

# ORGANISATIE

**dr. Annemarie den Harder**  
ziekenhuisarts KNMG, Jeroen  
Bosch Ziekenhuis

**Margot van Ingen**  
ziekenhuisarts KNMG, Jeroen  
Bosch Ziekenhuis

**dr. Karen Keijzers**  
klinisch geriater en klinisch  
farmacoloog, Jeroen Bosch  
Ziekenhuis

**Paetrick Netten**  
internist-opleider ziekenhuis-  
geneeskunde, Jeroen Bosch  
Ziekenhuis

JBZ-SPECIALISTEN WILLEN OOK NA COVID ALS TEAM OPEREREN

# Hoe de coronacrisis leerde dat samenwerken loont

Tijdens de eerste covid-19-golf werkten in het Jeroen Bosch Ziekenhuis specialisten van allerlei disciplines nauw samen, waarbij de ziekenhuisarts een centrale rol speelde. Een waardevol model, dat ook na de pandemie voortzetting verdient.

**T**en tijde van de coronapiek vormde het Jeroen Bosch Ziekenhuis (JBZ) in allerijl een Behandel Expertise Team (BET). Hierin zaten een longarts, klinisch geriatr, cardioloog, internist en ziekenhuisarts. Daarnaast schakelde het ziekenhuis alle aiossen ziekenhuisgeneeskunde samen met de aiossen longgeneeskunde in voor de coronazorg op de afdelingen. Gezien het snel oplopende aantal patiënten, werden korte tijd later ook a(n)iossen vanuit de beschouwende vakgroepen en later vanuit het hele ziekenhuis ingezet om deel te nemen aan de corona-artsenpool. Tevens namen meerdere specialisten deel, als zaalarts en supervisor. Een ziekenhuisarts wordt opgeleid om regie en coördinatie uit te oefenen op de verpleegafdeling (zie *kader* op blz. 22). Door de coronacrisis was er extra behoefte aan coördinatie, omdat artsen en verpleegkundigen werkzaam waren in nieuwe teamsamenstellingen, op een andere afdeling en met patiënten met een ziektebeeld waarover nog veel onduidelijkheid bestond. Op de afdeling waren daarom de twee ziekenhuisartsen en een bijna klare ziekenhuisarts het aanspreekpunt voor organisatorische, logistieke en generalistische zorgproblemen. Op deze manier werd op fysieke consulten aan het bed bespaard, van belang gezien de schaarste in persoonlijke beschermingsmiddelen. Bij de stijging van het aantal artsen op de cohortafdelingen zorgden zij voor de juiste informatievoorziening bij noodzakelijke aanpassingen in protocollen, vastgesteld door het BET. Daarnaast regelden zij in overleg met het BET, Medisch Inzet Team (dat zorgt voor voldoende geschoolde artsen voor de coronazorg) en de corona-artsenpool, een evenwichtige artsenbezetting tijdens iedere dienst, omdat zij goed zicht hadden op de benodigde zorg. Ook waren ze betrokken bij het selecteren van patiënten voor overplaatsing.

## Voortzetten

Vanuit de betrokken vakgroepen werd de intensieve samenwerking als erg positief ervaren. Gezamenlijk op specialistenniveau direct kijken naar de casuïstiek leidt tot sneller acteren en schakelen door de korte lijnen. Op onderlinge consulten kon worden bespaard. Het is gebruikelijk dat zeker bij oudere patiënten met multimorbiditeit, die worden opgenomen voor één specialisme, meerdere specialisten en zorgverleners worden geconsulteerd. Consulten worden vaak uitgevoerd door een arts-assistent die dit overlegt met het stafid, waarna terugkoppeling volgt aan de consult vragende arts-assistent, die dit weer overlegt met diens supervisor. Een 'normaal' consult bevat dus vaak meerdere overlegmomenten. Als positief neveneffect resulteerde de samenwerking tijdens de coronaperiode in meer waardering voor elkaars vak en in efficiëntere tijdsbesteding. Om dit alles na de coronacrisis voort te kunnen zetten, ontstond het idee voor een nieuwe multidisciplinaire afdeling waarin de vier vakgroepen gezamenlijk zorg leveren en waarbij de ziekenhuisarts als generalist de zorg coördineert en uitvoert.

Het streven is om binnen 48 uur een behandelplan te hebben



ANP FOTO

Het unieke aan de ISA (Intensieve Samenwerking Afdeling) is dat het een volwaardige interprofessionele afdeling is waarbij de zorg rondom de patiënt is vormgegeven.

Het plan voor deze Intensieve Samenwerking Afdeling (ISA) werd uitgewerkt en een maand na het sluiten van de laatste cohortafdeling is dit gerealiseerd.

#### **Meer dialoog**

Op de ISA liggen patiënten met beschouwende multiproblematiek waarbij het duidelijk is dat er meerdere behandelaren nodig zijn. Bijvoorbeeld de benauwde patiënt, die naast een exacerbatie COPD zich ook presenteert met decompensatio cordis en ontregeling van de diabetes. Of de patiënt die is gevallen en ook koorts zonder duidelijke focus heeft en een delier. De dag van de ziekenhuisarts begint met het lopen van spoedvisite langs instabiele patiënten. Vervolgens

vindt vroeg in de ochtend aansluitend aan de overdracht van de betrokken specialismen tussen 9.00 en 10.00 uur (in de weekends om 11.30 uur) een behandelteamoverleg plaats. De ziekenhuisarts brengt hierbij de patiënten in en de cardioloog, internist, klinisch geriater en longarts geven elk vanuit hun eigen expertise inbreng voor het behandelplan. De patiënt wordt opgenomen voor het specialisme dat hem op de SEH, veelal op verzoek van de huisarts, ontvangt. Op de ISA wordt laagdrempelig van hoofdbehandelaar gewisseld tijdens het behandelteamoverleg, afhankelijk van de problematiek die op de voorgrond staat. Er is meer ruimte voor dialoog dan voor discussie. Als er een behandelplan is, wordt besproken of de patiënt op de ISA blijft of wordt overgeplaatst naar een andere afdeling. Er wordt naar gestreefd om binnen 48 uur een behandelplan te hebben.

Na het behandelteamoverleg, start de visite door de ziekenhuisarts. Indien nodig vindt beoordeling van patiënten samen met de specialisten plaats. Nieuwe opnames worden altijd samen met de specialist gezien.

Doordat in het behandelteamoverleg direct overleg met de specialist plaatsvindt, worden consulten bespaard. Tevens wordt aanvullende diagnostiek al vroeg op de ochtend aangevraagd, wat resulteert in een snellere doorstroom. Driemaal per week vindt er een multidisciplinair overleg plaats onder leiding van de ziekenhuisarts. Paramedici, diëtetiek, transfermedewerkers en verpleging participeren ook in dit overleg. Iedere patiënt komt kort aan de orde om te inventariseren of bespreking van de patiënt geboden is. Redenen om de patiënt te bespreken zijn bijvoorbeeld: bepalen welke zorg het meest geschikt is na de ziekenhuisopname en adequate informatieoverdracht naar de eerste en derde lijn. Daarnaast heeft de verpleging iedere ochtend een kort overleg met het nazorgteam. Hierdoor wordt de nazorg snel opgepakt en voorkomen we dat patiënten langer in het ziekenhuis moeten blijven omdat de nazorg nog niet rond is.

## Uniek

De visie van de ISA is dat de patiënt centraal staat en dat de zorg om de patiënt heen wordt georganiseerd. Natuurlijk bestaan er al langer afdelingen die multidisciplinair samenwerken, zoals de acuteopnameafdeling in ziekenhuis Bernhoven, waar ook ziekenhuisartsen een centrale rol spelen en geriatrische trauma-units. Hierbij kijkt de orthopeed/chirurg naar het snijdende deel en de geriater naar het beschouwende deel. Maar het unieke aan de ISA is dat het een volwaardige interprofessionele afdeling is waarbij de zorg rondom de patiënt is vormgegeven. Daarvoor is er een uitgebreid behandelteam gevormd, bestaande uit artsen van verschillende disciplines, paramedici en verpleegkundigen met diverse achtergronden, die structureel overleggen. Zij werken over de grenzen van het eigen vakgebied heen. Deze afdeling

---

## DE ZIEKENHUISARTS KNMG

Omdat de zorg steeds complexer wordt door de toename aan multimorbiditeit en vergrijzing, is er behoefte aan een meer generalistisch perspectief. Tegelijkertijd zien we dat medisch specialisten zich steeds verder (super)specialiseren. Vanuit deze achtergrond ontstond de behoefte aan een coördinerende generalist binnen het ziekenhuis die het aanspreekpunt is voor de patiënt en zorgt voor kwalitatieve en veilige zorg, namelijk de ziekenhuisarts.

De driejarige opleiding ziekenhuisgeneeskunde ging in 2012 van start. In juli 2014 werd de ziekenhuisgeneeskunde officieel erkend als profiel door het College Geneeskundige Specialismen.

Via het lintprogramma, dat als een rode draad door de opleiding loopt, wordt de ziekenhuisarts geschoold om de kwaliteit van zorg en de patiëntveiligheid voldoende aandacht te geven en zich te ontwikkelen in *clinical governance*-rollen. Dit is gebaseerd op Healthcare Quality Quest, een Engels programma om systematisch patiëntveiligheid en kwaliteit van zorg te verbeteren.

Op dit moment zijn er in Nederland negen opleidingsziekenhuizen, met 36 aiossen en 60 klare ziekenhuisartsen, van wie 54 werkzaam in 22 ziekenhuizen/zorginstellingen.

functioneert vanuit de gedachte dat de wens en de behoefte van de patiënt de koers bepalen, waarbij management en regels deze koers ondersteunen, in plaats van andersom.

## Werklast

Momenteel zijn er twee ziekenhuisartsen werkzaam op de ISA, samen met wisselend een ervaren aios van de betrokken specialismen, als 'floormanager'. Ook kunnen ouderejaarsaiossen worden ingeschakeld

## Patiënten waar- deren de snelle diagnostiek en de duidelijke communicatie

voor het aanleren van supervisie door deel te nemen aan het behandelteamoverleg. Daarbij lijkt de ISA een ideale plek voor interprofessioneel opleiden. Momenteel wordt dit project financieel mogelijk gemaakt door een subsidie. Voor de continuïteit is het van belang dat er structurele financiering komt voor meerdere ziekenhuisartsen.

Uit de tussentijdse evaluaties kwam naar voren dat de verpleegkundige werklast een probleem is. De patiëntenpopulatie bestaat hoofdzakelijk uit ouderen met multimorbiditeit met vaak cognitieve problemen, die mede vragen om de nodige nazorg, te regelen middels frequente overlegmomenten met nazorgteams en mdo's. Daarom is besloten om tijdens de dagdienst en avonddienst de verpleegkundige bezetting uit te breiden en te werken met een buddysysteem.

## Meerwaarde

De medewerkers die betrokken zijn bij de ISA, zijn erg enthousiast, en patiënten zeggen dat ze de snelle diagnostiek, de

duidelijke en eenduidige communicatie waarderen. Op de langere termijn zal de mogelijke meerwaarde van deze pilot zowel kwalitatief als kwantitatief worden geëvalueerd. Dit door middel van enquêtes en interviews en daarnaast aan de hand van kwantitatieve maatstaven zoals ligduur, heropnames en het aantal overige intercollegiale consulten.

Bij een tussentijdse analyse van de 167 ISA-patiënten (longziekten 38, interne 58, geriatrie 61 en cardiologie 10) die de afgelopen maanden opgenomen zijn geweest, lijken de eerste resultaten op doelmatigheid positief. De ligduur van de patiënten op de ISA is mediaan vijf dagen, tegenover zeven dagen voor de controlegroep bestaande uit patiënten voor wie geen plaats was op de ISA ( $p < 0,05$ ). Het totaal-aantal intercollegiale consulten nam eveneens significant af. Het aantal patiënten zonder intercollegiaal consult steeg van 60 naar 79 procent en het aantal patiënten met twee of meer consulten daalde van 18 naar 6 procent. Voor het aantal heropnames werd (nog) geen significant verschil gevonden.

De ISA richt zich op een specifiek thema, namelijk 'onbegrepen probleem beschouwend', maar een dergelijk model kan ook van toepassing zijn op andere thema's, zoals buikproblematiek of oncologische zorg. Als het een relatief prevalent probleem is dat vaak vakoverstijgend is, leent het zich voor een samenwerkingsmodel waarbij 'naast elkaar' wordt omgezet in 'met elkaar'. ■

#### contact

p.netten@jbz.nl

cc: redactie@medischcontact.nl

#### web

Meer over dit onderwerp vindt u bij dit artikel op [medischcontact.nl](http://medischcontact.nl).

# VELDWERK



**CARMEN VLEGGERT-LANKAMP**  
is neurochirurg in het LUMC

## Luisteren

Er komt een mail binnen bij het secretariaat. De heer G., die jaren bij mij 'onder behandeling' is geweest, vraagt of ik contact met hem wil opnemen. Hij woont in het buitenland, maar heeft nu veel pijn na een val en wil graag mijn mening. Ik herinner me hem als een zwaarlijvige man met een gedeformeerde wervelkolom. Hij had bij tijd en wijle wat pijn in zijn armen, dan weer in zijn benen, maar de MRI liet nooit evidente compressie van ruggenmerg of zenuwwortels zien. Hij leidt een groot bedrijf, is een echte vip, en heeft graag controle. Ook over zijn lijf. Hij had dan ook altijd een waslijst aan vragen, wilde het naadje van de kous weten, maar luisterde goed en begreep dat opereren meer schade dan goed zou doen.

Op een gegeven moment moest hij verhuizen naar het buitenland en kwam hij, onder uitgebreid dankzeggen, afscheid van me nemen. En nu, jaren later, wil hij me

duisgraag opnieuw spreken. In zijn schrijven aan het secretariaat meldt hij inmiddels drie keer aan rug en nek geopereerd te zijn. Het wekt mijn nieuwsgierigheid. Ik bel hem op.

Hij begint zich te

verontschuldigen en is heel erg blij dat ik contact met hem opneem. Hij legt uit dat hij weer last had, goed geluisterd heeft naar de specialisten daar en onder het mes is gaan liggen. Maar al die operaties hebben geen bal geholpen en hij heeft besloten alleen nog maar naar mij te luisteren. Hij laat daar een MRI maken en komt daarna graag overvliegen voor een consult. Dat luisteren is hij kennelijk nog niet verleerd. Hij heeft aan een half schamper woord van mij genoeg bij zijn mededeling dat er ook schroeven geplaatst zijn. Ongetwijfeld wilden mijn collega's in het buitenland iets goeds doen voor deze patiënt. Maar hij luisterde beter naar hen dan zij naar hem, zoveel is wel duidelijk. Wel ontluisterend dat alleen die collega's daar beter van zijn geworden.

## AL DIE OPERATIES HEBBEN GEEN BAL GEHOLPEN