

Reactie op rapport 'Houtskoolschets Acute Zorg' (3-7-2020)

- Voorkomen van acute zorg
Belgisch onderzoek uit eind vorige eeuw zou aangetoond hebben dat onnodig gebruik van spoedzorg nauwelijks beïnvloed wordt door folders, tv-spotjes etc., maar wel door onderwijs op de basisschool of middelbaar onderwijs. Door op de scholen onderwijs te geven in wanneer iets spoedeisend is en wanneer niet, wat je hier zelf in eerste instantie aan kan doen (EHBO) zou onnodig gebruik van het systeem van spoedzorg kunnen doen verminderen. Ook zou het mogelijk meer vertrouwen geven om adviezen voor zelfzorg op te volgen.

6 maanden geleden heb ik hier al enige actie op ondernomen. Een hogeschool voor opleiding tot leraar biologie o.a. was zeer geïnteresseerd in dit concept. Echter door de coronacrisis is dit niet verder opgepakt kunnen worden.

- Integrale samenwerking
Integrale samenwerking is volgens mij inderdaad het sleutelwoord. Hierbij zal iedere partij die met spoedzorg te maken krijgt betrokken moeten worden. Dat betekent ook de tandarts en de verloskundige, naast alle andere die reeds genoemd zijn in het rapport, zoals GGZ etc. Een tiental jaren geleden heb ik een systeem mogen ontwikkelen voor de Turkse spoedzorg in toeristengebieden. Daarvoor werd het 'MESOS' concept ontwikkeld: Medical Emergency, Short stay and Outpatient care System. Dit komt in grote lijnen overeen met wat het rapport voorstelt. Groot voordeel van het systeem dat deze ook als buffer kan dienen en dat ook de huisarts de beschikking heeft over een observatiemogelijkheid en basale aanvullende diagnostiek. Tevens is er gezorgd voor back-up van medische specialisten.
Dit systeem zou ook model kunnen staan voor de meer landelijke spoedposten in NL.

Integrale samenwerking is vooral ook noodzakelijk voor patiënten met een chronische ziekte of (kwetsbare) ouderen. Sommige streekziekenhuizen in NL hebben een vergaande samenwerking met verpleeghuizen en thuiszorg (bijv. RIVAS in Gorinchem). Dit heeft grote voordelen niet alleen voor de plaatsing van oudere en chronische patiënten, maar ook voor zaken als inkoop en continuïteit van zorg.

- Triage.
In België (Univ. Leuven) wordt op dit moment (in opdracht en financiering van de Overheid in België) een triage systeem voor de spoedzorg ontwikkeld. Het zou naar mijn mening nuttig zijn om ook hiernaar te informeren en te bezien of er elementen hiervan ook in NL gebruikt zouden kunnen worden.
- Het stellen van betrouwbare diagnoses door wijk- of ambulanceverpleegkundigen is naar mijn mening niet goed mogelijk. Ook in Schotland o.a. is hier ervaring mee opgedaan. In eerste instantie leek dit goedkoper, maar het tegendeel bleek het geval. Er waren verschillende patiënten die onterecht niet door werden verwezen, maar ook een groot aantal dat onterecht wel door werd verwezen, met een grotere toeloop naar de SEH als gevolg. Dit maakte het uiteindelijk duurder. De Schotse huisartsen willen dit daarom weer terugdraaien en weer zelf de spoedzorg verzorgen.
Het opleiden van huisartsen in de spoedzorg wordt al sedert 2008 verzorgd door de SBOH

met het gevolg dat steeds meer huisartsen getraind en geïnteresseerd zijn voor spoedzorg en dit daadwerkelijk ook kwalitatief goed kunnen doen. Ook is er een Kaderopleiding Huisartsenspoedzorg met reeds tientallen opgeleide kader-Huisartsen Spoedzorg die hier zeker een rol in zullen willen spelen.

- Koppeling van spoedposten aan een SEH van een ziekenhuis is niet altijd mogelijk omdat de locatie van het ziekenhuis niet centraal in een regio gelokaliseerd is (bijv. ziekenhuis Veldhoven en de huisartsenpost voor de Kempen e.o. of Zeeland, of de Achterhoek enz.) Daarvoor zal een slimme oplossing bedacht moeten worden (bijv. 'MESOS' zoals eerder genoemd)
- Spoedzorg voor kwetsbare ouderen zal bij voorkeur vanuit de verpleeghuizen door Specialisten Ouderengeneeskunde kunnen geschieden. Ook zij worden steeds meer opgeleid in de spoedzorg. Zij zullen echter hier financieel in ondersteund moeten worden. Een voorbeeld vanuit de corona-crisis: ernstig benauwde patiënten die niet (meer) ingestuurd willen/kunnen worden hebben ondersteuning nodig van bijv. high-nasal flow apparatuur met de nodige bewaking. Dit kan goed zijn voor zowel patiënt als financieel. De patiënt hoeft niet naar het ziekenhuis (SEH, opname), de belasting voor het personeel is vele malen minder als de patiënt in eigenhuis verzorgd kan worden enz. Daarom moet niet alleen gekeken worden naar de stroom van patiënten naar de SEH of Spoedpost, maar ook naar mogelijkheden om de patiënt thuis (verpleeghuis) adequaat te behandelen. Bekostiging hiervan is momenteel ingewikkeld of zelfs niet mogelijk.
- Spoedzorg vereist een vorm van risicomanagement. Geen enkele aandoening zal voor 100% zeker gesteld kunnen worden. Als een systeem wordt ontwikkeld zal berekend kunnen worden in welke mate deze betrouwbaar is (zowel vals negatieve als vals positieve uitkomsten). Nu wordt iedere 'misser' op het conto van de behandelaar geschreven, terwijl het risico vooral ook ligt in de gangbare protocollen of richtlijnen. Het is aan de politiek om aan te geven in welke mate een risico genomen kan worden op een foute diagnose. Als er met een richtlijn bekend is dat bijvoorbeeld in 2% van de gevallen een diagnose gemist zal worden, zal dit een gegeven zijn die niet op het conto van de behandelaar mag liggen, maar aan de politiek om vast te stellen dat dit een acceptabel risico is of niet. Daarom zal er ook een vorm van risicomanagement bedreven moeten worden, zodat bekend is in welke mate dingen niet goed zullen gaan. Het is dan aan de politiek om aan te geven of dit risico acceptabel is of niet.
- Wil de spoedzorg op een hoger peil moeten komen, zal er veel aandacht besteed moeten worden aan scholing en opleiding. De opleiding voor profielarts SEH-arts van drie jaar is te kort. In Europees verband is de opleiding tot klinisch specialist in Spoedzorg vastgesteld op 5 jaar (Zie ook European Society for Emergency Medicine). Daarmee kan ook de verantwoordelijkheid beter neergelegd worden als poortspecialisme. Dit houdt ook in, dat voor deze opleiding gekwalificeerde opleiders en opleidingsklinieken noodzakelijk zijn. Omdat in de VS de opleiding ook slechts drie jaar is, en de kosten van de zorg torenhoog zijn vanwege overdiagnostiek, zal deze hulp van elders moeten komen, zoals uit de UK, Ierland, België of Australië. Ook zal er meer geïnvesteerd kunnen worden in Verpleegkundig specialisten. Ervaring heb ik hiermee opgedaan bij opleidingen voor spoedzorg in verschillende verpleeghuizen in NL, wat erg positief was.