



Visie op de inrichting van de Acute Zorg, toegepast op de situatie in Midden- en Zuid-Limburg

Bijdrage aan de internetconsultatie “Houtskoolschets Acute Zorg”

Meditta Spoedzorg B.V.

Milaanstraat 100
6135 LH Sittard

046 - 426 23 22 / www.meditta.nl / info@meditta.nl

December 2020

Hoofdstuk 1: Inleiding

Deze visie op de inrichting van de Acute Zorg heeft betrekking op het werkgebied van de Spoedposten van Meditta. Meditta beheert drie spoedposten in de regio's Westelijke Mijnstreek en Midden-Limburg. De spoedposten zijn gevestigd op/naast de Spoedeisende Hulp van drie ziekenhuizen, respectievelijk Zuyderland (ZS, vestiging Sittard), Laurentius Ziekenhuis (LZR, Roermond) en Sint-Jansgasthuis (SJG, Weert).

Hoewel dit visiedocument de visie weergeeft op het gehele werkgebied, zijn er accentverschillen mogelijk op grond van de lokale situatie in de samenwerking met de ziekenhuizen, VVT-sector, GGz-instellingen, ambulancediensten en veiligheidsregio's. Waar nodig zijn die apart benoemd.

Meditta is een regionale huisartsenorganisatie (RHO). Het ligt dan ook voor de hand dat de positie van de huisarts in het acute-zorglandschap in onze visie de nadruk krijgt. Maar dat is ook om een andere reden logisch. In de Houtskoolschets worden knelpunten geschetst ten aanzien van de preventie, instroom, doorstroom, uitstroom en nazorg van de acute zorg. In vrijwel alle fasen speelt de huisarts een rol. En rol die mogelijkheden biedt, maar waarvan het ook goed is de beperkingen te zien en benoemen. Voorkómen moet worden dat van bepaald beleid overdreven verwachtingen worden gecreëerd, die niet bewaarheid kunnen worden.

Hierop zal in de volgende hoofdstukken verder worden ingegaan.

In de Houtskoolschets Acute Zorg gaat het om

1. acute zorg in een situatie waarin zo spoedig mogelijk, maar in ieder geval binnen enkele minuten tot enkele uren, zorg verleend moet worden om overlijden of onomkeerbare gezondheidsschade als gevolg van een acute levensbedreigende aandoening of een ongeval te voorkomen. Het betreft hier dus **noodzakelijke spoedzorg**.

2. Spoedzorg als antwoord op een zorgvraag die vanuit de beleving van de patiënt acuut is. Hier gaat het om **gewenste spoedzorg**.

Uiteraard zijn dit twee categorieën die in elkaar overlopen en deels kunnen overlappen, afhankelijk van iemands positie en visie op zorg en de maatschappij. Het onderscheid is van belang op het moment dat er keuzes worden gemaakt in een omgeving van schaarste.

Dit visiedocument volgt qua indeling de opzet van de Houtskoolschets:

Hoofdstuk 2: De noodzaak voor een nieuwe inrichting van de acute zorg

Hoofdstuk 3: Zoveel mogelijk acute zorg voorkomen

Hoofdstuk 4: Een nieuwe inrichting van het acute zorglandschap

Hoofdstuk 5: Randvoorwaarden om de transformatie naar een nieuw acute-zorglandschap te realiseren

Hoofdstuk 6: Betalen voor beschikbaarheid

Hoofdstuk 7: Samenvatting en aanbevelingen

Hoofdstuk 2: De noodzaak voor een nieuwe inrichting van de acute zorg

2.1 *Er zit nu wel al een kind in het badwater !*

Zoals in de Houtskoolschets wordt aangegeven, is er een noodzaak tot verandering van de Acute Zorg. Beter gezegd: adaptatie, aanpassing aan de veranderende omstandigheden. Want er zijn knelpunten, die aangepakt moeten worden. Maar er zijn ook verworvenheden die niet op het spel gezet moeten worden. Het is van het grootste belang om vast te stellen dat de acute zorg in Nederland in het algemeen van een hoog niveau is, zowel qua kwaliteit als qua toegankelijkheid. Dat geldt in ieder geval voor het werkgebied van de drie Spoedposten van Meditta. We moeten uitkijken dat het kind niet met het badwater wordt weggegooid.

Dat neemt niet weg dat er bedreigingen zijn, waarop tijdig een antwoord gevonden moet worden.

De Houtskoolschets benoemt de volgende onderwerpen:

- Het is te druk of juist te stil
- Het is niet altijd duidelijk waar een patiënt het beste naar toe kan gaan
- Integrale samenwerking kan verder worden bevorderd
- Het wordt lastiger om voldoende zorgprofessionals te vinden

Daaraan willen we de volgende onderwerpen toevoegen:

- Veiligheidsdenken komt met een prijs
- “Gewenste Spoedzorg” en de 24-uurs economie
- Advance Care Planning versus de autonomie van de patiënt

2.2 *Het is te druk of juist te stil*

De aantallen patiëntcontacten op de Spoedposten van Meditta hebben de eerste vijftien jaar een gestage toename laten zien. In 2019 zette de groei niet door, maar was er sprake van een stabilisatie. Of dit een tijdelijk fenomeen is, of dat er sprake is van een nu bereikt plateau zal de tijd moeten leren. (Vanwege de Covid-19 crisis zijn de voorlopige cijfers van 2020 niet te vergelijken.) Binnen het totaal van het aantal patiëntcontacten zijn enkele trends te zien. Deze trends zijn het gevolg van al eerder ingezet beleid om de groei van de spoedzorg te beteugelen én van een aanscherping van kwaliteitseisen, zoals maximaal acceptabele wacht- en aanrijdtijden.

De gesignaleerde trends zijn:

- Het aantal telefoontjes neemt sterker toe dan het aantal consulten.
- Het aantal visites met een hogere urgentie (met name U2) neemt toe.
- Het aantal contacten dat telefonisch getrieerd wordt als een U1 neemt toe. Het aantal U1-visites door de huisarts neemt af. Hiervoor wordt tegenwoordig vrijwel altijd de ambulancedienst ingeschakeld.

Verder zijn er grote verschillen in aantallen contacten tussen de verschillende werkdagen. Hierin zit echter géén specifiek patroon. Hiermee bedoelen we te zeggen: er zijn drukke bijvoorbeeld maandagdiensten en rustige. En hetzelfde geldt voor de andere doordeweekse diensten. Ook de drukte in de weekeinden fluctueert sterk.

Deze wisselende mate van drukte is – inherent aan het verschijnsel acute zorg – niet op voorhand te sturen. De boven beschreven trends, waarbij de laag-urgente spoedvragen in toenemende mate telefonisch worden afgehandeld en er dus relatief én in absolute aantallen méér hoog-urgente hulpvragen overblijven, werkt “procyclisch”: de drukke momenten worden drukker en de rustige momenten rustiger.

Wanneer de Houtskoolschets de wens uitspreekt om door betere instroom, doorstroom en uitstroom van patiënten en betere inzet van professionals, is dit tegen de huidige trends in. Sterker nog. Eerder ingezette maatregelen om de instroom te beperken en te reguleren hebben juist een tegengesteld effect gehad.

Conclusies:

2.2.1. Eerder ingezette acties ter verbetering van de triage en beperking van de instroom, hebben (mogelijk) wel geleid tot een beperking van de instroom aan acute zorgvragen, maar niet tot het beter planbaar, ofwel efficiënter, maken van de acute huisartsgeneeskundige zorg.

2.2.2. Verbetering van de triage leidt niet zonder meer tot minder inzet van zorgprofessionals op de (huisartsgeneeskundige) spoedposten.

2.3 Het is niet altijd duidelijk waar een patiënt het beste naar toe kan gaan

De houtskoolschets maakt hier een karikatuur van het huidige acute-zorglandschap, schetst schijntegenstellingen en biedt hiervoor een schijnoplossing. Het lijkt erop alsof de Houtskoolschets een gewenste conclusie heeft, waarbij het probleem beschreven moet worden, in plaats van dat een reële weergave van de werkelijkheid wordt gegeven. Want de werkelijkheid is minder dramatisch dan de Houtskoolschets beschrijft. De geschetste oplossing is een schijnoplossing, die geen werkelijke verbetering zal blijken.

De Houtskoolschets stelt: *“blijkt het in de praktijk niet altijd duidelijk waar hij of zij het beste naar toe kan gaan. Bel ik mijn huisarts, ga ik naar de huisartsenpost, ga ik naar de spoedpoli of de spoedpost, ga ik naar de spoedeisende hulp en waar kan ik heen als het psychisch heel slecht met mij gaat? Wie bepaalt dat eigenlijk, wie betaalt dat, kan ik zomaar binnenlopen en welk nummer moet ik bellen?”*

“Bel ik mijn huisarts, ga ik naar de huisartsenpost” is een schijntegenstelling, omdat de huisarts overdag en de huisartsenpost complementair in de ANW-uren open is. Het is onzinnig om overdag alle telefoontjes naar de eigen huisarts via een centraal nummer te laten lopen. En de bereikbaarheid van de huisartsenpost in de ANW-uren is geen reëel probleem.

“Ga ik naar de spoedpoli of de spoedpost, ga ik naar de spoedeisende hulp?” In Nederland is de zorg in principe serieel ingericht: specialistische zorg volgt na een verwijzing van de huisarts. De acute zorg kan op vergelijkbare wijze ingericht worden. Specifieke gevallen die in de acute situatie rechtstreeks een beroep op specialistische zorg kunnen doen, kunnen via de polikliniek (overdag) of SEH (tijdens

ANW) direct in contact komen met de behandelend specialist. Er is dan geen onduidelijkheid. Een apart centraal nummer (zorgmeldcentrale) geeft juist meer verwarring, omdat de patiënt zich dan opnieuw moet verantwoorden aan een met de situatie onbekende medewerker. Alle juiste informatie op de juiste plek krijgen is een onmogelijke opgave. Het vereist bovendien onnodige uitbreiding van uitwisseling van medische gegevens en inbreuk op de privacy.

“Waar kan ik heen als het psychisch heel slecht met mij gaat?”. Een centraal nummer zal hier geen oplossing voor bieden. Nu al is de crisisdienst tijdens ANW bereikbaar via de huisartsenpost. Dat is een centraal nummer, waarbij tevens de lichamelijke component (oorzaak én gevolg) kan worden geïnventariseerd.

Bij levensbedreigende spoed en (verkeers)ongevallen is doorgaans de route naar de Meldkamer Ambulancezorg (MKA) zowel overdag als in de avond wel snel gevonden. Voor toeristen zal de Spoedeisende Hulp afdeling van het ziekenhuis vaak als referentiepunt gelden. Onbekendheid met het gezondheidszorgsysteem is hieraan debet. Dit zal weinig veranderbaar zijn. Qua volume van de zorg is dit echter doorgaans tamelijk gering; voor het werkgebied van Meditta zijn hiervoor geen specifieke maatregelen nodig. Wél kan gestimuleerd worden dat zorgverzekeraars die zich toeleggen op de verzekering van buitenlandse seizoenarbeiders, afspraken maken met huisartsenpraktijken voor het opvangen van acute-zorgvragen bij deze doelgroep.

Een Spoedeisende-Hulpafdeling kan in samenwerking met één of meerdere nabijgelegen huisartsen praktijk(en) afspreken dat patiënten die na een korte triage geen medisch-specialistische zorg nodig hebben, door de huisarts gezien worden. Meditta stimuleert deze afspraken, zodat de zorg op de juiste plek geleverd kan worden: in de huisartsenpraktijk als het kan, in de tweede lijn als het moet. Sinds de formalisering van dergelijke afspraken met de ziekenhuizen in het werkgebied van Meditta, is het aantal “onterechte zelfverwijzers” sterk afgenomen.

Het is verleidelijk om de Huisartsenposten als norm te nemen voor de huisartsgeneeskundige spoedzorg. Men moet echter niet vergeten dat de beste spoedzorg doorgaans vanuit de eigen huisartsenpraktijk geleverd kan worden, door (of namens) de huisarts die de patiënt het beste kent. Een gecentraliseerde huisartsgeneeskundige spoedzorgvoorziening als de huisartsenpost is een surrogaat hiervan, niet de norm. Cijfers van de ambulancezorg tonen keer op keer aan dat het aantal spoedritten sterk toeneemt op het moment dat de huisartsenpraktijken sluiten (met een piek tussen 17 en 21 uur) en sterk afneemt tegen de tijd dat de praktijken weer opengaan (tussen 7 en 8 uur in de ochtend door de week). In de dagpraktijk kunnen veel spoedvragen dus goed en veilig “geabsorbeerd” worden.

De eigen huisartsenpraktijk heeft de beste “informatiepositie” als het gaat om het juist triëren van de acute-hulpvraag. Dit geldt niet zozeer de “harde feiten”, maar vooral voor de context waarin de patiënt verkeert. Voorgeschiedenis, ziektegedrag, stressoren, steunsysteem om de zorgvraag mee op te vangen etc. vormen de meer “zachte informatie”, die moeilijk overdraagbaar zijn op een centrale voorziening en niet goed te vangen zijn in algemene richtlijnen. Het zijn bij uitstek vaak deze “zachte

informatie"-factoren die bepalen of terecht wel of niet een beroep op de tweedelijns spoedzorg gedaan moet worden.

Huisartsenpraktijken moeten dus geoutilleerd zijn én gefaciliteerd worden voor het leveren van acute zorg overdag.

Analoog hieraan geldt dat het vergroten van het werkgebied van huisartsenposten / spoedposten gepaard zal gaan met verlies van de "zachte" informatie, die belangrijk is voor de beoordeling van spoedeisende klachten. Wanneer het zich op de contextuele factoren van de patiënt verloren gaat, zal de zorg minder "op maat" geleverd kunnen worden. Gevolg is een grotere mate van "onzekerheid" over hoe de toestand van de zorgvrager ingeschat moet worden. Om incidenten en calamiteiten te voorkomen zal uit voorzorg snel méér zorg ingezet worden, of een hogere urgentie toegekend worden, dan noodzakelijk. Dit leidt tot een vergroting van de druk op de spoedzorg.

Deze trend heeft zich de afgelopen jaren al voorgedaan en zal zich bij verdere schaalvergroting versterkt doorzetten. Gevolg is dat een belangrijke doelstelling van schaalvergroting – meer efficiency – tenietgedaan wordt. De kans is zelfs aanzienlijk dat het leidt tot minder efficiency.

Veel patiënten in de grotere zorginstellingen worden behandeld door specialisten ouderengeneeskunde (SO). In kleine, vaak particuliere instellingen zijn het soms huisartsen, soms specialisten ouderengeneeskunde die de zorg leveren. Soms is het onduidelijk wie verantwoordelijk is voor de 24-uurszorg. De financiering van de zorg is niet altijd helder geregeld / gemakkelijk na te gaan. Dat kan ertoe leiden dat onduidelijk is wie de zorg in een acute situatie moet verlenen. In veel van deze instellingen wonen of verblijven mensen die een huisarts hebben naast mensen die een SO als behandelaar hebben. Veel specialisten ouderengeneeskunde hebben weinig tot geen ervaring met huisartsgeneeskundige diagnostiek en mogelijkheden tot het behandelen van kleine traumatologie. Zij vallen hiervoor snel terug op de SEH van het ziekenhuis. Zo kan het gebeuren dat in verzorgingshuizen en kleinere zelfstandige zorginstellingen een deel van de bewoners naar het ziekenhuis moet, terwijl een ander deel van de bewoners voor hetzelfde door de huisarts behandeld kan worden. De huidige financiering maakt dit niet mogelijk. Beter samenwerking tussen huisartsen en SO zou ertoe kunnen leiden dat (een deel van) van de acute-zorgvragen in de V&V-sector wordt opgevangen door de huisartsen. Voorwaarde is dat er voldoende huisartsgeneeskundige capaciteit beschikbaar is. (zie paragraaf 2.5). Een mogelijkheid hiertoe is het beter ondersteunen van de huisartsen door SO in de chronische ouderenzorg.

Conclusies:

2.3.1. De Houtskoolschets lijkt in de beschrijving van de onduidelijke toegang tot de acute zorg, de probleemstelling te zoeken bij de gewenste oplossingsrichting.

2.3.2. Het levert geen oplossing en er is geen reëel probleem.

2.3.3. Zorgverzekeraars die zich toeleggen op de verzekering van buitenlandse seizoensarbeiders (en anderen die onbekend zijn met het Nederlandse zorgsysteem), moeten afspraken maken met huisartsenpraktijken voor het opvangen van acute-zorgvragen bij deze doelgroep. (instroombeperking SEH)

2.3.4. Samenwerkingsafspraken tussen Spoedeisende-Hulpafdelingen van ziekenhuizen en nabijgelegen huisartsenpraktijken voor het opvangen van laag-complexe acute-zorgvragen, kan de druk overdag op de Spoedeisende Hulpafdeling verminderen. (instroombeperking SEH)

2.3.5. Huisartsenpraktijken moeten geoutilleerd zijn én gefaciliteerd worden voor het leveren van acute zorg overdag. (instroombeperking SEH)

2.3.6. Samenwerking tussen huisartsen en de V&V-sector, met name de specialisten ouderengeneeskunde, kan de druk op de spoedeisende hulp verminderen. Voorwaarde is dat er voldoende ondersteuning van de huisarts is op andere gebieden. (instroombeperking SEH)

2.3.7. Bij schaalvergroting van de spoedposten gaat een groot deel van de voorziene efficiency verloren. Schaalvergroting leidt netto niet of nauwelijks tot vergroting van de efficiency. De kans is aanzienlijk dat het juist leidt tot minder efficiency.

2.4 Integrale samenwerking kan verder worden bevorderd

Het gezondheidszorgsysteem is zeer effectief ingericht om samenwerking te dwarsbomen. De Houtskoolschets noemt de volgende oplossingsrichting: *“Het onderzoeken van integrale financiering, een verbetering van de samenwerking met het sociaal domein, duidelijke positionering van acute zorg aan patiënten in de langdurige zorg en verschillende zorgprofessionals samen de triage laten doen kan bijdragen aan een oplossing voor dit vraagstuk.”*

De eerste en de tweede lijn zijn vanuit patiëntperspectief onder meer gescheiden door het eigen risico. Zou in de spoedzorg vanuit huisartsen- en ziekenhuiszorg efficiënt samengewerkt worden, bijvoorbeeld op een geïntegreerde Spoedpost, dan leidt dit in de financiële afhandeling tot problemen. Zo zou een wond gehecht door de huisarts gratis zijn voor de patiënt, terwijl als een collega van de Spoedeisende hulp dit overneemt, omdat die eerder beschikbaar is, ten laste gaan van het eigen risico van de patiënt. Op het vlak van de aanvullende diagnostiek geldt voor de patiënt al jaren verwarring. Sommige testen gedaan in beheer van de huisarts zijn gratis, voor andere moet betaald worden.

Integrale bekostiging is een mogelijke optie. Het afschaffen van de eigen bijdrage voor de spoedzorg óf juist het invoeren van een eigen bijdrage voor de spoedzorg, is een tweede.

Meditta pleit voor de invoering van een eigen bijdrage voor zorg geleverd op de Spoedpost ongeacht of deze vanuit de huisartsengeneeskunde of vanuit de medisch-specialistische geneeskunde wordt geleverd. De hoogte van de eigen bijdrage mag geen onterechte rem zijn op het inroepen van zorg.

Conclusies:

2.4.1. De integratie van de Spoedzorg wordt gehinderd door het verschil in eigen risico voor de eerste en de tweede lijn.

2.4.2. Meditta pleit voor de invoering van een eigen bijdrage voor zorg geleverd op de Spoedpost ongeacht of deze vanuit de huisartsengeneeskunde of vanuit de medisch-specialistische geneeskunde wordt geleverd. De hoogte van de eigen bijdrage mag geen onterechte rem zijn op het inroepen van zorg.

2.5 Het wordt lastiger om voldoende zorgprofessionals te vinden

De gezondheidszorg in Nederland heeft last van een bijzondere paradox. Er zijn te weinig zorgprofessionals. Om het tekort aan zorgprofessionals op te vangen, dienen meer mensen opgeleid te worden. Stageplaatsen zijn echter moeilijk te vinden, omdat er te weinig zorgpersoneel is om de stagiaires te begeleiden. Hier bijt de slang zich in de eigen staart.

Zolang de korte-termijn productie-eisen prevaleren boven de lange-termijn opleidingsnoden, zal deze situatie niet veranderen.

De overheid probeert dit fenomeen tegen te gaan met, zoals in de Houtskoolschets wordt aangegeven, kostendekkende financiering. Deze benadering stimuleert kennelijk onvoldoende. Eén van de redenen is, dat de arbeidsmarkt zodanig krap is, dat het heel onzeker is of degene die je hebt opgeleid, ook daadwerkelijk bij je blijft werken. Met andere woorden: het rendement van de inspanningen is niet gegarandeerd. Dat maakt kostendekkende financiering onvoldoende aantrekkelijk.

Instellingen die opleiden écht tot onderdeel van de bedrijfsvoering maken, zouden daarop ook “winst” moeten kunnen maken. Dat betekent dat het ook zin heeft om echt te investeren in opleiden, wat de kwaliteit van de opleiding vergroot.

Financiering is echter maar een deel van het verhaal. Er moet ook meer helderheid komen in de opleidingsprofielen. De opleidingen tot verpleegkundig specialist en physician assistent kennen een breed profiel. Tegelijkertijd is het werk waar zij worden ingezet, vaak zeer nauw omschreven. Dat maakt hen weinig breed inzetbaar. Het zou aanbeveling verdienen dat zorginstellingen worden gestimuleerd om gezamenlijk op te leiden en gespecialiseerd vaker “white label” te kunnen inzetten op de plekken waar dit nodig is, met name in de acute zorg.

Ná de opleiding kan permanente (bij voorkeur positieve) feedback op het handelen bijdragen aan het behoud van gemotiveerd en gekwalificeerd personeel. Onderzocht zou moeten worden in hoeverre transmurale intervisie ook over de disciplines heen, tot betere samenwerking, betere motivatie, hogere kwaliteit en meer arbeidssatisfactie (minder ziekteverzuim en uitval) kan leiden.

In het algemeen is de uitstroom uit de zorg in verhouding tot de instroom erg groot. Het is voor veel zorginstellingen moeilijk om werknemers langjarig vast te houden. Loopbaanperspectief is belangrijk. Daarnaast is het geven van verantwoordelijkheid én sturingsmogelijkheden aan de werkenden in het werkveld van groot belang. Verantwoordelijkheid hebben zónder de werksituatie effectief te kunnen beïnvloeden, zorgt voor een grote mate van stress. Verdere beperking van onnodige regelgeving en controles (“paarse krokodillen”) levert niet alleen direct tijdswinst op, maar houdt zorgmedewerkers ook gemotiveerder. Dat maakt het mogelijk om hen langer vast te houden.

Conclusies:

2.5.1. Om het tekort aan zorgprofessionals op te vangen, dienen meer mensen opgeleid te worden.

2.5.2. *Kostendekkende financiering van stageplekken is onvoldoende aantrekkelijk. Instellingen die opleiden écht tot onderdeel van de bedrijfsvoering maken, zouden daarop ook “winst” moeten kunnen maken.*

2.5.3. *Zorginstellingen moeten worden gestimuleerd om gezamenlijk op te leiden en gespecialiseerd personeel “white label” in te zetten.*

2.5.4. *Transmurale intervisie dient te worden gestimuleerd.*

2.5.5. *De zelfstandigheid van professionals moet worden vergroot. “Paarse krokodillen” moeten nog verder worden uitgebannen.*

Hoofdstuk 3: Zoveel mogelijk acute zorg voorkomen

3.1 Een sterke basis: de gemeente aan zet

De Houtskoolschets besteedt terecht aandacht aan de mogelijkheden om een beroep op de Spoedzorg te voorkomen, bijvoorbeeld in de vorm van het organiseren van gepland én ongeplande opnames in spoed-opvanglocaties en respijtzorg. In toenemende mate zijn kwetsbare ouderen afhankelijk van eveneens kwetsbare partners of mantelzorgers. Het steunsysteem kan in korte termijn wegvallen. Zoals gememoreerd, sluit het tempo waarin dergelijke voorzieningen geregeld kunnen worden, vaak niet aan op het tempo en het moment waarin de vraag zich aandient.

Recentelijk was ook in het nieuws dat de bekendheid van voorzieningen als respijtzorg onvoldoende is. [<https://nos.nl/artikel/2356029-mantelzorger-kan-door-respijthuis-op-adem-komen-maar-weet-dat-zelf-vaak-niet.html>] Dit, ondanks dat de minister en de Nationale Ombudsman in 2018 al aangegeven hebben dat dit meer bekendheid zou moeten krijgen. De aanbevelingen van de “aanjager respijtzorg” moeten hun effect nog krijgen. [<https://aanjagerrespijtzorg.nl/>]

In veel gevallen wordt financiering afgestemd op de (bed)bezettingsgraad. Een maximale bezetting is voor de zorgleverancier dus gunstig, en vaak noodzakelijk, om de voorziening financieel gezond te krijgen en houden. Maar maximale bezetting betekent ook dat er geen capaciteit beschikbaar gehouden kan worden voor de onplanbare situaties en spoedopnames. Dit is ongewenst.

Conclusies:

3.1.1. *Financiering zou minder moeten worden gebaseerd op maximale bedbezetting.*

3.2 Samenwerking tussen het sociaal en het medisch domein

De rol die gemeentes op dit moment spelen, is momenteel volstrekt onvoldoende. Zelfs in de zes proefprojecten die gericht waren verbetering van de zorg rond ouderen (rapport regionale ondersteuning van de zorg aan kwetsbare ouderen, www.beteroud.nl), was de gemeente nergens

kartrekker. In geen van de projecten was de gemeente bereid tot een lange-termijn commitment. Slechts in één van de zes projecten werd een medewerker door de gemeente gefinancierd. Gegevensuitwisseling blijkt een groot probleem. Digitalisering is nog onvoldoende geregeld, zowel technisch als vanuit het oogpunt van privacy (conform de AVG). In de meeste gevallen worden taken primair bij de huisarts, de praktijkondersteuner en de wijkverpleegkundige gelegd.

De toegang tot de voorzieningen binnen het sociaal domein is nog onvoldoende. [Vereniging Nederlandse Gemeenten]. Gemeenten hebben – zeker als gevolg van de Coronacrisis - budgettaire problemen. In veel gemeenten in het werkgebied van onze organisatie wordt (flink) bezuinigd op het sociaal domein. Het is dan ook maar zeer de vraag of de gewenste vroegtijdige opvang van (acute) medische hulpvragen door interventies vanuit het sociaal domein mogelijk zullen zijn. En daarmee, of het realistisch is om te verwachten dat aantal acute-hulpvragen deze wijze verminderen kan. Realistischer is het te verwachten dat de huisarts met meer taken en minder instrumenten zal komen zitten.

Het is hierbij belangrijk om het taakgebied van de huisarts(enpraktijk) scherp voor ogen te houden. Zoals de Landelijke Huisartsen Vereniging het formuleert: *“In tegenstelling tot de wijkteams, bestaat het werk van huisartsen vrijwel volledig uit cure-taken.*

Huisartsen worden in toenemende mate uitgenodigd voor verschillende overlegstructuren, ook door gemeenten of wijkteams. De huisarts is er echter in eerste plaats voor zijn patiënten en wil daar zoveel mogelijk tijd aan besteden.” [LHV Notitie sociale wijkteams].

Meditta is geen tegenstander van verdere samenwerking met het sociaal domein. Maar op korte termijn zijn er nog diverse randvoorwaarden onvoldoende ingevuld. Daarbij zijn met name de gemeenten als eersten aan zet.

Conclusies:

3.2.1. Om samenwerking met het sociaal domein te laten slagen, ligt allereerst een grote taak bij de gemeenten om dit goed te organiseren. De gemeenten nemen de verantwoordelijkheid hiervoor nog onvoldoende.

3.2.2. De huisarts is medicus, geen welzijnswerker. Samenwerking is goed, maar de huisarts kan geen taken van het sociaal domein overnemen.

3.3 Werken aan wonen

Het aanpassen van woningen om er langer te kunnen blijven wonen, is een belangrijk onderdeel van de zorg voor de ouder wordende mens. De meeste mensen willen graag thuis blijven wonen, maar lang niet alle woningen zijn er geschikt voor. Woningaanpassingen zijn vaak tijdelijk. Het is belangrijk de woning bij de bouw al zo in te richten, dat deze geschikt is voor de toekomst.

Het opzetten van kleinschaliger woonvormen, heeft ertoe geleid dat een groter beroep gedaan is op de huisartsenzorg. Het regelen van zorg door de specialist ouderengeneeskunde (SO) in particuliere

woonzorginstellingen en in de thuissituatie, lukt vaak niet. Daardoor blijven mensen met een te grote zorgzwaarte bij de huisarts in zorg. De doorstroming is onvoldoende. Betere samenwerking kan een oplossing zijn, maar in de acute zorg zou dit inhouden dat de specialisten ouderengeneeskunde ook mee moeten doen in de extramurale dienstenstructuur (op/vanuit de huisartsenpost). In de Middellandse regio is de capaciteit van beschikbare SO momenteel onvoldoende voor zo'n inzet. De Houtskoolschets adresseert dit probleem helaas niet.

Conclusies:

3.3.1. De specialist ouderengeneeskunde zou een rol moeten spelen in de opvang van acute-zorgvragen ook voor extramuraal verblijvende patiënten.

3.4 Niet meer zelfstandig thuis

Advance Care Planning (ACP) is een belangrijk instrument om in individuele gevallen acute zorgvragen te voorkomen. Echter, het effect van ACP op de beperking van de vraag aan acute zorg, wordt in de Houtskoolschets niet aangegeven. In zijn algemeenheid lijkt in veel discussies en notities van zorgverzekeraars en de overheid het effect te worden overschat. De vraag is reëel of maatschappij wel zo "maakbaar" is als impliciet verondersteld wordt. Een groot gedeelte van de bevolking wil best praten over de toekomst, maar vindt het moeilijk zich er iets concreets bij voor te stellen. Preventieve maatregelen die het ontstaan van acute situaties beogen te voorkomen (woonhuisaanpassingen, verhuizen, verandering van de inrichting van de woning) stuiten vaak op weerstand. De effectiviteit is wetenschappelijk niet aangetoond. Toch wordt er veel van verwacht. In het beleidsmatig denken wordt de autonomie van de mens onvoldoende meegenomen.

De Houtskoolschets benoemt dat het ACP-gesprek eigenlijk eerder gevoerd zou moeten worden. "maar dat lijkt nu niet goed te lukken". De vraag waarom niet, ondanks dat al vele jaren geprobeerd wordt om hier verbetering in aan te brengen, wordt niet beantwoord.

Waarschijnlijk heeft het ook te maken met de paradox die ingebakken zit in het overheidsbeleid en de visie op de gewenste ontwikkelingen in de ouderenzorg. Er wordt op vele manieren (Zie paragraaf 3.3 en 3.5) gewerkt aan het faciliteren van zo lang mogelijk zelfstandig wonen. Dit is een goede ontwikkeling, maar het houdt inherent ook in dat dat zelfstandig wonen met steeds meer "hulpmiddelen" gepaard gaat. Of het nu een technische oplossing is, de inzet van een mantelzorger of welke dan ook. De ouder wordende mens wordt steeds meer afhankelijk van factoren die goed op elkaar afgestemd moeten zijn. Als één zo'n factor hapert, stort vaak het hele kaartenhuis ineen. Beleid dat gericht is op het langer zelfstandig thuis laten wonen van ouderen, leidt tot het ontstaan van meer en meer kaartenhuizen. Die kunnen weliswaar verstevigd worden, maar het blijven kaartenhuizen die ineen kunnen storten.

Terecht wordt in de Houtskoolschets gewezen op de vele ingewikkelde, goede zorg belemmerende en tijdrovende regelingen, die ervoor zorgen dat veel tijd en energie van mantelzorgers én hulpverleners nodeloos verloren gaat. Het sociaal domein valt echter onder de overheid. De neiging om alles tot in detail “dicht te regelen” en te controleren, is groot. En deze is de laatste jaren niet minder geworden, ondanks de vele voornemens om te dereguleren en “paarse krokodillen” uit de zorg te halen. De situatie in de jeugdzorg is hier een treffend voorbeeld van. Een grotere rol van de gemeente bekijken we dan ook kritisch.

Conclusies:

3.4.1. Er dient onderzocht te worden waarom het ACP-gesprek vaak niet plaatsvindt.

3.4.2. De werkelijkheid is vaak minder maakbaar dan gedacht wordt. De autonomie van de patiënt staat vaak op gespannen voet met de gewenste ACP.

3.4.3. De toename van acute zorgvragen zijn deels een effect van succesvol beleid gericht op het zo lang mogelijk thuis kunnen blijven van ouderen.

3.5 Hulp van slimme zorg

Hier valt nog een wereld te winnen. Een betere informatiepositie van huisartsen inde spoedzorg, leidt tot betere zorg, betere zorg-op-maat en kan onnodige spoedzorg-inzet voorkomen. Daarbij gaat het – zoals eerder ook aangegeven – niet alleen om “harde”, maar ook om “zachte” informatie.

De begeleiding van de patiënt op afstand is iets waar vol op ingezet zou moeten worden. Het delen van patiëntgegevens moet bevorderd worden. De overheid moet meer inzetten op het bevorderen van de ontwikkeling van digitale standaarden (bijv. MedMij), die de kwaliteit van de uitwisseling bevorderen. Aangezien door de overheid gekozen is voor een marktmodel in het zorg-ICT-landschap, zullen er vele verschillende aanbieders van ICT-toepassingen zijn en blijven. De overheid moet sterker bevorderen, liefst verplichten, dat deze aanbieders systemen bouwen die naadloze onderlinge informatie-uitwisseling als uitgangspunt en kerneigenschap hebben.

Een aanzienlijk deel van de Nederlandse bevolking (ca. 30%) heeft onvoldoende gezondheidsvaardigheden. Sterkere nadruk op ICT-toepassingen, kan de ongelijkheid in de zorg doen toenemen, omdat juist de kwetsbaarsten en degenen met de minste gezondheidsvaardigheden hier minder goed gebruik van kunnen maken. Beleid dat dus sterk leunt op het bevorderen van ICT-toepassingen, kan ertoe leiden dat een deel van de bevolking juist *minder* goed voorbereid is op mogelijke acute situaties. ICT-toepassingen kunnen een deel van de zorgvragen wegnemen, maar blijven complementair, niet volledig vervangend.

Conclusies:

3.5.1. Gewaakt moet worden dat mensen met minder goede gezondheidsvaardigheden niet op een grotere afstand komen te staan door inzet van ICT-toepassingen.

Hoofdstuk 4: Een nieuwe inrichting van het acute zorglandschap

4.1 Het ideale acute zorglandschap voor de patiënt

De analyse in deze paragraaf onderstrepen we.

4.2 Meer acute zorg thuis

Het leveren van acute zorg thuis is prettiger voor de patiënt, mits die zich daarbij ook veilig voelt. Er kan een verschil in beleving tussen beleidsmakers en/of de medici zijn ten aanzien van wat veilig te leveren zorg thuis is, en wat de patiënt als veilige zorg ervaart. Meer zorg thuis wordt goedkoper als dit betekent dat daarmee een gebouw en een paraat staande zorgverlener kan worden uitgespaard. In veel gevallen zal het regelen van acute zorg thuis meer tijd kosten. Het gaan van huis naar huis kost tijd. Er is dus meer inefficiency bij de zorgverlener. Bovendien zal het vaak zo zijn dat de “paraat staande zorgverlener” op een centrale locatie niet gemist kan worden. Dan is streven naar meer zorg thuis dus minder efficiënt.

De Houtskoolschets geeft aan dat veel laagcomplexe zorg thuis gegeven kan worden. *“Dat kan nu al, maar willen we de instroom in de acute zorg verminderen dan zullen we dit substantieel moeten uitbreiden. Denk hierbij aan het uitbreiden van de inzet van wijkverpleegkundigen die gespecialiseerd zijn in acute zorgsituaties.”* De Houtskoolschets beschrijft niet waar we deze wijkverpleegkundigen vandaan moeten halen. De gewenste vermindering van de instroom in “de acute zorg” betekent hier: “de spoedeisende-hulp-zorg”. Immers, er blijft evenveel acute zorg bestaan, al wordt die door een ander opgevangen. Nu al is het zo dat huisartsen vaak gevraagd worden om bijvoorbeeld katheters te plaatsen of te verwijderen, omdat er geen thuiszorg beschikbaar is.

Voorbeeld:

Het is efficiënter om de zorg te centraliseren op een huisartsenpost of spoedeisende hulp, waar het plaatsen van een blaaskatheter netto binnen 10 minuten kan plaatsvinden in een ruime, goed verlichte behandelkamer waar alle spullen onder handbereik liggen, dan in een krappe, slecht verlichte slaapkamer thuis, waar je de spullen bijeen moet rapen. Nog even los van de ingewikkelde formaliteiten die er juridisch gecreëerd zijn, zoals het ter plaatse krijgen van een uitvoeringsverzoek.

Dat betekent niet dat we het leveren van meer zorg thuis geen goede ontwikkeling vinden. Het is alleen geen panacee voor de problemen in de acute zorg en heeft niet alleen voordelen. Wat dat betreft schildert de Houtskoolschets een te rooskleurig, eenzijdig (wens)beeld.

Belangrijke ontwikkelingen zijn wél het kunnen inzetten van meer point-of-care testen in de thuissituatie en het meekijken van professionals via digitale beeldverbindingen. Meditta gelooft in

dergelijke ontwikkelingen. Hierop zet Meditta ook nu al volop in. Al is ook hier een kanttekening op zijn plaats.

Niet alle momenteel beschikbare point-of-care testen (POCT) zijn even valide in de huisartsenpraktijk en/of thuissituatie. En het doen van meer POCT thuis, verlengt de duur van een visite van de huisarts. De inzetbaarheid wordt verminderd. Het kan er dus toe leiden dat een extra parate huisarts beschikbaar houden moet worden, bijvoorbeeld om de (genormeerde) maximale aanrijdtijden te kunnen behalen. Dan is de geboekte winst gauw vervlogen.

Ook hierin bekijkt de Houtskoolschets de situatie voornamelijk vanuit het perspectief van de (kosten van de) spoedeisende hulp / het ziekenhuis en onvoldoende vanuit het geheel van de acute zorg.

Conclusies:

4.2.1. Het leveren van meer zorg thuis vermindert de druk op de SEH. De Houtskoolschets geeft onvoldoende aan hoe anderen die de zorg thuis moeten leveren, de verschuiving van de werkdruk kunnen opvangen.

4.3. Regionale zorgmeldkamers voor niet levensbedreigende acute zorgvragen

“Op dit moment is het niet altijd duidelijk voor een patiënt bij welke zorgprofessional en op welke locatie hij of zij terecht kan met een acute zorgvraag die niet levensbedreigend is. Voor acute zorg kun je nu terecht bij de huisarts, de crisisdienst van de Wmo, de wijkverpleegkundige, de huisartsenpost, de huisartsenpost plus, de crisisdienst van de ggz, de spoedpoli, de spoedpost, de spoedeisende hulp of de crisisafdeling in de langdurige zorg.” (...) “In de zorgmeldkamer behandelen goed geschoolde medische triagisten de (acuut ervaren) zorgvraag van de patiënt. Als er geen sprake is van een levensbedreigende situatie, kan er wat meer tijd genomen worden voor een triage waardoor de patiënt veel vaker direct op de juiste plek en bij de juiste zorgprofessional terecht komt.”

Hetgeen in paragraaf 2.3 is gezegd, kan hier worden herhaald. De beschrijving van het probleem is hier deels karikaturaal. De vraag is of een centraal nummer echt een probleem oplost. Behalve het probleem van de onbekendheid van de telefoonnummers van de regionale huisartsenpost. Dat probleem wordt opgelost middels een keuzemenu bij een landelijk telefoonnummer. De winst hiervan zal beperkt zijn. Het kan zelfs vertragend werken in situaties dat elke seconde telt. Want weliswaar wordt de patiënt/hulpvrager bij levensbedreigende situaties geacht 112 te bellen, dat gebeurt regelmatig niet. De zorgvrager kan de spoedeisendheid niet altijd goed inschatten. Veel telefoontjes bij 112 zijn niet spoedeisend. Een belangrijk deel van de niet-112 telefoontjes zijn dat wel. Dat is de reden dat bij de huidige huisartsenposten altijd eerst een ABCD-check uitgevoerd moet worden om levensbedreigende situaties uit te sluiten.

Als de regionale zorgmeldkamers alle niet-112 telefoontjes moet opvangen, zal dat nog steeds nodig zijn, maar dan voor een groter volume aan telefoontjes. Ofwel, er is méér triagetijd nodig. De beschreven werkwijze vereist méér geschoolde medisch triagisten dan momenteel aan het werk zijn. Het vinden van voldoende triagisten is nu al een opgave. Het opleiden van extra triagisten haalt

bovendien potentieel zorgpersoneel weg uit andere sectoren van de zorg en vergroot daar het probleem.

De in- en doorstroomproblematiek die met het inrichten van de zorgmeldkamer beoogd wordt, is een capaciteitsprobleem. Dat probleem wordt niet opgelost met de oprichting van de zorgmeldkamer. Fricities in de bekendheid van plaatsingsmogelijkheden van patiënten, kunnen beter opgelost worden met een centraal nummer voor professionals dan met een centraal nummer voor het algehele publiek.

Zoals beschreven in paragraaf 2.3.5 is het beter de huisartsenpraktijken beter te outilleren voor acute zorg overdag, dan deze zorg via een zorgmeldkamer overdag bij de huisarts weg te halen. De triagist op de zorgmeldkamer zal een extra druk leggen op de huisartsen als deze huisartsenzorg indiceert met een bepaalde urgentie, terwijl de huisartsenpraktijk daar anders over denkt. Het gevaar is ook dat de zorgmeldkamer overdag als “pressiemiddel” wordt ingezet. Krijgt men bij de huisartsenpraktijk niet snel genoeg een afspraak, dan wordt het via de zorgmeldkamer geprobeerd. Op huisartsenposten zien we dat verschijnsel nu al tijdens ANW-uren. De 24/7 zorgmeldkamer zal dit probleem verder versterken naar de situatie overdag. Er dreigt een situatie waarin discussies over de noodzaak en tijdigheid van inzet van (huisartsen)zorg ontstaat tussen de zorgmeldkamer en de huisartsenpraktijk. Voor het publiek wordt de situatie daarmee verwarrender. Voor de gezondheidszorg als geheel zal dit de kosten doen opdrijven.

Conclusies:

4.3.1. De in- en doorstroomproblematiek wordt niet opgelost met de oprichting van de zorgmeldkamer.

4.3.2. Fricities in de bekendheid van plaatsingsmogelijkheden van patiënten, kunnen beter opgelost worden met een centraal nummer voor professionals dan met een centraal nummer voor het algehele publiek.

4.4 Een goede spreiding van integrale spoedposten

Het toewerken naar integrale spoedpleinen, waar de acute huisartsenzorg, de acute GGz-zorg en de acute specialistische zorg worden verenigd, wordt door Meditta ondersteund. Hiermee zijn we ook bezig in onze regio's.

Zoals beschreven in de Houtskoolschets is een goede spreiding van de voorzieningen van groot belang. Hoog-complexe specialistische zorg concentreren, zoals de afgelopen jaren al gebeurd is, kan nuttig en nodig zijn voor het behoud van de toegankelijkheid, de kwaliteit en de betaalbaarheid.

De onderverdeling zoals die tentatief is weergegeven in de Houtskoolschets, is echter veel te grof. Acute cardiologie en acute neurologie bijvoorbeeld zijn erg brede begrippen. Het verschil tussen eenvoudige breuken en eenvoudige OK tijdens ANW-uren zal niet altijd op voorhand simpel te triëren zijn. Sepsis klinkt vanzelfsprekend als een hoog-complex onderwerp, maar de beoordeling van de aanwezigheid van sepsis is een routinematige handeling met een volume dat de capaciteit van de hoog-complexe spoedzorgvoorzieningen zal overvragen als dit geconcentreerd wordt.

De kern is dat bij de spoedpost een adequate medisch-specialistische voorziening op de achtergrond aanwezig zal moeten blijven, om een instabiele patiënt die op voorhand niet zo getrieerd was, een instabiel wordende patiënt op de spoedpost of een patiënt die iets anders blijkt te hebben dan op voorhand gedacht, adequaat te kunnen opvangen.

In de Middagregio zijn de huidige huisartsenposten fysiek gepositioneerd naast de SEH. Functioneel zijn ze geplaatst serieel vóór de SEH i.v.m. de poortwachtersfunctie en het voorkomen van een onterecht beroep op de specialistische zorg. Het onterechte bezoek aan de SEH is hiermee sterk teruggedrongen. Bovendien is er een samenwerking om te zorgen dat chronische medisch-specialistische zorg in de betreffende ziekenhuizen, waarbij “acute hulpvragen” ontstaan, adequaat naar de juiste behandelaar geleid worden. Het betreft dan bijvoorbeeld patiënten met onregelde type 1 diabetes, bijwerkingen van oncologische behandelingen, paroxismaal atriumfibrilleren, hartfalen, COPD etc. Dit systeem werkt efficiënt en kent een goede regionale spreiding. Het opschalen van de acute zorg naar een hoger aggregatieniveau zal eerder leiden tot kwaliteitsverlies dan tot winst. Om de kwaliteit te handhaven zal meer verkeer nodig zijn. Zowel fysiek patiëntenvervoer als dataverkeer als communicatie en overdracht. Dit leidt tot risico's die onwenselijk zijn.

Voor de Middagregio pleiten we dan ook voor het behoud van de huidige spreiding van huisartsenposten en spoedeisende-hulp-posten. Wel kan de integratie van de spoedposten met een integraal spoedplein, waarin specialistische zorg, huisartsenzorg, wijkverpleging en GGz samenwerken en aanwezig zijn een aantal problemen (deels) helpen oplossen, zoals eerder gezegd. Deze ontwikkeling zien we wel als wenselijk. Belangrijke hinderpalen zijn eerder al genoemd en zullen weggenomen moeten worden.

Conclusies:

4.4.1. Voor de Middagregio is het behoud van de huidige spreiding van huisartsenposten en spoedeisende-hulp-posten de beste optie. Verdere concentratie levert meer risico's dan winst op.

4.4.2. Integratie van de huisartsenpost en de spoedeisende-hulpafdelingen kan een deel van de huidige problemen oplossen.

4.5 Hoogcomplexere of levensbedreigende acute zorg van goede kwaliteit

Het centraliseren van hoogcomplexere zorg is in diverse situaties noodzakelijk en zeer wenselijk. De Houtskoolschets geeft er een aantal goede voorbeelden van. Toch is ook hier een kanttekening op zijn plaats. Ook op deze plaats wordt veel waarde gehecht aan de telefonische triage. In het geschetste voorbeeld van de patiëntenreis, heeft de patiënt een hartinfarct. Het is terecht dat hij rechtstreeks naar een cardiologisch interventiecentrum wordt gebracht. In méér gevallen is er echter géén sprake van een hartinfarct en is het dichtstbijzijnde ziekenhuis wel degelijk de beste eerste opvangplek zelfs als dit in sommige gevallen alsnog tot een verplaatsing naar een cardiologisch interventiecentrum leidt. Bijvoorbeeld bij de mensen met paniekaanvallen of andere (cardiale of niet-cardiale) aandoeningen, die op een hartinfarct kunnen lijken. Onduidelijk is of het aantal momenteel

onterecht in een “onvoldoende gekwalificeerd” ziekenhuis komende patiënten opweegt tegen de “straks” onterecht in een “overgekwalficeerd” ziekenhuis komende patiënten.

In de huisartsgeneeskunde zijn we gewend te werken met veel onzekerheden en onduidelijke situaties. De Houtskoolschets lijkt vanuit dit perspectief iets te gemakkelijk te denken dat triage een goede, efficiënte (“ideale”) ordening kán en zál opleveren. De Houtskoolschets stelt terecht: *“Dit is niet altijd even makkelijk; in acute situaties is vaak pas achteraf de definitieve diagnose te stellen. Maar dat betekent niet dat we hier niet vol op moeten inzetten, ook met hulp van nieuwe technologieën.”* Het inzetten van nieuwe technologie is wel de richting waarheen we moeten gaan. Als huisartsenorganisatie willen we waarschuwen voor overtrokken verwachtingen, zeker op korte termijn.

Conclusies:

4.5.1. Triage draagt bij aan een goede ordening van de zorgvragen, maar is en blijft “maar” een eerste screeningsinstrument. Misclassificatie komt geregeld voor. Te sterk leunen op (telefonische) triage leidt onvermijdelijk tot een toename van incidenten en calamiteiten.

4.6 Nog beter functionerende traumacentra

Het is terecht dat aan het systeem van traumacentra niet veel gewijzigd zal worden.

4.7 Ambulances en traumahelikopters

De Houtskoolschets stelt: De verstrekkende gevolgen die concentratie *“heeft voor reisafstand, inzetbaarheid, ambulancestandplaatsen en aantal medewerkers en ambulances zal verder onderzocht moeten worden.”* Het is belangrijk dat de goede volgorde wordt gehanteerd: eerst een goede analyse en gedegen wetenschappelijk onderzoek, dan pas invoering van de concentratie van zorg. In de Houtskoolschets wordt groot belang gehecht aan de predictieve waarde die wearables kunnen hebben. Predictiemodellen voor acute zorgvragen zijn over het algemeen weinig betrouwbaar waar het het tijdselement van het ontstaan van de zorgvraag betreft. Vaak zijn zogeheten “predictiemodellen” meer “vroegsignaleringsmodellen” die de acute zorgvraag niet zozeer voorkomt maar eerder vaststelt. Er is vaak eerder sprake van vertekening van de resultaten (bias) dan echte vermindering van acute zorg. Doorgaans ontstaat bij vroegsignalering meer “ruis”, meer zorg in een fase waarin er nog onduidelijk is of de vraag werkelijk acute inzet behoeft. Deze factor leidt tot een vergroting van de druk op de acute zorg zonder dat de werkelijk zorgvraag afneemt.

Conclusies:

4.7.1. De aanname dat predictiemodellen het aantal acute-zorgvragen kunnen verminderen vereist eerst gedegen wetenschappelijk onderzoek.

4.7.2. Verdere concentratie van zorg vereist eerst een analyse van de gevolgen voor de ambulancezorg en de patiënt. Het risico is anders groot dat beleid alleen wordt gebaseerd op de voordelen en de nadelen niet ondervangen zijn.

4.8 Acute geboortezorg in het acute zorglandschap

Kijkend naar het zorglandschap in Limburg, dan stellen we vast dat de geboortezorg al in hoge mate geconcentreerd is. Het is de vraag of verdere concentratie verantwoord en wenselijk is. We pleiten dan ook voor handhaving van de huidige locaties voor acute geboortezorg in de huidige ziekenhuizen.

Conclusies:

4.8.1. De geboortezorg is in Limburg al in hoge mate geconcentreerd. Verdere concentratie is onwenselijk.

4.9 Acute ggz in het acute zorglandschap

“Het kan (...) winst opleveren als de acute geestelijke gezondheidszorg integraal wordt aangeboden op de spoedpost of de spoedeisende hulp” (...) “Een gedeelte van de spoedpost of spoedeisende hulp kan zo worden ingericht dat het ook geschikt is voor opvang van acute psychiatrische problematiek waardoor onrust kan worden voorkomen.” Dit beeld onderschrijven we. Het is een lang gekoesterde wens van Meditta om de acute GGz ook een plek te geven op de Spoedpost. Maar tot op heden is van de goede voornemens hiertoe weinig terechtgekomen omdat dit een forse investering vergt, waarvoor de zorgverzekeraar noch het sociaal domein de beurs heeft willen trekken. Het gaat dan om de financiering van ruimtes én personeel. Voor een dubbeltje kan men hier niet op de eerste rij zitten.

Conclusies:

4.9.1. Integratie van de GGz in de spoedpost is een goede zaak, maar vergt investeringen.

4.10 De zorgprofessional in het acute zorglandschap

De inzet van breder opgeleide verpleegkundigen als ondersteuning en vervanging van de huisarts om de dienstendruk te verminderen, juichen we toe. Meditta werkt aan een regionaal plan om samen met de V&V-sector, de ziekenhuizen en de ambulancezorg te komen tot een gezamenlijk opgeleide pool van verpleegkundigen die in de spoedzorg ingezet kunnen worden én overdag in de reguliere zorg kunnen werken. Gebleken is dat er maar weinig verpleegkundigen te vinden zijn die alléén maar onregelmatige diensten in de spoedzorg willen draaien. De koers moet dus zijn in te zetten op combinatiebanen, waarin dagzorg en spoedzorg worden gecombineerd. Dit vereist het “white label” in kunnen zetten van personeel. Hiervoor moeten nog financieringsmodellen worden ontwikkeld.

Conclusies:

4.10.1. Het moet gemakkelijker worden gemaakt om zorgprofessionals “white label” in te zetten.

Hoofdstuk 5: Randvoorwaarden om de transformatie naar een nieuw acuut zorglandschap te realiseren

De verschillende paragrafen worden hier in één paragraaf behandeld.

De overheid moet meer regie nemen in het faciliteren van de randvoorwaarden voor efficiënte acute zorgverlening. Dat betekent:

- oplossing van het juridisch probleem van (onvoldoende) gegevensuitwisseling;
- afdwingen van standaarden waarin gegevens worden verzameld, opgeslagen en uitgewisseld. Er kunnen prima verschillende ICT-systemen bestaan, maar “onder de motorkap” moeten zij de data op een vergelijkbare wijze behandelen.
- marktwerking op ICT-gebied kan nuttig zijn ten behoeve van innovaties, klantgerichtheid en prijs. Maar een strakke set van normen waaraan ICT-systemen moeten voldoen om in de Nederlandse gezondheidszorg gebruikt te kunnen worden, kan daarbij zorgen voor optimale uitwisselbaarheid.
- er zal een oplossing moeten worden gevonden voor de privaatrechtelijke verantwoording die zorgverzekeraars afleggen en de publiek- en staatsrechtelijke verantwoording die het sociaal domein moet afleggen. Gemeentebesturen die hun uitgaven tegenover een gemeentelijke rekenkamer of een gemeenteraad moeten verantwoorden, maken vaak andere keuzes dan zorgverzekeraars. Hun afwegingskader verschilt ook sterk, omdat ze meer uiteenlopende belangen hebben af te wegen. Er moet een mechanisme komen waarin lange-termijnafspraken gemaakt moeten worden, zodat de zorg niet wordt overgeleverd aan de politieke grillen van de dag.

Hoofdstuk 6: Betalen voor beschikbaarheid

Betalen voor beschikbaarheid is een belangrijk goed. Acute zorg is en blijft – ook bij de maximale inzet van nog slimmere zorg en hulpmiddelen - niet planbare zorg en dus inefficiënte zorg.

Integrale financiering is een oplossing voor de acute zorg, maar terecht wordt in de Houtskoolschets aangegeven dat dit weer andere schotten en kosten kan opleveren.

Meditta ziet de financiering als volgend op de inhoud. Daarover hebben we diverse opmerkingen gemaakt. Afhankelijk van de keuzes die uit de discussies volgen, zullen we onze opvatting over de beste bekostigingswijze vormen.

Over het algemeen is een gecombineerde financieringswijze, met zowel een vast budget als een variabele vergoeding het beste. Zo'n systeem bestaat nu in de huisartsenpraktijk. Het is zeker niet perfect, maar een perfect bekostigingssysteem bestaat niet. Een gecombineerd systeem is wel een redelijk model, waarbij de prikkels richting beschikbaarheid en productie het minst snel onttaarden in “perverse prikkels” en op termijn de beste prijs/kwaliteitsverhouding oplevert.