

Aanbevelingen voor ontwikkeling van een escalatierichtlijn/-plan

Amsterdam - 3 augustus 2016

Achtergrond

Ziekenhuizen ervaren de laatste jaren een sterke toename van de drukte binnen de spoedzorg. Het gaat hier om een toename van het aantal piekmomenten waarbij de instroom van patiënten groter is dan de doorstroom en uitstroom waardoor er een lokale 'verstopping' in de patiëntenstromen ontstaat. In de literatuur wordt dit ook wel 'overcrowding' genoemd. Aan de toename liggen verschillende oorzaken ten grondslag. Het is een toenemend probleem dat niet alleen regionaal, maar ook nationaal en internationaal wordt herkend. In een recent Brits rapport van het Royal College of Emergency Medicine (RCEM) uit 2015 wordt het een van de grootste uitdagingen genoemd voor het bieden van veilige, tijdige en kwalitatieve hoogstaande spoedzorg. Overcrowding heeft een aantoonbaar negatief effect op mortaliteit, verblijfsduur op de EHH/SEH, patiënttevredenheid en ziekteverzuim van personeel. De regionale netwerken werken samen met alle betrokken partijen om oplossingen uit te werken en te implementeren. Een deel wordt ook verder opgepakt binnen de ROAZ focusgroepen SEH, ouderen en Cardiologie.

De genoemde drukte heeft o.a. ook geresulteerd in een sterk toenemend aantal stops in het Acut zorgportaal. Tijdens het ROAZ van 10 juni is gesteld dat het niet acceptabel is dat alle ziekenhuizen in Amsterdam en Amstelveen tegelijk een zelfde soort stop afkondigen. Er is toen besloten dat dit (bij voorkeur) per 1 juli 2016 niet meer mag gebeuren. Er zijn vervolgens verschillende opties uitgewerkt om dit besluit tot uitvoer te brengen. De bestuurders hebben uiteindelijk besloten dat wanneer alle ziekenhuizen in Amsterdam en Amstelveen een zelfde soort stop afkondigen en er daardoor een (reëel) regionaal capaciteitsprobleem ontstaat, alle afgekondigde stops van dat soort komen te vervallen. Het veld is in dit soort noodsituaties dan gezamenlijk weer verantwoordelijk, in plaats van het laatste ziekenhuis dat de deuren dicht moet doen en (volgens de huidige procedure) probleemeigenaar is. Afsproken is dat dit vanaf 1 oktober 2016 in zal gaan.

In de tussentijd zouden ook de ziekenhuizen intern een aantal stappen moeten zetten. Enerzijds om het aantal stops dat afgekondigd wordt tot een minimum te beperken, anderzijds om de afgesproken verantwoordelijkheid te (kunnen) nemen bij een regionaal capaciteitsprobleem. Omdat alle ziekenhuizen bij een dergelijk regionaal capaciteitsprobleem weer patiënten gepresenteerd kunnen krijgen (omdat alle stops op dat moment komen te vervallen), moet ieder ziekenhuis het eigen interne capaciteitsprobleem z.s.m. oplossen. Dit betekent dat ieder ziekenhuis door interne escalatie/opschaling alsnog verantwoorde zorg moet kunnen bieden. Hierdoor kan direct gevaar worden afgewend en kunnen de patiëntenstromen worden hersteld. Het voorstel is dat alle ziekenhuizen zelf met de betrokken afdelingen een escalatierichtlijn/plan ontwikkelen en implementeren. Bovendien zal er door het goed toepassen van de richtlijn/plan sowieso minder vaak een stop te hoeven worden afgekondigd. De Netwerken zouden hiervoor een aantal aanbevelingen en tips formuleren. Deze zijn in dit document weergegeven. Recente rapporten van het Britse Royal College of Emergency Medicine (RCEM) 'Tackling Emergency Department Crowding' (2015) en 'Crowding in Emergency departments' (2014) en een best-practice uit het Tergooi Ziekenhuis zijn hiervoor als basis gebruikt.

Aanbeveling projectteam

Om te komen tot een escalatierichtlijn/plan adviseren wij ieder ziekenhuis een projectgroep te starten met een afgevaardigde professional of manager van iedere betrokken afdeling (m.n. EHH/SEH, Tra, Neu, OK, RAD, Anes en Lab). Vanuit de groep kan een penvoerder (evt. kwaliteitsmedewerker) en voorzitter aangewezen worden. Mogelijk is het beste om hier ook de

diegenen bij te betrekken die door de RvB zijn gemandateerd een stop af te kondigen (intern protocol stops). Wij denken dat 2 bijeenkomsten (van 1,5-2 uur) in augustus/september voldoende moeten zijn om tot een uitwerking van uw escalatierichtlijn/-plan te komen. Tegelijkertijd zullen de deelnemende professionals hun afdeling actief moeten informeren en betrekken voor een goede implementatie op 1 oktober.

Inhoud richtlijn/-plan

Escalatie kan worden gezien als een gecoördineerde en progressieve reactie bij overcrowding/falen in de interne spoedketen. De escalatie-criteria dienen vooraf vastgesteld te worden en kunnen gezien worden als een intern incident. Zoek bij het opstellen naar parallellen met het ZiROP/crisisplan. Het escalatieplan moet zoveel mogelijk dynamisch en flexibel worden ingericht en bekend zijn bij alle betrokken professionals. Het mandateert een verandering in de dagelijkse praktijk van de betrokkenen. Volgens het RCEM (2015) zou een escalatieplan verschillende componenten moeten omvatten waaronder herkenning (identificeren of er 'overcrowding' en risico's ontstaan) en de acties die risico's verminderen en de patiëntenstromen herstellen. Ook wordt gewezen op het belang van vooraf afgesproken verantwoordelijkheden en communicaties, o.b.v. van vooraf afgesproken informatie.

In algemene zin zou escalatie ook kunnen worden opgevat als een soort minimale opschaling zoals dat bij rampen en crisis plaatsvindt. Bij crisismanagement wordt bij het opstellen van een crisisplan bijvoorbeeld gesproken over 4 essentiële processen (Rapport 'Basisvereisten crisismanagement: de centrale normen benoemd', 2006): 1. Melding en alarmering, 2. Op- en afschaling, 3. Leiding en coördinatie en 4. Informatiemanagement. In deze lijn stellen wij voor om in ieder geval de volgende processen te adresseren in uw escalatieplan:

1. Herkenning, besluitvorming en alarmering
2. Leiding en coördinatie
3. Acties die overcrowding en risico's verminderen
4. Informatiemanagement

Een beschrijving van de processen in het plan kan mogelijk worden vergezeld en samengevat in een stroomschema (zie bijlage 1a en 1b: best-practices Tergooi).

Herkenning, besluitvorming en alarmering

Een eerste belangrijke stap bij escalatie is herkenning van overcrowding op de betrokken acute afdeling(en). Het RCEM (2015) raadt aan om hiervoor een aantal eenvoudige maten voor overcrowding te kiezen. Hier valt bijvoorbeeld te denken aan:

- Wachtijd ambulance tot overdracht > 15 minuten
- % bedbezetting (bijv. > 100% bezetting)
- Diagnose-behandeltijd > 2 uur
- Aantal patiënten > 4 uur wacht op EHH/SEH
- Gemiddelde tijd op SEH > 4 uur
- Aantal patiënten dat > 8 of 12 uur wacht/aanwezig is
- Wachtijd opname > 45 minuten
- Perceptie van dienstdoende (SEH)-arts van overcrowding
- Ratio patiënten/bedden of patiënten/verpleegkundigen

Vanuit de wetenschappelijk literatuur zijn er nog een aantal meer uitgebreide (deels gevalideerde) schalen bekend om de drukte op de afdeling vast te kunnen stellen, zoals ICMED, NEDOCS, EDWIN of READI (Hoot et al., 2007). Voor de implementatie van de richtlijn/plan is het ook belangrijk dat alle

betrokkenen (verpleegkundigen, assistenten, supervisors en managers) zich bewust zijn van deze maten/signalen/triggers. Daarop kunnen zij eventueel alarm slaan.

Na herkenning moet duidelijk zijn wie daadwerkelijk de beslissing tot escalatie neemt: een escalatie-coördinator. Mogelijk is dit iemand van de RvB, een RvB-gemandateerde professional (die nu ook al stops mag afkondigen) of dienstdoende medisch coördinator van de afdeling(en). Ook hier kunnen parallellen gezocht worden met het ZiROP/crisisplan. In het escalatieplan moet worden vastgelegd naar wie het besluit wordt gecommuniceerd.

Leiding, coördinatie en communicatie.

De escalatie-coördinator maakt zich vrij van reguliere taken en neemt de verdere coördinatie op zich. Afhankelijk van de mate, betrokken afdelingen en oorzaken van overcrowding (zie volgende paragraaf) zou de coördinatie van de escalatie-respons ook kunnen liggen bij een 'escalatie-team', zoals dat bijvoorbeeld ook gebruikelijk is in crisissituaties. Leiderschap en beslissingsbevoegdheid moeten hier duidelijk benoemd worden. Met name het oproepen van extra personeel, afzeggen van electieve activiteiten, hebben dusdanige gevolgen, dat duidelijk moet zijn wie hierover mag beslissen en of dit soort acties onderdeel kunnen zijn van de escalatieprocedure. Leg de acties en besluiten vast in een logboek.

Het RCEM (2015) adviseert dat de escalatie-coördinator/-team o.a. de volgende taken op zich neemt:

- Neem indien nodig een time-out voor een plan en denk 'STAR': Stop, Think, Act, Review.
- Analyseer goed waar de oorzaak van overcrowding ligt en zet hier specifieke acties op uit (zie ook volgende paragraaf).
- Schenk extra aandacht aan overdrachten en aan registratie van (voorgang) diagnostiek, ziektegeschiedenis en behandeling (anesthesie, antibiotica, medicatie, diabetes, etc.), vooral ook om opname in de kliniek te vergemakkelijken.
- Loop regelmatig rondes over de afdeling(en), deels ook om te kijken of patiënten die lang wachten stabiel zijn en/of nog steeds op de EHH/SEH moeten blijven.
- Roep regelmatig het personeel bij elkaar om de situatie te bespreken, bv. of er nog risico's zijn en om (voortgang) van acties te bespreken. Overleg met ambulancepersoneel over risico's in de wachtrij hoort hier ook bij.
- Houd een escalatie- en communicatiechecklist bij (zie bijlage 2a en 2b), ook voor verslaglegging en latere evaluatie.
- Houd je goed aan triage(code) volgorde.
- Houd patiënten goed op de hoogte van tijden en bied zo nodig excuses aan. Waar mogelijk eten/drinken aanbieden. Wellicht kan een vrijwilliger of iemand van het facilitair bedrijf hierin assisteren.
- Zorg dat personeel voldoende rust en eten/drinken krijgt.

Oorzaken en acties die overcrowding en risico's verminderen

Voor het kiezen van de juiste actie is het belangrijk om te kijken waar de oorzaak van overcrowding ligt. Hierbij kan bijvoorbeeld gedacht worden aan oorzaken in het proces van instroom, doorstroom of uitstroom. Mede op basis van een enquête van de gebruikersgroep van het Acuu Zorgportaal zijn hieronder een aantal bruikbare oorzaken van overcrowding benoemd aangevuld met mogelijke acties:

- Tekort personele capaciteit afdeling in relatie tot aantal binnengekomen /zorgzwaarte patiënten?
 - EHH/SEH-verpleegkundigen
 - oproepen vanaf huis (piketdienst/flexpool/...) of een teamleider of hoofd mee te laten werken
 - Arts-assistenten en SEH-artsen

- Oproepen vanaf huis of alloceren van andere afdeling of kantoortaken
- Supervisor/specialist
 - Erop sturen dat ze direct komen indien gevraagd door arts-assistent; beschikbaarheid specialisten vergroten door electieve programma's (poli, OK, opname) uit te stellen
- Tekort beddenscapaciteit afdeling in relatie tot aantal binnengekomen patiënten?
 - Niet acute patiënten uit bedden/behandelkamer en terug naar wachtruimte of in stoelen.
 - Patiënten die worden opgenomen direct doorsturen naar afdeling, ook al is daar nog geen bed vrij. Dit moeten natuurlijk wel stabiele patiënten zijn. Het aantal patiënten dat wacht per afdeling moet wel worden bijgehouden.
 - Patiënten zien die snel naar huis kunnen / doorsturen naar eerste lijn.
- Vertraging lab/radiologie?
 - Start zo snel mogelijk met diagnostiek. Zorg dat patiënten snel richting de röntgen kunnen.
 - Prioriteer de CT en kijk of ze vanuit daar direct door kunnen naar afdeling.
- Technische problemen (bv. CT/Röntgen/EEG)?
- Tekort beddenscapaciteit kliniek/IC/OK?
 - Doorplaatsing stagneert door tekort capaciteit vervolgzorg (thuiszorg, VVT, GRZ)
 - Doorplaatsing stagneert door lange wachttijden B-vervoer
 - Patiënten met bed op SEH/kliniek die waarschijnlijk met ontslag kunnen niet laten wachten op eigen kamer maar in tussen-/wachtruimtes.
- Tekort personele capaciteit kliniek/IC/OK?
 - Extra personeel van huis roepen (parallel aan openen extra bedden)
 - Electieve opnames uitstellen
 - Coördinerende taken overnemen van afdelingsverpleegkundigen.
- Overige oorzaken en acties? Denk aan:
 - triageproces aanpassen/versnellen (bv. meerdere triageverpleegkundigen of arts inzetten)

Zodra (een van) bovenstaande acties effect hebben gesorteerd en de overcrowding opgelost is zou er weer gede-escaleerd moeten worden. Hiervoor dient in het plan ook de de-escalatieprocedure te worden beschreven. Maak duidelijk aan iedereen welke acties in stand blijven om problemen in de toekomst te voorkomen en welke acties afgebouwd kunnen worden.

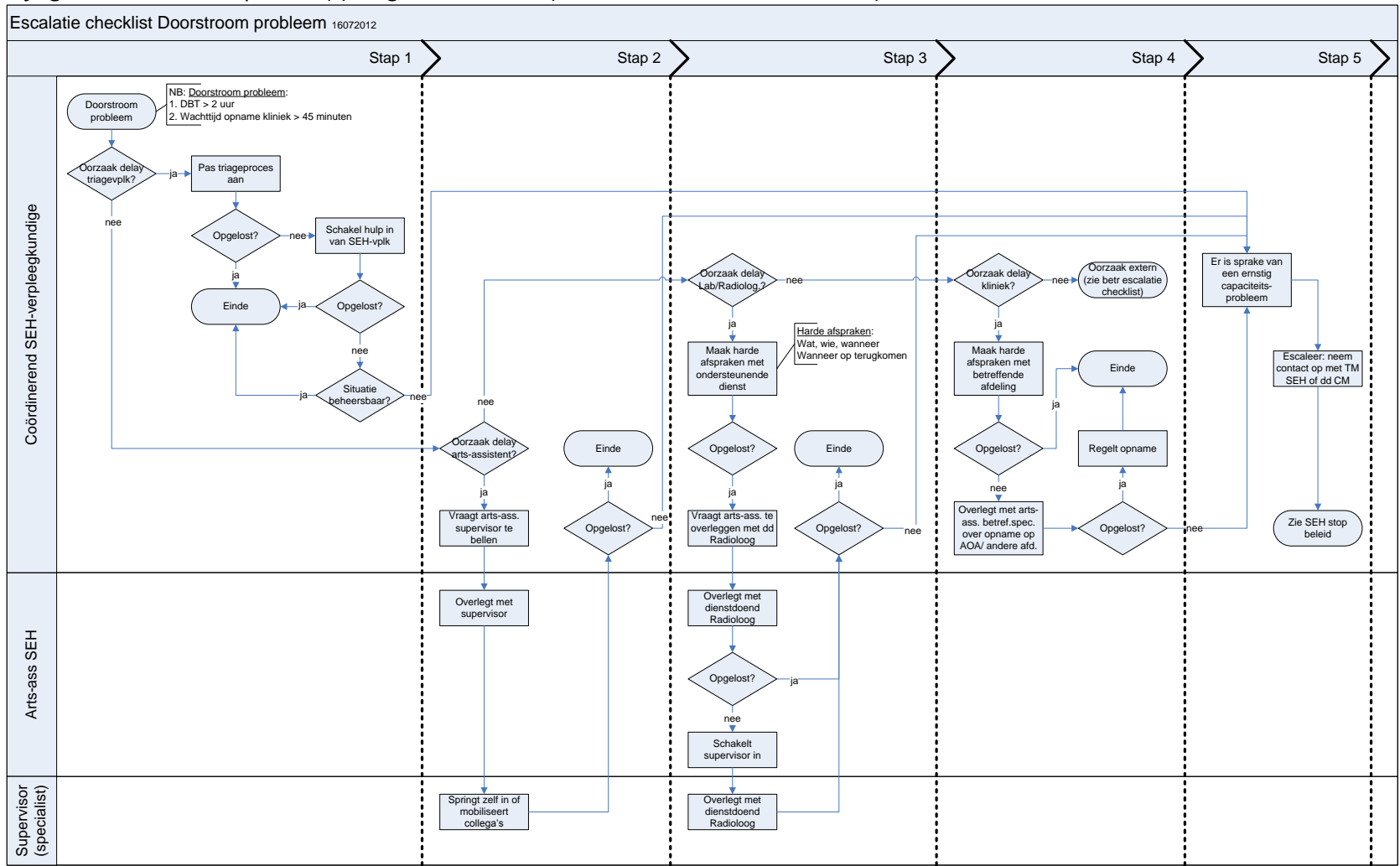
Informatiemanagement

Informatie en genomen beslissingen moeten goed worden vastgelegd, ook voor latere evaluatie. Stel eventueel een functionaris aan die hiervoor verantwoordelijk is. Een zichtbaar dashboard voor de hele organisatie is aanbevolen. Zeker als overcrowding vaker voorkomt is goede evaluatie belangrijk. Dit kan helpen bij het implementeren van structurele verbeteringen en oplossingen.

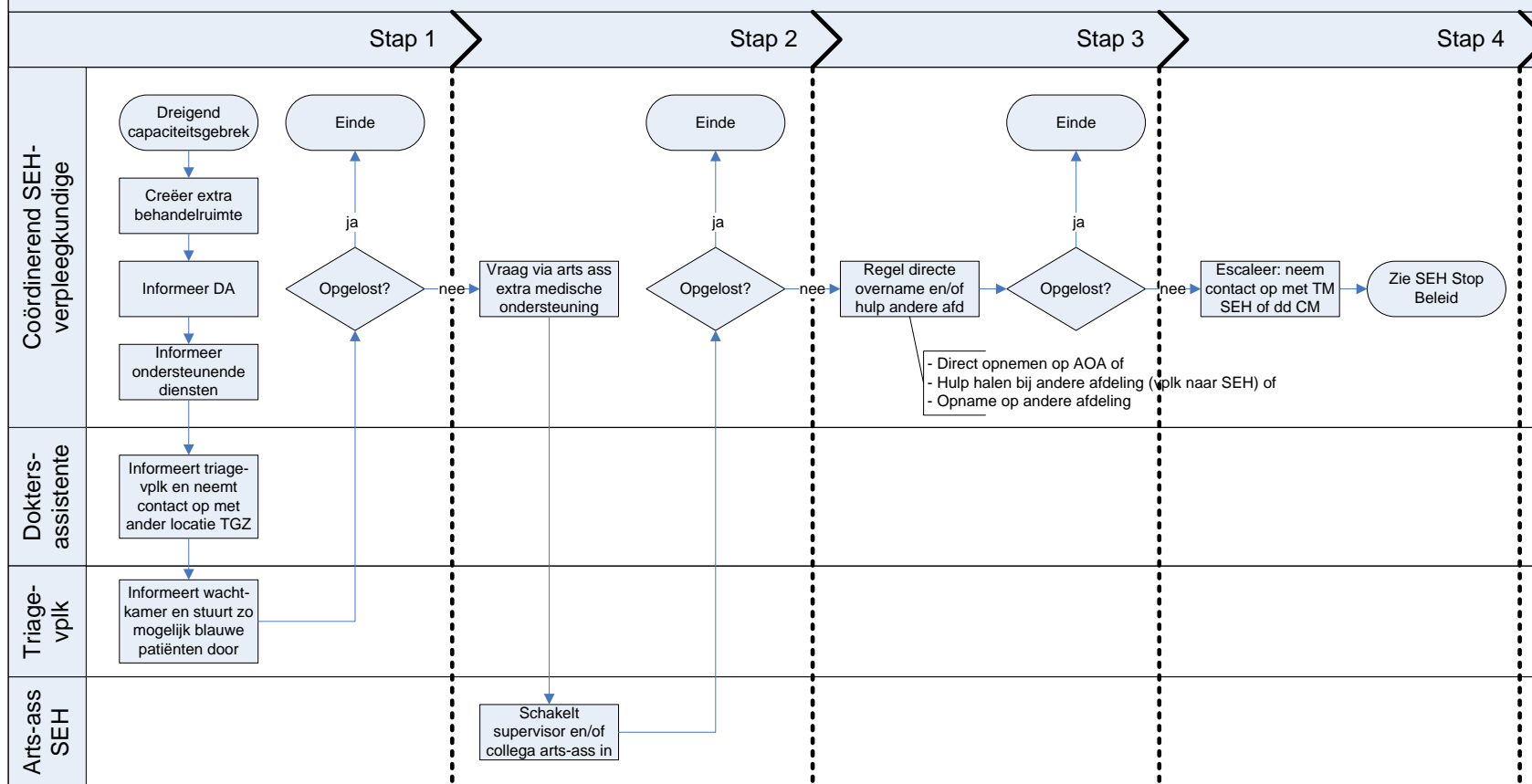
Bronnen

1. Royal College of Emergency Medicine (RCEM). Tackling Emergency Department Crowding. Rapport, 2015.
2. Royal College of Emergency Medicine (RCEM). Crowding in Emergency departments. Rapport, 2014.
3. Landelijk beraad Crisisbeheersing. Basisvereisten crisismanagement: de centrale normen benoemd. Rapport, 2006.
4. Hoot NR, Zhou C, Jones I, Aronsky D. Measuring and forecasting emergency department crowding in real time. *Ann Emerg Med.* 2007 Jun;49(6):747-55. Epub 2007 Mar 27.

Bijlage 1a en 1b – Best practice(s) Tergooi Ziekenhuis (Voorbeelden escalatiechecklists)



Escalatie checklist Grote toename patiënten 13072012



NB: Dreigend capaciteitsgebrek: plotselinge toename oranje en rood getriëerde patiënten, waardoor veilige zorg niet meer kan worden waargemaakt.
 Geldt dus niet voor eenvoudig letsel (blauw).
 ZIROP: uit 1 ongeval > 10 patiënten

Bijlage 2a en 2b – Best Practice Royal College of Emergency Medicine, 2015 (Voorbeelden escalatiechecklist en communicatietool).

Appendix 2: Example tools to use as part of escalation

EXAMPLE EMERGENCY DEPARTMENT ESCALATION CHECKLIST

Internal ED Status:

Site Status:

A: Assess Situation (in conjunction with ENIC) – use internal ED escalation triggers. Consider Command & Control model.

Think “STAR”: Stop, Think, Act, Review

Is demand exceeding capacity & occupancy?

Is acuity high?

Assess current resource (including staff & skill mix)

B: Board / Walk round – optimise control – board rounds are best done as a continuous process but walk-arounds should occur at least 4 hourly

Immediate patient safety issues identified and mitigated

Expedite decision making

Optimise capacity (where possible) – plan strategy for accepting further ill patients

Prioritise care including “next-step management”

C: Communication (named Trust “escalation officer”) – optimise influence

Brief team on specific actions arising from Board / Walk around

Current escalation situation – confirm escalation has occurred through standard channels

Predicted escalation status – inform escalation officer

Recommendation – use agreed communication terminology

Obtain assurance that Trust escalation & Internal Professional Standards are being met

Document communication & response

Clear communication with patients and relatives

C: Colleagues

Staffing resource optimised

Rest / refreshment / breaks considered

D: Delays

Identify & communicate as appropriate

Ensure ambulance service is briefed on current escalation status

Incident report forms completed if required

E: External & Environmental Factors

Communicate directly with key stakeholders and specialties impacting on ED environment

Ensure patient basic needs and dignity are being respected

EXAMPLE OF COMMUNICATION IN ESCALATION

ED consultant in charge What is the current / anticipated status of the ED?	Hospital Management What is the current / anticipated status of the hospital?
<p>Acuity:</p> <ol style="list-style-type: none"> The total number of critical patients is _ We are expecting _ <p>Service Load:</p> <ol style="list-style-type: none"> The total number of patients in the ED is _ Of the total _ are in resus, _ are in majors, _ in minors, _ in Paediatric ED _ are waiting to book in (ambulatory) _ are en route by ambulance _ are waiting for ambulance handover The total occupancy for resus & majors is _ _ are ready to leave and boarding <p>Risks:</p> <ol style="list-style-type: none"> The current pressures are: volume / acuity / capability / ED capacity / flow The current major issue to flow is _ (e.g. inflow / throughput / outflow) <p>12. Actions to mitigate: Specify _</p>	<p>Current effective bed capacity:</p> <ol style="list-style-type: none"> Admissions so far today Discharges so far today Expected discharges <p>Current demand for beds:</p> <ol style="list-style-type: none"> ED currently needing a bed Medical Assessment Unit needing a bed Other (e.g. predicted admissions) <p>Performance today so far:</p> <ol style="list-style-type: none"> 4-hour access standard ED wait to be seen Internal professional standards <p>Main Risks:</p> <ol style="list-style-type: none"> Assessment of predicted bed balance based on predicted capacity relative to predicted demand By area <p>Actions to mitigate:</p> <ol style="list-style-type: none"> Specify
<p>The current status is: Clinical < safe – hazardous – unsafe > Flow < excellent – slow – exit block ></p>	<p>The current status is: Hospital occupancy - _ % Current deficit is _</p>