

Bijlage –3- Feedback vanuit de praktijk over onderzoek werkdruk ANW

Reacties per mail over onderzoek werkdruk ANW

Inleiding

De volgende organisaties zijn aangeschreven met het verzoek om schriftelijke feedback te leveren op de eindrapportage van Erasmus over onderzoek werkdruk ANW.

- Vivium
- Amaris
- Inovum
- HilverZorg
- Zorggroep Almere

Per organisatie zijn de ontvangen reacties in een reactiepagina verwerkt door de mailberichten in te passen in deze rapportage.

VIVIUM

Vivium 01:

Hi Bregje. Herkenbaarheid/adviezen:

-Ik heb zelf het idee dat ik veel vaker dan 1-2 x per dienst ingeschakeld wordt als AW. Bv telefoon doorschakelen (dan heb je overigens wel meteen een intensieve AW) , maar ook uitrijden ivm teveel werk voor de VW en overnemen triage. Mij lijkt in het WE samenvoegen voor de AW daarom echt niet goed.

-Omdat ik nog regelmatig VW doe herken ik de druk van de telefoontjes en vooral als je in de auto zit en niets kan opzoeken en rapporteren. En dan een ook nog een triage vraag krijgt. Er zijn echt veel telefoontjes en inderdaad met halve informatie of bijzondere vragen.

-Verbeteren van de VPK triage zou prettig zijn. Er zijn locaties waar het heel matig of wisselend is. Er staan ook met regelmaat uitzendkrachten. Die ook soms niet in de dossiers kunnen.

+ICT maar dat schreef je al.

Groet, AnneM

Vivium 02:

- Zijn de bevindingen herkenbaar voor zowel Gooi Noord als Zuid?: ik vind de bevindingen in grote lijnen herkenbaar. Ik vind de werkdruk nog relatief meevallen, maar ik herken de piekmomenten en de administratieve uitdagingen door het gebruik van de verschillende systemen. Ik ervaar geen hoge drempel in het contact opnemen met de achterwacht en zie het ook niet als falen om mijn achterwacht te bellen als ik ergens niet uit kom of als het te druk wordt. Goede zorg en de patiënten zijn het belangrijkste. De triagering is vaak heel matig in het begin maar bij doorvragen komt meestal de nodige informatie wel boven. Ik vindt de diensten ook niet te lang duren.
- Onderschrijven jullie de adviezen? Ik onderschrijf de adviezen met uitzondering van het beperken van het continu rooster. Ik ervaar het toeleven naar een dienst als spannender en belastende dan de diensten zelf. En inperken van de duur van de diensten betekend vaker een dienst moeten doen.
- In welke mate zou het samenvoegen van noord en zuid van toegevoegde waarde zijn? De diensten zouden misschien wat zwaarder worden voor de achterwacht, maar daar staat dan tegenover minder diensten als je de regio's samenvoegt? Ik denk dat dat anders is voor de perspectief van de achterwacht dan voor de voorwacht. De voorwachten ervaren nu dus gemiddeld al een hoge werkdruk welke alleen maar hoger zal worden bij het samenvoegen van de regio's. Ook ervaar ik het aantal diensten nu niet als veel/vaak. Samenvoegen van de regio's zou daarom niet mijn voorkeur hebben.
- Welke andere adviezen zou je zelf nog willen inbrengen? Nu geen verdere adviezen.

Gr Wouter

Vivium 03

Hoi,

Ik herken de vele telefoontjes die de voorwacht krijgt wat belastend is als je bij ene patient bent en waardoor de VW niet aan schrijven toe komt, de consulten lopen in elkaar over op piekmomenten.

Ik herken als AW dat het drukker wordt met vooral nieuwe basisartsen en anw dokters, die veel willen overleggen. En dat je ook geregeld moet overnemen, mn de triagevragen van huisartsen is lastig voor de basisarts, waarbij je ook aan de telefoon zit.

Ik zou dan ook als AW de regio niet willen uitbreiden in de weekends, nu ben je al niet bereikbaar voor arts 1 als je arts 2 aan de lijn hebt, dat zou dan wel eens een probleem kunnen worden. Misschien zou dit in de nacht wel kunnen en evt in de avonden door de week.

Ideeën: regieverpleegkundige voor telefoontjes aannemen en wegvangen niet-artsenvragen lijkt me meerwaarde hebben. Dan moet je echter wel goede communicatiemogelijkheden hebben dat niet de vpk de boodschap moet doorbellen aan de arts, maar op andere wijze de boodschappen doorgeeft, zodat de arts kan kijken wanneer die klaar is met vorige klus.

Verder 1 dossier zou echt heel veel helpen. Meeste worsteling is met alle dossiers en ook nog eens anw overdracht. Dus 1 dossier voor de dienst zou echt veel helpen lijkt mij. Toch allen naar Ysis overgaan?

Verder blijft essentieel goede wan hoofden met goede triagevaardigheden op de grote lokaties. Zoals bij theodotion dat die weg zijn geeft veel extra tijd, je moet met allerlei vpk onderhandelen en er wordt niet verzameld. Dit hoor ik telkens terug van de aios als knelpunt. Anders is gevaar dat wij die functie gaan overnemen door die regieverpleegkundige, en dan komen de lokaties daar mooi mee weg.

Gr irene

Vivium 04

- Zijn de bevindingen herkenbaar voor zowel Gooi Noord als Zuid?
- GN; ik kan me erin vinden dat de dienst goed te doen in de avonden door de weeks, echter zoals ik ook aangegeven heb in het interview vind ik de veiligheid in het weekend in het geding komen. Dit heeft te maken met aantal tel dat achter elkaar binnen komt waardoor je en niet bereikbaar bent en je niet goed kan focussen wanneer je bij een patiënt staat. Ik zie dat dit wel in Gooi-Zuid naar voren komen maar is zeker ook aan de orde in Gooi-Noord. (weekend)
- Onderschrijven jullie de adviezen?
- Ja eens met de adviezen, ik denk dat als de triage goed wordt gedaan door een verpleegkundige dit veel efficiënter is. De tijd dat je aan de telefoon zit gaat m namelijk vooral zitten door het lange uitvragen van het verhaal. Overige adviezen mee eens.
- In welke mate zou het samenvoegen van noord en zuid van toegevoegde waarde zijn? De diensten zouden misschien wat zwaarder worden voor de achterwacht, maar daar staat dan tegenover minder diensten als je de regio's samenvoegt?
- Het nadeel hiervan kan wel zijn dat de achterwacht de voorwacht minder kan ondersteunen maar dat is een kwestie van proberen.
-
- Welke andere adviezen zou je zelf nog willen inbrengen?
- Het volgende heb ik aangegeven in het interview:

Triage:

- Hoe je dit organiseert kan je over nadenken maar niet alle vragen hoeven via de arts gesteld te worden, een deel van de vragen kan al opgelost worden zonder arts eventueel met achteraf fiat door de arts.

- Dit kun je doen door inzetten doktersassistenten, verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten. Hierbij heb triage cursus geopperd en kijk eens op een HAP welk triage systeem ze daar gebruiken.

- Verder zou je bij nog verdere toename aan drukte kunnen denken aan het werken in het net genoemde geschetste team met dan in totaal twee artsen. 1 arts superviseert de afgehandelde consulten van VPK en doet tel consulten en triert samen met de VPK de visites. De andere arts rijdt de visites (indien nu nog onvoldoende aanbod hiervoor kan je plan ook overwegen nu al te doen voor GN en GZ samen). Je kunt je zo tenminste wel op de patiënt focussen.

-De oplossing zit hem denk ik niet in één verpleegkundig specialist voor de hele regio omdat je het probleem wat de arts nu heeft verschuift naar de verpleegkundig specialist, die zal in haar eentje te veel telefoontjes ontvangen voor wat ze aan kan.

Met vriendelijke groet, Miranda Bakker-Boonstra

Vivium 05

Hoi Bregje,

Allereerst: wat een goed rapport. Al overwogen om hier iets over op te schrijven in het TvO? Want de problemen zijn heel herkenbaar.

Ik onderschrijf de adviezen (met name die over de ICT, waar ik als achterwacht regelmatig telefoontjes over krijg!). Hoewel ik er als achterwacht niet om sta te springen 😊 denk ik dat telefoon doorschakelen naar de achterwacht als voorwacht in gesprek is een goede optie is: MITS er ook door alle verzorgenden voor ze bellen, overleg is geweest met een triërend verpleegkundige die heeft geholpen om de vraag enz volgens de SBAR te structureren (ook ik ken de nachtelijke telefoontjes met verzoek om paracetamol bij iemand die koorts heeft, geen klachten en een symptomatisch beleid; waarna je helaas toch niet altijd direct weer inslaapt).

Verder lijkt het samenvoegen van de twee dienstregio's haaks te staan op de ervaren drukte in de dienst zelf (zie ook bovenstaand) en de overweging om de diensten te knippen in kleinere stukjes. Ik denk dat het veel verstandiger (en leerzamer voor onze basisartsen/aios) als de drukte tijdens een dienst behapbaar is. Voor de continuïteit van zorg kun je m.i. beter een wat langere periode dienstdoen met periodes van rust. De patiënt en zorg hebben dan enige tijd dezelfde arts, die ook een eventuele follow-up na enkele uren zelf kan interpreteren.

Ik heb met beide systemen (grote regio en kort/kleine regio en wat langer) gewerkt en het laatste was vele malen beter. De volgende dag weer werken ging dan ook gemiddeld een stuk makkelijker.

Hartelijke groet,

Jeannine Jaski

- Zijn de bevindingen herkenbaar voor zowel Gooi Noord als Zuid? Zeker, het enige verschil is mi de 24 uren diensten. Die komen bij ons niet meer voor. Wij hebben 8 uren diensten, wel worden avond en nacht soms aan elkaar gekoppeld op verzoek van de voorwacht arts. Oom hebben wij destijds (in de scrum) afgesproken dat na een nachtdienst de voorwacht direct moet kunnen compenseren, dus uitslapen. En in de ochtend volgend op een nachtdienst in elk geval geen afspraken te hebben tot bv 12 uur.
- Onderschrijven jullie de adviezen? Ik zou nog meer de nadruk op de ICT willen leggen in de adviezen, daar zit een heel groot knelpunt. We hebben vanuit de scrum dit meermalen aangegeven. We zouden heel graag in elk geval naar 1 portaal willen waarachter de ECD's zitten, het allerliefst allemaal naar 1 behandeldossier in de dienst i.v.m. herkenbaarheid.
- Triage door VPK zeer herkenbaar, goed idee samen scholen, of kijken naar een gezamenlijke WAN. Dan evt. aanvullen met HoloLens op alle locaties zodat meekijken handiger wordt en visites voorkomen (reistijd)
- In welke mate zou het samenvoegen van noord en zuid van toegevoegde waarde zijn? Al eerder geadviseerd. Maar dan kijken naar totale regio incl. Almere
De diensten zouden misschien wat zwaarder worden voor de achterwacht, maar daar staat dan tegenover minder diensten als je de regio's samenvoegt? Deze snap ik niet
- Welke andere adviezen zou je zelf nog willen inbrengen? Toekomst gericht? Andere opties? Samen werken met de HAP?

Hartelijke groet,

Ellen Vreeburg.

Amaris 01

Theodotion: Onderschrijven jullie de adviezen?

Gedeeltelijk.

Door de basisartsen wordt herkend dat het als stressvol wordt ervaren als er meerdere keren op hetzelfde moment gebeld wordt; de piekmomenten. We zien alleen geen oplossing in het doorschakelen naar de achterwacht. Onzes inziens zorgt dit ervoor dat het er een situatie ontstaat waarbij de achterwacht juist een oneigenlijke (secretariële) taak erbij krijgt.

Het telefoonprobleem zou volgens ons een andere oplossing kunnen krijgen: bijvoorbeeld door er voor te zorgen dat er niet meer van anonieme telefoonnummers gebeld wordt, en de voorwacht direct ziet wie er belt, en terug kan bellen.

Daarnaast zouden wij voorstander zijn van een standaard-antwoordapparaat – gelijkend op de huisartsenlijn- op het moment dat de voorwacht in gesprek of niet bereikbaar is. (“bij spoed wordt u doorverbonden naar de achterwacht, kies dan 1, kan je vraag wachten blijf dan aan de lijn, of bel op een later moment nog een keer”).

Het grootste probleem zit in onze ogen wel in de triage van de verpleegkundige voorwacht. Er wordt niet goed geclusterd, en te vaak met niet-spoedzaken gebeld. Wij zijn groot voorstander van een “rondrijdend” WAN hoofd en scholing van de aanwezige zorg op triage. Graag regio breed en niet aan instellingen gebonden. Onze praktijkverpleegkundigen geven aan dat zij zouden willen meedenken over een rol voor hen hierin.

In welke mate zou het samenvoegen van Noord en Zuid van toegevoegde waarde zijn?

Wat ons betreft niet. Het zou dan alleen over het samenvoegen van de nachtdiensten-achterwacht gaan. Deze nachten worden niet als belastend ervaren, en zou dus weinig opleveren op het moment dat deze zouden verminderen op deze manier. Daarbij wordt de kwetsbaarheid in een situatie waarbij de voorwacht ziek/niet inzetbaar is, groter voor de achterwacht.

Welke andere adviezen zouden jullie zelf willen inbrengen?

Het stuk lijkt gericht op korte termijn acties om de diensten te verbeteren. De wens zou zijn om ook iets verder te kijken; naar bv samenvoeging met de HAP, stepped care werken met de huisartsen.

Daarnaast aandacht voor ICT. Het niet (makkelijk) kunnen inloggen maakt de diensten moeilijker, zowel voor voor- als achterwacht.

Groet, Lotje

Amaris 02

Gooi Zuid: Overleg n.a.v. rapport ervaren dienstendruk in ANW-uren.

Druk ligt bij voorwachten, zeker in weekend.

Herkenbaar beeld in rapport (knelpunten)?

Zeker, eigenlijk alle zaken wel herkenbaar, lang, veel, piekmomenten, verschillend niveau van vragen, onvoldoende 'vooruit' gewerkt in de week.

- Vraag om **weekendiensten te splitsen** zeker gewenst advies. Diensten die staan worden herverdeeld (basisartsen onderling). Nieuwe diensten gesplitst in laten delen door Frederike.
- Compenseren of vrij nemen na dienst moet mogelijk zijn, maar wel dit van tevoren dan al regelen en overleggen?

Advies Jan: **Beeldbellen** i.p.v. langsgaan, waar mogelijk (bv nieuwe opnames waar medisch ip niet echt iets 'nieuws' aan de hand is. Regionaal ook wel genoemd (wendy). (Is hier een -cie mee bezig? Welk systeem dan ed.). HoloLens zou hier misschien in toekomst ook rol in kunnen hebben of andere technische hoogstandjes.

Adviezen in rapport: Doorschakelen? Verschillende gedachten. Lijkt niet de oplossing, niet taak zuiver. Met elkaar AW en VW bekijken waar je elkaar kunt helpen. Soms kan door VW naar zorg vragen om direct AW te bellen ter ondersteuning (Anne) wel ontlasten als je vaststaat, wordt ook door SO's gedragen. Als uitgerukt moet worden is toch eigenlijk altijd binnen 1h ter plaatse ook goed genoeg. Als VW paar keer niet opneemt wordt tel alsnog doorgeschakeld naar AW. Maar wel dubbel, uiteindelijk is prioriteren door VW ook een 'leerdoel' (Jan) en is wegvangen door AW misschien niet de beste oplossing. **Samen sparren tav hoe verder kan al verlichten (Judith).**

Verpleegkundig triage team, zeker meerwaarde. Verhaal naar de arts is 'gewoon beter'. Uitspreken is minder vaak nodig. Vraag is wel hoe haalbaar het is, financieel, maakt echter ook weer tijd vrij voor de arts. AVT team Amaris zou hier toch wel rol in moeten kunnen hebben. Eventueel alleen voor de longstay locaties. Dat er scholing zal moeten komen voor verpleegkundigen die triage werkzaamheden gaan verrichten zeker noodzakelijk.

Meer preventief werken, '**vooruit werken' in de week**, betere plannen voor het weekend, wat als slechter wordt? Kan echt beter, is in de regio ook wel aandacht voor.

Starters beter begeleiden in het begin? Webinar opgenomen door Renée, Anne en Sacha Deetman (Vivium) om **basisartsen hierin voor te bereiden** (regionaal). Eerdere presentatie door Janine werd als ondersteunend ervaren door basisartsen hier. Eventueel meelopen met ervaren ass wordt genoemd als optie. Niet direct lang ingegaan op dit 'optuigen', kan door starter zeker initiatief in worden genomen om deel mee te kijken. Als voorwacht eerste dienst in plannen met achterwacht die je kent wordt als steunend ervaren.

Samenvoegen regio's wordt niet als meerwaarde gezien. Niet dit wiel opnieuw optuigen.

Gr, Natas

INOVUM

Inovum 01:

Op de volgende vragen zouden we graag antwoord krijgen:

- Zijn de bevindingen herkenbaar voor zowel Gooi Noord als Zuid? JA. IK BEN ZELF GEEN VOORSTANDER VAN 24H DIENSTEN IVM VEILIGHEID/FOUTRISICO. INDERDAAD GOED OM COMPENSATIE GOED TE BORGEN.
- Onderschrijven jullie de adviezen? JA. AMBULANT VPK DIENST IS OOK VOOR IMOZ EEN HEEL GROTE WENS.
- In welke mate zou het samenvoegen van noord en zuid van toegevoegde waarde zijn? VIND IK PRIMA, MAAR ZONDER ALMERE, SORRY, MAAR DAN ECHT VEEL TE GROOT (AANRIJTIJD) EN DRUK (WORKLOAD). DIENSTEN OP DE HAP GELOOF IK NOG STEEDS IN, NOG MEER SINDS IMOZ.
De diensten zouden misschien wat zwaarder worden voor de achterwacht, maar daar staat dan tegenover minder diensten als je de regio's samenvoegt? MINDER DIENSTEN HEEFT VOOR MIJ GEEN TOEGEVOEGDE WAARDE. WIJ KUNNEN AAN ANW VERKOPEN WAT WE NIET ZELF WILLEN INVULLEN, DUS HEBBEN AL INVLOED OP HOE VEEL DIENSTEN WE DOEN. NOG MINDER DAN RAAK IK ER HELEMAAL UIT.
- Welke andere adviezen zou je zelf nog willen inbrengen? ICT INDERDAAD ALS SPEERPUNT, OOK GEZAMENLIJK FORMULARIUM EN FTO'S.

Eveline Cours

Hilverzorg: (nog) geen reactie(s)

Zorggroep Almere: (nog) geen reactie(s)