

ACUTE EN INTENSIEVE ZORG IN APART CENTRUM HEEFT VEEL VOORDELEN

Koppel spoedzorg los van planbare zorg



FRANK MULLER/HOLLANDSE HOOGTE

Ziekenhuizen bieden zowel acute als electieve zorg. Die twee vormen hebben heel verschillende vereisten – bijvoorbeeld als het gaat om beschikbaarheid van personeel – en bovendien botsen ze vaak. SEH-arts Michiel Tebbes stelt voor om de acute en de intensieve zorg apart te organiseren.

De discussie over de herinrichting van de spoed- en intensieve zorg is de laatste maanden hevig opgelaaid. Met als meest recente ontwikkeling dat de minister geen extra steun gaat bieden aan ziekenhuizen die niet kunnen voldoen aan de SEH- en/of ic-normen. Het gevolg van dit besluit is dat een deel van de ziekenhuizen, momenteel geschat op circa twintig, zijn SEH en/of intensive care moet sluiten. De zorg bestaat grofweg uit drie onderdelen: chronische, electieve en acute zorg. In de afgelopen decennia is de chronische zorg van het ziekenhuis naar de thuisomgeving van de patiënt verplaatst. Zowel de electieve als de acute zorg zijn achtergebleven in het ziekenhuis.

Dit botst soms en daar zijn patiënten de dupe van. Patiënten met een geplande afspraak moeten lang wachten op beschikbaarheid van zorgverleners of van aanvullende onderzoeken, omdat de acute patiënt voorgaat. 'De dokter moet even naar de Spoedeisende Hulp' of 'U moet nog even wachten op de echo, er is een spoedgeval tussengekomen' is op menig polikliniek vaak te horen. Dit alles geeft vertraging en verstoring in de planbare zorg.

Problemen

Aan de ene kant is er het probleem van de richtlijnen. Een deel van de ziekenhuizen kan niet voldoen aan de huidige richtlijnen voor de ic en de SEH. Zo gaat de ic-richtlijn uit van twee niveaus: basis-ic-zorg en kern-ic-zorg; en op elke ic, dus ook de basis-ic, moet 24/7 een ic-arts aanwezig zijn. En de SEH-richtlijn stelt dat er 24 uur per dag op elke SEH een arts moet zijn met minimaal twee jaar ervaring, waarvan minimaal één jaar bij een poortspecialisme. Daarnaast moet elke SEH binnen een halfuur een telefonisch en binnen twee uur een fysiek geriatrisch consult beschikbaar hebben. Ook voor ondersteunende specialismen, zoals apotheek, klinische chemie en medische microbiologie, geldt dat ze binnen dertig minuten bereikbaar moeten zijn. Een ander, niet direct zichtbaar, probleem is dat de acute zorg duur is. Dit heeft onder andere te maken met personeel dat

buiten kantoor tijd beschikbaar en oproepbaar moet zijn, zoals medisch specialisten en operatieteams. Een gemiddeld ziekenhuis heeft 's nachts twintig tot dertig medewerkers actief en een even groot aantal bereikbaar voor relatief weinig acute patiënten. Er zijn veel manieren om deze problemen op te lossen, maar vaak wordt dan gedacht binnen de bestaande infrastructuur van ziekenhuizen. Als acuut en electief in hetzelfde gebouw blijven zitten, zullen ze echter blijven botsen.

Zonder ziekenhuis

In de VS en het Verenigd Koninkrijk bestaan *stand-alone emergency departments* en *urgent care centers*. Dit zijn combinaties van huisartsenpost en Spoedeisende Hulp die zonder ziekenhuis werken. In deze centra behandelt men elke patiënt met een acute zorgvraag of stabiliseert de patiënt om die indien nodig over te plaatsen naar het ziekenhuis. En in Nederland is het AMC samen met Cordaan begonnen met een buurtziekenhuis. Door dit model om te keren en de electieve zorg als 'stand-alone' te positioneren en de acute en intensieve zorg te concentreren, is het mogelijk om de SEH- en ic-functie in elke regio beschikbaar te houden. Het loskoppelen zou betekenen dat er geen afdelingen Spoedeisende Hulp, ic of huisartsenposten meer in het ziekenhuis zijn. Deze worden geconcentreerd op een centrale plek in het verzorgingsgebied van meerdere ziekenhuizen. Hierbij moet rekening worden gehouden met rijtijden van de inwoners en de ambulance. Door op deze manier de acute en intensieve zorg te concentreren, kan heel Nederland gedekt worden met ongeveer dertig van deze centra tegenover de negentig Spoedeisende Hulpen en meer dan honderdtien huisartsenposten die nu open zijn. Zo'n centrum voor acute en intensieve zorg bestaat uit een 24/7-huisartsenpost, SEH, Eerste Harthulp (EHH), ic en ok-afdeling. Daarnaast is er een acute-opnameafdeling en ondersteuning van radiologie en laboratorium. Idealiter is ook de acute psychiatrie in dit centrum aanwezig. Dit maakt het mogelijk om zowel patiënten met acute somatische als met acute psychiatrische klachten te behandelen.

Meer uitdaging

Door de concentratie kan de kennis, kunde en kwaliteit van de acute en intensieve zorg toenemen. Ook biedt het meer onderzoeks- en opleidingsmogelijkheden, en meer uitdaging in het werk, wat een aanzuigende werking kan hebben op personeel. Daarnaast zal concentratie ook de efficiëntie doen toenemen. Hierdoor kan centralisatie een positieve bijdrage leveren aan de personeelstekorten en de kosten van de acute zorg.

Dit biedt kansen om het personeelstekort in de acute zorg op te lossen

Ook voor de patiënt zijn er voordelen: door de toegang van de acute zorg te clusteren, is het voor de patiënt duidelijk waar hij 24 uur per dag heen kan met een acute zorgvraag en in een spoed-geval kan de ambulance altijd naar één centrum rijden; geen zoektocht omdat ze met het ene acute ziektebeeld naar het ene ziekenhuis moeten en met het andere naar een ander ziekenhuis. De ic-richtlijn gaat uit van twee niveaus: basis-ic-zorg en kern-ic-zorg. Door de ic-zorg uit een grotere regio te bundelen, is het mogelijk om per regio een kern-ic te creëren, waarbij terloops ook wordt voldaan aan de criteria voor hoogcomplexere zorg.

Overzichtelijk

Patiënten worden primair door een huisarts gezien en verwezen naar de SEH. Blijkt daar dat ze opgenomen moeten worden of dat er nog nadere diagnostiek moet gebeuren, dan kunnen patiënten worden opgenomen op de acute-opnameafdeling (AOA). Deze afdeling geeft artsen 48 tot 72 uur de tijd om patiënten te behandelen en te diagnosticeren. De ervaring van ziekenhuizen met een AOA is dat de meeste patiënten vanaf de AOA naar huis kunnen. Mocht de patiënt meer zorg nodig hebben, dan kan hij terug naar het electieve centrum.

Als zich een acuut probleem voordoet in het electieve centrum, kan een spoedinterventieteam de patiënt stabiliseren en vervolgens terugplaatsen naar het acute centrum.

Het electieve centrum kan in vergelijking met de huidige ziekenhuizen meer in de buurt van de patiënt zijn. In deze centra werken medisch specialisten intensief samen met de huisartsen, de specialisten ouderengeneeskunde en de thuiszorg. Doordat de zorg dicht bij het huis van de patiënt is georganiseerd, is het schaalbaarder en meer op de patiënt gericht dan het nu al is. Ook voor de medisch specialist is het werken in het zorgcentrum prettig. Het werk is planbaar en overzichtelijk geworden, er is immers geen druk van de acute zorg. Door de planbaarheid kunnen patiënten op de afgesproken tijd geholpen worden, waardoor wachten niet meer nodig is.

Haalbaar

Het lijkt dus mogelijk en haalbaar om, door het loskoppelen van de acute en intensieve zorg, deze zorg te behouden op acceptabele afstand van de patiënt, terwijl tegelijk de electieve zorg dicht bij de patiënt komt. Daarnaast biedt het kansen om de personeelstekorten in de acute zorg op te lossen, om de hoogcomplexere zorg te concentreren en te voldoen aan richtlijnen en veldnormen. ■

contact

michiel@geneeskunde.com
cc: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld door de auteur.

web

Eerdere MC-artikelen en meer informatie over dit onderwerp vindt u onder dit artikel op medischcontact.nl/artikelen.