



# Reactie Houtskoolschets

Aan	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Van	Bestuur Medrie, Icare, ZCN, Carinova, Ambulance IJsselland & divisie management Spoedeisende GGZ Dimence
Datum	30 oktober 2020
Onderwerp	Consultatie Houtskoolschets acute zorg

## 1. Aanleiding en doelstelling van deze reactie

Met belangstelling hebben wij kennisgenomen van de houtskoolschets acute zorg. Sinds 2017 zijn wij - zorgpartijen actief in de acute zorg in de regio IJsselland en Hardenberg- een samenwerkingsverband aangegaan welk doel naadloos aansluit bij de omschreven ambities in de houtskoolschets. Onze samenwerking houdt direct verband met de tweede (Regionale zorgmeldkamers voor niet levensbedreigende acute zorg) en derde pijler (Meer acute zorg thuis) in de schets.

In deze reactie zetten wij uiteen hoe onze eerste ervaringen zijn geweest ten aanzien van de genoemde pijlers. Wij geven daarnaast een aantal aanknopingspunten voor het vervolg. Deze zijn enerzijds gebaseerd op onze directe ervaringen en geven anderzijds ook de visie van de betrokken partijen. Wij zijn ervan overtuigd dat de schets en ons regionale initiatief elkaar kunnen versterken en helpen een passend antwoord te vinden op de toenemende druk binnen de acute zorg.

## 2. Van springplankproject naar zorgcoördinatiecentrum

### **Het project**

In de IJssellandse regio is fors geïnvesteerd in het versterken van de onderlinge samenwerking tussen de partijen actief in de acute zorg. Drie jaar geleden starten de koepelorganisaties Ambulancezorg Nederland en InEen de springplankprojecten op. Doel van de springplank was om een sprong voorwaarts te maken in de onderlinge samenwerking tussen huisartsenpost, ambulancedienst en wijkverpleging. Dit springplankproject resulteerde in een zorgcoördinatiecentrum

Vanaf de start zijn een verpleegkundig centralist meldkamer ambulancezorg, de coördinerende doktersassistent en regisserend huisarts, tezamen met een verpleegkundige van de wijkverpleging gezamenlijk gehuisvest op één locatie. Op een later moment is ook de acuut psychiatrisch hulpverlenend triagist (de APH-triagist) van de GGZ-aangeschoven. Alle partijen nemen de eigen spoedlijnen op en stemmen acute zorg af met als doel de juiste zorg, op het juiste moment op de juiste plek te kunnen bieden. Bij wijze van spreken is een integrale zorgmeldkamer gerealiseerd.

De eerste ervaringen leren ons dat een gezamenlijk zorgcoördinatiecentrum of zorgmeldkamer de samenwerking tussen zorgprofessionals binnen de totale acute zorgketen verbeterd. Voor de medewerkers is het aantrekkelijker

breder dan alleen het eigen domein te denken, wordt kennis over de andere domeinen gestimuleerd en is deze toegankelijker. Voor patiënten helpt het te voorkomen dat zij op een verkeerde plek terechtkomen in de acute zorg. In onderstaand kader zijn enkele voorbeelden gegeven. Daarnaast worden de vaardigheden van directe zorgverleners optimaal benut.

*Wat levert het de patiënt op?*

In het project illustreren waardevolle casussen het voordeel voor de patiënt. Een tweetal voorbeelden:

- Een oudere man gaat snel achteruit. Zijn buurvrouw heeft de ambulance gebeld. De meldkamercentralist bekijkt samen met de coördinerend doktersassistent van de huisartsenpost het dossier. De patiënt blijkt terminaal ziek te zijn en heeft in een eerder stadium een niet reanimatie verklaring getekend. In overleg wordt besloten dat de regisserend huisarts medicatie voorschrijft. Een wijkverpleegkundige pakt de zorg op bij meneer thuis. De buurvrouw heeft in de tussentijd familie gebeld en de man overlijdt in het bijzijn van zijn familie thuis.
- Een mevrouw heeft een steeds sterker bloedende wond na een borstampuatie die zij enkele weken geleden heeft ondergaan. Zij belt de huisartsenpost. Het is erg druk op de post en het is aannemelijk dat op korte termijn geen huisarts bij haar langs kan komen. Mevrouw voelt zich duizelig en kan niet zelf met vervoer komen. In overleg met de verpleegkundige van de zorgcentrale wordt gekeken naar wijkverpleegkundige mogelijkheden. Een verpleegkundige van het specialistisch team gaat langs en behandelt de wond. De verpleegkundige stemt af met de regisserend huisarts. Er is geen aanvullende zorg nodig.

### **Op weg naar een sector brede zorgmeldkamer**

In mei dit jaar spraken de betrokken organisaties hun ambities voor het vervolg van het project uit. Eenieder onderschrijft het concept zorgmeldkamer. De komende periode breidt de locatie uit en doen meer medewerkers mee.

De lange termijn ambitie is om toe te werken naar integraal werkende medewerkers. Deze medewerkers kunnen alle verschillende spoedlijnen beantwoorden en multidisciplinair triëren. Het maakt dan niet meer uit welke lijn de patiënt belt. De gedachtegang is dat wij zo vooruitlopen op de komst van één herkenbaar nummer. Hiermee wordt onduidelijkheid voor de patiënt als het gaat over wie te bellen met een acute zorgvraag achter de schermen opgevangen. Medewerkers kiezen uit alle verschillende vervolgcacties en zetten de juiste zorg in.

Kortom, de overlap met de houtskoolschets is duidelijk!

## 3. De aandachtspunten

### **Aandachtspunten bij de kaders**

Gebaseerd op onze ervaringen stellen wij voorop de tweede (regionale zorgmeldkamers voor niet levensbedreigende acute zorg) en derde pijler (meer acute zorg thuis) in de houtskoolschets van harte te onderschrijven. Wij ondersteunen deze ontwikkeling en moedigen jullie aan het beleid op deze lijn te continueren. Gebaseerd op onze ervaringen en ambities zijn een aantal punten op te merken. Wij refereren hier naar de opgestelde randvoorwaarden in het vijfde hoofdstuk van de houtskoolschet:

Ten eerste achten wij, evenals jullie, de eerste randvoorwaarde- samen optrekken- van groot belang. In onze pilot merken wij echter op dat op onderdelen landelijke besluiten noodzakelijk zijn. Alleen op regionaal niveau is het namelijk lastig een beleidsmatig verschil te maken. Concreet zien wij bijvoorbeeld dat een landelijke multidisciplinaire triagestandaard noodzakelijk is om integraal, multidisciplinair te werken. Wij opteren om landelijk samen met de

huidige triagestandaarden- veelal de Nederlandse triagestandaard (NTS)- en de koepelorganisaties één systeem te ontwikkelen met daarin passende vervolgcacties breed over de verschillende domeinen in de acute zorg heen. Wij zijn vervolgens als regio van harte bereid deze te testen en in de praktijk te toetsen.

Ten tweede benadrukken wij de waarde van integrale normen. In aansluiting op het derde genoemde kader (glasheldere en handhaafbare normen) zien wij dagelijks de verwarring rondom verschillende urgenties en aanrijtijden. Ontwikkel gezamenlijk een nieuwe inrichting, aansluitend bij de huidige systematiek, en doe dit bovenal integraal. Het belang hiervan is dat zorgverleners in de acute zorgketen onderling weten wat zij van elkaar kunnen verwachten in het gezamenlijk beantwoorden van acute zorgvragen. Wij kunnen ons voorstellen dat dit een uitbreiding is op het recent vastgestelde kwaliteitskader spoedzorgketen.

Tenslotte vragen ook wij aandacht voor de regionale grenzen van de participerende partijen, aansluitend bij jullie vijfde kader. Om een zorgmeldkamer op te kunnen schalen is het waardevol als regionale grenzen congruent zijn. In onze pilot zien wij dat dit frictie geeft. De keuze voor bepaalde grenzen kunnen bijvoorbeeld voor de huisartsenpost aansluiten maar betekenen een ongewenste directe splitsing in het verzorgingsgebied van een andere partij. Een oplossing zien wij helaas niet direct. Wél achten wij het van belang dat deze incongruentie van verzorgingsgebieden niet de ontwikkeling naar een zorgcoördinatiecentrum belemmerd. Ondersteun de specifieke instellingen, in overleg met de zorgverzekeraars, om te gaan met deze frictie.

#### **Financiering op beschikbaarheid**

In de uitvoering van onze pilot zien ook wij de noodzaak de bekostiging onder de loep te nemen. Wij zijn gestart vanuit de gedachte dat alléén op deze manier, waarin vergaand wordt samengewerkt, het mogelijk is de toenemende druk in de acute zorg op te kunnen vangen binnen de financiële kaderstelling. In de praktijk is het complex om te gaan met de combinatie van enerzijds beschikbaarheidsvergoedingen en anderzijds productiefinancieringen in een zorgmeldkamer. Zo ontlast bijvoorbeeld de inzet van wijkverpleegkundigen vanuit de VVT-sector in de ANW-uren ambulancepersoneel of de huisartsenzorg. Wél leidt deze inzet tot additionele kosten in een productiestelstel, terwijl de kosten van ambulance- of huisartsenzorg niet lineair afnemen door de elementen van beschikbaarheidsfinanciering.

Wij nodigen eenieder van harte uit -als opsteller van de schets of als geïnteresseerd zorgverzekeraar- hier samen een voorzichtige stap in te zetten en wellicht met ons het experiment naar volledige beschikbaarheidsfinanciering in de acute ANW-zorg met de mobiele zorgverleners aan te gaan.

## 4. Samengevat

De houtskoolschets toont een beleidslijn die wij van harte onderschrijven. Wij voelen ons bestendig in de gevaren koers in het IJssellandse project. Graag moedigen wij de beleidslijnen aan en nodigen jullie uit hierover met ons nader in gesprek te gaan. Wellicht kunnen de gezette stappen in IJsselland een vruchtbare voedingsbodem zijn voor de doorontwikkeling naar zorgmeldkamers in Nederland en productief blijken in het streven naar één telefoonnummer voor niet levensbedreigende spoedeisende zorg. Wij hopen met onze reactie een steentje bij te dragen aan de verdere ontwikkeling.