

Reactie houtskoolschets acute zorg

De houtskoolschets acute zorg is afgelopen periode op hoofdlijnen geëvalueerd door ons medisch stafbestuur en door onze Stuurgroep Acute Zorg.

Aan de hand van de 2 vragen uit de open consultatie van het Min VWS nav de houtskoolschets wordt de feedback van het stafbestuur en de stuurgroep hieronder samengevat.

Vraag 1

Wat kan er anders of moet beter in deze visie over de herinrichting van de acute zorg?

- Het document is niet vernieuwend. Over de aangereikte oplossingsrichtingen voor slimmere inrichting acute zorg wordt al jaren gesproken.
- Het is van belang om het onderscheid spoedpost (dan wel spoedkliniek) vs SEH nog duidelijker in beeld brengen. Ook op een spoedpost kan het zo zijn dat er medisch specialistische expertise, dan wel SEH zorg nodig is. Heel goed uitwerken en definiëren. Het is een misvatting om te denken dat op de SEH alleen “hoogcomplex of levensbedreigende acute zorg” moet worden geleverd. Er zijn veel aandoeningen en/of letsels die niet levensbedreigend en/of hoogcomplex zijn maar die desondanks niet op een spoedpost behandeld moeten worden en waar wel degelijk medisch specialistische zorg dan wel diagnostiek nodig is.
- Onderverdeling van laagcomplex naar spoedpost en hoogcomplex naar volwaardige SEH is ook een al lang bestaand idee, maar in de uitvoering complex. Met name het onderscheid voor de ongedifferentieerde patiënt (waarbij het ziektebeeld niet direct helder is) tussen laagcomplex en hoogcomplex is moeilijk te maken. Het belang van goede (evt. digitale) triage wordt onderstreept (dat doet de Houtskoolschets ook).
- Goed dat de Houtskoolschets in dat kader gebruik maakt van patient journeys om concepten nader te illustreren. Echter, de aangereikte casuïstiek (bijv. patiënt met pijnlijke knie) is niet goed doordacht. Juist in deze casus kunnen veel zaken mis gaan.
- Integratie HAP en SEH en gezamenlijke triage is ook niet vernieuwend is op veel plaatsen al gangbaar, of wordt aan gewerkt.
- De centrale rol voor de meldkamer en een centraal telefoonnummer kent naast de voordelen enkele risico's
 - Het valt of staat met de scholing en kwaliteit van de triagisten
 - Bekendheid met een patiënt is soms waardevolle informatie bij triage; hoe neem je die kennis mee? Soms is het belangrijk om voor de continuïteit een bekende patiënt op bekende plek te zien, ook al zou de triage soms een andere ingang aanwijzen;
 - Er zal een balans moeten komen tussen voldoende laagdrempeligheid om te bellen, maar voldoende drempel om verstopping van de meldkamer te voorkomen;
 - In het kader van vernieuwing kan nagedacht worden over andere vormen van communicatie dan (alleen) de telefoon

Vraag 2

Wat is er goed aan de houtskoolschets acute zorg?

- Algemeen: voor OLVG geldt dat een aantal van onze initiatieven om de spoedzorg in Amsterdam zinniger en slimmer te organiseren, waaronder de spoedkliniek, goed past bij de krijtlijnen van de houtskoolschets, hoe weinig vernieuwend die op andere punten ook is.
- Wij herkennen de richting die wordt geschetst en de wens om de (hoog)complexe acute zorg te scheiden van de minder complexe niet levensbedreigende zorg. Dit is ook in lijn met de eerder gepresenteerde plannen voor een spoedkliniek. Het scheiden van spoedpost en spoedeisende hulp is daarom onzes inziens een oplossingsrichting die aansluit bij de plannen van OLVG: minder grote SEH's, met ondersteuning van kleinere satellieten waar de patiënt centraal wordt gesteld. De uitdaging is JZOJP → patiënt op de juiste plek krijgen, op het juiste moment. Een aanzienlijk deel van de SEH zorg die OLVG levert kan mogelijk gepland worden binnen 12 uur. Dat is dan niet meer echte spoedzorg maar planbare spoedzorg. Mooi concept dus, misschien niet nieuw, maar OLVG ziet goede aansluiting met de overwegingen die de Houtskoolschets hierin benoemt. Triage blijft evenwel cruciaal: de toeleiding van patiënten naar de juiste plek is een niet te onderschatten uitdaging. Alsmede een 'veiligheidsklep' voor de patiënt die onterecht naar een spoedkliniek werd verwezen.
- Meer acute zorg thuis is in praktijk lastig op te tuigen, de toestroom naar HAP/ SEH zal altijd blijven. Dit is wel het leukste en nieuwste idee van de houtskoolschets. Allerlei ideeën en projecten voor thuismonitoring en thuiszorg van OLVG sluiten hier op aan. Maar dat is niet met één druk op de knop georganiseerd.
- Concepten die de commissie acute zorg t.a.v. de houtskoolschets verder ondersteunt zijn:
 - Regionale verschillen in de uitwerking: Vaak zijn er ook alternatieve oplossingen – naar inhoud, naar proces en naar timing – die elk op hun reikwijdte kunnen worden beoordeeld. Een oplossing op maat in Amsterdam vergt ook een omslag in de manier van denken en een heroverweging van de manier waarop zorgaanbieders, inkopers van de zorg, en publieke en private bedrijven hun samenwerking inrichten.
 - Zorgmeldkamer, Traumacentra en rol in ROAZ en registraties
- Wij onderschrijven het belang van preventie en zorg thuis zo lang het kan.

Overige overwegingen:

- Voor zorgorganisaties anno 2020 is het vermogen tot samenwerken en coördineren de belangrijkste succesfactor. Krachtenbundeling en/of concentratie van specialismen lag daarbij afgelopen jaren voor de hand. Voor de komende jaren geldt vooral dat verregaande netwerksamenwerking en consolidatie op onderdelen in het zorgnetwerk beeldbepalend moeten zijn, ook in de acute zorgketen, al lijkt dit in praktijk moeilijk van de grond te komen.
- Er zijn verschillende strategische verbetermogelijkheden te noemen, onder andere: bundeling van infrastructuur; bundeling van (24/7) diagnostische capaciteit; beter samenwerkende netwerken met aandacht voor de cruciale rol van (toenemende) anderhalvelijns diagnostiek (=spoedkliniek met huisartsen en ziekenhuizen); benutten van de nieuwe mogelijkheden van eHealth en Telemedicine (=digitale triage en thuismonitoring); en het toepassen innovatieve organisatiestructuren.
- Het spreekt voor zich dat het 'probleem' varieert van regio tot regio en van ziekenhuis tot ziekenhuis. Niettemin is het van belang kritisch stil te staan bij de uitdagingen die samenhangen met coördinatie, netwerksamenwerking, digitalisering en innovatie. Hierbij speelt technische innovatie een belangrijke rol, echter bestuurlijke innovatie is vaker nog de grootste uitdaging. Naast de gangbare toetsing op beschikbaarheid en bereikbaarheid is ook voor acute zorg een holistische benadering vereist (patiënt, specialist, arts, huisarts, maatschappelijk perspectief, financiering, enz.)