

mozaïek

extra uitgave Contract met de Samenleving

februari 2013 | Communicatiemedium van Atrium Medisch Centrum Parkstad



atrium
medisch centrum parkstad

Op weg naar een 'SENIOR PROOF' Atrium MC

Op weg naar een 'senior-proof' Atrium MC zijn het afgelopen jaar de nodige stappen gezet. De top-12 verbeterpunten, voortgekomen uit een groot onderzoek naar de wensen van ouderen in de regio rond ziekenhuiszorg, zijn gebundeld in vijf plannen van aanpak. De bestaande zorggaranties zijn gescreend door de bril van oudere patiënten en aan de verbeterpunten wordt momenteel gewerkt. De komende twee jaar moeten de verbeteracties daadwerkelijk hun vruchten afwerpen.

"Drie jaar hebben we onszelf gegeven om de top-12 uit Origine in de praktijk te verbeteren", vertelt Michel Foppen, divisiedirecteur van Atrium MC en voorzitter van de kerngroep Contract met de Samenleving. "We zijn voortvarend aan de slag gegaan, maar omdat we pas het eerste jaar achter de rug hebben, kiezen we er dit jaar voor om alleen via deze extra Mozaïek terug te koppelen naar onze partners. Ik verwacht dat er aan het einde van 2013 weer een themadag zal zijn."

De vijf onderdelen van het plan van aanpak, die ieder verderop in deze uitgave worden belicht, zijn:

1. Een gastvrije ontvangst
2. Eén regisseur tijdens de behandeling en de communicatie op maat afgestemd op de oudere
3. Medicatieveiligheid
4. Acute Zorg
5. De reactiesnelheid op de bel.

Naast dit project lopen nog de zorggaranties waaraan Atrium MC zich al eerder via het Contract met de Samenleving verbond.

Zorggaranties

De zorggaranties van het eerste uur zijn opgenomen in de plan-do-check-act cyclus en worden voortdurend gemonitord en geëvalueerd. Het gaat dan om SEH/AOA, verwijderen van amandelen bij kinderen, Parkinsonpoli, Mammacare, chronische longpatiënt, jonge astmapatiënten, CVA en Dialyse. Voor deze zorggaranties is ook bekeken of ze 'senior-proof' zijn. Dat bleek bijna overal het geval. Daar waar het niet zo was, zoals bij de zorggarantie CVA, waar nog niet altijd één regisseur tijdens de behandeling is, wordt er alsnog aan gewerkt.

De zorggaranties Hartrevalidatie en Blaaskanker zijn inmiddels geïmplementeerd én gescreend met de ouderenbril. 'Bevallen in Atrium' wacht nog op een ICT-borging van bepaalde onderdelen, waarna ook deze geïmplementeerd kan worden.

Stappen gezet

Tot slot is er een aantal zorggaranties dat zich nog in de ontwikkelingsfase bevindt: Colonicarcinoom (darmkanker), Spataderpoli, Heupfractuur, Diabeteszorg en de snelle toegangspoli Cardiologie. "Helaas heeft de verdere ontwikkeling van deze zorggaranties het afgelopen jaar wat vertraging opgelopen. Er zijn wel stappen gezet in het verbeteren van de zorg, maar we zijn nog niet zover dat we er zorggaranties over af kunnen geven", aldus Michel Foppen. "Ondanks het economisch klimaat, waarbij soms alle zeilen bijgezet moeten worden om de huidige zorg te garanderen, streven we ernaar om deze zorggaranties in de loop van dit jaar te implementeren. Ze blijven een belangrijk instrument voor Atrium MC om de zorg elke dag weer beter te maken. Die maatschappelijke taak nemen we zeer serieus en we voeren deze graag zoveel mogelijk in overleg met onze klanten uit."



Om het verschil tussen een oudere, kwetsbare patiënt en een jongere vitale patiënt duidelijk te maken, geeft klinisch geriater Geerten van Riet het voorbeeld van een buikoperatie. "Bij de vitale patiënt verloopt dat doorgaans zonder grote problemen, terwijl een kwetsbare oudere patiënt er sneller een infectie bij kan krijgen, dan slechter eet, een dag extra in bed ligt en vervolgens in een revalidatiekliniek opnieuw kan leren lopen." Het is duidelijk: het ziekenhuis moet meer bieden dan een 'state of the art operatie'. Over de vraag wat dat 'meer' precies moet zijn én hoe dat georganiseerd moet worden, buigt zich de Taskforce Ouderen, waarvan de klinisch geriater ook lid is. Als specialist op het gebied van kwetsbare ouderen weet hij als geen ander wat de behoeftes van deze doelgroep zijn.



De toekomst van kwetsbare ouderen in het ziekenhuis

Wat maakt een oudere patiënt kwetsbaar? "Het feit dat hij meerdere aandoeningen tegelijkertijd heeft en daarvoor bij verschillende specialisten onder behandeling is. Maar omdat geen kwetsbare oudere kampt met dezelfde combinatie in dezelfde mate, is het onmogelijk om één methodiek voor deze hele populatie te bedenken." Hoe dan wel om te gaan met de behoeftes van deze doelgroep, die nu al uit duizenden patiënten per jaar bestaat en de komende jaren alleen maar groter wordt? Daarvoor is de Taskforce Ouderen in het leven geroepen, op dit moment bestaande uit zeven medisch specialisten: een SEH-arts, een longarts, een internist, een orthopeed, een cardioloog, een neuroloog en de geriater. "Maar ook een divisiedirecteur, een onmisbare ondersteuner en meer", voegt de geriater toe. Ze buigen zich over de doelstelling 'Eén regisseur tijdens de behandeling en de communicatie op maat afgestemd op de oudere', maar ook over de bredere vraag: 'Hoe breng je de situatie van kwetsbare ouderen snel in kaart als ze in het ziekenhuis komen en wat kun je doen om onnodige schade te voorkomen?'

"Als een oudere patiënt opgenomen wordt op de afdeling Cardiologie met een hartinfarct, zou je in de toekomst willen dat er standaard wordt gekeken of er nog meer bijkomende gezondheidsproblemen zijn. Binnen 24 uur zou je in kaart willen hebben wat er nog meer speelt bij de patiënt en door wie wat gedaan moet worden om te voorkomen dat kwetsbare ouderen onnodig langer in het ziekenhuis liggen. Hebben ze een risico op verwardheid of vallen? De huisarts zou ook structureler moeten worden ingeschakeld in dit soort gevallen."

Hoofdbehandelaar

Een ander idee is een samenwerking tussen de internist, neuroloog en geriater, die hun spreekuur bundelen zodat de patiënt niet drie keer naar het ziekenhuis hoeft te komen. "En misschien kun je dan zelfs wel afspreken als specialisten onder elkaar dat één van de drie als hoofdbehandelaar de patiënt onder controle houdt, en alleen bij een achteruitgang de andere specialisten weer inschakelt."

>>

>> Multidisciplinair werken op deze manier staat helaas nog te veel in de kinderschoenen in het ziekenhuis. Het kost tijd om zo'n model uit te werken en deels is het ook een cultuurverandering. Het is niet alleen dat we een rijdende trein op een ander spoor moeten zien te krijgen, de trein moet onderweg ook omgebouwd worden naar een gebruiksvriendelijker model", lacht de geriatr.

Optimistisch

Dit huzarenstukje moet ook nog volbracht worden in een tijd waarin het reguliere zorgaanbod van elk ziekenhuis onder druk staat van bezuinigingen en efficiënter werken. Maar Geerten van Riet is optimistisch: "Ik denk dat het alleen in het begin van zo'n proces meer tijd kost, maar als het eenmaal draait, spaart het tijd. Gewoon om dat er dan minder bijkomende problemen ontstaan bij deze doelgroep, en we minder achter de feiten aan hoeven te lopen. Een kwetsbare oudere die niet onnodig langer in het ziekenhuis opgenomen hoeft te zijn: dat is goed voor de patiënt én goed voor het ziekenhuis."

Wegwijs in atrium heerlen

"Hoe kunnen we, met behoud van het routenummersysteem, de bewegwijzering in Atrium MC verbeteren voor de patiënt?" Met die vraag werd onlangs het externe bureau Mijksenaar ingeschakeld, onder andere verantwoordelijk voor de bewegwijzering op Schiphol. Hun bevindingen en foto's zijn gebundeld in een rapport, waarmee het ziekenhuis op korte termijn aan de slag gaat.

Eén van de hoofdconclusies van het bureau is dat de bewegwijzering op een aantal punten voor verbetering vatbaar is. Zo wordt er niet altijd op eenduidige manier verwezen naar afdelingen of zijn de borden niet altijd even goed zichtbaar. Hierdoor kunnen bezoekers in de war raken. "Een ziekenhuisbezoek is vaak al een spannende aangelegenheid en dan moeten zaken gewoon zo voor de hand liggend mogelijk zijn", vertelt Simone Schrijnemaekers van de afdeling Facilities. "Ook is het belangrijk dat de route-informatie op de website overeenkomt met de route-informatie in het ziekenhuis. Aan de hand van de rapportage van het bedrijf gaan we acties uitstippelen, met een tijdpad eraan gekoppeld. Het is de bedoeling in maart te starten met de concrete uitvoer."



Patiënten die de verkeerde medicijnen krijgen in het ziekenhuis, die de uitleg bij hun medicatie niet begrijpen, of uit het ziekenhuis ontslagen worden met een verkeerd voorschrift. Honderd procent uitroeien van dergelijke incidenten is waarschijnlijk onmogelijk, maar het kan altijd beter. Ziekenhuisapotheker André Krings geeft aan dat het ziekenhuis hard werkt aan het verbeteren van de medicatieveiligheid voor de (oudere) patiënt. “We doen wat in ons vermogen ligt.”

Medicatieveiligheid: *het kan altijd beter*

Eigenlijk gelden de verbeteracties op het gebied van medicatieveiligheid voor alle patiënten in het ziekenhuis, maar de ouderen vormen hier een speciale doelgroep. “Ze gebruiken relatief veel medicijnen en ze zijn wat sneller verward als er iets in verandert”, weet ziekenhuisapotheker André Krings uit ervaring. “Daarom nemen we de aandachtspunten die door de oudere patiënten zijn geformuleerd heel serieus en hebben we deels ook al acties in gang gezet.”

Thuismedicatie

Zo is er al een Pre-Operatief Spreekuur, voor patiënten die voor een geplande opname naar het ziekenhuis komen. Voor 85% van de patiënten wordt al vooraf in kaart gebracht welke medicatie ze thuis gebruiken, zodat de ziekenhuismedicatie daarop kan worden afgestemd. “Ook bewaken we consequent dat patiënten in het ziekenhuis geen medicatie voorgeschreven krijgen die niet samengaat. Vanuit dat oogpunt geven we het bijvoorbeeld ook altijd door aan de thuisapotheek als een patiënt een chemokuur ondergaat. Dat gaat ook niet goed samen met bepaalde andere medicijnen.”

In de afstemming tussen ziekenhuisapotheek en bijvoorbeeld thuisapotheek kan er nog wat verbeterd worden. “We zijn bezig met de introductie van een nieuw elektronisch medicatiesysteem, waarbij koppelingen met apotheken en huisartsen in de regio mogelijk zijn. Eind dit jaar, begin volgend jaar hopen we dat project af te ronden. Daarna gaat er, als het goed is, minder mis in de communicatie met andere hulpverleners over medicijnen bij het ontslag van patiënten uit het ziekenhuis.” Voor dit onderdeel gaat de ziekenhuisapotheek dit jaar ook ‘het huis in’ om met name zaalartsen bij te scholen. “Als iedereen werkt volgens hetzelfde model om een patiënt te ontslaan, voorkomt dat medicatiefouten. Fouten die soms levensbedreigend kunnen zijn”, benadrukt André Krings.

Ervaringsdeskundigen

En dat brengt hem bij een ander belangrijk verbeterpunt: iedereen in het ziekenhuis, van arts tot verpleegkundige, moet volgens dezelfde protocollen gaan werken, zodat de patiëntenvoorlichting rond medicatie ook overal hetzelfde is. “En daarnaast blijkt vaak dat patiënten zelf veel ervaringsdeskundigheid hebben als het gaat om hun medicijnen, die door medewerkers niet erkend wordt. Dat moet veranderen. Een patiënt weet soms beter hoe hij een bepaald medicijn moet gebruiken dan een verpleegkundige. Bij twijfel kan er altijd even met de ziekenhuisapotheker overlegd worden.” En als een patiënt dan toch een voor hem of haar geheel nieuw middel krijgt voorgeschreven in het ziekenhuis, vertel dan in begrijpelijke taal hoe ermee omgegaan moet worden. Krings: “Op ons intranet kunnen medewerkers per medicijn een print maken van speciale ‘geneesmiddeleninformatie voor patiënten in ziekenhuizen’, en dat kunnen ze het beste meegeven aan de patiënt. Van mondelinge communicatie blijft vaak te weinig onthouden.”

Zelf doen

Een deel van deze acties draait om cultuurveranderingen en kost dus wat meer tijd. Is er nog iets wat de patiënt zelf kan doen? “Jazeker. Bij de eigen apotheek kan iedereen een actueel overzicht krijgen van de medicatie die hij gebruikt. Als patiënten dat bij zich dragen, is het ook bijvoorbeeld bij een spoedopname snel duidelijk welke medicijnen er in het spel zijn. Anders achterhalen wij het ook binnen 24 uur, maar sneller is natuurlijk altijd beter,” besluit hij.

Meer rust & duidelijkheid op SEH/AOA

Een bezoek aan de Spoed Eisende Hulp (SEH), eventueel gevolgd door een opname op de Acute Opname Afdeling (AOA), is voor iedereen spannend. “Mensen zijn het soms helemaal kwijt als ze hier aankomen”, vertelt SEH-arts Daniëlle Bussmann. “Zeker voor ouderen kan de veelheid aan informatie en medewerkers dan wel eens extra verwarrend zijn.” Nieuwe afspraken en voorlichtingsmateriaal moeten hierin verbetering brengen.

Op de Spoed Eisende Hulp (SEH) hebben de SEH-artsen de regie. Vaak wordt het eerste medisch onderzoek bij de patiënt gedaan door een co-assistent, een jonge arts die nog in opleiding is. “In het verleden kwamen er soms meerdere co-assistenten bij één patiënt langs”, vertelt André Herveille, afdelingshoofd van SEH en AOA. “Ze zijn leergierig en een interessant ‘geval’ weten ze altijd wel te waarderen. Maar voor de patiënt was dat niet altijd zo duidelijk.” Daarom is er nu afgesproken dat er per patiënt nog maar één co-assistent langskomt. SEH-arts Daniëlle Bussmann is voorzitter van de Commissie Acute Zorg, waarin alle medisch specialisten vertegenwoordigd zijn. De afspraak over co-assistenten staat op de agenda voor de eerstvolgende bijeenkomst. “Het zal op de SEH altijd zo blijven dat een patiënt meerdere keren dezelfde vragen moet beantwoorden. Dat heeft niets te maken met ondeskundigheid, maar meer met patiëntveiligheid. Maar we zijn ons ervan bewust dat dat voor patiënten vervelend kan zijn en het heeft onze aandacht.”

Wachttijden

Om patiënten meer inzicht te geven in de wachttijden op de SEH en de werkwijze, zijn er nieuwe folders gemaakt die ze krijgen uitgereikt bij binnenkomst én als de wachttijd langer uitpakt dan verwacht. Op het LCD-scherm in de wachtkamer komen binnenkort ook filmpjes over de werkwijze op de SEH. “Daarnaast hebben we met de vrijwilligers die hier altijd werken, afgesproken dat ze mensen in de wachtkamer actief

benaderen als ze langer moeten wachten. En binnenkort zal ook de secretaresse die aan de balie zit deze taak meer op zich nemen.” Voor de drukke avonden en nachten, van vrijdag tot en met maandag, is er ook een bewaker in de buurt van de wachtkamer aanwezig. Hij is er niet alleen voor de veiligheid van patiënten en medewerkers, maar hij is ook aanspreekpunt voor patiënten en kan bijvoorbeeld een kopje koffie aanbieden. Na de diagnose op de SEH kan het nodig zijn dat een patiënt opgenomen wordt op de Acute Opname Afdeling (AOA). Het is de bedoeling dat binnen 48 uur duidelijk is of de patiënt naar huis kan (in bijna de helft van de gevallen) danwel opgenomen moet worden op een gewone ziekenhuisafdeling. De 58 AOA-bedden zijn verdeeld over drie zalen van zestien bedden, plus een aantal één- en tweepersoons kamers. Met name op de zalen ervaren patiënten niet altijd genoeg privacy en nachtrust en dat is dan ook een verbeterpunt voor de toekomst.

Oplossing

De echte oplossing zal echter pas in beeld komen met de nieuwbouw, die eind 2014, begin 2015 gereed zou moeten zijn. André Herveille: “Dan hebben we alleen nog één- en tweepersoons kamers. In de huidige zalen krijg je als patiënt erg veel mee van je medepatiënten. Dat is een nadeel van de huidige opzet. Het voordeel is dat het erg veilig is, omdat de verpleegkundigen een goed overzicht hebben over alle patiënten op een zaal.”





SNEL naar de BEL

Als een patiënt vanuit zijn ziekenhuisbed op de bel drukt, is het belangrijk dat daar snel een reactie op komt. Een glaasje water willen drinken is niet heel dringend, maar voor hetzelfde geld is er een noodsituatie waarvoor wordt gebeld. Hoofddoel is dat patiënten zich veilig voelen in het ziekenhuis, omdat ze weten dat er adequaat op hun bel wordt gereageerd. Daarom is één van de concrete verbeterpunten voor de komende tijd dat de reactiesnelheid op de bel verbeterd wordt.

Reactiesnelheid op patiëntenbel verbeterd

Op etage 10, waar de verpleegafdeling Longziekten is gehuisvest, was in 2011 nog 15% van de patiënten ontevreden over de reactiesnelheid op de bel. Een jaar later was dat nog maar 7%. "We zijn er dus nog niet, maar het gaat al veel beter", zegt afdelingshoofd Sandra Jongen. "We hebben binnen ons team afgesproken dat er binnen vijf minuten iemand bij de patiënt is als er wordt gebeld. In dat geval gaat er ook altijd een lampje branden boven de kamerdeur. De afspraak is: Als je een lampje ziet branden en er is niemand van de collega's aanwezig, loop je zelf even binnen om te kijken wat er aan de hand is. Ook als het dus geen patiënt is voor wie jij die dag verantwoordelijk bent." Zo'n eerste check kan ook door een voedingsassistente of een helpende gedaan worden. "Een glaasje water kan diegene immers ook inschenken en anders komt er alsnog een verpleegkundige", aldus Sandra Jongen. "Het is een heel simpele verbetering, met goede resultaten."

Vijf minuten

Op etage 12, verpleegafdeling Chirurgie, maag-, darm- en leverziekten, werkt Nanny Nafzger als zorgcoördinator en verpleegkundige. "Ook wij willen dat er binnen vijf minuten

iemand aan het patiëntenbed staat, maar we komen van ver. Doordat onze patiëntenpopulatie erg ziek is, vaak van de Intensive Care afkomstig is en veel complexe zorg nodig heeft, schiet het er wel eens bij in om snel op een bel te reageren. Maar juist bij deze patiëntencategorie is het heel belangrijk dat we dat wel doen. Zo'n belletje kan een teken zijn dat er iets mis is met een patiënt."

Om te zorgen dat alle teamleden met de neuzen dezelfde kant op staan, zijn de concrete reactietijden op de bel besproken. "We moeten duidelijk maken dat het fatale gevolgen kan hebben als een patiënt een half uur moet wachten. We spreken elkaar erop aan als het gebeurt, maar we hebben bijvoorbeeld ook het gebruik van de piepers nog eens aangekaart." Zo gebeurde het wel eens dat een verpleegkundige die haar dienst begon, niet meteen een pieper uit het rek haalde. Of de pieper werd niet op het lichaam gedragen, maar op het karretje gelegd, waardoor deze op de gang achterbleef terwijl de verpleegkundige in de patiëntenkamer was. "Plus de afspraak dat ook als je bezig bent, je even naar de beller loopt om te zeggen dat je bezig bent en over een paar minuten terugkomt. Het zijn cultuurveranderingen die soms nog wat tijd nodig hebben", zegt Nanny Nafzger. "Maar we zijn op de goede weg."



Welkom in atrium mc

Eén van de leuke dingen van uit eten gaan is, dat je doorgaans vriendelijk wordt verwelkomd, waaruit blijkt dat men blij is dat je voor dit restaurant hebt gekozen. Een gastvrije ontvangst kleurt de rest van het bezoek positief. Ook Atrium MC streeft naar zo'n gastvrije ontvangst voor patiënten en bezoekers. De eerste stappen zijn inmiddels gezet.

De werkgroep Patiëntgerichtheid is in het leven geroepen om te zorgen dat het ziekenhuis patiëntgericht en –vriendelijker gaat werken. De ontvangst van de patiënten is één onderdeel van het verbeteren van die patiëntgerichtheid. Divisiedirecteur Leon op 't Hoog is voorzitter van de werkgroep. "Bij de ontvangst van patiënten denken we enerzijds aan de persoonlijke benadering van patiënten. Het zou bijvoorbeeld goed zijn als er in de eerste hal, bij binnenkomst altijd mensen rondliepen die zelf op bezoekers afstappen als ze zien dat ze de weg niet weten. Dat is één van de activiteiten die voor de nabije toekomst op het programma staat. Maar de gedachten gaan ook uit naar voorzieningen, in de hal of in wachtruimtes, zodat met name oudere patiënten die soms meerdere polibezoeken op een dag hebben, even rustig kunnen zitten tussen die afspraken."

Loungepunt

Voor dat doel is er inmiddels een 'loungepunt', oftewel een zitje, ingericht op de Tussenverdieping boven de twee draaideuren van Atrium Heerlen. Dit moet nog wat aangekleed worden, waarna het ook naar de patiënten toe gecommuniceerd kan worden. "Zo zijn we op meerdere gebieden bezig ideeën te genereren voor het verbeteren van onze ontvangst. En wat we al kunnen doen, doen we. Soms gaat het maar om kleine aanpassingen die voor patiënten veel betekenen", aldus Leon Op 't Hoog. Om te zorgen dat de juiste prioriteiten worden gesteld, wordt ook de Cliëntenraad bij het proces betrokken.

Aandacht ouderen topprioriteit

David jongen, voorzitter Raad van Bestuur Atrium MC: "Een ziekenhuisbezoek is voor de meeste patiënten geen leuk uitje en dat maakt het des te belangrijker dat we het hen zoveel mogelijk naar de zin maken. Een gastvrije ontvangst is dan een goed begin. Maar ook het communiceren op een voor patiënten begrijpelijke manier of het adequaat reageren op een bel helpt. Daarnaast moet een aantal zorginhoudelijke zaken natuurlijk soepel verlopen, zoals de medicatieverstrekking en de afstemming tussen verschillende behandelend artsen.

We willen dat patiënten zich veilig bij ons voelen. Dat ze weten: hier zijn we in goede handen. Daar maken we ons als gehele ziekenhuisorganisatie sterk voor en daar leggen we afspraken over vast, onder andere in een Contract met de Samenleving. Met het oog op de vergrijzing in de regio verdienen onze ouderen speciale aandacht. Het verbeteren van onze zorg, zeker ook op punten die voor ouderen belangrijk zijn, blijft één van onze topprioriteiten, nu en in de toekomst. Want zorg kan iedere dag weer beter."

COLOFON

REDACTIE-ADRES Service, Communicatie & Marketing. Postbus 4446, 6401 CX Heerlen. Tel. (045) 57 66393. E-mail: communicatie@atriumm.nl
REDACTIE Anita Keijdener (coördinatie), Femke Kools.
FOTOGRAFIE Service, Communicatie & Marketing, Mirianne Theunissen en Ernst van Loon (Medische Fotografie). VORMGEVING Pascale Mali. DRUK Schrijen-Lippertz, Voerendaal/Stein. OPLAGE 500.

