

22 mei 2022

Christianne Lennards en David Baden over uitdagingen acute zorg: "Organiseer acute zorg dicht bij de patiënt"

1/5

Concentratie, sluiting van de SEH's, overmatige drukte: het thema acute zorg staat de laatste tijd volop in de belangstelling. Op 25 mei debatteert de Tweede Kamer erover. In aanloop hiernaartoe gaan Christianne Lennards en David Baden met elkaar in gesprek. Lennards is portefeuillehouder acute zorg in het NVZ-bestuur en bestuurder van het Amphia Ziekenhuis in Breda. Baden is voorzitter van de Nederlandse Vereniging van Spoedeisende Hulpartsen (NVSHA) en SEH-arts in het Utrechtse Diakonessenhuis. Lennards: "Het is onze opdracht om heel verantwoord met personele inzet om te gaan."



Uitdagingen binnen acute zorg

Als we het hebben over de uitdagingen in de zorg, noemt Baden 3 dingen. De overmatige drukte, een personeelstekort en een noodzaak voor duurzaamheid. "Dat laatste definieer ik breder dan klimaat: het gaat ook over personeel en houdbaarheid van zorg. Dat zit ook in kosten en technologische vernieuwingen. Als we het toespitsen op de acute zorg, is het vooral de overmatige drukte waar we eigenlijk geen goed antwoord op hebben."

Groeiende bevolking en minder SEH's

Lennards herkent de uitdagingen die Baden noemt en vult aan. "We zien dat het aanbod van patiënten ontwikkelt: mensen worden ouder, hebben vaker chronische ziekten en we hebben te maken met een groeiende bevolking. Daarnaast worden er vaker patiënten vanuit de SEH opgenomen in het ziekenhuis en moeten we het doen met minder SEH's. In 2016 waren dat er 94 en nu nog maar 82." Daar ligt volgens Lennards dus een gigantische uitdaging, net als op het gebied van personeel. "Dat gaat niet alleen over SEH-personeel, maar ook over de keten die daarachter komt. Van alle mensen die op de SEH komen, stroomt 35% door naar de kliniek. Dat betekent dat je niet alleen capaciteit moet managen van de SEH, maar ook van de kliniek, de OK- en de IC-capaciteit. Als je aan de knoppen van de SEH gaat draaien, draai je onmiddellijk aan de knoppen van de hele acute as. De uitdaging is: hoe krijgen we met meer zieke Nederlanders en minder SEH's in vredesnaam nog dat hele aanbod van patiënten gemanaged? We delen dat daarvoor veranderingen nodig zijn."



Samenwerking in de regio

Acute zorg is ook pre-hospitaal, benadrukt Baden. Dus ook huisartsen, de VVT-sector en ambulancezorg horen daarbij. En daar is hetzelfde personeelstekort. Baden: "We kunnen geen blik personeel opentrekken. We moeten met dezelfde hoeveelheid of zelfs een krimpend aantal mensen, dezelfde hoeveelheid zorg en meer gaan leveren. Dat is natuurlijk bijna een contradictie en daar moet iets aan worden gedaan."

Van zorg naar gezondheid

2/5

Baden pleit ervoor om van zorg naar gezondheid te gaan. "Dan kijk je naar wat gezondheid oplevert. Dat is soms een moeilijke discussie, omdat er vaak wordt gezegd dat mensen geen zorg krijgen. Maar dat is niet hoe ik het zie. Iemand is niet alleen verslaafd aan roken, maar rookt bijvoorbeeld omdat hij in armoede leeft, doordat hij ouders heeft die rookten, enzovoorts. Ik zie kinderen van wie de ouders roken, bij wie ziekteklachten van astma daardoor toenemen. Het is niet de schuld van het individu. We zijn erop gericht de mens aan te spreken, maar die mensen hebben gewoon hulp nodig. Maar op die manier is het zorgsysteem niet opgebouwd, dus dat kunnen we niet goed. Dat is overigens ook niet de taak van ziekenhuizen. Die kunnen faciliteren en signaleren, maar de maatschappij moet het oppakken. Als we dat niet aanpakken, blijven wij als acute zorg het begin van zorg. Maar we zouden het sluitstuk moeten zijn."

Goede voorbeelden van samenwerking

Lennards is overtuigd van een samenwerking binnen het zorgdomein en met sociale domein. "We weten dat er gezondheidsverschillen zijn in verschillende wijken in een stad, daar moet de zorg samen met gemeenten veel meer mee doen." Er zijn volgens haar al veel goede voorbeelden te noemen van samenwerkingen tussen ziekenhuizen en huisartsen. "Denk aan patiënten met chronische darmziekten die we op afstand monitoren, COPD-patiënten en [mensen met hartfalen](#). Door op afstand te monitoren met medisch specialisten en betrokkenheid van de huisarts, kun je daarin al mooie resultaten behalen. De motivatie van de patiënt zelf is hierin ook belangrijk. Maar we hebben hier nog grote opdrachten te vervullen." [Prehabilitatie](#) is ook zo'n voorbeeld: hierbij worden mensen door middel van sport en gezonde voeding voorbereid op een operatie. "Ook al is daar maar kort de tijd voor, het heeft zeker effect. Goed erin, is beter eruit, blijkt uit alle onderzoeken", aldus Lennards.

Meer dan wachtende ambulances bij de ingang

Genoeg uitdagingen dus, maar wat merken patiënten en zorgprofessionals nu dagelijks van de problemen in de acute zorg? Overmatige drukte en crowding zijn de directe gevolgen die je op de vloer ziet, zegt Baden. "De voorbeelden die je hoort zijn vaak van de ambulances die staan te wachten bij de ingang, maar dat doet niet helemaal recht aan wat het doet met het personeel. Want het personeel zit daarvoor al met het gevoel dat het niet meer gaat."

Verbinding maken met patiënt

Soms zeggen verpleegkundigen na een extreem drukke dienst tegen Baden: 'Ik heb mijn werk niet kunnen doen.' "Dan hebben ze geen tijd gehad om verbinding te maken met de patiënt, te vragen hoe het gaat met het mens. Dat is óók zorg. Technisch gaat het dan goed: dat drukverband zit nog steeds om die pijnlijke enkel en de patiënt heeft antibiotica gehad, maar we missen een deel van de zorg. Dat zorgt er op de lange termijn ook voor dat patiënten terug kunnen komen, want ze voelen zich niet gerustgesteld en niet gehoord. Dus voor mij is overmatige drukte veel meer dan ambulances die staan te wachten bij de ingang. Dat is direct zichtbaar en ook heel naar, maar er zit nog veel meer omheen." Voor de patiënt betekent het vooral veel wachten, zegt Lennards. "Daar gaan de meeste klachten van



patiënten ook over. Dan heb je ook een doorstromingsprobleem, dus het is eigenlijk een infarct dat je aan het creëren bent.”

Opleiden, opleiden, opleiden

3/5

Zorgprofessionals houden van hun werk en zijn volgens Lennards daardoor goed in staat om aan te geven wat er anders kan. “Verpleegkundig zeggenschap is heel belangrijk: mensen moeten zelf invloed kunnen uitoefenen op hun werk. Daar moet ook wel ruimte voor zijn. Als dat er niet meer is, krijgen mensen stress en dat is ongezond. We zien dat nu op veel plekken in het ziekenhuis. De opdracht die we daarin hebben is opleiden, opleiden, opleiden. De eerlijkheid gebied te zeggen dat we dat niet altijd goed gedaan hebben. In Noord-Brabant zijn we nu bezig met een regionale flexibele schil van SEH-verpleegkundigen. Dat betekent ook dat je er wat meer moet opleiden dan nodig is. En ze zijn allemaal nodig, alleen is de invulling iets anders. Een leuk en fijn team waarbij men op elkaar kan vertrouwen is heel belangrijk voor het werkplezier en de kwaliteit van zorg. Daar moeten we als ziekenhuis aan werken.”

Winst behalen met informatie-uitwisseling

Met alle uitdagingen die er liggen, klinkt het als een situatie waar moeilijk uit te komen is. Is dat ook zo, of zijn er wel degelijk oplossingen? “Absoluut”, denkt Lennards, “aan meerdere kanten zelfs. Bijvoorbeeld aan de instroom van patiënten. Denk aan preventie, samenwerking met huisartsen, [advanced care planning](#) voor ouderen, door na te denken of je alles moet willen wat kan. Dan valt er ook nog winst te behalen in het opleiden: mensen ontwikkelperspectief geven. We zien dat er veel instroom is sinds de numerus fixus van de hbo-v af is. Als werkgever moeten we ervoor zorgen dat zorgmedewerkers ertoe doen. En ik zie goede resultaten op het gebied van capaciteitsmanagement. In het Amphia monitoren we de instroom en doorstroom van patiënten. En misschien is nog wel het meeste winst te behalen in informatie-uitwisseling. Hoeveel telefoontjes mensen moeten plegen omdat we allemaal andere dossiers hebben en doordat we allemaal andere werkwijzen hebben. Dat vind ik een enorme uitdaging. Maar ik ben wel optimistisch hoor, anders zou ik ook geen bestuurder zijn.”

Rommeligheid in acute zorg, maar met logica

Ook Baden blijft positief als het gaat om kansen en oplossingen. Naast de gegevensuitwisseling die ook volgens hem op orde moet zijn, noemt hij 2 pijlers. “Allereerst moet acute zorg gezien worden als een eigen entiteit, dus niet alleen de SEH. Daar kun je echt oplossingen vinden, bijvoorbeeld door [het programma Met spoed beschikbaar](#). Kijk verder naar hoe een SEH is ingebed in het ziekenhuis. Capaciteitsmanagement is daar een goed voorbeeld van. Het komt nog steeds voor dat er geen opnamecapaciteit is, terwijl je goed kunt voorspellen hoeveel SEH-patiënten je krijgt.” Als voorbeeld geeft hij dat niet elk ziekenhuis de hele tijd een CT-scan nodig heeft die gereserveerd is voor SEH-patiënten, maar als alternatief geen ruimte reserveren voor de acute patiënt in de CT-planning zorgt dat de patiënt een uur op moet wachten op een scan, houdt hij een uur langer een SEH-bed bezet. “Dan kun je beter een patiënt die toch al in de kliniek ligt even laten wachten. Er zit een rommeligheid in acute zorg, maar er zit wel logica in. Als we die rommeligheid accepteren in doorstroom en uitstroom, kunnen we daar een grote stap in maken.”

Zorg dat er grijs is op de vloer

Baden pleit er verder voor te zorgen dat de expertise op orde is. “Als SEH-arts zeg ik natuurlijk: ‘zorg dat je een SEH-arts aan de poort hebt’. Maar zorg dat je dat ook met elkaar doet. Met medisch specialisten. En zorg dat er grijs is op de werkvloer. Daarmee bedoel ik: kennis en ervaring.” Lennards voegt daaraan toe: “Zorg ook dat het in 1 keer goed gaat. Als

dat namelijk niet zo is, gaan patiënten bellen. Het scheelt werkdruk als het gewoon goed gaat.”

Anders nadenken over zorg

Baden noemt het voorbeeld van een 80-jarige die zijn arm kneust: moet die terugkomen op de poli? “Dat is vaak voor die patiënt niet het beste. En voor een gezonde 20-jarige ook niet, die kan het ook aangeven als het na een week niet goed gaat. We moeten echt anders gaan nadenken over zorg. Dat zit ook in preventie en kijken wat zorg toevoegt aan het leven van de patiënt. Is het gezondheid verbeterend of is het een zorgbehoefte invullen? We doen in de zorg nooit dingen omdat we denken dat het níét zinvol is, maar wel omdat we denken dat het zinvol is.”

4/5

Plaats het in de totale, acute context

Lennards vindt dat er ook gepraat moet worden over “de olifant in de kamer”. “Naast de discussie over passende zorg, is er ook een discussie of minder SEH’s het probleem gaat oplossen. Dat er iets moet gebeuren, is helder. Net als dat we moeten nadenken of mensen efficiënt worden ingezet. We zijn het eens met minister Kuipers dat multitrauma-patiënten met een Injury Severity Score (ISS) boven de 15 in een traumacentrum moeten komen. Maar je moet het wel in de totale context plaatsen. 80 tot 85% van de patiënten op de SEH zijn geen high level-patiënten. Dat zijn normale patiënten die vaak al bekend zijn in het ziekenhuis, bijvoorbeeld omdat ze een chronische ziekte hebben. Je moet het in z’n totale, acute context plaatsen.”

Werk samen met ziekenhuizen in de regio

Lennards wil er nadrukkelijk op wijzen dat er al veel gebeurd is. “We zijn naar minder SEH’s gegaan en het aantal zelfverwijzers is al drastisch gedaald. We maken in de Regionaal Overleg Acute Zorgketens (ROAZ) afspraken hoe we elkaar benaderen, dat is in coronatijd uitstekend gegaan. Samenwerking verhoudt zich ook niet altijd vanzelfsprekend tot marktwerking. Het zou zomaar kunnen dat je nieuwe problemen creëert door SEH’s te sluiten. Dat is waar ik wel zorgen over heb en wat ik goed onderbouwd wil zien.” Lennards roept dan ook alle collega’s op om samen te werken met andere ziekenhuizen, al gebeurt dat ook al. “Natuurlijk heeft [de Nederlandse Zorgautoriteit \(NZa\) gelijk dat op sommige SEH’s geen patiënten ’s avonds worden gezien](#). Daar moeten we dan wel naar kijken. Wat doen die mensen dan ’s avonds? Het is niet zo dat ze niks doen, ze helpen bijvoorbeeld op de ic. Het is onze opdracht om dit gezamenlijk op te lossen en heel verantwoord met personeel inzet om te gaan.”

Kleine stapjes zetten

Baden is niet zozeer voor of tegen concentratie, al denkt hij dat het niet de oplossing is waarmee de grootste stappen zijn te maken. “Het zijn allemaal kleine stapjes die we met elkaar moeten zetten. Wij zien ook wel eens een multitrauma-patiënt, maar dat blijkt altijd achteraf. We zijn daar heel streng in als ziekenhuis, dat willen we absoluut niet. Maar soms blijkt een patiënt achteraf veel zieker dan verwacht. Dat is die rommeligheid van acute zorg. Als je zegt dat dat allemaal geregeld moet worden, doe je ook geen recht aan de professionals die het juist goed proberen te doen.”

Concentreer wat moet en spreidt wat kan

Lennards wijst op de synergie die de totale zorg in de keten heeft. “Als je aan 1 zo’n spaghetti-sliertje gaat trekken, heeft dat een enorm cascade-effect op alles. We moeten ons goed realiseren dat de kurk van een ziekenhuis ook financieel deels drijft op de acute zorg. En als je dat niet meer kunt doen, houd je dan wel voldoende patiënten om het ziekenhuis te



laten draaien? Dat is natuurlijk geen doel op zich, maar we moeten wel goed weten wat het effect is als je rigoureuze beslissingen daarin neemt. Ik ben er nog niet van overtuigd dat we dat met elkaar in de smiezen hebben. Ik zou zeggen: concentreer wat moet en spreidt wat kan. Al moet ik daarbij vermelden dat het voor ambulances natuurlijk ook werkbaar moet blijven, dus geen onnodige kilometers rijden als het niet nodig is." Baden voegt toe: "Het streven zou moeten zijn om het netwerk om die patiënt dichtbij te houden, als dat kan. Maar de tendens in de acute zorg lijkt bijna andersom, alsof we zeggen: alles moet centraal. Maar als ik dan vraag: 'wat wordt er dan beter?', wordt dat niet zo goed uitgelegd. En dan word ik beetje opstandig, want ik wil gewoon het beste voor mijn patiënten."

Verbeter digitale informatie-uitwisseling

5/5

Als Lennards morgen al 1 ding zou kunnen veranderen, noemt ze de informatie-uitwisseling. Die is volgens haar nu te complex, met te veel systemen, te veel regels en te veel belangen. "Ik ben voorstander van 1 landelijk geïntegreerd EPD waar alle zorgaanbieders in zitten. Dat gaat niet gebeuren in Nederland, maar ik denk wel dat dat echt enorm zou helpen. Ik zou het Nederland wel gunnen dat het zo zou werken." Baden komt terug op zijn eerdere pleidooi: van zorg naar gezondheid. "Het klinkt misschien raar voor iemand die in de acute zorg werkt, maar ik vind het raar dat we streven naar zorg en niet naar gezondheid. De hoeveelheid patiënten kan niet groeien, we moeten meer gezondheid creëren. Als we dat als uitgangspunt nemen, maken we andere keuzes waardoor de patiënt een betere gezondheid krijgt. We leveren goede zorg, maar we kunnen nog meer gezondheid leveren. Als dat het streven wordt, kunnen we mooie stappen zetten."