

Supplement bij artikel D8019 van het *Nederlands Tijdschrift Voor Geneeskunde*

Dit is de volledige versie van het artikel D8019 in het *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*.
Deze versie is aanvaard na peer-review, maar heeft geen redactionele bewerking ondergaan.

Evaluatie van de acute zorg in Den Helder na implementatie van een nieuw model voor spoedeisende zorgvragen

Inleiding

De acute zorg staat onder druk, zowel internationaal als nationaal. Dit komt door verandering in patiëntenpopulatie, personeelstekort en financiële beperkingen. In Nederland zijn er 83 ziekenhuizen met een Spoedeisende Hulp (SEH) (1). Een SEH wordt 24/7 bemenst door gespecialiseerde verpleegkundigen en artsen, wat het een kostbare faciliteit maakt. In de afgelopen jaren is door de Nederlandse Zorg Autoriteit (NZA) geanalyseerd wat de uitdagingen zijn in de acute zorg. In maart 2022 verscheen het rapport Passende acute zorg (2). In dit rapport worden diverse oplossingsrichtingen genoemd, zoals verdere concentratie van zorg of innovatieve organisatie van acute zorg. Onderzoek naar het effect van concentratie op de kwaliteit van zorg heeft positieve effecten getoond op mortaliteit van geselecteerde aandoeningen, zoals bijvoorbeeld multitrauma en bij de noodzaak tot cardiale interventies (3). Deze aandoeningen vormen echter maar 5% van alle SEH presentaties (4). Voor de gehele patiëntengroep zijn er studies uit bijvoorbeeld Zweden, Denemarken, Engeland en de VS die wijzen op stijgende mortaliteit en morbiditeit bij sluitingen van spoedeisende hulpen (5 - 7). Daarnaast speelt het risico dat door sluiting de druk op de doorstroom van de reeds bestaande SEH's alleen maar meer toeneemt en patiënten na presentatie moeten worden overgeplaatst naar andere ziekenhuizen. Tevens laat eerder onderzoek zien dat sluiten van SEH's uitstroom van personeel uit de zorg bewerkstelligd in de plaats van dat deze op een andere plek in de zorg aan de slag gaan (4). Het herorganiseren van de acute keten met efficiënte inzet van personeel om de laag complexe acute zorg dichtbij de patiënt te bieden is mogelijk een oplossing, maar er is nog weinig onderzoek naar het effect hiervan op de kwaliteit van zorg.

In Noord-Holland heeft de Noordwest Ziekenhuisgroep (NWZ) de acute zorg -as opnieuw en toekomstbestendig ingericht. De Noordwest Ziekenhuisgroep heeft twee locaties waar acute zorg wordt geleverd: Den Helder en Alkmaar. Beide hebben een groot achterland, waarbij Den Helder ook de acute zorgvragen van Texel opvangt. Door o.a. krapte in het verpleegkundig personeel naderde sluiting van de spoedeisende hulp in Den Helder (figuur 1). Om dit te voorkomen is er samen met de medewerkers een nieuwe, coöperatieve afdeling ontwikkeld: de Afdeling Acute Zorg (AAZ). Hierbij zijn de eerste hulp, een observatorium, medium care en intensive care samengevoegd waarbij er met minder personeel en bedden samen wordt gewerkt middels een harmonicamodel (figuur 2). De verpleegkundigen en bedden zijn afhankelijk van de op dat moment acute zorgvraag multi-inzetbaar, hierbij kan een verpleegkundige bij drukte werkzaam zijn op de SEH en het andere moment op het observatorium. Ook de bedden kunnen voor verschillende doeleinden worden gebruikt, waardoor acute zorg vragen efficiënt kunnen worden opgevangen.

Om de kwaliteit en functionaliteit van de zorg van deze afdeling te evalueren hebben wij (Amsterdam UMC) in 2022 een onafhankelijk onderzoek uitgevoerd middels drie fases, waarbij er gebruik is gemaakt van zowel kwalitatieve als kwantitatieve onderzoeksmethoden. Allereerst hebben we descriptief gekeken of de laag complexe, hoog volume zorg geleverd op de AAZ qua een aantal belangrijke kwaliteitsindicatoren vergelijkbaar is met de geleverde spoedzorg op een grote conventionele SEH, zoals die in Alkmaar. Voor verdere diepgang over de functionaliteit van de AAZ zijn de ervaringen van het verpleegkundig personeel op de AAZ in kaart gebracht middels focusgroepen. Afsluitend is de patiënt-ervaring van de AAZ geëvalueerd middels gestandaardiseerde vragenlijsten en vergeleken met de ervaringen op de conventionele SEH in Alkmaar.

Patiënten en methode

Inrichting zorg op locatie Alkmaar en Den Helder

Bij het inrichten van de acute zorg op de twee locaties van het NWZ zijn uitgebreide werkafspraken gemaakt. Patiënten met multitrauma of die bijvoorbeeld cardiale interventies nodig hebben, worden altijd in Alkmaar gepresenteerd. Patiënten die vitaal bedreigd zijn of intubatie nodig hebben kunnen 24 uur per dag gepresenteerd worden in zowel Den Helder als in Alkmaar. In Den Helder worden patiënten die langer dan 24 uur beademing nodig hebben overgeplaatst naar locatie Alkmaar na stabilisatie.

Hemodynamisch stabiele patiënten met hart of long problemen worden in Alkmaar opgevangen op de Eerste Hart Long Hulp (EHLH). De EHLH is niet meegenomen in deze vergelijking.

Fase 1: kwantitatieve vergelijking – kwaliteitsindicatoren

Er werd een retrospectieve analyse verricht om de kwaliteit van de acute zorg van de AAZ in kaart te brengen door een aantal kwaliteitsindicatoren descriptief te vergelijken met kwaliteitsindicatoren van de SEH op locatie Alkmaar. Alle patiënten die zich presenteerden op beide locaties tussen 1 november 2020 en 1 januari 2022 werden geïnccludeerd. Patiëntkarakteristieken van de verschillende centra en de kwaliteitsindicatoren (tabel 1) werden verkregen uit het Elektronisch Patiënten Dossier (EPD) door de afdeling Business Intelligence (BI) van het NWZ. SPSS 28 werd gebruikt om de data te analyseren. Continue data werden middels histogram gecontroleerd op normaliteit. Niet normaal verdeelde data werd gerapporteerd met de mediaan en interkwartielafstand (Inter Quartal Range = IQR). Normaal verdeelde data werd gerapporteerd met gemiddelde en standaard deviatie (SD).

Fase 2: kwalitatieve analyse – focusgroepen met verpleegkundigen

Om kwaliteit van zorg en de functionaliteit van de werkwijze op de AAZ vanuit verpleegkundig perspectief in kaart te brengen werden er twee focusgroepen gehouden. Alle verpleegkundigen mochten deelnemen. Tijdens de focusgroepen werd een gestructureerde onderwerpenlijst gebruikt. Deze was gebaseerd op eerdere relevante studies op het gebied van kwaliteit van zorg, werkomgeving en werklust (tabel 2). De focusgroepen werden opgenomen en getranscribeerd. Deze data werden geanalyseerd middels deductieve thematische codering. Deze codering werd uitgevoerd aan de hand van bestaande frameworks (8, 9) en aangevuld met open inductieve codes waar nodig. Dit werd besproken middels een consensus procedure door twee onderzoekers. Het definitieve raamwerk voor codering is beschikbaar in bijlage 1.

Fase 3: kwantitatieve analyse - patiëntervaringen

De patiëntervaringen op de AAZ werden vergeleken met de patiëntervaringen op de SEH in Alkmaar. Dit deel van het onderzoek was onderdeel van een geplande evaluatie van het NWZ en werd verricht via het Picker instituut (<https://picker.org>). Tijdens de meetmaand juni 2022 werden alle patiënten benaderd die acute zorg op SEH in Alkmaar of de AAZ in Den helder hadden gekregen. Patiënten werden via email benaderd. De ruwe data werd beschikbaar gesteld aan ons onderzoeksteam en onafhankelijk geanalyseerd. De gevalideerde vragenlijst is beschikbaar in bijlage 2.

Resultaten

Kwantitatieve vergelijking

Descriptieve resultaten

Tijdens de studie periode bezochten 45.825 patiënten het NWZ met een acute zorgvraag, waarvan 33.869 de SEH in Alkmaar en 11.956 de AAZ in Den Helder (tabel 3). In Alkmaar werden 0.7% van de patiënten urgentiecategorie U0 en U1 gepresenteerd, versus 0.2 % in Den Helder. In Alkmaar kwamen 36% van de patiënten met de ambulance, in Den Helder 35%.

Kwaliteitsindicatoren

Descriptieve analyse toonde een verschil in de mediane verblijfstijd op de AAZ van Den Helder van 139 minuten (IQR 90-202) versus 155 minuten (IQR 99-219) in Alkmaar. Op de AAZ overleed 0.3 % van de patiënten binnen 24 uur, in Alkmaar was dit 0.5%. Vanaf de AAZ werd 3.6% van de patiënten overgeplaatst naar een andere locatie, waarvan 75% (n=332) naar Alkmaar, in Alkmaar was dat 0.4%. Het aantal her-presentaties in beide centra was 5% binnen de eerste 72 uur, waarvan in Alkmaar 30% werd opgenomen en 24% vanaf de AAZ.

Resultaten focusgroepen

Twee focusgroepen, met elk vijf deelnemers, werden gehouden aan het eind van een dagdienst. Van deze tien deelnemers was 50% opgeleid tot SEH verpleegkundige, 10% tot IC verpleegkundige, 20% tot afdelingsverpleegkundige en 20% tot MC verpleegkundige. Van de steekproef was 90% vrouw. Dataverzadiging werd bereikt, aangezien er gedurende de 2^e focusgroep geen nieuwe thema's meer naar boven kwamen. De eerste focusgroep duurde 90 minuten, de tweede focusgroep 60 minuten.

Alle onderwerpen uit de vooraf opgestelde onderwerpenlijst zijn voorbij gekomen in de focusgroepen. Echter, niet alle onderwerpen zijn uitvoerig besproken daar de verpleegkundigen het niet voldoende relevant vonden. Daarom is besloten de meest belangrijke thema's te belichten, waarbij onderwerpen gegroepeerd zijn per thema (tabel 4). De belangrijkste positieve punten die werden genoemd waren de patiëntveiligheid, efficiëntie en een uitdagende leeromgeving. Verbeterpunten worden gezien in de noodzaak tot voldoende personele bezetting, meer tijd voor teamvorming en een heldere taakverdeling, met daarbij goed zicht op elkaars bekwaamheden.

Patiënt-evaluatie kwaliteit van zorg

Er was geen verschil tussen de algemene tevredenheidsscore die door de patiënten werd gegeven op de twee locaties. Beide locaties scoorden een gemiddelde van 8,2/10. Bij het analyseren van de subdomeinen hebben de afdelingen echter verschillen. De resultaten suggereren dat de AAZ beter scoort op de subdomeinen 'wachttijd in minuten' en 'uitleg over bijwerkingen'. Niettemin presteert de conventionele afdeling beter op de subdomeinen 'eigen keuze' en 'uitleg over wachttijd'.

Beperkingen

Onze studie kent een aantal beperkingen. Gezien de bestaande afspraken over spreiding van bepaalde patiëntcategorieën, zijn de patiëntgroepen die in Den Helder en Alkmaar onderling verschillend. Het is goed om te beseffen bij interpretatie van de kwaliteitsindicatoren dat de complexiteit van de patiënten en de betrokkenheid van meerdere specialismes in Alkmaar waarschijnlijk een invloed heeft op doorlooptijden en mortaliteit. Bij extrapolatie van deze resultaten, moet er dus rekening mee worden gehouden dat deze kwaliteit van zorg behaald is in de context van duidelijke spreidingsafspraken.

Door afspraken over spreiding van COVID-19 patiënten richting Alkmaar was de patiënten mix in Den Helder veranderd t.o.v. het normaal, waarbij ook de personeelsinzet tijdelijk was aangepast.

Wat betreft de patiëntgebonden uitkomsten is er slechts gedurende één maand onderzoek gedaan. De verzameling via e-mail kan leiden tot selectie bias door bijvoorbeeld exclusie van patiënten met cognitieve problemen of ouderen.

Beschouwing

Dit onderzoek laat zien dat het mogelijk lijkt om zoals op de nieuwe innovatieve acute zorgafdeling in Den Helder, met efficiënt gebruik van middelen en personeel, laag complexe, maar hoog volume zorg veilig dichtbij de patiënt te kunnen leveren. De geleverde zorg lijkt niet onder te doen aan de geleverde complexe acute zorg op een grote SEH zoals die in Alkmaar, o.b.v. descriptieve analyse van drie belangrijke kwaliteitsindicatoren en patiënt tevredenheid. Verdiepend kwalitatief onderzoek onder de verpleegkundigen op de AAZ in Den Helder laat een positief beeld zien van kwaliteit van zorg op het gebied van patiëntveiligheid en efficiëntie, o.a. door een betere doorstroom met verkorte ligtijd. De succesfactoren hierin zijn fysieke nabijheid van de verschillende afdelingen en vergemakkelijkt communicatie ('korte lijnen'). Voorwaarde is wel dat er voldoende personele bezetting is, wanneer dit niet het geval is ervaren de verpleegkundigen dat de patiëntveiligheid juist in het geding komt. Er is over het algemeen een goede werktevredenheid onder de verpleegkundigen op de AAZ, o.a. door de individuele leerpotentie die het afwisselende werk met zich meebrengt. Dit zorgt voor een uitdagende leeromgeving wat uitstroom tegen gaat. Echter zijn er wel nog een aantal verbeteringen nodig in de (rand)voorwaarden om optimaal de kansen van de AAZ te benutten. Zo is er meer tijd en aandacht nodig voor teamvorming, op dit moment zijn de teams nog te versnipperd, wat communicatie en samenwerking bemoeilijkt. Tevens is er meer tijd voor scholing nodig om aan te kunnen sluiten op de originele AAZ plannen, waarbij elke verpleegkundige geschoold wordt tot MC- dan wel SEH-verpleegkundige. Daarnaast is het van belang dat er onderling een heldere taakverdeling is, met goed zicht op elkaars bekwaamheden.

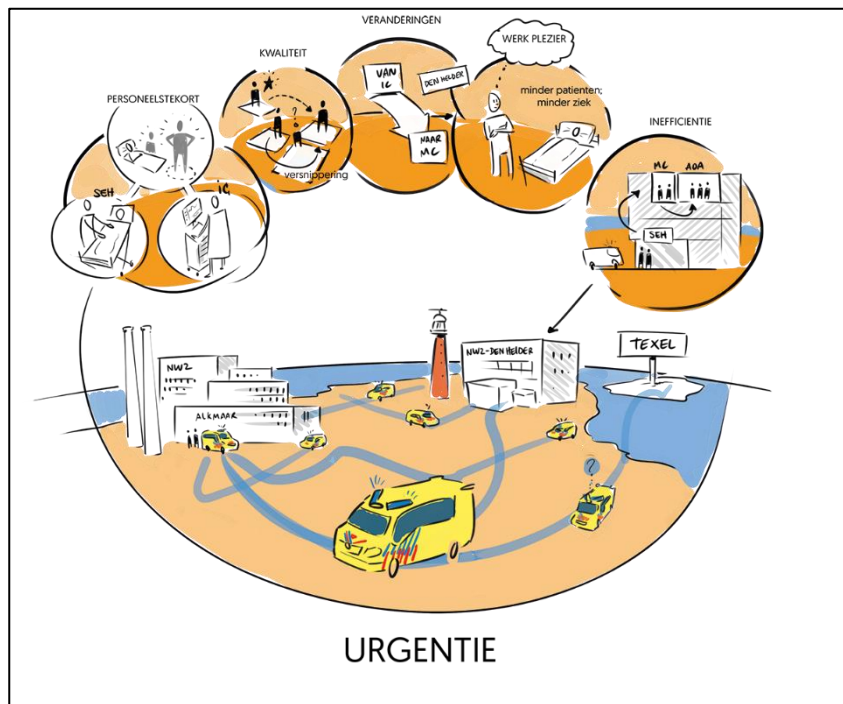
Conclusie

De kwaliteit van de acute zorg, geleverd in de AAZ op locatie Den Helder is van prima kwaliteit en doet niet onder aan de acute zorg die geleverd wordt op een grote conventionele SEH in Alkmaar, gebaseerd op verblijfsduur, mortaliteit en her-presentaties. Verpleegkundigen ervaren het model als veilig en effectief, maar er liggen nog uitdagingen op het gebied van scholing, communicatie en taakverdeling. Patiëntervaringen lieten geen verschil zijn in de ervaren kwaliteit van zorg. Door deze efficiënte inrichting van de spoedzorg in Den Helder kan deze blijven voorzien in de opvang van 1/3 van de acute zorg van de kop van Noord-Holland blijven. Daarmee dragen zij tevens bij aan efficiëntie in de door-en uitstroomplekken, aangezien de patiënten niet eerst in Alkmaar hoeven te worden gepresenteerd alvorens terugplaatsing naar Den Helder. Indien samenwerking met grotere centra kan worden gefaciliteerd biedt dit zorgconcept een mooi toekomstperspectief.

Bronnen

1. Milieu RvVe. 2022 [Available from: <https://vzinfo.nl/acute-zorg/regionaal/seh>].
2. Autoriteit NZ. Passende Acute Zorg. 2022.
3. Twijnstra MJ, Moons KG, Simmermacher RK, Leenen LP. Regional trauma system reduces mortality and changes admission rates: a before and after study. *Ann Surg*. 2010;251(2):339-43.
4. Vaughan L, Browne J. Reconfiguring emergency and acute services: time to pause and reflect. *BMJ Quality & Safety*. 2022;bmjqs-2022-015141.
5. Buchmueller TC, Jacobson M, Wold C. How far to the hospital?: The effect of hospital closures on access to care. *Journal of Health Economics*. 2006;25(4):740-61.
6. Avdic D. Improving efficiency or impairing access? Health care consolidation and quality of care: Evidence from emergency hospital closures in Sweden. *Journal of Health Economics*. 2016;48:44-60.
7. Marianne Flojstrup 1 2, Søren Bie Bie Bogh 3 4, Mickael Bech 5, Daniel Pilsgaard Henriksen 6 7, Søren Paaske Johnsen 8, Mikkel Brabrand 2 9 Mortality before and after reconfiguration of the Danish hospital-based emergency healthcare system: a nationwide interrupted time series analysis *BMJ Qual Safety*. 2023 Apr;32(4):202-213. doi: 10.1136/bmjqs-2021-013881. Epub 2022 May 19.
8. Lake ET. Development of the practice environment scale of the Nursing Work Index. *Res Nurs Health*. 2002;25(3):176-88.
9. Bell SW, Kong JCH, Clark DA, Carne P, Skinner S, Pillinger S, et al. The National Aeronautics and Space Administration-task load index: NASA-TLX: evaluation of its use in surgery. *ANZ J Surg*. 2022;92(11):3022-8.
10. Lake ET. Development of the practice environment scale of the Nursing Work Index. *Res Nurs Health*. 2002;25(3):176-88.

Figuren en tabellen



Figuur 1: Illustratie waarin de verschillende factoren zijn samen gevat die hebben geleid tot een nieuwe inrichting van de acute zorg als in Den Helder. Bron: NWZ

2019	SEH	AOA	MC	2021	SEH	OBS	MC

Dagdienst
 Avonddienst
 Nachtdienst
 SEH verpleegkundige in opleiding
 Intensive care verpleegkundige

SEH = spoedeisende hulp, AOA = acute opname afdeling, MC = medium care, Obs = observatorium

Figuur 2: Personele bezetting in het oude model t.a.v. het nieuwe zorgmodel van de AAZ, waarbij zowel bedden als verpleegkundige multi-inzetbaar zijn.

Tabel 1: Descriptieve kwaliteitsindicatoren

Patiëntkarakteristieken	Kwaliteitsindicatoren
Geslacht, leeftijd	Verblijfstijd op SEH *
Urgentiecode	Ziekenhuismortaliteit ≤ 24 uur*
Behandelend specialisme	Ziekenhuismortaliteit ≤ 30 dagen
Transportwijze (ambulance)	Tijd tot triage
Early Warning Score (EWS)	Her-presentaties ≤ 72 uur (+opnames)*
Pijnscore (aankomst en na 2 uur)	Adequate pijnbehandeling, gemeten in verschil in pijnscore tussen aankomst en na 2 uur

**Belangrijkste kwaliteitsindicatoren*

Tabel 2: Onderwerpen van de topiclijst van de focusgroepen voor de kwalitatieve analyse

Kwaliteit van zorg	Werkomgeving (PES NWI*)	Werkbelasting
Patiëntveiligheid	Verpleegkundige betrokkenheid	Mentale werkbelasting
Patiëntgerichte zorg	Adequate bezetting	Fysieke werkbelasting
Efficiëntie	Intercollegiale verhoudingen	Tijdsdruk
Effectief	Principes van verpleegkundige zorg	Prestaties
Tijdigheid	Bekwaamheid (verpleegkundig) management	Inspanning
Gezondheidsgelijkheid	Adequate fysieke omgeving en middelen	Frustratie

*PES-NWI = Practice Environment Scale of the Nursing Work Index

Tabel 3 Descriptieve kenmerken van de populatie met acute zorgvragen in Den Helder en Alkmaar

	Alkmaar	Den Helder	Totaal NWZ*
Vrouw (%)	16.549 (49)	6251 (52)	22.800 (50)
Leeftijd (SD**)	51 (±27)	51 (±27)	51 (±27)
Urgentie code(%)			
U0+U1	233 (0.7)	22 (0.2)	255 (0.6)
U2	3111 (9)	1311 (11)	4422 (10)
U3	13557 (40)	4131 (35)	17688 (39)
U4	15365 (45)	5913 (50)	21278 (46)
U5	1379 (4)	488 (4)	1909 (4)
<i>Missende waardes</i>	<i>224 (0.7)</i>	<i>49 (0.4)</i>	<i>273 (0.6)</i>
Specialisme (%)			
Snijdend	14947 (44)	5554 (47)	20501 (45)
Beschouwend	16634 (49)	5945 (50)	22579 (49)
Kind	2288 (7)	457 (4)	2745 (6)
Aankomst (%)			
Zelfstandig	19568 (58)	7681 (64)	27249 (60)
Ambulance	12108 (36)	4144 (35)	16252 (35)
<i>Missende waardes(%)</i>	<i>2193 (6)</i>	<i>131 (1)</i>	<i>2324 (5)</i>
Pijnscore NRS** aankomst [IQR***]	3 [0 – 5]	2 [0 – 5]	3 [0 – 5]
<i>Missende waardes (%)</i>	<i>23516 (69)</i>	<i>7556 (63)</i>	<i>31072 (68)</i>
EWS* [IQR]	1 [0 – 3]	1 [0 – 2]	1 [0 – 2]
<i>Missende waardes (%)</i>	<i>15860 (47)</i>	<i>6263 (52)</i>	<i>22123 (48)</i>

*NWZ = Noordwest Ziekenhuis **SD = Standaard deviatie ***Inter Quartile Range *EWS = Early Warning Score **NRS = Numeric Rating Scale Score

Tabel 4: Resultaten focusgroepen inclusief citaten

Thema	Resultaat	Citaten
Werkomgeving	Leorzame omgeving door verscheidenheid aan patiënten en mogelijkheid om te leren van collega's met andere kwalificaties.	<p>Focusgroep 2, spreker 2 "Dus vroeger, kon ik niet zo makkelijk bloedprikken, of bloed afnemen en nu gaat dat zó makkelijk, dus ja ik ben constant echt aan het leren, dus dat is eigenlijk heel leuk."</p> <p>Focusgroep 2, spreker 2: "Ja iedereen is heel open dan om samen iets te doen en je te leren"</p>
	Desondanks is het zo dat er meer scholing nodig is. Het originele AAZ plan hield in dat elke verpleegkundige tot MC- of SEH-verpleegkundige zou worden opgeleid, en dit is nog niet optimaal uitgerold.	<p>Focusgroep 1, spreker 1: "Maar het idee van de AAZ is natuurlijk, dat iedereen of MC of SEH geschoold is uiteindelijk, tenminste wat ik heb begrepen, dat is een beetje het doel. Dus dan is de verdeling ook wel weer anders over een aantal jaar."</p> <p>Focusgroep 1, spreker 3: En zo zijn er heel veel dingen die nog weer opgepakt moeten worden en ja dat mis ik ook wel, die scholing. Want wij zijn van tevoren wel geschoold, met extra lessen en weet ik veel allemaal wat. Maar door die corona is het natuurlijk allemaal weer een beetje weggezakt. En nu zijn we weer een jaar verder, maar het is nog niet eigenlijk weer opgepakt. En dat is jammer."</p>
	Behoefte aan meer centrale werkplekken om beter tussen teams te kunnen integreren en met zicht op de patiënten.	<p>Focusgroep 1, spreker 4 "Ja, maar ik vind het toch vreemd dat de multidisciplinaire ruimte zoals hier, hier zit. Nou je zit het computers te over, de helft staat er werkeloos. Ik heb er nooit meer mensen aan zien zitten dan 2.</p> <p>Focusgroep 2, spreker 4: "Nou het effect is dat iedereen zijn eigen "groepje" opzoekt. We hebben het dan over het nieuwe werken, nou ik geloof dat het nieuwe werken inhoudt dat niemand een vaste plek heeft, Nou ik geloof dat als je hier een uur rondloopt, dan zie je precies wie een vast plek heeft. Ja, ja ik denk je het misschien veel meer rond zou moeten creëren, denk ik. Dan denk ik dat je ook veel sneller bij elkaar zit en sneller met elkaar praat en dus socialiseert en integreert."</p>
Efficiëntie	Doorstroming is beter geregeld, doordat de ligtijd op de SEH wordt verkort door de aanwezigheid van het observatorium.	Focusgroep 2, spreker 1: "Ja door dat observatorium heb je de patiënten korter liggen. Voor de doorstroming is dat heel fijn."
	"Korte lijntjes" tussen IC en SEH, de IC of MC verpleegkundige kijkt laagdrempelig mee, waardoor overdracht naar IC of MC zorg gestroomlijnd verloopt.	<p>Focusgroep 2, spreker 1: "En van elkaar expertise gebruikmaken. Kortere lijntjes; maar dat komt ook omdat we een kleiner ziekenhuis zijn. In Alkmaar heb je allemaal assistenten die langskomen en hier heb je een arts-assistent die alle patiënten helemaal doet. Dus dat werkt ook sneller."</p> <p>Focusgroep 2, spreker 3: "Ja dat werkt ook sneller, en ik denk wel echt de samenwerking. En dat je elkaar echt goed leert kennen en elkaars expertise op bepaalde plekken in kunt zetten."</p> <p>Focusgroep 2, spreker 3: "Ja je maakt eigenlijk op dat moment al gebruik van elkaars kwaliteiten. En omdat we elkaar ook wat beter kennen, weet je wat je aan wie kunt vragen."</p>

<p>Patiëntveiligheid</p>	<p>Door de efficiëntie wordt de patiëntveiligheid ook als beter ervaren. Het is dan wel voorwaarde dat de personele bezetting voldoende is. wanneer de bezetting laag is, ervaren de verpleegkundigen dat de veiligheid in het geding komt.</p>	<p>Focusgroep 2, spreker 1 “Je voelt je echt veilig, tenminste we hadden vanmorgen dan een spoedintubatie, en dan kan je tegen de IC-verpleegkundige zeggen van kan je er ook bij blijven want met die apparatuur, vind ik dat wel prettig”</p> <p>Focusgroep 2, spreker 1: [wanneer de bezetting laag is] “Dan zorg je misschien wel goed voor je patiënten, dat is je kwaliteit van zorg, maar qua bewaking, dat schiet er dan bij in.”</p> <p>Focusgroep 2, spreker 3: “Met de drukte die we nu ervaren, als we dat nou met nog minder personeel moeten doen dan dat we al doen, ja dan vind ik m wel nijpend worden.”</p>
<p>Intercollegiale verhoudingen</p>	<p>Het teamgevoel tussen de drie teams is nog niet optimaal, veelal wordt er nog apart van elkaar gewerkt. Dit is echter wel al beter dan aan de start.</p>	<p>Focusgroep 1, spreker 1: “En ik denk in het begin, waren we echt teams die onze werkzaamheden apart van elkaar deden en dat gaat nu al beter.”</p> <p>Focusgroep 1, spreker 3: “En dat heeft gewoon tijd nodig om een beetje op elkaar ingespeeld te raken.”</p> <p>Focusgroep 2, spreker 3: “Je gaat van twee culturen, soort van twee, zelfs drie afdelingen, moet je soort van één team gaan proberen te maken. Ja dat gaat echt niet zonder slag of stoot ook.”</p> <p>Focusgroep 2, spreker 1: “Ja, we moesten gewoon ook, en nog steeds wel, aan elkaar wennen, elkaar leren kennen”</p>
<p>De rolverdeling kan beter, aangezien de rol van coördinator, triagist, en andere neventaken per dag onderling worden verdeeld. Deze komen dan vaak terecht bij de MC of IC verpleegkundigen.</p>	<p>De rolverdeling kan beter, aangezien de rol van coördinator, triagist, en andere neventaken per dag onderling worden verdeeld. Deze komen dan vaak terecht bij de MC of IC verpleegkundigen.</p>	<p>Focusgroep 2, spreker 5: “Zo’n dag als vandaag, ik heb de coördinatie over moeten geven omdat het niet liep. En ik bezig ben met de patiënt, ik sta vast.”</p> <p>Focusgroep 1, spreker 4: “ja je moet gewoon één coördinator hebben, die gewoon zegt van nou, hé team we gaan het vandaag zus en zo doen, en dan integreer je bijvoorbeeld het team ook in één.”</p> <p>Focusgroep 2, spreker 4: “Ja ik merk een beetje terughoudendheid bij de OBS-verpleegkundigen om de coördinatie te pakken, als het ‘s ochtends gevraagd wordt, “Wie doet de coördinatie” Dan merk ik nooit dat iemand z’n hand opsteekt van oh leuk dat wil ik. Niemand zegt wat, en dan komt ie weer in mijn schoenen”</p>
<p>Er is vaak geen onderling zicht op de bekwaam- en werkzaamheden van andere teamleden.</p>	<p>Er is vaak geen onderling zicht op de bekwaam- en werkzaamheden van andere teamleden.</p>	<p>Focusgroep 1, spreker 4: “Ja, als je zo’n afdeling opzet, moet je een taak-functie omschrijving hebben. Van iedere verpleegkundige.”</p> <p>Focusgroep 1, spreker 4: “Ik merk alleen dat ik persoonlijk zelf wel tegen bepaalde dingen aangelopen dat collega’s het als onprettig ervaren dat ik om hulp vroeg, omdat ze vonden dat ik bepaalde dingen ook zelf kon doen.”</p> <p>Focusgroep 1, spreker 3: “Kijk nu werk ik daar als obs verpleegkundige, en ik heb natuurlijk mijn achtergrond. Maar het is al heel gauw dat ze tegen mij zeggen van hey kun jij even op de monitor letten. Dan zeg ik van nee dat doe ik niet want dat is niet mijn taak. Nou schijnt het wel dus min of meer mijn taak te zijn, want de rode alarmen herkent ie wel. Maar dat is een onveilige situatie. En het zou wel kunnen, daar staan dan</p>

		andere dingen tegenover, maar dat willen ze niet. Dan hou ik dat ook gescheiden. Maar dat moeten ze dan ook niet van de jonge luitjes verwachten, want die hebben helemaal geen ervaring.”
	Werkwijze van de AAZ in de rest van het ziekenhuis is nog niet altijd duidelijk.	<p>Focusgroep 1, spreker 3: “Ja en ook communicatie naar andere afdelingen, dat kan ook beter. Of de afdeling naar ons toe. Want er zijn altijd discussies, over halen/brengen.”</p> <p>Focusgroep 2, spreker 4: “Dus ja de afspraken die gemaakt worden, veel beter verspreiden in het ziekenhuis denk ik. Ik denk dat dat wel een beetje gemist wordt.”</p> <p>Focusgroep 2, spreker 3: “Sommige dingen duren langer voordat het in huis bekend is en voordat het ook gaat leven. Dan heb je veel discussies”</p>
Bekwaamheid (verpleegkundig) management	Er is behoefte aan meer aansturing van management of senior verpleegkundige in bijvoorbeeld de taakverdelingen. Deze management rol moet dat echter wel voldoende worden afgebakend, om hem zorgvuldig te kunnen uitvoeren.	<p>Focusgroep 1, spreker 4: “Ik vind er moet meer sturing zijn vanuit het management. En meer geluisterd worden”</p> <p>Focusgroep 1, spreker 4: “Als jij een AAZ op wil starten, dan zal je er qua management en organisatie dus bovenop moeten gaan zitten om te sturen, om het gewenst effect te creëren.”</p> <p>Focusgroep 2, spreker 3: “Maar het stukje coördinatie bijvoorbeeld ook, ik merk op een dag niet heel erg wat de coördinator doet, ook al ben ik triagist ik heb niet dat elke dag de coördinator naar mij toekomt, van joh ik ben coördinator, dit en dit wil ik even met je doornemen, voor vandaag.”</p> <p>Focusgroep1, spreker 1: “In het begin kon die rol van coördinator heel goed toebedeeld worden aan bijvoorbeeld een IC’er of wie dan ook en die deed dat dan ook goed. En die hield ook overzicht over echt de AAZ in het geheel. Maar nu heeft diegene er eigenlijk ook altijd een patiënt erbij.”</p>

Bijlage 1: Definitieve raamwerk voor codering

De Practice Environment Scale of the Nursing Work Index (NES-PWI) is een tool die wordt gebruikt om het werk van verpleegkundigen te begrijpen en in kaart te brengen. Het bestaat uit de volgende elementen (10):

- Collegiale verpleegkundige, verpleegkundige-arts relaties:
 - o Communicatie tussen verpleegkundigen, verdeling van taken. Deze code werd toegepast wanneer verpleegkundigen spraken over alles wat met hun teamwork te maken had, of verschillen tussen de teams. Zowel de positieve als de negatieve kant kwamen aan bod.
 - o Artsenrelaties: wanneer verpleegkundigen spraken over de artsen.
 - Verpleegkundige grondslagen van kwaliteit van zorg:
 - o In de NES-PWI is dit één categorie en heeft betrekking op de medische vaardigheden en het daadwerkelijke werk dat de verpleegkundigen doen. De categorie bevat meerdere aspecten waarbij tijdens het coderen waren twee hiervan het meeste voorkwamen. Omdat dit element heel verschillende onderwerpen betreft, is het onderverdeeld in twee codes:
 - o Educatieve mogelijkheden; en mogelijkheden voor hun eigen ontwikkeling.
 - o De inhoud van het medische werk: deze code werd toegepast wanneer een verpleegkundige sprak over het daadwerkelijke werk dat met de patiënt te maken heeft.
 - Verpleegkundige participatie in ziekenhuisaangelegenheden:
 - o Voor deze analyse kan 'ziekenhuisaangelegenheden' worden gelezen als AAZ-aangelegenheden. Deze code werd toegepast wanneer verpleegkundigen besluitvormingsprocessen en management noemden, maar ook wanneer de communicatie van regels/voorschriften aan de rest van het ziekenhuis werd besproken.
 - Vermogen van de verpleegkundig manager:
 - o Alles wat betrekking heeft op management of de acties/capaciteiten van de senior verpleegkundige.
 - Voldoende personeelsbezetting:
 - o Deze code werd toegepast wanneer verpleegkundigen spraken over de personeelsbezetting, bijvoorbeeld wanneer werd vermeld dat het moeilijk was om het rooster te voltooien of dat er een extra persoon nodig was.
 - Voldoende middelen:
 - o Deze code werd toegepast in discussies over de faciliteit, bijvoorbeeld over de fysieke lay-out, werkplekken en toegang tot computers.
1. **De NASA Taakbelastingsindex** is ontworpen om te evalueren hoe iemand het voltooien van een bepaalde taak ervaart. Het werd in deze context gebruikt om een beeld te schetsen van alles wat te maken heeft met de ervaringen van werken in de AAZ. Elk onderwerp kan zowel negatief als positief worden toegepast. Bijvoorbeeld: wanneer iets een spannende uitdaging wordt genoemd, wordt het gecodeerd als mentale belasting, omdat het een positieve mentale belasting is. De NASA Taakbelastingsindex bestaat uit de volgende onderwerpen:
- Mentale belasting

- Fysieke belasting
- Tijdelijke belasting
- Inspanning
- Frustratie
- Prestaties

2. **De COVID-19-pandemie:** dit was een onderwerp dat vaak werd genoemd, maar niet in de eerder genoemde categorieën paste. Daarom werd het apart gecodeerd, maar vaak in combinatie met een andere code; wanneer bijvoorbeeld wordt vermeld dat de COVID-19-pandemie een negatief effect had op de personeelsbezetting, valt het onder zowel "Personeelsbezetting" als "COVID-19-pandemie".

Bijlage 2: S1 ED PEM Q2 2022 vragenlijst – Picker Institute

Welk cijfer geeft u aan uw bezoek aan deze Spoedeisende Hulp?

Eén betekent Zeer slecht, en 10 betekent Zeer goed.

Wat is uw leeftijd?

- 18-20
- 21-30
- 31-40
- 41-50
- 51-60
- 61-70
- 71 en ouder

Welke school of opleiding hebt u als laatste afgerond (met diploma)?

- Enkele jaren basisonderwijs of basisschool (geen diploma)
- Basisschool
- LTS, LEAO, LHNO, Huishoudschool, VMBO basis, VMBO kader, VMBO GL, MBO 1
- MAVO, (M)ULO, VMBO-t, MBO-kort, MBO 2, MBO 3 en MBO 4
- MKBO-lang, MTS, MEAO, BOL, BBL, INAS
- HAVO, VWO, Atheneum, Gymnasium, HBS, MMS
- HBO, HTS, HEAO, kandidaten wetenschappelijk onderwijs
- Wetenschappelijk onderwijs (universiteit)
- Ik heb een andere opleiding gevolgd

Hoe is uw waargenomen gezondheid?

- Mijn gezondheid is uitstekend.
- Mijn gezondheid is zeer goed.
- Mijn gezondheid is goed.
- Mijn gezondheid is niet zo goed.
- Mijn gezondheid is slecht.

Hoe vaak bent u in de afgelopen 12 maanden naar de Spoedeisende Hulp geweest?

- Ik ben één keer naar de Spoedeisende Hulp geweest.
- Ik ben twee of drie keer naar de Spoedeisende Hulp geweest.
- Ik ben vier of meer keer naar de Spoedeisende Hulp geweest.

Hoe lang moest u wachten na de intakebalie van de Spoedeisende Hulp om met een arts of verpleegkundige gesproken over uw ziekte of probleem?

- Ik hoefde niet te wachten.
- Ik wachtte minder dan 15 minuten.
- Ik wachtte langer dan 15 minuten.
- Ik wachtte langer dan 30 minuten.
- Ik wachtte langer dan één uur.
- Ik ben niet bij de balie geweest.
- Ik weet het niet meer.

Na het initiële korte gesprek de Spoedeisende Hulp, heeft een arts of verpleegkundige u uitgelegd hoe lang u moest wachten voordat er verdere onderzoeken of behandelingen zouden plaatsvinden?

- Ja, ze hebben me dat verteld.
- Ja, het stond op een bord of monitor.
- Nee, maar het maakte me niet uit.
- Nee, maar ik had het graag willen weten.
- Ik hoefde niet te wachten.
- Ik weet het niet meer.

Luisterden de artsen en verpleegkundigen goed naar u?

- Ja, ze luisterden heel goed.
- Ze luisterden vaak, maar soms ook niet.
- Nee, ze luisterden niet goed.
- Ik was te ziek om te praten
- Ik weet het niet meer

Heeft een arts of verpleegkundige op de Spoedeisende Hulp u uitgelegd waar u op moet letten als u weer naar huis gaat?

- Ja, dat is verteld.
- Er is iets gezegd, maar niet genoeg.
- Nee, er is niets gezegd.
- Dat was niet nodig.
- Ik weet het niet meer.

Heeft een arts of verpleegkundige op de Spoedeisende Hulp u uitgelegd welke bijwerkingen u zou kunnen krijgen van de (nieuwe) medicijnen?

- Ja, dat is verteld.
- Er is iets gezegd, maar niet genoeg.
- Nee, er is niets gezegd.
- Ik weet het niet meer.

Heeft een arts of verpleegkundige op de Spoedeisende Hulp duidelijk uitgelegd waarom u de (nieuwe) medicatie thuis moet innemen?

- Ja, dat is duidelijk verteld.
- Sommige dingen zijn niet duidelijk uitgelegd.
- Nee, er is niets duidelijk uitgelegd.
- Er is niets uitgelegd.
- Ik heb geen (nieuwe) medicijnen gekregen.
- Ik weet het niet meer.

Heeft een arts of verpleegkundige op de Spoedeisende Hulp er alles aan gedaan om de pijn laag te houden?

- Ja, ze hebben genoeg gedaan.
- Ze hebben iets gedaan, maar niet genoeg.
- Nee, ze hebben niets gedaan.
- Ik had geen pijn.
- Ik weet het niet meer.

Was er genoeg tijd voor een familielid of geliefde om met de arts te praten?

- Ja, er was genoeg tijd.
- Er was tijd, maar ze hadden meer nodig.
- Nee, er was niet genoeg tijd.
- Er was geen familielid of geliefde aanwezig.

- Dat was niet nodig.
- Ik weet het niet meer.

Kon u samen beslissen over de behandeling of onderzoek?

- Ja, dat was mogelijk, zoveel als ik wilde.
- Dat was minder mogelijk dan ik wilde.
- Nee, ik kon niet meebeslissen.
- Ik was te ziek om mee te beslissen.
- Dat was niet nodig.
- Ik weet het niet meer.

Heeft de arts of verpleegkundige op de Spoedeisende Hulp aandacht voor u gehad wanneer dat nodig was?

- Ja, ze hadden genoeg aandacht.
- Soms hadden ze aandacht en soms niet.
- Nee, er was niet genoeg aandacht.
- Dat was niet nodig.
- Ik weet het niet meer.

Heeft u vertrouwen in de artsen en verpleegkundigen die u hebben onderzocht en behandeld?

- Ja, ik had vertrouwen in hen.
- Ik had minder vertrouwen in hen dan ik wilde.
- Nee, ik vertrouwde hen niet.
- Ik weet het niet meer.

Heeft een arts of verpleegkundige op de Spoedeisende Hulp duidelijk uitgelegd wat de ziekte of het probleem is?

- Ja, dat is duidelijk verteld.
- Sommige dingen zijn niet duidelijk uitgelegd.
- Nee, dat is niet duidelijk uitgelegd.
- Er is niets uitgelegd, maar ik had dat graag gewild.
- Dat was niet nodig.
- Ik weet het niet meer.

Was er genoeg tijd om een weloverwogen beslissing te nemen over uw behandelplan?

- Ja, er was genoeg tijd.
- Er was tijd, maar er was meer nodig.
- Nee, er was niet genoeg tijd.

Heeft een arts of verpleegkundige op de Spoedeisende Hulp duidelijk de resultaten van het onderzoek uitgelegd, zoals röntgenfoto's, scans of bloedonderzoek?

- Ja, dat is duidelijk uitgelegd.
- Sommige dingen zijn niet duidelijk uitgelegd.
- Nee, dat is niet duidelijk uitgelegd.
- Er is niets uitgelegd.
- Ik heb geen onderzoek gehad.
- Dat was niet nodig.
- Ik weet het niet meer.

Heeft u het gevoel dat uw arts alle mogelijke behandelopties heeft besproken?

- Ja, ik denk dat alle behandelopties zijn gepresenteerd.
- Sommige behandelopties zijn gepresenteerd, maar niet allemaal.

- o Nee, de behandelopties zijn niet aan mij gepresenteerd.
- o Dat was niet het geval / er was maar één optie
- o Ik weet het niet meer.

Heeft iemand u duidelijk de voor- en nadelen van alle behandelopties / onderzoeken laten zien, zodat u een beslissing kon nemen?

- o Ja, dat is allemaal duidelijk uitgelegd.
- o Voor sommige behandelopties is dit niet duidelijk uitgelegd.
- o Er is niets uitgelegd.
- o Nee, dat is niet duidelijk uitgelegd.
- o Ik weet het niet meer.

Heeft iemand met u besproken wat u belangrijk vindt bij het kiezen van een behandeling of onderzoek?

- o Ja, ik heb alles kunnen vertellen wat ik belangrijk vind.
- o Dat is minder besproken dan ik had gewild.
- o Nee, dat is niet besproken.
- o Dat was niet nodig.
- o Ik weet het niet meer.

Open vragen

Wat gaat goed?

Wat kan er beter?

Een verklaring voor het antwoordoptie: 'Nee, ik kon niet mee-beslissen'.

Een verklaring voor het antwoordoptie: 'Nee, ik kon de arts en verpleegkundige die mij hebben onderzocht en behandeld niet vertrouwen'.