijdens de opname, is goede nazorg belangrijk bij het voorkomen van een heropname. Daarbij werd in de interviews als belangrijk knelpunt benoemd dat medische specialisten in het ziekenhuis vaak niet weten hoeveel thuiszorg de patiënt ontvangt en wie de thuiszorg levert. Wijkverpleegkundigen en ouderenadviseurs worden dan ook niet altijd meegenomen in de communicatie over de opname en het ontslag. Dit heeft gevolgen voor het inrichten van de nazorg.



Wijkverpleegkundige: *“Ik maak regelmatig mee dat een patiënt snel na ontslag opnieuw opgenomen moet worden. Vaak blijkt dan dat de overgang van ziekenhuis naar huis te groot was. Ook zie je dat patiënten thuis een hogere drempel ervaren om hulp te vragen. Patiënten hebben niet altijd een sociaal netwerk om op terug te vallen, weten dat we het druk hebben, en stellen hulpvragen daarom uit. Een eerstelijnsverblijf biedt hierbij uitkomst. Daar is meer zicht op de herstellende patiënt dan thuis.”*



Ter inspiratie:

In het Canisius Wilhelmina Ziekenhuis en RadboudUMC wordt gekeken of ouderenadviseurs bij patiënten langs kunnen komen als zij nog in het ziekenhuis liggen om de thuiskomst te optimaliseren. Met name voor ouderen met een klein sociaal netwerk kan dit een groot verschil maken in de nazorg en een heropname helpen voorkomen.

Bij het voorkomen van heropnames is ook van alle zorgprofessionals reflectie nodig. Verschillende geïnterviewden gebruikten de PRISMA analyse als een effectieve en gestructureerde methode voor het reflecteren op het incident en eigen handelen. Idealiter gebeurt dit in een multidisciplinair team en worden de uitkomsten van de analyse breed gedeeld. Naar voren kwam dat casusbesprekingen geen standaard onderdeel zijn in alle wijkverpleegkundige teams en ook ouderenadviseurs geven aan niet standaard te reflecteren als een patiënt opgenomen is geweest.



Ter inspiratie: PRISMA analyse

Een PRISMA analyse geeft antwoord op drie belangrijke vragen: (1) Wat ging er mis?, (2) Wat is de oorzaak? en (3) Hoe kan herhaling worden voorkomen?. PRISMA staat voor 'Prevention and Recovering Information System for Monitoring and Analysis'. Het is een methode om incidenten in de zorg te onderzoeken, te analyseren en om te zetten naar verbetermaatregelen. Bij de toepassing van PRISMA is het belangrijk om een multidisciplinaire groep van zorgprofessionals in te schakelen. Dit kan helpen bij het volledig identificeren van oorzaken vanuit verschillende perspectieven. Voordelen van deze methode is dat er vaak veel meer verbeteracties worden opgepakt. Daarnaast voelen medewerkers zich meer gehoord na het melden van een incident, mede omdat met de PRISMA methode duidelijk zichtbaar wordt dat meldingen serieus worden genomen.

Meer over PRISMA analyses in Bijlage 2.

Maar ook een laagdrempelige manier van reflecteren, zoals een huisarts die zijn patiënt belt na een opname in het ziekenhuis, werd genoemd. De huisarts laat op deze manier zijn betrokkenheid bij de patiënt zien en hij kan nagaan of hij zelf iets anders had kunnen doen. Ook helpt zijn generalistische blik bij het signaleren van patronen in de medische geschiedenis van een patiënt. Leren en reflecteren zou bij voorkeur ook in het dagelijks werk gebeuren, maar omdat veel zorgprofessionals in de eerste lijn niet direct samen met een collega werken, wordt er weinig feedback gegeven op elkaars functioneren.



Casus: Patiënt met blaaskanker

Huisarts: "Een patiënt met blaaskanker moest om de zoveel tijd naar het ziekenhuis voor het verwisselen van een katheter. Elke keer na deze ingreep ontwikkelde hij hoge koorts en moest hij opgenomen worden. Ik heb toen de patiënt en zijn partner geadviseerd om bij de uroloog te vragen naar de mogelijkheid om voorafgaand aan de volgende wisseling van de katheter antibiotica te slikken. De uroloog had dit patroon zelf niet opgemerkt. Hij heeft het advies opgevolgd en het werkte."



Casus: Patiënt met slokdarmkanker

Mantelzorger: “Ze hebben drie jaar geleden een slokdarmoperatie uitgevoerd bij mijn vader vanwege kanker. Ze hebben bijna zijn gehele slokdarm weggehaald. Hij herstelde redelijk goed, maar hij is daarna wel drie keer opgenomen geweest in het ziekenhuis vanwege fikse longontstekingen. Vorig jaar waren we bij de huisarts, omdat mijn vader gevallen was. In het gesprek kwamen de ziekenhuisopnames toevallig ter sprake. De huisarts stelde toen voor dat mijn vader voortaan het hoofdeinde van zijn bed wat verder omhoog moest zetten. Mogelijk was reflux de boosdoener. Sindsdien heeft mijn vader geen longontsteking meer gehad. Ik was zo ontzettend boos en opgelucht tegelijkertijd. Ik hoop dat de huisarts het heeft doorgegeven aan het ziekenhuis, maar misschien is dat zijn taak niet.”

3.2.4. Zelfverwijzers op de SEH en familie die aandringt op opname

In sommige gevallen blijkt een bezoek aan de SEH achteraf onnodig te zijn geweest. Een deel van deze onterechte SEH-bezoeken wordt toegewezen aan zelfverwijzers of familie die aandringt op ziekenhuisopname. Hoewel de zorg in de eerste lijn in Nederland goed is ingericht en de SEH een lange wachttijd kent, hebben sommige patiënten of familieleden de indruk dat zij op de SEH sneller hulp kunnen krijgen. De zorgprofessionals in dit onderzoek hebben het gevoel dat zij weinig invloed hebben op deze onnodige opnames. Zij kunnen hoogstens informeren dat er op de SEH vaak een lange wachttijd is, dat een opname in het ziekenhuis ook een negatief effect kan hebben op de gezondheid van kwetsbare ouderen en welke alternatieven er zijn. De triagisten op de SEH kunnen hier ook een rol in spelen door kritische vragen te stellen en door te verwijzen naar een huisartsenpost indien dat een betere plek lijkt. Wanneer de huisartsenpost en SEH zich op hetzelfde terrein bevinden, kunnen zij afspraken maken over de triage van zelfverwijzers en van elkaar leren. Ook kan er in de regio gekeken worden naar de beschikbaarheid van de eerstelijnszorg in avond, nacht en weekenduren. Zijn de openingstijden en locaties van de huisartsenposten toereikend? Zijn de wachttijden bij de huisarts wellicht te lang, waardoor patiënten kiezen voor de SEH? Is er nachtelijke wijkverpleegkundige zorg beschikbaar in de regio waar patiënten baat bij zouden hebben?

3.2.5. Patiënten die te snel worden ingestuurd

Een tweede reden die wordt genoemd voor onnodige SEH-bezoeken is het te snel insturen van patiënten naar de SEH. Huisartsen hebben weinig tijd per patiënt en moeten snel inschatten wat de juiste plek voor deze patiënt is. Daarbij speelt opnieuw de neiging van artsen om te willen handelen een rol. Ook is door de professionalisering van de SEH het insturen van patiënten een makkelijkere optie geworden voor huisartsen. Er worden weinig kritische vragen gesteld bij triage, is de ervaring. Om dit type opnames te voorkomen moeten huisartsen ondersteund worden zodat zij durven te kiezen voor een behandeling in de eerste lijn of een meer afwachtend beleid. Deze ondersteuning kan in de vorm van een specialist ouderengeneeskunde die met specialistische kennis de huisarts kan adviseren, maar ook in de vorm van een eerstelijnsverblijf of hospice om op terug te vallen als het thuis niet meer gaat.



Specialist ouderengeneeskunde: *“Als specialist ouderengeneeskunde heb ik 45 minuten de tijd voor een consult. Ik heb daarmee veel meer tijd om complexe gezondheidsproblematiek in kaart te brengen en een plan van aanpak te bedenken dan een huisarts die gemiddeld maar zo’n 5 minuten per patiënt heeft. Naast voldoende tijd zijn ook voldoende bedden nodig. Het verpleeghuis waar ik aan verbonden ben, heeft 10 eerstelijnsverblijfbedden. Wij hebben het zo afgesproken dat de huisarts met één kort telefoontje een bed kan regelen voor zijn of haar patiënt. Kiezen voor een behandeling in de eerste lijn is een investering van tijd en geld. Voor een verpleeghuis betekent het bijvoorbeeld lege bedden en een flexibel personeelsbestand. Het vraagt om lef en een gezamenlijke ambitie van zorgprofessionals en bestuurders om het anders te willen doen. Om deze visie op ouderenzorg te kunnen borgen, en te laten zien dat de investering ook veel oplevert, hebben wij de NZa en twee zorgverzekeraars uitgenodigd om bij ons een kijkje te nemen.”*

Een deel van deze SEH-bezoeken kan ook voorkomen worden als huisartsenposten beschikken over de juiste diagnostische middelen, zoals röntgenonderzoek. Onderzoek laat zien dat huisartsen die volledige röntgendiagnostiek tot hun beschikking hebben 60% minder patiënten hoeven in te sturen naar de SEH dan huisartsenposten die dit niet hebben. Wel heeft dit gevolgen voor de druk op de huisartsenpost [13].

[3.2.6. Het vinden van een passende plek voor een patiënt](#)

Tot slot benoemen we de opnames van patiënten met een sociale indicatie. Deze patiënten hebben geen medische indicatie om opgenomen te worden, maar kunnen ook niet naar huis. Het vinden van een geschikte plek voor deze groep patiënten wordt vaak als een knelpunt ervaren. SEH-artsen zijn vaak niet op de hoogte van de mogelijkheden voor kwetsbare ouderen met een sociale indicatie, weten niet wie ze hiervoor moeten indiceren en door een tekort aan personeel is er geen tijd om hier meer op in te zetten. Ook hier geldt dat opname in het ziekenhuis vaak eenvoudiger is dan een verwijzing naar een verpleeghuis [8]. Door een transferverpleegkundige al op de SEH te betrekken bij de patiënt, te zorgen voor voldoende geriatrische expertise op de SEH, en gebruik te maken van een verwijshulp waar het aantal beschikbare bedden in de eerste lijn inzichtelijk is gemaakt, kunnen deze opnames voorkomen worden.



Discussie & Aanbevelingen

4. DISCUSSIE & AANBEVELINGEN

Vilans onderzocht wat redenen zijn voor ongeplande ziekenhuisopnames en SEH-bezoeken door kwetsbare ouderen, welke ziekenhuisbezoeken wellicht voorkomen hadden kunnen worden, welke factoren een rol spelen bij ongeplande ziekenhuisbezoeken en wie aan welke knoppen kan draaien om het aantal ongeplande ziekenhuisbezoeken in de toekomst tot een minimum te beperken. Uit de gevoerde gesprekken kwamen de volgende thema's veelvuldig naar voren:

- 1) Kwetsbaarheid: Het risico voor een geplande opname is groter voor mensen die kwetsbaar zijn;
- 2) Beschikbaarheid: Met de beperkte middelen en menskracht in de zorg is er weinig ruimte om (samen) te leren en reflecteren.
- 3) Samenwerking: De mate van samenwerking binnen de zorgketen bepaalt grotendeels de kwaliteit van zorg die geleverd wordt.

In dit hoofdstuk zetten we onze aanbevelingen uiteen voor de Stuurgroep Kwaliteitskader Wijkverpleging en de praktijk a.d.h.v. de doelstellingen die we formuleerden voor dit onderzoek. Hiermee hopen we dat er aan 'de knoppen' gedraaid gaat worden om het aantal ongeplande (vermijdbare) ziekenhuisbezoeken te minimaliseren.

4.1. Aanbevelingen voor de Stuurgroep

De resultaten van het huidige onderzoek sluiten aan bij de eerdere onderzoeken naar de kwaliteitsindicatoren. De geïnterviewden geven allen aan dat het aantal ongeplande ziekenhuisbezoeken niet alleen door de wijkverpleging kan worden teruggedrongen. Zoals uit dit rapport naar voren komt hangt het ook sterk samen met de mate van samenwerking in de zorgketen. Wij stellen dan ook voor om de ongeplande ziekenhuisopnames en SEH-bezoeken te beschouwen als uitkomstindicatoren voor het netwerk of de zorgketen. Een kanttekening hierbij is dat onderzoek naar het effect van netwerksamenwerking op de kwaliteit van zorg en crisisopnames laat zien dat bij intensievere samenwerking de kwaliteit van zorg kan toenemen zonder dat het aantal crisisopnames daalt [14]. Daarom blijft het van belang om zorgaanbieders voldoende context te geven bij het aanbieden van de indicatoren. De knoppen waar de verschillende ketenpartners aan kunnen draaien, kunnen geformuleerd worden als proces- en structuurindicatoren. Op die manier wordt niet alleen gestuurd op uitkomsten.

Om de uitkomsten van de indicatoren beter te kunnen duiden is behoefte aan verklarende data. Hierbij kan gedacht worden aan het kwantificeren van kwetsbaarheid met behulp van screeningsinstrumenten, data over de huidige en verwachte zorgvraag uit classificatiesystemen zoals NANDA, NIC, NOC of het OMAHA systeem, de reden van (her)opname uit de Landelijke Basisregistratie Ziekenhuiszorg of Monitor Acute Zorg van het Regionaal Overleg Acute Zorg (ROAZ), en de manier van verwijzing uit declaratiedata van Vektis. Ook zijn wij erop gewezen dat een partij bezig is met het ontwikkelen van modellen die het risico op ziekenhuisopname bij kwetsbare ouderen voorspellen. Voor het kwantificeren van netwerksamenwerking in de zorg wordt in onderzoek de Rainbow Model of Integrated Care (RMIC) gebruikt [14]. In de interviews werd de HKZ certificering genoemd als mogelijke methode om de kwaliteit van een zorgnetwerk te meten. Om de administratieve last voor zorgorganisaties niet (of zo min mogelijk) te verhogen, is het van belang dat aanvullende data op een laagdrempelige manier verzameld of aangeboden kan worden.

4.2. Aanbevelingen voor de praktijk

Doelstelling 1 van dit onderzoek: Inzicht krijgen in ongeplande ziekenhuisopnames en SEH-bezoek.

Duik in de meest voorkomende redenen van ziekenhuisopname in jouw regio.

- Kloppen de diagnoses met het beeld dat jullie uit de praktijk hebben?
- Is er voldoende deskundigheid in huis over deze ziektebeelden of zijn er trainingen nodig?
- Wiens expertise kan je hierbij inschakelen?

Wees je ervan bewust dat de indicatoren verschillende typen ongeplande opnames bevatten.

Wees je ervan bewust dat er verschillende typen ongeplande ziekenhuisopnames, inclusief degene die niet te voorkomen zijn, in het totale aantal opnames van de indicatoren zitten. Het uitsplitsen van deze verschillende typen helpt om gericht het gesprek te voeren over leren en verbeteren. Staar je daarbij niet blind op de cijfers in vergelijking tot andere zorgaanbieders of regio's, maar vraag jezelf af of je het aantal opnames kunt verantwoorden en waar mogelijk winst te behalen valt.

Doelstelling 2 van dit onderzoek: Inzicht krijgen in de zorgketen.

Voer samen met ketenpartners het gesprek aan de hand van de factoren kwetsbaarheid, beschikbaarheid en samenwerking.

De volgende vragen kunnen helpen om het gesprek naar aanleiding van de indicatoren te voeren:

- Wat doen we al om kwetsbare mensen in beeld te brengen?
- Letten we genoeg op mensen die geen sociaal netwerk hebben?
- Zijn wij, familieleden en andere betrokken zorgverleners op de hoogte van de behandelwensen van de client?
- Reflecteren we voldoende op incidenten (gestructureerd of laagdrempelig)?
- Hebben we voldoende personeel en tijd voor de patiënt?
- Zijn er voldoende beschikbare bedden in de eerste lijn?
- Hebben we voldoende (financiële) middelen tot onze beschikking?
- In hoeverre werken we al samen met andere partijen in de zorgketen?
- Hoe verloopt de communicatie en informatieoverdracht met andere zorgverleners?
- Weten we elkaar op het juiste moment te vinden?
- Hebben we de juiste expertise binnen ons netwerk?

Doelstelling 3 van dit onderzoek: Identificeren van mogelijk interessante datasets.

Voer samen met collega's en/of ketenpartners het gesprek over hoe jullie mensen met een verhoogd risico op een ongeplande ziekenhuisbezoek tijdig kunnen signaleren m.b.v. data.

Een aantal voorbeelden zijn:

- Data opgehaald m.b.v. screeningsinstrumenten voor kwetsbaarheid of bijvoorbeeld valrisico;
- Data uit het ECD en classificatiesystemen zoals OMAHA, NANDA, NIC en NOC;
- Data rondom de belastbaarheid en/of volhoudtijd van een mantelzorger.

Doelstelling 4 van dit onderzoek: Uitkomsten concretiseren voor de praktijk.

Naast bovenstaande aanbevelingen, ontwikkelt Vilans een kennisproduct waarmee we jou willen inspireren om met het thema ongeplande ziekenhuisbezoeken aan de slag te gaan en praktische handvatten te bieden. Zodra deze beschikbaar komt, wordt hier een link toegevoegd.



Bronnen

BRONNEN

1. Kwaliteitskader wijkverpleging. <https://kwaliteitwijkverpleging.nl/>
2. Vektis. 1 op de 11 65-plussers heeft een ongeplande ziekenhuisopname. <https://www.vektis.nl/intelligence/publicaties/1-op-de-11-65-plussers-heeft-een-ongeplande-ziekenhuisopname>
3. Rapportage 'Evaluatie indicatoren ongepland ziekenhuisbezoek'. (ARGO, 2021)
4. Rapportage 'Rapportage focusgroepen gericht op de bruikbaarheid van de indicatoren ongeplande ziekenhuisopname voor inkoop en keuze-informatie'. (Facit, 2022)
5. Sivera A.A. Berben et al. Zorgcontacten van ouderen in de acute-zorgketen. Een retrospectieve cohortstudie vanuit de Monitor Acute Zorgketen. Ned Tijdschr Geneeskd. 2019;163:D3523.
6. van den Broek S, Heiwegen N, Verhofstad M, et al. Preventable emergency admissions of older adults: an observational mixed-method study of rates, associative factors and underlying causes in two Dutch hospitals. BMJ Open 2020;10:e040431. doi:10.1136/bmjopen-2020-040431.
7. Kraaijvanger N, Rijpsma D, Leeuwen H van, Dijk N van, Edwards M. Self-referrals in a Dutch Emergency Department: how appropriate are they? Eur J Emerg Med. 2016 Jun;23(3):194-202.
8. Stevering CJT, Ruitenbeek, RS en Berden, HJMM. Inzicht in ongeplande heropnames. Zin en mogelijkheden van een classificatie. Ned Tijdschr Geneeskd. 2016;160 A9373.
9. Verhaegh MTH et al. Perspectives on the preventability of emergency department visits by older patients. Neth J Med. 2019 Dec;77(9):330-337.
10. Rapport 'De basis op orde. Uitgangspunten voor toekomstgerichte eerstelijnszorg.' (Raad voor volksgezondheid en samenleving, 2023)
11. Richtlijn Gegevensuitwisseling huisarts en huisartsenpost (HAP). (Nederlands Huisartsen Genootschap, 2021)
12. Rapport 'Krakende ketens in de zorg voor kwetsbare ouderen.' (Sigra, 2017).
13. Rutten MH, Giesen PH. Toegang tot röntgendiagnostiek op de huisartsenpost. Huisarts Wet 2018;61(6):DOI: 10.1007/s12445-018-0166-4.
14. Oostra, DL, Nieuwboer, MS, Melis, RJF, Remers, TEP, Olde Rikkert, MGM, Perry, M. DementiaNet facilitates a sustainable transition toward integrated primary dementia care: A long-term evaluation. Alzheimer's Dement. 2023; 1- 8. <https://doi.org/10.1002/alz.13154>.



Bijlagen & Colofon

Bijlage 1: SBAR methode

Met de SBAR-methode (Situation, Background, Assessment, Recommendation) kan men de communicatie over een patiënt tussen verschillende hulpverleners (bijvoorbeeld tussen de arts en de verpleegkundige) verbeteren. De SBAR-methode kent in Amerika zijn oorsprong en is vertaald naar de Nederlandse situatie.

Belang communicatie

Slechte communicatie kan tot grote risicovolle situaties leiden. Wanneer niet eenduidige, consequent en snel wordt gecommuniceerd over de conditie van een patiënt, kan de situatie ontsporen waardoor de patiënt niet de gewenste zorg krijgt en schade oploopt.

Voordelen

De SBAR-methode is een gemakkelijk te onthouden en concrete methode waarmee je structuur in elke vorm van communicatie kunt brengen. Vooral bij kritische situaties, waarbij onmiddellijke aandacht en actie noodzakelijk is, biedt de methode een handvat voor eenduidige communicatie. Met de SBAR-methode creëer je duidelijkheid over wat en door wie er gecommuniceerd moet worden. Het resultaat van de communicatieverbetering is mede een betere teamsamenwerking en een verbetering van de patiëntveiligheid.

Managerstoel

De SBAR-methode is interessant voor jou als manager vanwege uw verantwoordelijkheid voor het helder omschrijven van taken en bevoegdheden van medewerkers en het in staat stellen van medewerkers om goed te functioneren op uw afdeling.

SBAR en EWS

In sommige gevallen wordt de SBAR methode gecombineerd met de EWS (Early Warnings Score). De EWS is een scoresysteem dat wordt gebruikt in de gezondheidszorg. Door gebruik te maken van de EWS kan een zorgprofessional snel het risico op een verslechtering van de toestand van een patiënt beoordelen. Het doel is om een snelle en effectieve zorg te kunnen verlenen wanneer een patiënt acuut ziek is. De EWS scores zijn gericht op normaalwaarden bij ouderen. Op de volgende pagina vind je een voorbeeld van een zakkaartje: SBAR en EWS

Downloads

Informatie over de SBAR-methode, zoals een praktisch stappenplan 'Communicatie tussen hulpverleners volgens het SBAR-proces' voor dagelijkse toepassing is via deze website te downloaden: <https://www.vmszorg.nl/praktijkvoorbeelden-en-tools/sbar-methode/>

Bronvermelding:

Bovenstaande is afkomstig van VMSzorg; een website van de Nederlands Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) en Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU).

S	<p>SITUATIE - SITUATION</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Stel jezelf voor. ○ Check dat je met de juiste persoon spreekt. ○ Noem de naam van je bewoner, locatie en geboortedatum. ○ Beschrijf de actuele probleemstelling.
B	<p>ACHTERGROND - BACKGROUND</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Beschrijf de meest recente medische diagnose. ○ Beschrijf de relevante voorgeschiedenis. ○ Beschrijf relevante medicatie en recent gestopte medicatie.
A	<p>BEOORDELING - ASSESSMENT</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Beschrijf welke verandering je zorgelijk vindt. ○ Bedenk mogelijke oorzaken en de meest waarschijnlijke daarvan. ○ Beoordeel de urgentie van de situatie volgens de <p><u>ABCDE – methodiek:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ● Airway: ademweg - Breathing: ademhaling ● Circulation: bloedsomloop en bloedverlies ● Disability: bewustzijn incl. bloedsuiker ● Exposure: kenmerken en omgeving <p><u>Bepaal de EWS – score:</u> Score <2: bewoner iedere 4 uur (her)beoordelen. Score 2: bewoner iedere 3 uur (her)beoordelen. Score >3: spreek met de verpleegkundige af wie de arts zal bellen met behulp van de SBAR. Binnen 30 minuten beoordelen door arts.</p>
R	<p>AANBEVELING - RECOMMENDATION</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Beschrijf wat je verwacht van de arts. ○ Vraag of stel voor wat je zelf alvast kan doen? ○ Vraag hoe vaak de controles uitvoeren? ○ Vraag wanneer heb je opnieuw contact?

Figuur: Dit zakkaartje geeft zorgprofessionals mogelijkheden om op een eenvoudige en methodische manier triage toe te passen bij de oudere.

Bijlage 2: PRISMA Analyse

Wat is PRISMA?

PRISMA is een onderzoeksmethode die wordt gebruikt voor incidentenanalyse en calamiteitenonderzoek in de gezondheidszorg. Deze methode, die staat voor Prevention Recovery Information System for Monitoring and Analysis, is ontwikkeld om preventie van incidenten te bevorderen door het analyseren van gebeurtenissen en incidenten die plaatsvonden in de zorg.

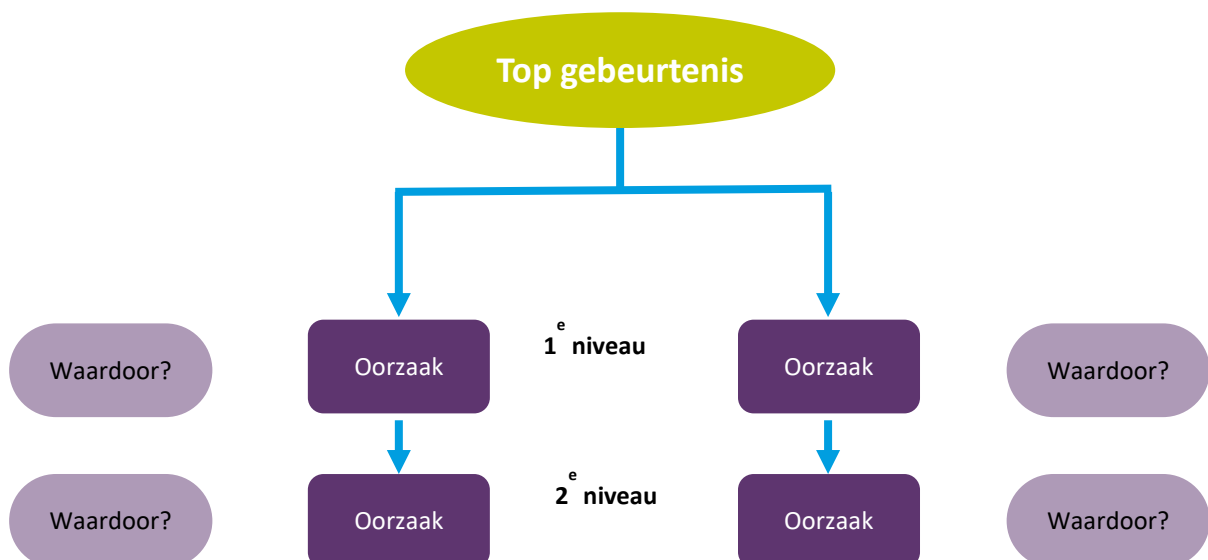
Met de onderzoeksmethode PRISMA wordt de incidentanalyse systematisch uitgevoerd. In de oorzakenboom worden alle faalfactoren verzameld en worden de basisoorzaken helder. Daarbij wordt nadrukkelijk v erder gezocht dan alleen menselijk handelen. Processen, het gebruik van apparatuur en systemen, organisatie factoren zoals managementkeuzes of organisatiecultuur worden eveneens grondig geanalyseerd. Het is de objectieve systeembenadering die zorgt dat alles wat mis gaat in het totale zorgproces aan het licht komt.

Wanneer pas je PRISMA toe?

PRISMA wordt voornamelijk toegepast in de gezondheidszorg, in alle zorgsectoren, om incidenten te analyseren en te begrijpen waardoor ze zijn gebeurd. De methode is gericht op het identificeren van de basisoorzaken van incidenten, het classificeren daarvan met het Eindhovens Classificatie Model (ECM) en het opstellen van geschikte verbetermaatregelen. Hiermee kan de kans op herhaling van incidenten worden verminderd.

Bronvermelding:

Bovenstaande is afkomstig van de website van Zekerzo. ZekerZo de veilige zorg is een opleings- en adviesbureau voor de gezondheidszorg. VMSzorg, verwijst naar deze website indien men een PRISMA-training wil volgen.



Figuur: Oorzakenboom PRISMA; in de praktijk vaak complexer met meerdere niveaus en oorzaken.

COLOFON

Over Vilans:

Vilans is de kennisorganisatie voor zorg en ondersteuning. We combineren ervaringen met onderzoek, en maken daar praktische kennisproducten van die je meteen kunt gebruiken. Zo maakt onze nieuwe kennis de zorg nog beter, en kunnen mensen die zorg en ondersteuning nodig hebben leven zoals zij dat willen.

Steeds meer mensen hebben zorg en ondersteuning nodig. Maar het aantal zorgprofessionals blijft gelijk. Er is vernieuwing nodig in hoe we samen zorg en ondersteuning organiseren. Vilans ondersteunt deze vernieuwing met kennis en praktische handvatten.

We verbinden partijen die het beleid maken met organisaties die in de praktijk werken en we verbinden de praktijk met wetenschap en ervaringskennis. We werken samen met overheden, zorgorganisaties, onderzoekers, branche-, beroeps- en belangenverenigingen, en met jou.

We zorgen ervoor dat kennis over zorg en ondersteuning voor iedereen goed te begrijpen is. We zorgen er ook voor dat je gemakkelijk en snel bij de kennis kunt. Zo kun je er gelijk mee aan het werk. Ook helpen we zorgverleners om de kennis te gebruiken. Als er behoefte is aan meer en nieuwe kennis dan stimuleren we onderzoek, en delen we de inzichten

Over de stuurgroep Kwaliteitskader Wijkverpleging

De stuurgroep Kwaliteitskader Wijkverpleging bestaat uit vijf organisaties – Patiëntenfederatie Nederland, V&VN, ActiZ, Zorgverzekeraars Nederland, Zorgthuisnl – en een onafhankelijke voorzitter. De organisaties hebben samengewerkt aan de totstandkoming van het Kwaliteitskader Wijkverpleging in 2018 en werken sindsdien aan de doorontwikkeling.

Auteurs

Sara Ulita
Cynthia Hofman

Met dank aan Fem Groen, Astrid Jacobs, Minke Nieuwboer, Tim olde Hartman, Marieke Perry, Yara Peters, Yvonne Schoon, Stella Thissen, Vincent Vanneste, Carlien de Witte, onze collega's van Mediquest, FACIT en ARGO, en andere warme contacten.

Disclaimer

Deze uitgave is tot stand gekomen met grote zorgvuldigheid. Aan de inhoud van deze uitgave kunnen geen rechten worden ontleend. Deze uitgave mag zonder toestemming van Vilans voor niet-commercieel gebruik worden gedownload en verveelvoudigd. Delen uit deze tekst mogen worden overgenomen met bronvermelding. Voorts alle rechten voorbehouden.

Vilans, kennisorganisatie voor zorg en ondersteuning

Postbus 8228
3503 RE Utrecht
Churchillaan 11
3527 GV Utrecht

T 0031 (0)30 789 23 00
F 0031 (0)30 789 25 99

info@vilans.nl
www.vilans.nl
Twitter (#VilansNL) / LinkedIn /
Facebook @vilans.nl



Dit onderzoek is uitgevoerd in opdracht van
de Stuurgroep Kwaliteitskader Wijkverpleging:

