

**Bijlage 2: Handleiding ketenbrede focusgroepen ROAZ VUmc/AMC**

Handleiding

## **1. Inleiding**

De elf ROAZ-regio's nemen vijf aandachtsgebieden van acute zorg onder de loep: acute verloskunde, acuut myocardinfarct, acuut CVA, acute heupfractuur en acute psychiatrie. Zogenaamde ketenbrede focusgroepen, of kwaliteitscommissies, werken mogelijke verbeteringen binnen deze aandachtsgebieden uit. Dit document beschrijft hoe een focusgroep is georganiseerd, welke stappen deze doorloopt en de elementen die de focusgroep in de toelichting op het eindproduct beschrijft.

### **1.1 Opdracht en resultaat**

De opdracht van het ROAZ aan de focusgroepen is het in kaart brengen van de acute zorg per aandachtsgebied en het initiëren en uitwerken van verbeteringen binnen de acute zorgketen.

Aanleidingen om een focusgroep voor een bepaald aandachtsgebied in te zetten kunnen zijn:

- variatie in handelen tussen zorgverleners te verminderen;
- transparanter te werken;
- samenwerking binnen de keten van hulpverlening te bevorderen;
- de snel groeiende informatiestroom hanteerbaar te maken;
- een vraag van het ROAZ te beantwoorden.

Het resultaat van de focusgroepen kan variëren per opdracht of onderwerp waar op dat moment aan wordt gewerkt. Elke activiteit moet echter leiden tot een tastbaar eindproduct, in de vorm van bijvoorbeeld een rapportage aan het ROAZ, een verbetervoorstel, werkafspraken op papier of een protocol. In de rest van dit document wordt hiervoor de gezamenlijke term "eindproduct" gehanteerd.

### **1.2 Scope**

Focusgroepen richten zich vooral op organisatorische aspecten van de acute zorgketen. Om praktische redenen wordt alle zorg na ontslag uit het ziekenhuis buiten beschouwing gelaten. Wel is het een punt van aandacht om goede afspraken te maken over welke partij verantwoordelijk is voor het inzetten van het nazorgtraject.

## **2. Praktische organisatie**

### **2.1 Tijdsinvestering**

Het streven is een ontwikkelduur van een concept eindproduct van ten hoogste 12 maanden (gerekend vanaf de eerste focusgroepvergadering).

### **2.2 Samenstellen van de focusgroep**

De focusgroep bestaat uit afgevaardigden uit de keten van hulpverlening betrokken bij behandeling van patiënten met het betreffende ziektebeeld. De leden zijn door hun organisatie gemandateerde vertegenwoordigers van de partners binnen de acute zorgregio's VUmc en AMC. Binnen de focusgroep zal een kleinere *werkgroep* grotendeels het uitvoerende werk doen. Hierbij wordt zoveel mogelijk rekening gehouden met een goede verdeling in geografie en academische versus niet-academische setting. Zo nodig worden (per vergadering) aanvullende partners of organisaties gevraagd te participeren. De rest van de focusgroep leest mee en geeft feedback. Het Netwerk acute zorg, regio VUmc en Traumanet AMC ondersteunen en begeleiden dit proces.

### **2.3 Patiëntenparticipatie**

Patiënten of vertegenwoordigers van patiëntenorganisaties worden steeds meer bij kwaliteitsbeleid in de gezondheidszorg betrokken. Tijdens de ontwerpfase van het eindproduct is patiëntenparticipatie in het bijzonder van belang bij:

- het inventariseren van knelpunten in de huidige zorgverlening;
- de prioritering van knelpunten voor het eindproduct;
- het formuleren van overige overwegingen binnen het patiëntenperspectief (bijvoorbeeld de communicatie met de patiënt) dat samen met het perspectief van de hulpverleners tot een aanbeveling leiden;
- de implementatie van het eindproduct en de daarin opgenomen aanbevelingen.

### **2.4 Taken en verantwoordelijkheden focusgroep**

De voltallige focusgroep is ervoor verantwoordelijk dat het eindproduct wordt ontwikkeld. Voor ieder focusgroeplid afzonderlijk betekent dat: het leveren van een constructieve bijdrage aan het geheel, als actief deelnemer in de groepsdiscussies en als hoofdverantwoordelijke voor één of meerdere knelpuntanalyses en de doelen die hieruit voortvloeien.

De taken van de focusgroepleden zijn:

- het bijwonen van de vergaderingen en het actief deelnemen daaraan;
- het leveren van input en het vervullen van een inhoudelijke klankbordfunctie voor de knelpuntanalyse;
- het formuleren van de aanbevelingen in het eindproduct;
- voorleggen van het eindproduct aan het ROAZ met verzoek om akkoord;
- in het oog houden van de praktische toepasbaarheid van het eindproduct.

De voorzitter(s):

- bakent het onderwerp af en brengt structuur aan in het onderwerp;
- leidt de vergaderingen waarbij taken worden verdeeld en besluiten worden genomen;
- bewaakt de voortgang;
- kan goed omgaan met conflictsituaties;
- schrijft de inleiding van het eindproduct, in samenwerking met de stafadviseur(s);
- is samen met de stafadviseur(s) verantwoordelijk voor de eindredactie van het eindproduct;
- is woordvoerder namens de focusgroep;
- rapporteert aan het ROAZ.

Het Netwerk acute zorg heeft de volgende taken (adviseurs):

- structurering en bewaking van de voortgang van de ontwikkeling van het eindproduct;
- bewaking van de kwaliteit van het eindproduct;
- eindredactie van het eindproduct, in samenwerking met de voorzitter.

Het Netwerk acute zorg (secretariaat):

- is het aanspreekpunt voor de focusgroep voor vragen van organisatorische en secretariële aard;
- verzorgt de correspondentie, agenda's en notulen.

### 3. Stappen in de ontwikkeling

|             |         |   |                           |
|-------------|---------|---|---------------------------|
| Voortraject | Stap 1  | In kaart brengen huidige zorg               | Netwerk acute zorg        |
|             | Stap 2  | Eerste inventarisatie van knelpunten        | Netwerk acute zorg        |
|             | Stap 3  | Voorzitters focusgroep zoeken               | Focusgroep                |
|             | Stap 4  | Samenstellen focusgroep                     | Focusgroep                |
|             | Stap 5  | Belangen in kaart brengen                   | Focusgroep                |
| Analyse     | Stap 6  | Vaststellen doelen                          | Focusgroep                |
|             | Stap 7  | Afbakening zorgstroom                       | Focusgroep                |
|             | Stap 8  | Knelpuntenanalyse                           | Focusgroep                |
|             | Stap 9  | Literatuuronderzoek                         | Focusgroep                |
|             | Stap 10 | Schriftelijke uitwerking knelpuntenanalyse  | Focusgroep                |
| Uitwerking  | Stap 11 | Formuleren van conceptaanbevelingen         | Focusgroep                |
|             | Stap 12 | Toetsing praktische haalbaarheid uitwerking | Focusgroep                |
|             | Stap 13 | Uitwerken van een flowchart                 | Focusgroep                |
|             | Stap 14 | Consultatie partners / overige partijen     | Focusgroep                |
|             | Stap 15 | Aanpassen en vaststellen eindproduct        | Focusgroep / ROAZ<br>Vumc |

Idealiter worden alle stappen doorlopen. Het kan per project echter verschillen of sommige stappen meerdere malen worden genomen, of sommige juist worden overgeslagen. Ook de tijdsduur tussen de stappen kan sterk variëren.

### 4. In kaart brengen huidige acute zorg

Als eerste wordt de huidige organisatie van de acute zorg in kaart gebracht. De methode hiervoor staat uitgewerkt in bijlage 1.

### 5. Knelpuntenanalyse

Op basis van het huidige acute zorgbeeld vindt een knelpuntenanalyse plaats. Het eindproduct moet een oplossing bieden voor de knelpunten. Ook patiënten, zorgverzekeraars en beleidsmakers of andere partijen kunnen bij de inventarisatie van knelpunten worden betrokken.

Voor ieder knelpunt zijn de volgende punten duidelijk geformuleerd:

- A) op welke criteria is het knelpunt gekozen;
- B) het organisatorisch verband is specifiek beschreven;
- C) op welk domein heeft dit knelpunt betrekking;
- D) de aard en omvang van het zorgproces zijn duidelijk afgebakend.

## **6. Uitgangsvragen**

De resultaten van de knelpuntanalyse vormen de basis voor de op te stellen uitgangsvragen. De later gevormde aanbevelingen in het eindproduct geven antwoord op die uitgangsvragen.

## **7. Literatuuronderzoek**

Als eerste zullen de leden op internet zoeken naar bestaande (inter)nationale richtlijnen en regelgeving die mogelijk antwoord kunnen geven op de geformuleerde knelpunten. Het in (aangepaste vorm) kunnen gebruiken van dergelijke documenten scheelt de groep veel tijd.

Indien mogelijk zoeken leden in de wetenschappelijke literatuur naar het beste beschikbare bewijsmateriaal dat een antwoord geeft op een uitgangsvraag. Het Netwerk acute zorg kan hierbij ondersteuning verlenen, maar de leden van de focusgroep doen de searches.

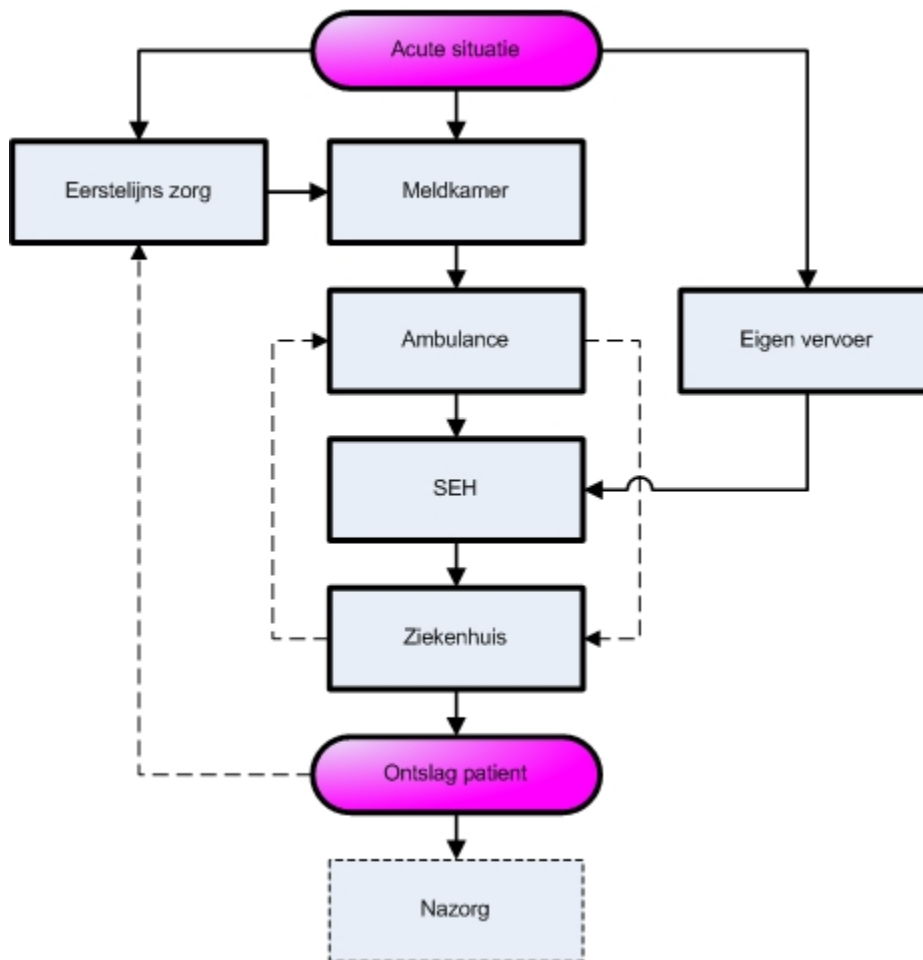
## **8. Eindproduct**

De uitwerking van de knelpunten met bijbehorende conclusies en aanbevelingen worden in een standaard format verwerkt.

## Bijlage 1: Screeningstool Acute Zorgketen

### 1. Acute zorgketen

Bij acute zorg zijn in de regel meerdere partijen betrokken; de schakels in de acute zorgketen. Het zo snel mogelijk doorlopen van de keten is voor de patiënt essentieel om overlijden of onomkeerbare gezondheidsschade te voorkomen. Naast het besparen van tijd is effectieve zorg voor de patiënt eveneens essentieel. Globaal ziet deze keten er als volgt uit (Figuur 1):



Figuur 1: De acute zorgketen

Binnen en tussen elke schakel zijn behandelmomenten, overdrachtsmomenten en operationele momenten te onderscheiden. Tijdens behandelmomenten staat de zorg voor de patiënt centraal, tijdens de overdrachtsmomenten is dit de informatiebehoefte van de ontvangende partij (ofwel de eerstvolgende schakel in de keten). Daarnaast zijn er handelingen te onderscheiden die operationeel van aard zijn en die zorgen dat de (volgende) schakel zodanig is voorbereid dat de patiënt verder door de keten kan. Bijvoorbeeld het doen van een vooraankondiging bij een ziekenhuis of de transfer vanaf de SEH naar een afdeling.

Minimaal moet van elk van deze momenten bekend zijn:

- Wie doet wat?
- Wanneer?
- Wat wordt geregistreerd?
- Wie is (eind)verantwoordelijk?

Als hierover onduidelijkheden bestaan, verloopt de behandeling/overdracht niet optimaal.

## **2. Patiëntenpopulatie**

Voor elke focusgroep is de patiëntengroep duidelijk afgebakend. Zowel inclusie- als exclusiecriteria worden vastgelegd.

## **3. Achtergrondinformatie**

### ***3.1 Infrastructuur***

Naast de acute zorgketen is het van belang om ook de benodigde en bestaande infrastructuur te beschrijven zoals die bestaat voor de betreffende acute patiëntengroep.

- Level SEH en IC van het ziekenhuis, (zie regionale landkaart)
- Zorgafspraken: ketenafspraken en afspraken tussen ziekenhuizen
- Aanwezigheid van protocollen (behandeling, overdracht en ontslag)

### ***3.2 Zorglandschap***

- Welke ziekenhuizen behandelen deze patiëntengroep
  - o Aantal medische specialisten per ziekenhuis (dag / avond / weekend)
  - o Aantal patiënten per ziekenhuis

### ***3.3 Kwaliteit van zorg***

- Ziekenhuizen: overzicht IGZ / ZiZo indicatoren van het afgelopen jaar
- Ambulancediensten: aanrijtijden naar patiënt en ziekenhuis
- Welke richtlijnen worden gebruikt?

## **4. Alarmering**

Patiënten kunnen 112 of de huisarts bellen bij een medische hulpvraag. Hier vindt triage plaats.

### ***4.1 112 Meldkamer***

- Wat zijn de taken van de meldkamer bij triage van het betreffende acute ziektebeeld?



- Welke informatie bepaalt de keuzes van de meldkamer?
- Met welk uitvraagstelsel wordt gewerkt?
- Wat wordt geregistreerd?
- Wat geven zij door aan de ambulancedienst?
- Wie is medisch en administratief verantwoordelijk?

#### **4.2 Eerstelijnszorg**

- Wat zijn de taken van de (bijv. huisarts, verloskundige?) assistente bij triage van het betreffende acute ziektebeeld?
- Welke informatie bepaalt de keuzes van de assistente / zorgverlener?
- Met welk uitvraagstelsel wordt gewerkt?
- Wat wordt geregistreerd?
- Wat geeft zij door aan de ambulancedienst?
- Wat koppelt de ambulancedienst terug aan de eerste lijn?
- Wie is (medisch) eindverantwoordelijk?

### **5. Behandeling buiten ziekenhuis**

De initiële behandeling van de patiënt start voor aankomst in het ziekenhuis.

#### **5.1 Ambulancedienst / eerste lijn**

- Welke behandeling geven zij?
- Wat registreren zij?
- In welk stelsel wordt patiënteninformatie opgeslagen (digitaal ritformulier / defibrillator)?
- Wanneer hanteren zij scoop and run of stay and play principe?

#### **5.2 Vervoer patiënt**

##### **5.2.1 Plaats van bestemming**

- Welke factoren spelen een rol in het bepalen van het ziekenhuis waarheen de patiënt vervoerd wordt?
- Wie neemt de eindbeslissing?
- Wat communiceert de meldkamer naar het betreffende ziekenhuis?
- Hoe wordt de patiënt aangekondigd?

##### **5.2.2 Overdracht ambulancedienst SEH**

- Welke informatie draagt de ambulancedienst over aan de SEH?
- Welke informatie koppelt de SEH terug aan de ambulancedienst?
- Wat is mondeling, wat is schriftelijk?
- Waar wordt die informatie (in het ziekenhuis) opgeslagen (en wanneer)?
- In welk systeem wordt patiënteninformatie opgeslagen in het ziekenhuis?

## **6. Behandeling binnen ziekenhuis**

Patiënten kunnen zowel via de ambulance als op eigen gelegenheid naar de spoedeisende hulp komen. Voor de laatste groep begint de diagnostiek en behandeling hier.

### ***6.1 Spoedeisende Hulp***

- Hoe ziet de eerste opvang er uit?
- Wie registreert wat?
- Wie is verantwoordelijk voor de patiënt?
- Wie organiseert de interventie of opname voor de patiënt?
- Wie draagt welke informatie over?

### ***6.2 Interventie***

- Wie is medisch verantwoordelijk voor de patiënt?
- Welke interventie wordt gedaan?
- Wie organiseert het vervolgbeleid voor de patiënt?
- Wie draagt welke informatie over aan de afdeling?

### ***6.3 Ziekenhuisafdeling***

- Wie is medisch verantwoordelijk voor de patiënt?
- Welke verdere behandeling wordt gedaan?
- Wie registreert wat?

## **7. Ontslag patiënt**

- Wanneer wordt de patiënt (waarheen) ontslagen?
- Welke informatie wordt mondeling en welke schriftelijk overgedragen aan de patiënt?
- Welke informatie wordt schriftelijk overgedragen aan de eerstelijnszorg?
- Wie organiseert de nazorg voor de patiënt?