

Overzicht dagelijkse oplossingen capaciteitsproblematiek wintermaanden



Achtergrond

- Iedere winter is er bij HAP's, RAV's en SEH, long- en KNO-afdelingen van ziekenhuizen een toename zichtbaar van het aanbod van (bepaalde) patiënten. Een groot deel van deze toename wordt veroorzaakt door patiënten met influenza-achtige ziektebeelden, acute respiratoire infecties, pneumonie, gastro-intestinale infecties en otitis media acuta/myringitis. Vooral kwetsbare groepen, zoals jonge kinderen, ouderen of mensen met COPD, zijn vatbaar. Bijkomend probleem is dat personeel zelf vaker (kortdurend) uitvalt vanwege ziekte.
- Dit blijkt ook uit een belronde langs de verschillende zorgorganisaties in de regio Noordwest, al is het beeld niet eenduidig. Met name tussen de HAP's is veel variatie zichtbaar. Deze drukte komt bovenop de structureel toegenomen drukte in de spoedzorg.
- *Acute zorgorganisaties en -verleners moeten creatief zijn en snel kunnen anticiperen. In onze regio worden veel bruikbare dagelijkse oplossingen ingezet. Wij hebben deze voor u op een rij gezet.*



Ziekenhuizen

- **Inzet specialist op SEH tot 23:00u** (SEH-arts, longarts, kinderarts, chirurg en/of specialist ouderen geneeskunde) om pieken in de late middag en avond te kunnen opvangen.
- **Inzet van een extra tussendienst op SEH** (zowel verpleegkundig als medisch) tussen 11:30 en 20:00u om pieken in de late middag en avond te kunnen opvangen.
- In het ziekenhuis een **'bed = bed procedure'** hanteren. Eventueel tijdelijk meer bedden op afdelingen plaatsen dan is toegestaan.
- **Meerdere visites/ontslagrondes per dag** houden, bijvoorbeeld om 8 uur 's avonds ook patiënten ontslaan. Daarnaast specialisten visite laten lopen in plaats van arts-assistenten.
- **Dagelijks overleg tussen specialisten/leidinggevenden van vakgroepen** om instroom, doorstroom en uitstroom te bespreken en te bespoedigen (ook met het opnamebureau). Verder zorgen dat hier iemand de verantwoordelijkheid voor heeft tijdens elke dienst.
- Afspraken maken met huisartsen dagpraktijken nabij het ziekenhuis om bij drukte **binnen kantooruren zelfverwijzers door te sturen naar de eerste lijn**.
- **Patiënten die opgenomen worden vanuit de SEH direct naar een afdeling brengen** en daar de diagnostiek coördineren (met name long, cardio en AOA).
- BMH'ers (Bachelor Medische Hulpverlening) inzetten via 'verlengde arm'-constructie. Het zijn kundige mensen, ze hebben alleen (nog) geen BIG-registratie.
- Eventuele **inzet van militair verpleegkundigen / gepensioneerd verpleegkundigen**.



Huisartsenposten

- **Inzet van achterwacht huisartsen en triagisten** als wachttijd oploopt tot 1 uur.
- Afspraken met andere HAP's over de mogelijkheid tot **uitwisselen van personeel**.
- **Overloopmodel** waarbij HA en RAV bij pieken eerste opvang van elkaar overnemen.
- **Telefonisch eerst uitvragen of iemand vitaal bedreigd is (ABCDE)**. Zo niet, dan wordt patiënt op een later (rustiger) moment terug gebeld.
- **Huisarts stemt** (voor insturen patiënt) **altijd eerst telefonisch af met specialist** (bijv. longarts). Er zijn situaties waardoor hiermee een opname voorkomen kan worden.
- **Visites (dagpraktijken) huisartsen spreiden/afwisselen** over de dag. Dan komen patiënten niet allemaal op 1 dagdeel in het ziekenhuis aan.



Meldkamers en ambulancediensten

- **Overloopmodel** waarbij HA en RAV bij piekdrukke eerste opvang van elkaar overnemen.
- **Geen besteld vervoer buiten de eigen regio in de ANW-uren**.
- **Altijd een telefonische vooraankondiging** bij de SEH, zodat zorgverleners daar alvast kunnen anticiperen op de komst van de patiënt.
- GHOR en partners gebruiken **LCMS/AZP om 2 x per dag te bekijken wat de actuele situatie is**. Hierdoor verbetert de communicatie.
- **Meer regie nemen op spreading** wanneer alle/veel ZKH-en regio 'stops' hebben afgekondigd.
- Eventuele **inzet van VZA International**.