



> Schets met goede aanknopingspunten

Reactie SiRM op houtskoolschets
acute zorg

Utrecht, 28 december 2020
Contactpersoon: Saskia van der Erf

SiRM. Strategies
in Regulated
Markets

Inhoud

1	Aanleiding en conclusie	3
2	Reactie op de voorgestelde nieuwe inrichting	4
2.1	SiRM is positief over regionale zorgmeldkamers, maar dit vraagt wel intensievere samenwerking tussen ketenpartners	4
2.2	Volgens SiRM kan een landelijk telefoonnummer bijdragen aan JZOJP, mits duidelijk gepositioneerd en ‘achter de voordeur’ zeer goed georganiseerd	5
2.3	SiRM denkt dat concentreren van SEH’s nodig zal zijn, maar vraagt wel aandacht voor patiënten met onduidelijke zorgvraag en gevolgen voor ziekenhuizen	6
3	Reactie op het voorstel om te betalen voor beschikbaarheid	9
3.1	SiRM is positief over betalen voor beschikbaarheid, mits er landelijke beschikbaarheidsnormen opgesteld worden	9
3.2	Volgens SiRM is betalen voor beschikbaarheid doelmatig mogelijk, indien slim georganiseerd	9
3.3	SiRM benadrukt dat betalen voor beschikbaarheid een zorgvuldige aanpassing van de inkoopmarkt vergt	10
4	Reactie op de focus van de houtskoolschets	11
4.1	Volgens SiRM is investeren in preventie ook voor andere doelgroepen dan kwetsbare ouderen van belang	11
4.2	SiRM denkt dat de locatie waar de fysieke beoordeling van acute ggz plaatsvindt in uitwerking meer aandacht behoeft	11

I Aanleiding en conclusie

Halverwege 2020 heeft het ministerie van VWS (VWS) de houtskoolschets acute zorg gepubliceerd. VWS heeft in het najaar van 2019 en begin van 2020 met verschillende personen binnen en buiten het ministerie gesproken. Aan de hand van deze gesprekken zijn eerste ideeën gevormd die beschreven staan in de houtskoolschets. Ook de eerste geleerde lessen van COVID-9 zijn meegenomen in de schets.

VWS geeft aan dat de ideeën in de houtskoolschets eerste denkrichtingen zijn. De schets is het begin van een langer traject, waarbij nog veel uitgewerkt en onderbouwd moet worden. VWS heeft belangstellenden uitgenodigd om uiterlijk 1 januari 2021 te reageren op de houtskoolschets via een openbare internetconsultatie. SiRM – Strategies in Regulated Markets – gaat graag in op deze uitnodiging en geeft in dit document een reactie vanuit de brede ervaring die we de afgelopen ruim tien jaar hebben opgedaan in de acute zorg, op zowel landelijk, regionaal als lokaal niveau.

SiRM is van mening dat de houtskoolschets goede aanknopingspunten biedt voor de verdere uitwerking van de organisatie van acute zorg in Nederland:

- SiRM is positief over regionale zorgmeldkamers, maar dit vraagt wel intensievere samenwerking tussen ketenpartners. We denken dat een landelijk telefoonnummer kan bijdragen aan JZOJP, mits duidelijk gepositioneerd en ‘achter de voordeur’ zeer goed georganiseerd. SiRM denkt dat concentreren van SEH’s nodig zal zijn, maar vraagt wel aandacht voor patiënten met onduidelijke zorgvraag en gevolgen voor ziekenhuizen. (Hoofdstuk 2)
- SiRM ondersteunt het voorstel om te betalen voor beschikbaarheid van acute zorg, mits er landelijke beschikbaarheidsnormen opgesteld worden. We denken dat betalen voor beschikbaarheid doelmatig mogelijk is, indien slim georganiseerd. We benadrukken dat betalen voor beschikbaarheid wel een zorgvuldige aanpassing van de inkoopmarkt vergt, waaronder het definiëren van een duidelijke afbakening tussen acute en planbare zorg. (Hoofdstuk 3)
- SiRM raadt VWS aan om ook andere doelgroepen en de acute ggz een prominentere plek te geven in de verdere uitwerking. Investeren in preventie is ook voor andere doelgroepen dan kwetsbare ouderen van belang. Wat betreft de acute ggz raadt SiRM VWS aan om in de uitwerking de locatie waar de fysieke beoordeling plaatsvindt meer aandacht te geven. Fysieke beoordeling van acute ggz op spoedposten én spoedeisende hulpen is niet wenselijk. (Hoofdstuk 4)

2 Reactie op de voorgestelde nieuwe inrichting

In dit hoofdstuk staat de reactie van SiRM op de nieuwe inrichting van de acute zorg (Hoofdstuk 4 van de houtskoolschets). We gaan in op de regionale zorgmeldkamers, het landelijk telefoonnummer en de concentratie van SEH-zorg.

2.1 SiRM is positief over regionale zorgmeldkamers, maar dit vraagt wel intensievere samenwerking tussen ketenpartners

SiRM onderschrijft het nut en de noodzaak van regionale zorgmeldkamers. Goede telefonische triage is cruciaal, zeker als er onderscheid zou komen tussen SEH's en integrale spoedposten. Door de triage multidisciplinair in te richten (huisartsenspoedzorg, ambulancezorg, acute wijkverpleging, acute ggz, dienstapotheek en sociaal domein) worden zorgvragers vaker in één keer door de juiste zorgprofessional geholpen. Een gezamenlijke organisatie in een zorgmeldkamer verkort de lijnen tussen zorgprofessionals uit verschillende disciplines en creëert een sterker gevoel van saamhorigheid. In een tijdperk waarin zorgvragen steeds vaker het domein van één discipline overstijgen, is dat cruciaal. Daarnaast neemt door het in één keer leveren van de juiste zorg op de juiste plek, de productiviteit van de acute zorgketen toe. Zorgmeldkamers spelen hiermee een cruciale rol in het aanpakken van personeelstekorten in de acute zorg. Bovendien stellen regionale zorgmeldkamers de professionals beter in staat om zorg te leveren die het beste past bij hun kennis en ervaring.

Om succesvolle regionale zorgmeldkamers in te kunnen richten is intensievere samenwerking tussen partners in de spoedzorgketen van belang. Concreet zien wij op dat gebied drie aandachtspunten:

- Het wederzijds begrip en vertrouwen onder ketenpartners dient versterkt te worden.
- Er zijn goede werkafspraken omtrent overdracht en evaluatie nodig tussen ketenpartners.
- Om hun functie goed invulling te geven, dienen triagisten naast (real-time) informatie over capaciteit, over informatie over de zorgvrager te beschikken.

We gaan in de subparagrafen in meer detail in op de aandachtspunten.

Hoewel intensievere samenwerking makkelijker te realiseren is als ketenpartners samen gehuisvest zijn op één locatie, weet SiRM uit ervaring dat dit niet in alle regio's wenselijk is. Het adherentiegebied voor de telefonische triage en het aantal meldingen verschilt immers enorm per discipline. We denken dat een zorgmeldkamer ook een intensieve virtuele samenwerking kan zijn waarbij disciplines 24/7 met elkaar verbonden zijn.

2.1.1 Het wederzijds begrip en vertrouwen onder ketenpartners dient versterkt te worden

SiRM merkt in haar opdrachten dat ketenpartners in de ziekenhuiszorg, huisartsen(spoed)zorg, ambulancezorg, vvt, ggz en het sociaal domein elkaar niet altijd weten te vinden en begrijpen. Dit heeft onder andere te maken met fysieke afstand tussen de zorgverleners en financiële en

wettelijke schotten in het huidige zorgstelsel. Hoewel SiRM niet per definitie voor fysieke zorgmeldkamers pleit, is het wel raadzaam om elkaar voldoende te ontmoeten als gekozen wordt voor een virtuele zorgmeldkamer als samenwerkingsvorm. Deze ontmoetingen vormen een kans voor partijen om de verstandhouding te verbeteren en elkaars werk beter te begrijpen, bijvoorbeeld door af en toe mee te lopen met elkaars diensten.

2.1.2 Er zijn goede werkafspraken omtrent overdracht en evaluatie nodig tussen ketenpartners

Om discussie tussen zorgverleners te voorkomen, en patiënten niet van het kastje naar de muur te sturen, zullen ketenpartners heldere werkafspraken moeten maken omtrent overdracht en evaluatie. Ketenpartners kunnen bijvoorbeeld met elkaar afspreken dat de triage van een ketenpartner altijd wordt geaccepteerd, met als voorwaarde dat de overnemende partij zelf de urgentie bepaalt. Het vormgeven van een periodiek ketenoverleg kan bijdragen aan een steeds betere rolverdeling en de gezamenlijke verantwoordelijkheid voor het leveren van de juiste zorg op de juiste plek.

2.1.3 Om hun functie goed invulling te geven, dienen triagisten naast (real-time) informatie over capaciteit, over informatie over de zorgvrager te beschikken

Zoals beschreven in de houtskoolschets kan inzicht in de beschikbare capaciteit (klinische bedden, ELV-bedden, drukte op huisartsenposten etc.) de doorstroom en uitstroom bevorderen. Voor een goede gezamenlijke triage is het van belang dat men op de zorgmeldkamer ook over (real-time) informatie beschikt over de zorgvrager zelf. Met toegang tot het huisartsendossier, platformen zoals het Landelijk Schakelpunt en VIPLive, en digitale zelftriagetools, krijgen triagisten inzicht in medicatie, allergieën, ggz-crisiskaarten en behandelbeperkingen van de zorgvrager. Informatie die een cruciale rol speelt in het snel coördineren van de juiste zorg. Ook informatie vanuit eHealth-toepassingen, zoals het snel groeiende telemonitoring, dient tot het repertoire van de zorgmeldkamer te gaan behoren.

2.2 Volgens SiRM kan een landelijk telefoonnummer bijdragen aan JZOJP, mits duidelijk gepositioneerd en ‘achter de voordeur’ zeer goed georganiseerd

SiRM denkt dat een landelijk telefoonnummer voor niet-levensbedreigende acute zorgvragen voor meer juiste zorg op de juiste plek kan zorgen, mits goed uitgevoerd. De Nederlandse zorg is de afgelopen decennia steeds verder gespecialiseerd, waardoor haast onvermijdelijk ook enige fragmentatie van zorg is opgetreden. Voor burgers is het daardoor op dit moment niet altijd duidelijk wie wanneer te bellen. Zij kunnen daarom baat hebben bij een landelijk telefoonnummer. SiRM denkt echter dat een landelijk telefoonnummer alleen gaat werken als het duidelijk gepositioneerd en goed georganiseerd is:

- Voor burgers moet het heel helder zijn in welke gevallen zij het beoogde landelijke telefoonnummer voor niet-levensbedreigende acute zorgvragen moeten bellen.
- De toegevoegde waarde van een landelijk telefoonnummer staat of valt met de mate van organisatie ‘achter de voordeur’.

2.2.1 Voor burgers moet het heel helder zijn in welke gevallen zij het beoogde landelijke telefoonnummer voor niet-levensbedreigende acute zorgvragen moeten bellen

Voor burgers moet het heel helder zijn wanneer (zowel qua zorgvraag als moment van de week) te bellen naar 112, de (eigen) huisarts, andere eigen zorgverleners, en het beoogde landelijke telefoonnummer voor niet-levensbedreigende acute zorgvragen. Veel mensen zonder zorgervaring kunnen levensbedreigende en niet-levensbedreigende problemen redelijk van elkaar onderscheiden. Een dergelijk verschil tussen wanneer de huisarts te bellen en wanneer een landelijk nummer voor niet-levensbedreigende acute zorgvragen, is veel minder helder, zeker in stressvolle situaties. We pleiten er daarom voor dat het invoeren van een nieuw landelijk nummer niet leidt tot een nieuwe zorglaag tussen de huisarts(enpost) en ambulancezorg/spoedeisende hulp. Een eventueel landelijk telefoonnummer zou de nummers van huisartsenposten in Nederland moeten vervangen.

2.2.2 De toegevoegde waarde van een landelijk telefoonnummer staat of valt met de mate van organisatie 'achter de voordeur'

Het opzetten van landelijke telefoonnummer lijkt een aantrekkelijk en overzichtelijk concept. Belangrijker is echter dat betrokken ketenpartners elkaar 'achter de voordeur' – ongeacht welk nummer de zorgvrager belt – snel weten te vinden en de juiste zorg op de juiste plek coördineren. Hierboven doen we een aantal suggesties om de samenwerking op een zorgmeldkamer te versterken. Hiervoor is één landelijk nummer niet per se nodig. Het kan wel een katalysator vormen voor de totstandkoming van goed werkende zorgmeldkamers in iedere regio.

2.3 SiRM denkt dat concentreren van SEH's nodig zal zijn, maar vraagt wel aandacht voor patiënten met onduidelijke zorgvraag en gevolgen voor ziekenhuizen

In een geïdealiseerde wereld zijn er twee typen patiënten in de acute zorg, en is het aanbod daar optimaal op ingesteld:

- Laagcomplex: patiënt moet op korte termijn geholpen worden met behulp van relatief eenvoudige, vaak geprotocolleerde zorg. Laagcomplexe SEH's of spoedposten voorzien in dit geval optimaal in laagdrempelige acute zorg met oog voor de context van de zorgvraag en het zorgaanbod.
- Hoogcomplex: patiënt moet op zeer korte termijn geholpen worden met behulp van de meest geavanceerde acute zorg (professionals). Het passende aanbod hiervoor zijn hoogcomplexe SEH's die de meest geavanceerde zorg door de beste professionals op een centraal punt bieden. Hierbij zijn beschikbaarheid en kwaliteit immers belangrijke factoren.

Uit onderzoek blijkt dat de concentratie van hoogcomplexe zorg levens kan redden. Bovendien kan deze bijdragen aan het oplossen van personeelstekorten.

SiRM heeft onderzoek gedaan naar de effecten van de concentratie van complexe zorg. In de publicatie '[Concentratie van complexe ingrepen kan meer dan 200 sterfgevallen vermijden](#)' laten we zien dat de concentratie van acht complexe ingrepen jaarlijks circa 200 sterfgevallen kan

besparen. Dit resultaat slaat weliswaar op planbare ingrepen, maar de achterliggende logica is evenzeer toepasbaar op complexe acute zorg: hogere volumes van zeldzame ingrepen maken artsen en verpleegkundigen bekwamer en beter op elkaar ingespeeld.

De betere zorg weegt in de meeste gevallen op tegen extra reistijden. In bovengenoemde publicatie ging het om gemiddeld circa 20 minuten extra reistijd, maar vanwege het grotere aanbod aan SEH's is het effect op de reistijd daar kleiner. In het rapport '[Concentratie van IAT-zorg in Nederland](#)' concludeerden we al dat een goed doordachte concentratie tot gezondheidswinst leidt. Dit sluit tevens aan bij het advies van de Gezondheidsraad over de 45-minutennorm in de spoedzorg: afhankelijk van de aandoening kan de 45-minutennorm losgelaten worden.

Naast de betere kwaliteit van zorg is concentratie van hoogcomplexe niet-planbare zorg ook vanuit organisatieperspectief een goed idee. In het algemeen zijn fluctuaties in drukte bij hogere volumes namelijk relatief kleiner (ook wel bekend als de wortel-n-wet). Hierdoor kunnen professionals en middelen per tijdseenheid meer output leveren, terwijl aan dezelfde beschikbaarheidsnormen voldaan kan worden. In tijden van personeelsschaarste en druk op de overheidsuitgaven mag dit voordeel niet over het hoofd gezien worden.

Naast de voordelen die wij zien van concentratie van hoogcomplexe zorg, zijn er wel twee belangrijke aandachtspunten:

- Concentratie van hoogcomplexe zorg vraagt extra aandacht voor patiënten met een onduidelijke zorgvraag.
- Concentratie van hoogcomplexe zorg heeft bredere gevolgen voor de organisatie en marktpositie van ziekenhuizen.

2.3.1 Concentratie van hoogcomplexe zorg vraagt extra aandacht voor patiënten met een onduidelijke zorgvraag

Eén van de nadelen van verdere concentratie van hoogcomplexe SEH's is dat patiënten met een onduidelijke zorgvraag of zelfverwijzers minder snel van deze voorziening gebruik kunnen maken. Als voor patiënten die zich bij een spoedpost melden, toch hoogcomplexe zorg nodig blijkt, moeten zij immers nog vervoerd worden. Goede telefonische triage kan ervoor zorgen dat de groep van patiënten met een onduidelijke zorgvraag iets afneemt. Daarnaast zijn een snelle fysieke beoordeling op laagcomplexe SEH's of spoedposten en tijdige overplaatsing een vereiste om de delay voor deze groep patiënten te verkorten.

2.3.2 Concentratie van hoogcomplexe zorg heeft bredere gevolgen voor de organisatie en marktpositie van ziekenhuizen

De instroom van patiënten in ziekenhuizen verloopt vooralsnog vaak via de SEH. Dit maakt dat de discussie over de invulling van het acute zorglandschap ook raakt aan de (markt)positie van ziekenhuizen op de planbare zorg. Ondanks dat het niet zeker is of de afwezigheid van SEH's daadwerkelijk leidt tot een verminderde instroom (er kan bijvoorbeeld nog steeds sprake zijn van een acute opnameafdeling), vergt eventuele herstructurering wel een zorgvuldige afweging van de gevolgen voor de planbare ziekenhuiszorgmarkt. Ons advies is daarbij een scherpe afbakening te

definiëren tussen (hoogcomplex) SEH-zorg en overige zorg, zowel financieel als organisatorisch. Hierdoor kunnen patiënten idealiter laagdrempelig kiezen voor vervolgzorg naar wens en ondervinden aanbieders zonder SEH geen nadeel op de markt voor planbare ziekenhuiszorg. Dit kan naar verwachting alleen tot stand komen door een nauwe samenwerking tussen beleidsmakers, regulerende partijen en deskundigen uit het veld.

3 Reactie op het voorstel om te betalen voor beschikbaarheid

In Hoofdstuk 6 van de houtskoolschets wordt financiering van acute zorgvoorzieningen op basis van beschikbaarheid voorgesteld. In dit hoofdstuk staat de reactie van SiRM op dit voorstel.

SiRM is positief over betalen voor beschikbaarheid van acute zorg. Acute zorg is in veel opzichten anders dan planbare zorg. Kwaliteit heeft veelal te maken met tijdige beschikbaarheid van juiste deskundigheid en voorzieningen. Om hierin te voorzien, is het onvermijdelijk dat de acute zorg aan andere normen voldoet dan de planbare zorg. Dit vergt ook een andere bekostiging. Het is daarbij wel van belang dat er landelijke beschikbaarheidsnormen opgesteld worden, om de beschikbaarheid van acute zorg slim te organiseren en om de inkoopmarkt zorgvuldig aan te passen. We lichten deze aanbevelingen hieronder in meer detail toe. We hebben deze aanbevelingen geformuleerd op basis van onze kennis en ervaring uit projecten, waaronder de begeleiding van ZN en de Nederlandse ggz bij de contractering van de acute ggz en het nadenken over de inrichting van systeemfuncties in de ouderenzorg in opdracht van Actiz.

3.1 SiRM is positief over betalen voor beschikbaarheid, mits er landelijke beschikbaarheidsnormen opgesteld worden

Betalen voor beschikbaarheid heeft niet als doel het financieren van leegstand of dode tijd, maar het garanderen van tijdige zorg in elke regio in Nederland. Het begint daarom met landelijk gedefinieerde beschikbaarheidsnormen die in elke regio gehaald kunnen worden. Deze normen zijn van de vorm 'in x% van de gevallen kan zorg y binnen z uur geleverd worden'. Op deze manier zijn zorgaanbieders die voor beschikbaarheid gefinancierd worden ook op het behalen van normen te beoordelen.

3.2 Volgens SiRM is betalen voor beschikbaarheid doelmatig mogelijk, indien slim georganiseerd

In tijden van personele schaarste en druk op de overheidsuitgaven ontslaat betalen voor beschikbaarheid ons niet van het doelmatigheidsvraagstuk. Op basis van onze ervaring zien we drie manieren om op een doelmatige manier aan beschikbaarheidsnormen te kunnen voldoen:

- Concentratie van acute taken maakt dat de volumes hoger worden en het verschil tussen de gemiddelde drukte en de piekmomenten relatief kleiner is, waardoor professionals bij een hogere productiviteit aan dezelfde normen kunnen voldoen. Dit moet echter wel steeds afgewogen worden tegen het effect op de toegankelijkheid door toegenomen reistijd.
- Het combineren van acute taken met neer te leggen, niet-acute taken maakt het mogelijk dat professionals in de 'dode tijd' andere zorgtaken uit kunnen voeren en zo dus een hogere productiviteit hebben.

- Tot slot kan bij lage volumes overwogen worden om meer met bereikbare (= oproepbare, niet fysiek aanwezige) diensten te werken, zodat professionals alleen uren maken als dat ook echt nodig is.

De mate waarin bovengenoemde mogelijkheden toegepast kunnen worden, hangt sterk af van de regionale context en de sector binnen de zorg.

3.3 SiRM benadrukt dat betalen voor beschikbaarheid een zorgvuldige aanpassing van de inkoopmarkt vergt

Betalen voor beschikbaarheid betekent in veel gevallen dat de acute zorg bij meerdere aanbieders losgeknipt wordt en regionaal wordt samengevoegd voor de inkoop. Dit heeft grote gevolgen voor de inkoop van de acute zorg zelf, maar kan ook (ongewenste) effecten hebben voor de marktstructuur van de planbare zorg. Beide vergen een zorgvuldige aanpassing van het inkoopproces.

Op basis van onze ervaring adviseren we dat de inkoop van acute zorg ten behoeve van de beschikbaarheidsnormen regionaal gebeurt op basis van een vooraf landelijk afgestemd kader. Dit kader biedt ruimte voor regionale verschillen, maar is zoveel mogelijk normatief. Dit is nodig, omdat regionale inkoop op basis van beschikbaarheidsnormen de reguliere markt tussen aanbieders en verzekeraars verstoort. Verzekeraars moeten daarom inkopen in representatie en elkaar een helder (non-concurrentieel) mandaat kunnen geven. Aanbieders hebben transparantie en eenduidigheid nodig om samenwerking in de regio en een eerlijke verdeling van middelen mogelijk te maken. Tevens zorgt het normatieve karakter van de regionale inkoop voor een doelmatigheidsprikkel bij aanbieders van acute zorg.

Daarnaast brengen we graag onder de aandacht dat betalen voor beschikbaarheid in de acute zorg grote gevolgen kan hebben voor de marktstructuur van de planbare zorg. Typisch heeft het leveren van acute zorg namelijk een hefboomwerking op de planbare zorg: instroom in de planbare zorg komt vaak vanuit de acute stroom en andersom kan het aantrekkelijker zijn planbare zorg af te nemen bij een aanbieder die ook een grote rol in de acute zorg heeft. Dit kan wenselijk zijn, omdat er in de praktijk wel degelijk een grijs gebied bestaat tussen acute en planbare zorg en een integrale aanpak kwaliteit en doelmatigheid kan vergroten. Aan de andere kant bestaat het risico dat kleinere (niche-)partijen in de regio op deze manier ongewild weggeconcurrereerd worden, terwijl zij op veel onderdelen van de planbare zorg essentieel (kunnen) zijn voor innovatie. Om dat laatste risico te ondermijnen, is het nodig een duidelijke afbakening tussen acute en planbare zorg te definiëren, en te garanderen dat patiënten van alle aanbieders van planbare zorg laagdrempelig in kunnen haken op de regionale voorziening. De HAP-structuur is hier ten opzichte van reguliere huisartsenzorg een voorbeeld van.

4 Reactie op de focus van de houtskoolschets

SiRM is van mening dat de houtskoolschets wel erg gericht is op ouderen en op somatische acute zorg. We raden VWS aan om ook andere doelgroepen en de acute ggz een prominentere plek te geven in de verdere uitwerking. In dit hoofdstuk lichten deze aanbeveling toe.

4.1 Volgens SiRM is investeren in preventie ook voor andere doelgroepen dan kwetsbare ouderen van belang

De houtskoolschets benoemt in hoofdstuk 3 de noodzaak van het zoveel mogelijk proberen te voorkomen van vraag naar acute zorg. De focus op kwetsbare ouderen in dat hoofdstuk is niet onterecht, maar versmalt de blik en daardoor raken mogelijk interessante initiatieven uit het oog. De verwachte toename aan spoedzorgvragen komt deels door vergrijzing, maar ook door reguliere bevolkingsgroei. Initiatieven gericht op het voorkomen van acute zorgvragen bij onder meer jonge kinderen, jongeren en migranten verdienen daarmee ook een plaats in de plannen van het ministerie. Voorbeelden van mogelijkheden zijn het sterker inzetten op digitale zelftriage, informatiecampagnes en het versterken van de organisatie van reguliere zorg.¹ Ook preventie van acute zorg bij personen met psychische klachten, kan veel opleveren.

4.2 SiRM denkt dat de locatie waar de fysieke beoordeling van acute ggz plaatsvindt in uitwerking meer aandacht behoeft

Daarnaast vragen we aandacht voor de positie van de acute ggz in de acute zorgketen. In de houtskoolschets wordt over de acute ggz beoordeling nu geschreven dat deze naar verwachting deels plaatsvindt op spoedposten en deels op spoedeisende hulpen voor hoogcomplexe / levensbedreigende zorg (zie Tabel op pagina 27). Deze zorg komt relatief weinig voor en wordt vaak bij de patiënt thuis of op locatie van de ggz geboden. Daarom leidt leveren van deze zorg op meer locaties tot minder efficiëntie van de crisisdiensten. Zo veel mogelijk thuis beoordelen is een belangrijke pijler in de afspraken die partijen afgelopen jaar gemaakt hebben in de generieke module Acute Psychiatrie (GMAP) en de bijbehorende ggz-triagewijzer en het implementatieplan.² Daarnaast bedient een deel van de ggz-crisisdiensten in afstemming met gemeenten een bredere doelgroep dan acute ggz-patiënten, zoals personen met psychosociale problematiek, en zijn er soms meer raakvlakken met het sociaal dan het medisch domein. De houtskoolschets stelt verder dat de acute-ggz-hulpverlener op de spoedpost en spoedeisende hulp kan samenwerken met somatische specialisten om lichamelijke gevaren te herkennen. Het is belangrijk er hierbij niet aan voorbij te gaan dat de psychiaters en spv'ers van de crisisdienst er zelf ook toe opgeleid zijn om deze gevaren te herkennen.

¹ Zie ook de SiRM-publicatie 'Vergrijzing vraagt om creativiteit' en het bijbehorende actieplan, te vinden op <https://www.sirm.nl/publicaties/vergrijzing-vraagt-om-creativiteit>.

² SiRM begeleidde partijen hierbij, zie voor de GMAP: <https://www.sirm.nl/publicaties/generieke-module-acute-psychiatrie>