

Organisatie van de 24-uurs medische spoedzorg voor Wlz-cliënten

Inhoudsopgave

Organisatie van de 24-uurs medische spoedzorg voor Wlz-cliënten	2
---	---

Organisatie van de 24-uurs medische spoedzorg voor Wlz-cliënten met behandeling

Het moet anders...want dat kan niet anders!

Nancy Lenaerts, Lenneke Schols, Jet Wiechers

De invulling van de medische spoedzorg in de ouderenzorg staat steeds meer onder druk. Dit neemt in de toekomst alleen maar toe vanwege het groeiende aantal 80-plussers. Op veel plaatsen wordt geëxperimenteerd met alternatieve invullingen. Vrijwel overal speelt een toenemende mate van samenwerking daarbij een rol. Die initiatieven moeten goed gefaciliteerd worden om succesvol te kunnen zijn, maar in de praktijk worden ze belemmerd door onduidelijke, elkaar tegensprekende en weinig onderbouwde kaders in wetten en richtlijnen. Overzicht krijgen is daarom lastig. Novicare ontwikkelde een factsheet die daarbij moet helpen. Ook wordt aangegeven waar verduidelijking noodzakelijk is om tot effectieve oplossingen te komen.

Spoedzorg kraakt in de voegen

Voor de acute medische zorg aan ouderen in woonzorglocaties waar Wlz met behandeling wordt geboden is er de structuur van 24-uurs medische bereikbaarheid en beschikbaarheid. Het gaat daarbij om spoedeisende situaties in avonden, nachten en weekenden waarbij niet gewacht kan worden tot de volgende werkdag. Voor specialisten ouderengeneeskunde is die structuur steeds lastiger te realiseren, door onder andere krapte op de arbeidsmarkt en de toenemende zorgvraag. Een aanzienlijk aantal specialisten ouderengeneeskunde wil, om diverse redenen, niet meer deelnemen aan de ANW-diensten.¹⁻³ Daar komt nog bij dat het aantal 80-plussers de komende tien jaar met 50% toeneemt en het aantal specialisten ouderengeneeskunde dit absoluut niet bij kan houden.⁴ De laatste raming van het capaciteitsorgaan laat zien dat hiervoor een instroom nodig is van 223 tot 334 aios per jaar, terwijl die de afgelopen jaren in werkelijkheid tussen de 90 en 126 lag. Er waren meer plaatsen, maar die zaten niet vol.⁵

Alternatieve invulling roept vragen op

Om de medische behandeling in de ANW-diensten te borgen zijn verschuivingen zichtbaar. De taakherschikking die tijdens reguliere werktijden plaatsvindt bijvoorbeeld wordt in toenemende mate ook in de ANW-situatie toegepast. Dit betekent dat er basisartsen of verpleegkundig

specialisten (VS'en) in de voorwacht werken. In verpleeghuizen worden ook externe partijen ingeschakeld voor de 24-uurs medische spoedzorg. Die werken vaak met huisartsen of basisartsen, met een specialist ouderengeneeskunde als achterwacht. Ook zijn er lokale experimenten in samenwerking met de ambulancedienst of huisartsenpost (HAP).

In alle situaties ontstaan vragen over de kaders vanuit wetgeving, richtlijnen en veldnormen. Er is verduidelijking nodig op verschillende gebieden:

- de definities van spoed en triage
- verantwoordelijkheden
- responstijden
- wie ingezet mag worden

Een overzicht van de huidige definities en kaders volgt, met suggesties voor welke verduidelijking noodzakelijk is.

Wat is medische spoedzorg?

Een eenduidige definitie van het begrip medische spoedzorg ontbreekt. Om verwachtingen te verhelderen is dat wel wenselijk. In de huidige situatie lopen opvattingen en verwachtingen over medische spoedzorg uit elkaar. Onder zorgmedewerkers bestaat soms de indruk dat een arts binnen 30 minuten ter plaatse moet zijn als daarom gevraagd wordt. Dit kan leiden tot onnodige frustratie en klachten.⁶ Het is dan ook belangrijk om onderscheid te maken tussen spoedbeleving en medische urgentie. In de huisartsengeneeskunde blijkt bij de huisartsenpost slechts 7% van de vragen van de hoogste urgentie te zijn. 60% van de vragen is medisch niet urgent en 40% kan telefonisch worden afgehandeld.⁷ Onderzoeksgegevens in de verpleeghuiszorg zijn niet voorhanden. Een eenduidig triage-instrument helpt om verwachtingen rondom medische spoedzorg op één lijn te krijgen.

De huisartsengeneeskunde maakt gebruik van de Nederlandse triagestandaard.⁸ De urgentiegraden variëren van U0 (reanimatie) en U1 (direct levensgevaar) tot U5 (geen kans op schade, volgende werkdag). De context van de patiënt bepaalt ook onder andere de uitkomst van de triage, zoals beperkingen in het behandelbeleid. In de ouderenzorg zijn wel diverse triage-hulpmiddelen voorhanden.⁹⁻¹³ Maar er is geen algemeen geaccepteerd instrument dat ook uitspraken doet over de gewenste responstijden.

Een goede afbakening van medische spoedzorg ontbreekt. Daarvoor is nodig:

- Onderscheid tussen spoedbeleving (subjectief) en medische urgentie (objectief).
- Bepalen van de medische urgentie door ontwikkeling van een uniform landelijk triage instrument toepasbaar in het verpleeghuis.

Wie heeft welke verantwoordelijkheid?

Zorginstellingen en artsen hebben elk een verantwoordelijkheid binnen de ANW- diensten. Het kwaliteitskader, de KNMG en de wet BIG doen hierover uitspraken.

- Het Kwaliteitskader stelt dat de verantwoordelijkheid voor de organisatie van de 24-uurs bereikbaarheid en beschikbaarheid van een arts primair bij de zorginstelling ligt. En daarmee valt onder de verantwoordelijkheid van de bestuurder.^{14,15}
- De KNMG geeft aan dat ook de arts een verantwoordelijkheid heeft: “De arts is er verantwoordelijk voor dat continuïteit van de hulpverlening en een goede bereikbaarheid verzekerd zijn, onverlet de verantwoordelijkheid die hiervoor bij de instelling ligt waar hij werkzaam is”.¹⁶⁻¹⁸
- Voor het uitvoeren van medische zorg heeft elke BIG-geregistreerde behandelaar een duidelijk vastgelegde bevoegdheid en daarnaast eigen professionele verantwoordelijkheid voor zijn bekwaamheid. Het is de verantwoordelijkheid van de behandelaar dat hij de grenzen van zijn bekwaamheid bewaakt.^{19,20}

In de praktijk zijn een basisarts, aios of VS gekoppeld aan een specialist ouderengeneeskunde voor supervisie of consultatie. Bij een aios is de supervisor medeverantwoordelijk om zich te vergewissen van de bekwaamheid van de supervisor.²¹ In instellingen waar basisartsen, aios en VS'en als voorwacht werken zijn daarom vaak interne (werk)afspraken gemaakt in welke situaties de voorwacht moet overleggen met de specialist ouderengeneeskunde-achterwacht. Afhankelijk van het bekwaamheidsniveau kan dit per voorwacht verschillen.

- De zorginstelling (bestuurder) is verantwoordelijk voor de organisatie van 24-uurs bereikbaarheid en beschikbaarheid van een arts.
- De arts is verantwoordelijk voor een goede bereikbaarheid tijdens zijn of haar dienst, en is verantwoordelijk voor de continuïteit van medische zorg op dat moment.
- Iedere (basis)arts, VS of PA is verantwoordelijk voor het bewaken van eigen grenzen ten aanzien van bevoegdheden en bekwaamheden. In het geval van aios heeft de opleider hierin een extra verantwoordelijkheid.

Responstijden

Voor de responstijden geven het Kwaliteitskader, Verenso en de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) enige kaders:

- Het kwaliteitskader verpleeghuiszorg stelt dat er binnen 30 minuten een arts aanwezig moet kunnen zijn. Er is niet expliciet vermeld dat dit een specialist ouderengeneeskunde moet zijn. Ook is opgenomen dat 24/7 'aanvullende voorzieningen' beschikbaar moeten zijn voor vragen of toenemende complexiteit, zoals 'inroepen specialist ouderengeneeskunde', 'overleg gedragskundige', 'inschakelen CCE'. Er is niet gedefinieerd wat 'beschikbaar zijn' inhoudt.²²
- Verenso (vereniging van specialisten ouderengeneeskunde) stelt dat de specialist ouderengeneeskunde bij een spoedoproep binnen 30 minuten ter plaatse dient te zijn.²³ In 2017 stelde Verenso dat ook basisartsen, aios ouderengeneeskunde en de VS gedurende de dienst altijd terug moeten kunnen vallen op een geregistreerd specialist ouderengeneeskunde als achterwacht, die direct telefonisch te bereiken is en binnen 30 minuten ter plaatse kan zijn.²⁴ Hiervoor ontbreekt de onderbouwing. Ook wordt geen rekening gehouden met de mate van urgentie.
- De IGJ heeft op vragen van Novicare geantwoord dat bij ervaren basisartsen de norm voor de aanrijtijd van de achterwacht kan worden verlengd tot twee uur.²⁵ In overleg met aios en ervaren basisartsen wordt dit bij Novicare in de praktijk zo gehanteerd.

Interessant is ook het standpunt van de artsen verstandelijk gehandicapten, die hun zorg vergelijken met verpleeghuiszorg en zich conformeren aan de aanrijtijden binnen de acute huisartsgeneeskundige zorg.²⁶ Op basis van de U-triage wordt hier een aanrijtijd voor niet levensbedreigende zaken aanbevolen van 'binnen enkele uren'.²⁷

In medische noodsituaties kan in de ANW ook de ambulancedienst worden ingeschakeld. Dit komt in de ouderengeneeskunde voor als er een actief behandel- en instuurbeleid is of bij twee acute situaties tegelijk. Bij de hoogste urgentie moet de ambulance in 95% van de gevallen binnen 15 minuten aanwezig kunnen zijn.²⁸

- Het Kwaliteitskader en Verenso stellen dat een **voorwacht binnen 30 minuten aanwezig moet kunnen zijn**. Er is bij partijen echter geen uniformiteit over de invulling van die voorwacht en de aanrijtijd van een achterwacht.
- Aanrijtijden zouden bepaald moeten worden door de mate van spoed, die weer bepaald moet worden met behulp van een uniform triage-instrument geschikt voor de verpleeghuiszorg. Dit is er helaas nog niet.

Wie mag worden ingezet?

Er is behoefte aan een omschrijving in de wet of richtlijnen welke behandelaar waarvoor ingezet mag worden voor medische spoedzorg. Bevoegd en bekwaam conform de wet BIG is een algemeen uitgangspunt voor het verlenen van medische zorg. Op basis hiervan kan geconcludeerd worden dat de inzet van VS'en, physician assistants, basisartsen en huisartsen mogelijk is. In de praktijk zullen specialisten ouderengeneeskunde met hen in overleg moeten gaan over hoe ze hun bekwaamheid ervaren en wat nodig is om op een verantwoorde wijze deel te nemen aan ANW-diensten.

- De basis-EHBO kan worden verleend door alle daarvoor opgeleide zorgmedewerkers.
- Er is geen actueel standpunt van Verenso over taakherschikking.²⁹ De Handreiking Taakherschikking wordt (januari 2020) herzien, omdat de oude niet meer voldoet.³⁰
- Partijen gericht op dienstverlening in de ANW zoals Gericall, ANW Nederland en medTzorg hebben interne opleidingsprogramma's om de bekwaamheid van basisartsen of huisartsen in de spoedzorg voor ouderen te vergroten.

Met het oog op efficiëntie is de vraag of de triage tijdens de dienst überhaupt wel door een arts gedaan moet worden. Sommige organisaties hebben als noodoplossing de triage uitbesteed aan verpleegkundige 'voorwachten'. Dat is voor de arts misschien efficiënt, maar ook aan verpleegkundigen is schaarste in de ouderenzorg. Huisartsen en HAPs daarentegen werken met centralisten; veelal doktersassistenten die onder andere specifiek opgeleid zijn voor triage. Hier zien wij ook voor de ouderenzorg kansen.

- Er is behoefte aan een omschrijving in de wet of richtlijnen welke behandelaar waarvoor ingezet mag worden in de medische spoedzorg. Het juridisch kader vanuit de wet BIG is hiervoor onvoldoende. In de praktijk is dit nu per organisatie ingeregeld door werkafspraken.

Praktische ondersteuning helpt

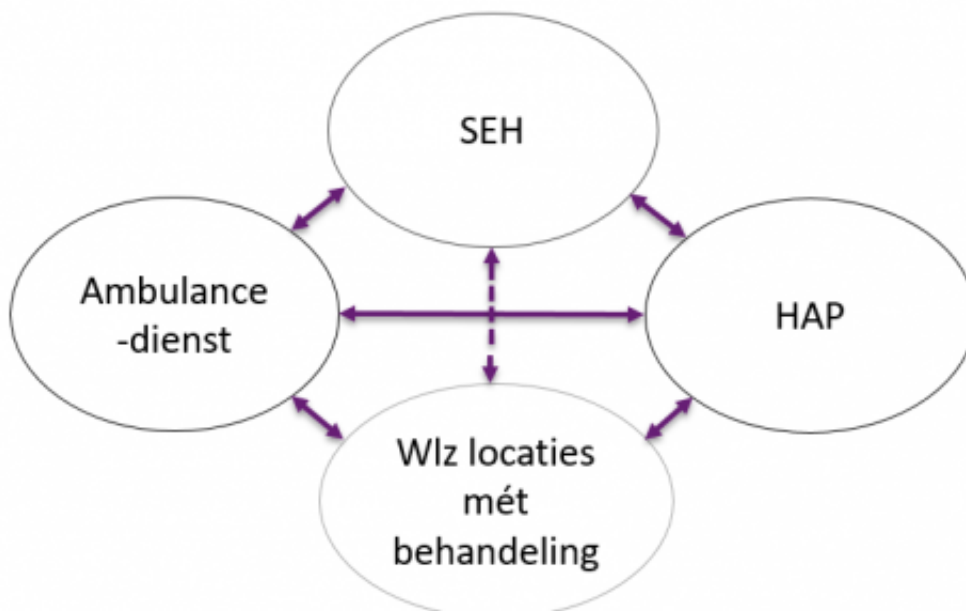
Alle oplossingen voor de krapte in de medische spoedzorg gaan over een toegenomen mate van samenwerking. In samenwerking spoedzorg invullen vraagt altijd meer professionele ondersteuning dan wanneer een kleine groep artsen dit doet die elkaar en de cliënten kent. Zorgprofessionals hebben bij een spoedoproep van een locatie of cliënt die zij niet kennen behoefte aan goede en vaak hele praktische informatie. Als dit niet goed georganiseerd is, leidt samenwerken in spoedzorg tot negatieve ervaringen bij betrokken behandelaren. Dat is jammer, omdat dit eenvoudig te voorkomen is door goede ondersteuning. Sommige ANW-organisaties werken al met geavanceerde ondersteunende systemen.³¹ Ook optimaal op elkaar aansluiten van elektronische dossiers kan de efficiency in de ANW-diensten enorm verbeteren.³²

Visie Novicare

Het komt erop neer dat artsen in de ouderenzorg een ontwikkeling moeten doormaken die huisartsen al achter de rug hebben. De tijd van allemaal zelfstandig de spoedzorg regelen ligt achter ons. Door te leren van de ervaring van huisartsen met het proces van regionale organisatie van spoedzorg kunnen artsen in Wlz-organisaties snel slagen maken. Daarbij kan worden samengewerkt met organisaties in de gehandicaptenzorg.

Dat is ook nodig om aan te blijven sluiten op de landelijke ontwikkelingen rondom spoedzorg. Daarin sluiten de verschillende 'subsystemen' (SEH, HAPs, ambulances e.a.) steeds nauwer op elkaar aan. Zoals een voorbeeld waarin de voorwacht wordt gedaan door een specialist ouderengeneeskunde en een ambulanceverpleegkundige uitrijdt als dat nodig is, maar de regie over het behandelbeleid en al dan niet insturen bij de specialist ouderengeneeskunde blijft liggen. Daar zit mogelijk veel winst in.

Eén volledig geïntegreerd systeem van spoedzorg lijkt wellicht een mooie stip op de horizon, maar heeft ook risico's. Zo'n systeem kan makkelijk te groot en complex worden om het echt efficiënt in te richten. Een goede eerste stap voor Wlz-organisaties is in ieder geval om zo snel mogelijk onderling te gaan samenwerken. En vervolgens als Wlz -spoedzorg nauw samen te werken met de overige spoeddiensten. Verschillende hulpmiddelen en goede voorbeelden liggen klaar.



Auteurs

- Nancy Lenaerts, specialist ouderengeneeskunde - Novicare
- Lenneke Schols, specialist ouderengeneeskunde – Novicare
- Jet Wiechers, directeur - Novicare

Literatuur

1. <https://www.captise.nl/zorg-ouderen/ArtMID/509/ArticleID/3899/Opleidingsplaatsen-voor-specialist-ouderengeneeskunde-blijven-open-staan-tekort-dreigt>
2. Bron Verenso tijdschrift, ANW is het gras groener bij de burens
3. Interne enquête Novicare eerste kwartaal 2018
4. CBS, statline
5. Capaciteitsorgaan 2021-2024 deelrapport specialist ouderengeneeskunde, capaciteitsorgaan, december 2019
6. Klachten intern Novicare
7. https://www.nhg.org/sites/default/files/content/nhg_org/uploads/nhg-standpunt_huisarts_en_spoedzorg.pdf
8. <https://de-nts/basisprincipes-nts/>
9. <http://www.platformouderenzorg.nl/bestanden/Handboek%20Triage%20%202018.pdf>
10. <https://trriage.cordaan.nl/trriage-verpleegkundige>
11. <https://trriage.cordaan.nl/inhoud/handleiding-trriage-voor-verzorgenden-en-algemeen-verpleegkundigen>
12. <https://www.verpleegkundigetriage.nl/nl/gezondheidsproblemen>
13. <https://www.verenso.nl/magazine-november-2019/no-5-november-2019/congres-abstracts/buikbaarheid-early-warning-score-in-het-verpleeghuis>
14. Factsheet Verenso
15. <https://www.zorgvoorbeter.nl/veranderingen-langdurige-zorg/kwaliteitskader-verpleeghuiszorg#kwaliteitskader-verpleeghuis>
16. <https://www.knmg.nl/advies-richtlijnen/dossiers/medische-professionaliteit.htm>
17. <https://www.knmg.nl/advies-richtlijnen/dossiers/verantwoordelijkheidsverdeling.htm>
18. <https://wetten.overheid.nl/BWBR0035917/2019-07-01>
19. <https://www.bigregister.nl/registratie/nederlands-diploma-registreren/wet--en-regelgeving> > Artikel 3-beroepen
20. <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:sEvsbqWu1skJ:https://www.knmg.nl/advies-richtlijnen/dossiers/gedragsregels-van-artsen.htm+&cd=1&hl=nl&ct=clnk&gl=nl>
21. <https://www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/artikel/supervisor-verantwoordelijk-voor-aos.htm>
22. <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/publicatie/2017/01/13/kwaliteitskader-verpleeghuiszorg>

23. https://www.verenso.nl/_asset/_public/Richtlijnen_kwaliteit/kwaliteit/VER-002-8-persleidr-bw-intDEF.pdf
24. https://www.verenso.nl/_asset/_public/Praktijkvoering_handreikingen/VER_handrTaakherschikking_int_2017.pdf
25. E-mail inspectie
26. <https://nvavg.nl/wp-content/uploads/2019/03/2011-11-aanrijtijden.pdf>
27. <https://de-nts.nl/nts/basisprincipes-nts/>
28. Voor meer informatie over de acute zorg op de SEH, huisartsenpost en ambulancezorg zie de monitor acute zorg 2018 van de NZA https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_260889_22/1/
29. https://www.verenso.nl/_asset/_public/Praktijkvoering_handreikingen/VER_handrTaakherschikking_int_2017.pdf
30. <https://www.verenso.nl/magazine-juni-2019/no-3-juni-2019/wetenschap/physician-assistants-en-verpleegkundig-specialisten-in-verpleeghuizen>
31. Gericall, Geriforce
32. MedTzorg, ervaringen in de samenwerking