

# OP ZOEK NAAR DE OPTIMALE EERSTE HULP

*Inzicht in best practices zet anderen op het goede spoor*

In vervolg op de succesvolle OK-benchmark heeft de Ziekenhuisketen nu ook zeven SEH-afdelingen aan een dergelijk onderzoek onderworpen. Bij twee op de drie zeer urgente patiënten wordt de tijdsnorm niet gehaald, zo blijkt.

D.F.J. ROOIJMANS  
N.H. KLAY  
G. VAN GULICK

De afdeling Spoedeisende Hulp (SEH) van een ziekenhuis is voor patiënten een zeer belangrijke toegangspoort tot zorgverlening als de nood hoog is. SEH's worden in toenemende mate overspoeld door zowel verwezen als (vooral) onverwezen patiënten.<sup>1</sup> Deze groeiende vraag heeft vooral tijdens piekuren een stremmend effect op de doorstroom van de SEH. Dit leidt tot lange wachttijden en gaat ten koste van de patiëntenzorg, de motivatie van het personeel en de doelmatigheid en veiligheid op de werkvloer. Om hierin te kunnen bijsturen, is inzicht nodig in de werkprocessen en de kwaliteit daarvan. Helaas was deze informatie nauwelijks beschikbaar en vergelijkbare gegevens al helemaal niet.

De Ziekenhuisketen<sup>2</sup> heeft daarom in samenwerking met Plexus Medical Group in navolging van de succesvolle OK-benchmark,<sup>3</sup> een benchmarkonderzoek uitgevoerd op zeven SEH-afdelingen. Dit omvangrijke en unieke project waarbij totaal meer dan 12.000 patiënten zijn geïncludeerd, geeft inzicht in de organisatie van processen en activiteiten op SEH's.

## RODE DRAAD

Doorlooptijden zijn van groot belang op de SEH. Hiermee wordt de tijd bedoeld vanaf de registratie van een patiënt tot het moment dat deze de SEH weer verlaat. De doorlooptijden op de aan de benchmark deelnemende SEH-afdelingen verschilden van 1,5 uur tot bijna 2,5 uur. Maar wat zegt dit? Betekent dit dat de SEH met de kortste doorlooptijd het best presteert?

In de benchmark is het uitgangspunt dat een korte doorlooptijd weliswaar cruciaal is voor acute en zeer urgente klachten (binnen 10 minuten een arts noodzakelijk), maar niet bij minder urgente patiënten. Bij die laatste groep is ook het doelmatig inzetten van personeel (hoge productiviteit) en middelen van belang. Dit alles natuurlijk zonder concessies aan de kwaliteit van de geleverde zorg. Aangezien uit de benchmark blijkt dat slechts 14 procent van alle patiënten acuut of zeer urgent is, biedt dit een uitgangspunt om anders naar processen te kijken. De rode draad van het onderzoek is dan ook het zoeken naar aangrijpingspunten die het mogelijk maken om een korte doorlooptijd te combineren met een hoge productiviteit van de SEH-medewerkers.

## BEÏNVLOEDING DOORLOOPTIJD

Om inzicht te krijgen in de factoren die de doorlooptijd beïnvloeden, is het



*Bij minder urgente patiënten is niet alleen een korte*

proces op de SEH opgeknipt in drie delen:

1. Hoe snel ziet een patiënt de arts (tijd van binnenkomst tot start behandeling)?
2. Hoe lang duurt de behandeling (tijd van start behandeling tot einde behandeling)?
3. Hoe snel is patiënt van afdeling af na behandeling (tijd van einde behandeling tot verlaten SEH)?

Hieronder wordt van iedere processtap een resultaat gegeven.

De triageverpleegkundige bepaalt *hoe snel een arts een patiënt ziet*. Op basis van gevalideerde protocollen (MTS-triagesysteem) stelt deze verpleegkundige de urgentie van de klacht vast en daarmee ook de norm hoe snel de arts de behandeling moet starten. SEH's proberen hun patiënten zo veel mogelijk binnen die tijdsnorm te behandelen. Het blijkt dat de SEH's de norm voor niet-urgente patiënten bijna altijd halen. Maar de norm voor zeer urgente patiënten werd in gemiddeld 63 procent van de gevallen niet gehaald. Het lijkt erop dat in de wachtkamer onvoldoende prioriteit wordt gegeven aan de hoog-urgente patiënten.



BEELD: ANP

doorlooptijd, maar ook het doelmatig inzetten van personeel en middelen van belang.

Voor veel deelnemers aan de benchmark was dit een eye-opener. Ze hadden het gevoel dat deze norm veel vaker wél werd gehaald. Met dit nieuwe inzicht gaan zij een hierop gericht beleid ontwikkelen. Het wekelijks inzichtelijk maken van dit soort gegevens is hierbij een simpel maar effectief hulpmiddel. Overigens is niet precies duidelijk of het niet-halen van een norm grote medische risico's meebrengt.

De behandeling op de SEH houdt in dat de arts de diagnose stelt, direct een ingreep doet (bijvoorbeeld hechten) en/of de patiënt doorverwijst. De behandelingsduur mag niet langer zijn dan noodzakelijk. Een factor die hierbij een grote speelt, is de aangevraagde diagnostiek. De behandelingsduur kan maar liefst 53 procent korter als de diagnostiek vóór de start van de behandeling wordt aangevraagd. Tussen de locaties bestonden grote verschillen op dit punt. De best scorende SEH vroeg bij 66 procent van de gevallen de diagnostiek vooraf aan, de minst scorende bij 32 procent. Goed scorende locaties hadden veel en gerichte protocollen en ervaren triageverpleegkundigen die zelfstandig vooraf diagnostiek mogen aanvragen. Gekeken is of dit laatste niet leidt tot het méér

aanvragen van diagnostiek. Het tegendeel blijkt waar.

Een andere bron van vertraging is het vervoer na afloop van de behandeling naar een andere afdeling in het ziekenhuis. Patiënten blijven soms (te) lang op de SEH, houden bedden en ook medewerkers bezet, waardoor wachttijden voor andere patiënten weer oplopen.

De best scorende SEH op dit punt is in staat om gemiddeld binnen 7 minuten een patiënt naar de verpleegafdeling te transporteren, een verschil van maximaal 28 minuten met andere locaties. Aangezien het gaat om grote hoevee-

heden patiënten, is hier veel winst te behalen. De best practice hield in dat er op dit onderdeel een specifiek beleid was ontwikkeld. In samenwerking met de verpleegafdelingen heeft deze SEH heel duidelijke procedures opgesteld (die ook werden nageleefd) over de beschikbaarheid van bedden en de verantwoordelijkheid voor het snel plaatsen

van patiënten. Een belangrijke rol is hier weggelegd voor de opnamecoördinator die zicht heeft op de bedden capaciteit en alle geplande opnamen en ontslagen.

#### VERHOOGING PRODUCTIVITEIT

Onderzocht is of er verschillen zijn in productiviteit van SEH-medewerkers en zo ja, wat daarvan de oorzaak is. Aangezien de SEH een cyclische en deels ook onvoorspelbare zorgvraag heeft, is het lastig om te bepalen hoeveel personeel nodig is en wanneer. Ondanks deze variatie in zorgvraag is het voor de SEH toch van belang de productiviteit zo constant en acceptabel mogelijk te houden.

De productiviteit blijkt per locatie sterk te verschillen; dit kan oplopen tot 40 procent. Locaties die goed scoren, hebben onder andere een grotere omvang, hebben functiedifferentiatie doorgevoerd en stemmen de inzet van personeel nauwkeurig af op de vraag. De best practice heeft tevens gedurende de nacht (gemiddeld minder dan één patiënt per uur) de inzet van artsen en verpleegkundigen geminimaliseerd. Op deze manier is er wel altijd voldoende personeel, maar worden te veel 'daluren' vermeden.

Een andere manier om de productiviteit te verhogen, is een nauwe samenwerking met de naburige huisartsenpost bij de behandeling van zelfverwijzers. Helaas kende geen enkele SEH zo'n samenwerkingsvorm en was het effect dus niet te onderzoeken. Omdat de benchmark gedetailleerd inzicht biedt in patiëntenstromen, processen en activiteiten op de SEH, kan dit wel een extra impuls geven om zo'n samenwerking inhoudelijk vorm te geven.

Ook de samenhang tussen de zorg op de SEH en de ambulancezorg is

## Samenwerking met de huisartsenpost kan de productiviteit verhogen

buiten het bestek van deze benchmark gebleven. Aangezien de behandeling van spoedeisende zorg al in de ambulance begint, is een vervolgonderzoek de moeite waard.

#### GEZAMENLIJK ONTWIKKELEN

De toenemende marktwerking met daarin concurrentiemotieven is een >>

<< extra stimulans voor ziekenhuizen om de eigen prestaties te verbeteren en zich daarin te onderscheiden. Benchmarken is hierbij een belangrijk hulpmiddel. Na de OK-benchmark in 2003 is dit het tweede grote benchmarkonderzoek van De Ziekenhuisketen. De Ziekenhuisketen speelt hiermee een voortrekkersrol in de ontwikkeling van het benchmarken.

Deze rol kent echter ook zijn beperkingen die vooral zitten in onervarenheid met de interne begeleiding van het benchmarkproces en het wennen aan het vergelijken met anderen. Ook kan het inzichtelijk maken van doelmatigheidspotentieel weerstand oproepen bij betrokkenen. Daarbij moet ervoor worden gewaakt dat de uitkomsten van de benchmark voor oneigenlijke doeleinden worden gebruikt (bijvoorbeeld in financiële onderhandelingen met externe partijen).

Vanaf de start van de SEH-benchmark is daarom nog bewuster aandacht gegeven aan het begeleiden van het interne proces van de benchmark. Gekozen is voor de ontwikkeling samen met alle deelnemers in plaats van met slechts enkele. Dit heeft geleid tot breed gedragen prestatie-indicatoren voor SEH's. In de verdere uitvoering was de grote betrokkenheid bij het project dan ook opvallend. Een belangrijk winstpunt is dat door de onderlinge bekendheid men elkaar weet te vinden voor het uitwisselen van best practices en het afleggen van werkbezoeken.

Naast de extra aandacht voor het proces van benchmarken, concludeert De Ziekenhuisketen ook dat benchmarking binnen de eigen ziekenhuizen inmiddels veel meer is geaccepteerd. Mogelijke oorzaken hiervan zijn: ervarenheid met het doel en de methode van benchmarken, een verhoogde publieke aandacht voor transparantie in de zorg door onder andere de IGZ prestatie-indicatoren, maar ook de dikwijls geringe conflicterende (financiële) belangen tussen medisch specialisten op een SEH-afdeling.

#### LEREN VAN ELKAAR

De zeven deelnemende SEH-afdelingen van De Ziekenhuisketen zijn druk doende het winspotentieel uit de benchmark te realiseren. Uit de eerder uitgevoerde OK-benchmark is een netwerk van 53 OK-complexen ontstaan met als uitgangspunt 'leren van anderen'.

## SAMENVATTING

- De SEH-benchmark van De Ziekenhuisketen en Plexus Medical Group is een vervolg op de succesvolle OK-benchmark.
- Onderling verschillen de SEH-complexen, maar er is bewijs gevonden dat een hoge productiviteit kan worden gecombineerd met een korte doorlooptijd.
- De SEH-benchmark geeft alle deelnemers de mogelijkheid om met behulp van concrete best practices bestaande knelpunten te verhelpen en winspotentieel te benutten.
- Vervolgonderzoek op de samenhang tussen huisartsenposten, ambulancezorg en SEH is de moeite waard.

MC-artikelen over benchmarken vindt u via onze website:  
[www.medischcontact.nl/dezeweek](http://www.medischcontact.nl/dezeweek).



De daarin ontwikkelde kennis heeft inmiddels invloed op beleidsmakers en bestuurders op landelijk niveau. Zover is de SEH-benchmark nog niet, maar ook daar is de kiem gelegd voor een vergelijkbaar netwerk van huidige en toekomstige deelnemers, waarin de best practices kunnen worden gedeeld. Binnenkort sluiten nog eens drie ziekenhuizen zich aan. De zoektocht naar het optimum tussen doorlooptijd en productiviteit is nog maar net gestart! ■

drs. D.F.J. Rooijmans,  
senior adviseur Plexus Medical Group

drs. N.H. Klay,  
directeur Plexus Medical Group

ir. G. van Gulick,  
secretaris van De Ziekenhuisketen

Correspondentie: Plexus Medical Group, H.J.E. Wenckebachweg 200, 1096 AS Amsterdam; rooijmans@plexus.nl

#### Referenties

1. Richtlijn Triage op de Spoed Eisende Hulp, CBO 2004, Utrecht. 2. De Ziekenhuisketen bestaat uit het Jeroen Bosch Ziekenhuis, Kennemer Gasthuis, Maastrand Ziekenhuis, Máxima Medisch Centrum, Meander Medisch Centrum, Medisch Centrum Alkmaar, Reinier de Graaf Groep, Ziekenhuisgroep Twente. 3. Stokdijk M, Klay NH, Gulick G van. Leren van verschillen. Medisch Contact 2004; 59 (7): 230-2.

## VELDWERK

### Een kleine ingreep



Onlangs hebben wij het telefonisch spreekuur veranderd van een bel- in een terugbelspreekuur.

Het is een kleine ingreep maar het heeft mij verlost van twee stressgevendende halfuurtjes. Wij hadden sinds mensenheugenis twee open telefonische spreekuren per dag, die de laatste jaren steeds drukker werden. Vijftien telefoontjes in het ochtend halfuurtje waren geen uitzondering. Die telefonische spreekuren waren ook nog eens pal na de lange gewone spreekuren gepland. Dus in plaats van te kunnen toegeven aan een broodnodige pauze, bijvoorbeeld om even naar de wc te gaan, moest ik stipt op tijd en onvoorbereid klaarzitten voor een spervuur van telefoontjes. Het voelde aan als een wielrenner die na een lange tourrit nog even de Alpe d' Huez opmoet. Na dat halfuurtje zat ik dan stevast met een nu-heb-ik-het-even-helemaal-gehad-gevoel temidden van onafgemaakte zaken. Totdat we het na een enthousiast verhaal over het terugbelspreekuur in het tijdschrift 'de Huisarts' hebben veranderd.

Nu vraagt de assistente allereerst naar de reden van het telefonisch consult. En dan blijkt al dat ze de helft daarvan zelf kan afwerken. De patiënten die overblijven, krijgen te horen wanneer ze door mij worden teruggebeld. Ik krijg nu dus na het spreekuur een klein lijstje in de handen gedrukt met namen van mensen die ik moet terugbellen en reden daarvan. Het voordeel is dat ik mijn spreekuur nu rustig kan afmaken, mijn lijstje kan bekijken, soms nog wat informatie verzamel en dan rustig kan terugbellen. Weg stress. In plaats van een overval is het een geregisseerd gebeuren geworden dat ook nog eens kwalitatief op een hoger peil staat. Een win-winsituatie zonder meer. ■

Maarten Cox

de huisarts