

Reactie discussiestuk Houtskoolschets acute zorg

Algemeen een interessant stuk met potentieel goede ideeën. Om patiëntenorganisaties en belangenverenigingen mee te krijgen zullen ideeën concreter moeten worden uitgewerkt.

**We zouden graag van u willen weten wat anders moet of beter kan in deze visie over de herinrichting van de acute zorg.**

## 2.2 Het is juist te druk of juist te stil

2<sup>e</sup> alinea zou moeten zijn: In de vroege ochtend- en nachturen. Juist de middag en avonden hebben te maken met piekdruk. Piekdruktes op elke Spoedeisende hulp ontstaan gemiddeld tussen 13:00 en 21:00 uur. (productiecijfers van SEH's op tijdstip zullen dit feit ondersteunen)

- Eigenschap van acute zorgvragen is dat deze op hetzelfde moment samenkomen doordat zorgvragen zich op hetzelfde moment aanbieden. In de huidige praktijk betekent dit dat piekdruktes vrijwel altijd op hetzelfde moment voorkomen. De regionale zorgmeldkamers benoemd in 4.3 maken het mogelijk minder acute spoedvragen (hechtwond, sportblessures) planbaar te maken door bijv. tijdsblokken te gebruiken. Sturing op piekdruktes is nu voor de Spoedeisende hulpen alleen mogelijk op 112 meldingen in contact met de meldkamer. Terwijl dit de zorg is waar minimaal op gestuurd moet worden. Door planbaar te maken van semi-acute vragen komt er een potentieel veel krachtiger instrument bij om te sturen.

Het potentiële “planbaar maken van minder urgente acute zorg” kan duidelijker als groot voordeel benoemd worden.

Aanvullend:

- Toerisme wordt niet benoemd terwijl dit een belangrijke is in de grote steden. Ook voor hen zou de toegang tot zorg zoals beschreven in de houtskoolschets beschikbaar moeten zijn. Nederland heeft een uniek systeem voor 1<sup>e</sup> en 2<sup>e</sup> lijnszorg en in de huidige praktijk maken deze vaak gebruik van de kostbare 2<sup>e</sup> lijnszorg.
- Naast GGZ, spoedzorg en huisartsenzorg is acute tandheelkundige zorg vaak een probleem en moeizaam toegankelijk. Tandartszorg kent ook een acute stroom welke los staat van 1<sup>e</sup> en 2<sup>e</sup> lijns zorg. Deze meenemen in de houtskoolschets kan het totale acute zorg spectrum completer maken.

**Daarnaast willen we graag over deze houtskoolschets acute zorg weten wat u er goed aan vindt en waar u positief over denkt.**

- Spoedzorgpost zoals benoemd in 4.4 kan krachtig zijn. De huidige Spoedzorg (SEH) kent 3 categorieën verwijstypen: Zelfverwijzers, 112 acute zorg en presentaties vanuit de eerste lijn. Veelal werd gefocust op zelfverwijzers met klachten die niet op de juiste plek gezien worden terwijl de categorie die ingestuurd wordt vanuit de 1<sup>e</sup> lijn zoals huisarts met een specifieke vraagstelling of voor aanvullende diagnostiek vele malen groter is. Dit zijn bij uitstek ook de patiënten die planbaar gezien kunnen worden maar nu op een Spoedeisende hulp komen.

- Landelijk dezelfde systematiek zoals benoemd als “zorgmeldkamers” voor niet levensbedreigende acute zorgvragen. Dit in plaats van regionaal de juiste huisartsenpost bellen, of zoeken naar een dienstdoende huisarts is een krachtig idee. Daarnaast heeft dit direct tot gevolg dat landelijk eenzelfde werkwijze ontstaat in spoedzorg.

#### Hoofdstuk 6 Financiering:

- Financiering op basis van beschikbaarheid ipv DBC of huisartsfinanciering geeft impuls aan samenwerking. Maakt het systeem begrijpelijker voor patiënt en geeft regie terug aan gemeente of overheid over beschikbaarheid op basis van normen als afstand en tijd. Op dit moment draait elke huisartsenpost en SEH in de nacht verlies en in de avond en daguren moet dit verlies gecompenseerd worden met zorgverlening, maar in acute zorg is sturen op productie niet mogelijk. Vanuit financieel oogpunt voor een zorgorganisatie is beschikbaarheid waarborgen niet aantrekkelijk.
- Uitgangspunt is de juiste zorg door de juiste hulpverlener op de juiste plek. De juiste hulpverlener kan soms ook een doktersassistent, verpleegkundige of specialistisch verpleegkundige zijn. (kleine letsels als wonden of een advies) Op dit moment is dit niet mogelijk in de huidige DBC systematiek en is een contact met een arts noodzakelijk voor financiering. Dit anders inrichten voor acute zorg maakt zorg efficiënter, doelmatiger en goedkoper.
- Financiering op beschikbaarheid maakt bekostiging eerlijker. De DBC systematiek voor bijvoorbeeld een auto-intoxicatie en de zorg die daadwerkelijk verleent wordt kan fors uiteenlopen. Auto-intoxicatie met alcohol is een advies terwijl een auto-intoxicatie ook een patiënt op een shockroom kan zijn waarvoor beademing en IC-opname geïndiceerd is.