Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Houtskoolschets acute zorg

Een discussiestuk over de inrichting en bekostiging van het acute zorglandschap

Samenvatting

De samenleving en de zorg veranderen in snel tempo. Ook het acute zorglandschap verandert door technologische en zorginhoudelijke ontwikkelingen. Het acute zorglandschap zal op deze veranderingen moeten inspelen.

Als we naar het acute zorglandschap kijken zien we een aantal vraagstukken:
- het voorkomen van acute zorg kan beter,
- het is niet altijd duidelijk waar je heen moet met een acute zorgvraag,
- acute zorg thuis wordt nog niet groots opgepakt,
- je blijft als patiënt soms te lang op de verkeerde plek,
- er zijn niet genoeg zorgprofessionals voor de toenemende vraag naar zorg,
- de samenwerking tussen zorgprofessionals binnen de totale keten van acute zorg kan beter,
- er wordt nog te weinig gebruik gemaakt van slimme zorg,
- zorgprofessionals beschikken niet altijd over de juiste informatie.

Ook voor de toekomst willen we kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van acute zorg voor iedereen garanderen. De acute zorg moet meebewegen, met het oog op een toekomstbestendige inrichting van het zorglandschap. Hierbij is het van belang dat iedereen de zekerheid heeft en houdt over beschikbaarheid van acute zorg van de beste kwaliteit. Dag en nacht. De vraag is hoe we de urgente problemen in de acute zorg kunnen oplossen en tegelijkertijd vol inzetten op behoud van vertrouwen in acute zorg voor iedereen. Hoe kunnen we de acute zorg het beste inrichten en financieren? Wat is de stip op de horizon en hoe gaan we daar met elkaar naar toe werken? Hoe ziet Nederland er straks uit als we het over acute zorg hebben?

Om deze vragen te beantwoorden hebben we in het najaar van 2019 en het begin van 2020 met verschillende personen binnen en buiten het ministerie van VWS gesproken. Aan de hand daarvan zijn de eerste ideeën gevormd en de eerste schetsen gemaakt. In maart 2020 werden we geconfronteerd met COVID-19 wat het zorglandschap flink op de proef stelde. De eerste geleerde lessen zijn meegenomen in deze houtskoolschets. Evaluaties van de gevolgen van COVID-19 op het (acute) zorglandschap moeten nog volgen en zullen in de verdere uitwerking van de houtskoolschets meegenomen worden.

De ideeën in deze houtskoolschets zijn eerste denkrichtingen, die richting geven aan de discussie over de toekomstige inrichting en financiering van het acute zorglandschap. Er zijn veel vragen die nog niet beantwoord kunnen worden, we hebben meer feiten en cijfers nodig en meer inzicht in de daadwerkelijk effecten in de praktijk. Deze houtskoolschets is een begin van een langer traject, waarbij nog veel uitgewerkt en onderbouwd moet worden. Dat gaan we ook doen, maar pas na publicatie van en discussie over de houtskoolschets. We beschrijven eerst onze visie, een toekomstbeeld, waarmee we een maatschappelijke discussie op gang willen brengen en gaan vervolgens uitwerken hoe we, met elkaar, het toekomstbeeld gaan bereiken.

We kunnen niet niks doen

Als we naar het acute zorglandschap kijken zien we een aantal vraagstukken: het is soms te druk of juist te stil, het is onvoldoende duidelijk waar je heen moet, er wordt te weinig integraal samengewerkt en het is moeilijk om steeds voldoende zorgprofessionals te vinden. Het oplossen van deze vraagstukken vraagt om een andere inrichting, organisatie en bekostiging van het acute zorglandschap.

Een nieuwe inrichting van het acute zorglandschap

De nieuwe inrichting van de acute zorg zal met name gericht zijn op zes pijlers die hieronder beschreven worden.

Voorkomen van acute zorg
We willen zoveel mogelijk voorkomen dat mensen acute zorg nodig hebben. Dit vraagt om een sterke sociale basis, samenwerking tussen het sociale- en het medische domein en goede tijdelijke opvang of doorstroom van mensen naar de langdurige zorg als het thuis niet meer zelfstandig gaat. Hierbij mag de potentie van de hulp van slimme zorg niet vergeten worden, zoals beslissingsondersteuning om te bepalen of zorg nodig is of monitoring van de patiënt thuis.

Regionale zorgmeldkamers voor niet levensbedreigende acute zorg
In de zorgmeldkamers wordt een aantal activiteiten bij elkaar gebracht: een goede multidisciplinaire triage voor niet levensbedreigende acute zorgvragen, het coördineren van het verplaatsen van patiënten tussen verschillende zorglocaties en van de inzet van zorgprofessionals die naar de patiënt toe komen. De patiënt met een niet levensbedreigende acute zorgvraag kan straks één landelijk telefoonnummer bellen.

Meer acute zorg thuis
Veel laagcomplexe acute zorg kan ook thuis gegeven worden. Dat is fijn voor de patiënt en kan de instroom in de acute zorg verminderen. Dat kan nu al maar we zullen dit substantieel moeten uitbreiden. Denk hierbij aan een wijkverpleegkundige of een verloskundige die bij je langskomt, inzet van ambulante geriatrische teams of professionals uit het sociaal domein.

Integrale spoedposten
Op de spoedpost kan de patiënt terecht voor acute huisartsenzorg, acute geestelijke gezondheidszorg en een groot deel van de acute medisch specialistische zorg. Deze zorg wordt integraal aangeboden. Op deze spoedposten kan een groot deel van de acute zorg aangeboden worden. Per regio zal bepaald moeten worden waar de spoedposten komen en hoe ze ingericht worden. We zullen afspraken moeten maken over faciliteiten en zorgprofessionals die aanwezig moeten zijn. Het uitgangspunt is dat de bereikbaarheid van acute zorglocaties gelijk blijft aan wat nu het geval is of zelfs beter wordt.

Hoogcomplexe of levensbedreigende acute zorg
Een veel kleiner deel van de patiënten die acute zorg nodig heeft, zal terecht komen op een spoedeisende hulp voor hoogcomplexe of levensbedreigende acute zorg. Hier zullen 24 uur per dag, 7 dagen per week de juiste zorgprofessionals klaarstaan en alle faciliteiten beschikbaar zijn om de best mogelijke zorg te kunnen leveren. Hier is medische kwaliteit belangrijker dan nabijheid. Bij deze locaties zullen afspraken gemaakt worden over volumenormen, over reisafstanden of reistijden, over de verplaatsing van patiënten naar een zorglocatie in de buurt zodra dit mogelijk is en over de extra inzet van ambulances en traumahelikopters.

Traumacentra
Momenteel zijn er in Nederland elf traumacentra die verantwoordelijk zijn voor acute zorg voor zeer zwaargewonde patiënten, het goed organiseren van de keten van acute zorg in ROAZ verband, de kennis- en consultatiefunctie in de regio en de kwaliteitsregistratie. De traumacentra functioneren goed en zullen blijven bestaan.

Belangrijke randvoorwaarden

Om dit toekomstbeeld te bereiken en deze transitie te laten slagen zijn vijf aspecten heel belangrijk. Ten eerste is het essentieel dat een zorgprofessional in een spoedeisende situatie over alle essentiële en actuele (medische) gegevens kan beschikken. Ten tweede is het belangrijk dat er nieuwe glasheldere en handhaafbare normen ontwikkeld worden op het gebied van infrastructuur, kwaliteitseisen, samenwerking, volume, reisafstanden, slimme zorg en gegevensuitwisseling. Ten derde zal slimme (digitale) zorg en ondersteuning optimaal ingezet moeten worden. Ten vierde, als we de noodzakelijke veranderingen in het acute zorglandschap goed willen laten slagen, is het noodzakelijk dat besluiten via een gedragen werkwijze tot stand komen. Zonder duidelijk besluitvormingsmechanisme gaan we deze transitie niet voor elkaar krijgen. Tot slot is de betaalbaarheid van de zorg een belangrijke voorwaarde. Een betere inrichting van de acute zorg moet ook bijdragen aan de beheersbaarheid van de zorgkosten.

Betalen voor beschikbaarheid in de regio

Een nieuwe inrichting van het acute zorglandschap vraagt om een bijpassende manier van bekostigen. We vinden dat acute zorg een cruciale voorziening is en hechten veel waarde aan de beschikbaarheid en toegankelijkheid van de acute zorg. Daarom kijken we of betalen voor beschikbaarheid van bepaalde acute zorgvoorzieningen een logische route is. Welke impact dit heeft, hoe dit uitgewerkt en uitgevoerd moet worden zal nog verder onderzocht moeten worden.

Hoe gaan we verder?

Deze houtskoolschets beschrijft een doordacht maar nog niet in beton gegoten idee van een nieuwe inrichting en financiering van het acute zorglandschap. Het meeste werk komt nog. We moeten details gaan uitwerken, data gaan verzamelen en gaan uitzoeken wat dit betekent voor de andere onderdelen van het zorglandschap. Dat kunnen we niet alleen en daarom nodigen we belangstellenden uit om uiterlijk 1 november 2020 op de houtskoolschets te reageren door middel van een openbare internetconsultatie. Vervolgens zullen we in gesprek gaan met iedereen die wil meedenken over de concretere uitwerking en onderbouwing van de houtskoolschets acute zorg.

Inhoudsopgave

Hoofdstuk 1: Inleiding 6
1.1. De houtskoolschets is een discussiestuk 7
1.2. Werkwijze 8
1.3. Reikwijdte 8
1.4. Leeswijzer 9

Hoofdstuk 2: De noodzaak voor een nieuwe inrichting van de acute zorg 10
2.1 We kunnen niet niks doen 10
2.2 Het is te druk of juist te stil 11
2.3 Het is niet altijd duidelijk waar een patiënt het beste naar toe kan gaan 12
2.4 Integrale samenwerking kan verder worden bevorderd 12
2.5 Het wordt lastiger om voldoende zorgprofessionals te vinden 13

Hoofdstuk 3: Zoveel mogelijk acute zorg voorkomen 14
3.1 Een sterke basis: de gemeente aan zet 15
3.2 Samenwerking tussen het sociaal en het medisch domein 16
3.3 Werken aan wonen 17
3.4 Niet meer zelfstandig thuis 18
3.5 Hulp van slimme zorg 18

Hoofdstuk 4: Een nieuwe inrichting van het acute zorglandschap 19
4.1 Het ideale acute zorglandschap voor de patiënt 20
4.2 Meer acute zorg thuis 21
4.3 Regionale zorgmeldkamers voor niet levensbedreigende acute zorgvragen 22
4.4 Een goede spreiding van integrale spoedposten 25
4.5 Hoogcomplexe of levensbedreigende acute zorg van goede kwaliteit 30
4.6 Nog beter functionerende traumacentra 31
4.7 Ambulances en traumahelikopters 32
4.8 Acute geboortezorg in het acute zorglandschap 33
4.9 Acute ggz in het acute zorglandschap 33
4.10 De zorgprofessional in het acute zorglandschap 34

Hoofdstuk 5: Randvoorwaarden om de transformatie naar een nieuw acuut zorglandschap te realiseren 38
5.1 Samen optrekken 38
5.2 Data moeten stromen 39
5.3 Glasheldere en handhaafbare normen 40
5.4 Optimaal inzetten van slimme zorg 40
5.5 Strakke afspraken in de regio 41

Hoofdstuk 6: Betalen voor beschikbaarheid 43

Hoofdstuk 7: Hoe gaan we nu verder? 46

Hoofdstuk 1:
Inleiding

1.1. De houtskoolschets is een discussiestuk

Voor u ligt de houtskoolschets acute zorg. We schetsen hier onze ideeën, gebaseerd op gesprekken die we gevoerd hebben met diverse partijen die te maken hebben met acute zorg. We nemen hierbij ook de eerste geleerde lessen uit de COVID-19 crisis mee. Deze houtskoolschets geeft weer wat, ons inziens, nodig is om de acute zorg in de toekomst voor iedereen goed en veilig te kunnen blijven aanbieden. Deze schets is richtinggevend voor de discussie over de toekomstige inrichting en financiering van het acute zorglandschap.

We noemen dit wel bewust een houtskoolschets, een discussiestuk. Het is onze visie voor de toekomst, gebaseerd op gesprekken met vele partijen, maar tegelijkertijd een houtskoolschets waarin nog gegumd kan worden. Er zijn nog veel vragen die uitgewerkt moeten worden: gaat het echt opleveren wat we ervan verwachten, hoe gaan we dit concreet in praktijk brengen, wat betekent dit precies voor de individuele burger, patiënt, zorgprofessional en alle andere betrokkenen, welke effecten op de andere onderdelen van de zorg gaan er daadwerkelijk ontstaan en welke effecten heeft dit op de betaalbaarheid van de zorg?

De vernieuwde inrichting en financiering van de acute zorg die we in dit stuk beschrijven zullen we verder moeten uitzoeken en onderbouwen. Simpel gezegd: we hebben meer feiten en cijfers nodig en meer inzicht in de daadwerkelijk effecten in de praktijk en de mogelijke effecten van de COVID-19 crisis. Hier gaan we de komende tijd mee aan de slag, zodat het plaatje dat er nu ligt steeds verder en concreter uitgewerkt kan worden. Dit is geen standaard manier van werken maar wel een bewuste aanpak voor dit traject. We werken eigenlijk andersom, we beschrijven een toekomstbeeld en gaan vervolgens uitwerken hoe we daar gaan komen. Het is voor het proces dat gaat volgen goed om dit toekomstbeeld in gedachten te houden en ons niet bij alles af te vragen of het wel kan maar juist hoe we met elkaar het toekomstbeeld kunnen gaan bereiken.

Ook staat deze houtskoolschets niet op zichzelf. Op veel vlakken raakt dit traject bijvoorbeeld aan het advies van de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving over het acute zorglandschap dat 17 juni openbaar is gemaakt[1], aan het advies van de Gezondheidsraad over de 45-minutennorm dat in september 2020 gepresenteerd zal worden, aan de hoofdlijnenakkoorden, aan het advies "Oud en zelfstandig in 2030. Een reisadvies" van De commissie toekomst zorg thuiswonende ouderen en aan de agenda acute zorg. Deze schets kent ook raakvlakken met de contourennota die in het najaar van 2020 zal verschijnen en een bredere integrale analyse van de knelpunten in de zorg en de bijbehorende oplossingen zal beschrijven. Hierin trekken we dus samen op.

1 https://www.raadrvs.nl/binaries/raadrvs/documenten/publicaties/2020/06/17/van-deelbelangen-naar-gedeeld-belang/RVS_Acute+zorg.pdf

1.2. Werkwijze

In de zomer van 2019 heeft de minister van Medische Zorg en Sport de Kamerbrief 'visie medisch zorglandschap' naar de Tweede Kamer gestuurd[2]. Hierin heeft hij aangegeven een visie op de acute zorg te gaan ontwikkelen waarin wordt beschreven hoe de acute zorg er in de toekomst uit moet zien.

Om deze visie vorm te geven, voerden we eind 2019 gesprekken met patiënten zelf, met het openbaar bestuur en met mensen die bij de acute zorg betrokken zijn. De centrale vraag bij deze gesprekken was:

'Hoe zouden we het acute zorglandschap inrichten en financieren als we helemaal opnieuw zouden kunnen beginnen en we geen rekening hoeven te houden met belangen en de huidige inrichting van het acute zorglandschap?'

De eerste beelden die uit deze gesprekken naar voren kwamen zijn vervolgens verder aangescherpt na informele gezamenlijke bijeenkomsten met zorgprofessionals, innovators, wethouders en koepels. Informatie die tijdens deze gesprekken is verzameld over de probleemanalyse, de samenhang tussen alle verschillende onderdelen, de mogelijke oplossingen en de vragen en uitdagingen die er nog zijn, heeft geleid tot de voorliggende tekst.

Vervolgens werden we in maart 2020 geconfronteerd met COVID-19 wat het acute zorglandschap flink op de proef stelde. De eerste geleerde lessen zijn meegenomen in deze houtskoolschets. Uitgebreidere evaluaties van de gevolgen van COVID-19 op het (acute) zorglandschap moeten nog volgen en zullen in de verdere uitwerking van de houtskoolschets meegenomen worden.

1.3. Reikwijdte

In de houtskoolschets acute zorg richten we ons voornamelijk op de spoedeisende zorg in de ziekenhuizen, bij de huisarts, de ambulance, de acute GGZ en de acute wijkverpleging. Het acute zorglandschap raakt echter verschillende domeinen en stelsels. Het landschap dat we schetsen houdt daarom niet op bij de acute zorg die gegeven wordt vanuit de zorgverzekeringswet. Het acute zorglandschap kan niet optimaal ingericht worden zonder aandacht te besteden aan maatschappelijke ondersteuning vanuit het sociaal domein, de rol van de gemeente en de langdurige zorg. Daarom wordt ook daar aandacht aan besteed in deze houtskoolschets.

In deze houtskoolschets hanteren we de volgende reikwijdte: het gaat om 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. Daarnaast gaat het om spoedzorg als antwoord op een zorgvraag die vanuit de beleving van de patiënt acuut is.

2 TK 2018-2019 32620 nr. 233

1.4. Leeswijzer

In hoofdstuk 2 wordt beschreven waarom de transformatie naar een nieuw acuut zorglandschap nodig is: welke grote vraagstukken komen we tegen als we het hebben over de acute zorg? In hoofdstuk 3 wordt beschreven hoe we kunnen voorkomen dat mensen in de acute zorg terecht komen. De mogelijke oplossingen voor de vraagstukken in de acute zorg worden beschreven in hoofdstuk 4. We werken hiervoor zeven onderdelen van het acute zorglandschap uit die er samen voor zorgen dat het acute zorglandschap toekomstbestendig ingericht kan worden. Hoofdstuk 5 beschrijft de randvoorwaarden die nodig zijn om deze transformatie met elkaar te realiseren: samen optrekken, data, heldere normen, slimme zorg en strakke afspraken in de regio. Een bekostiging die past bij de nieuwe inrichting wordt beschreven in hoofdstuk 6. Hoofdstuk 7 eindigt met hoe we nu verder gaan en welke vragen er nog zijn.

Hoofdstuk 2:

De noodzaak voor een nieuwe inrichting van de acute zorg

2.1 We kunnen niet niks doen

Goede gezondheidszorg is één van de belangrijkste verworvenheden van onze samenleving. Iedereen die zorg nodig heeft moet ervan op aan kunnen dat hij of zij bij de juiste zorgprofessional terecht kan voor zorg van goede kwaliteit. En dat kan in Nederland. Tegelijkertijd is de samenleving razendsnel veranderd en die verandering zet door.

Door digitalisering, nieuwe technologieën en de 24-uurseconomie kunnen en willen mensen steeds meer zelf regelen op een moment dat ze het beste uitkomt. Mensen willen dit ook als het gaat om hun gezondheid. Door smartphones, apps en nieuwe media ligt de wereld aan onze voeten. Men heeft meer kennis tot zijn beschikking, de communicatie is snel en de keuzemogelijkheden zijn toegenomen. Hierdoor is ook de zorgvraag veranderd. Tegelijkertijd biedt de medische en technologische vooruitgang veel kansen. Ook verandert de zorgvraag omdat door demografie en succes in het behandelen van allerlei ziekten steeds meer mensen ouder worden met een of meer chronische ziekten. Het gevoel van vertrouwen in de acute zorg, dat mensen weten dat ze op de juiste manier geholpen worden als het nodig is, blijft onverminderd van belang. Daarnaast heeft de COVID-19 crisis noodgedwongen al veranderingen in het acute zorglandschap in gang gezet.

Het acute zorglandschap zal op deze veranderingen in de samenleving moeten inspelen zodat de acute zorg ook in de toekomst kwalitatief goed, toegankelijk (beschikbaar en bereikbaar) en betaalbaar blijft. De acute zorg moet wendbaar zijn. We moeten bljiven nadenken hoe we de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de acute zorg in de toekomst kunnen blijven garanderen voor iedereen. De acute zorg moet mee ontwikkelen. Deze houtskoolschets is een belangrijke stap op weg naar een toekomstbestendige acute zorg.

Als we naar het acute zorglandschap kijken zien we een aantal vraagstukken: het is soms te druk of juist te stil, het is niet altijd duidelijk waar je heen moet, de integrale samenwerking kan beter en het is moeilijk om steeds voldoende zorgprofessionals te vinden.

In het vervolg van dit hoofdstuk worden deze vraagstukken kort uitgewerkt en worden de elementen die kunnen bijdragen aan het oplossen van dit vraagstuk beschreven. Deze elementen worden vervolgens uitgewerkt in hoofdstuk 3 en 4.

2.2 Het is te druk of juist te stil

De afgelopen jaren leren ons dat de, soms onnodige, instroom in de acute zorg groot is en de doorstroom en uitstroom naar huis, het ziekenhuis in of naar andere vormen van zorgverlening niet optimaal georganiseerd is. De druk op de acute zorgketen zorgt onder meer voor wachttijden en ook vaker ‘stops’ op de spoedeisende hulp. Een stop houdt in dat het ziekenhuis aan de ambulancedienst laat weten dat het erg druk is en het beter is om naar een ander ziekenhuis te rijden als de patiënt daar sneller kan worden geholpen.

In de avond- en nachturen is het op veel spoedeisende hulplocaties en huisartsenposten juist te stil. Hoogopgeleide zorgprofessionals wachten daar op een enkele patiënt die misschien langskomt. Deze zorgprofessionals zijn schaars, het is niet bevorderlijk voor het werkplezier van de zorgprofessional en ook niet doelmatig. Door de krapte op de arbeidsmarkt kunnen we dit ook niet zo blijven organiseren.

Het beperken van de instroom, het bevorderen van de doorstroom en uitstroom, het anders inrichten van het acute zorglandschap en het anders organiseren van de inzet van professionals kan bijdragen aan het oplossen van dit vraagstuk.

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

In een levensbedreigende situatie is het meestal wel duidelijk dat 112 gebeld moet worden, maar voor een patiënt met een niet levensbedreigende acute klacht 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?

Ook voor zorgprofessionals, zoals triagisten en ambulancemedewerkers, is het soms lastig te bepalen waar ze een patiënt met een acute, niet levensbedreigende, klacht het beste naar toe kunnen sturen en wie deze patiënt het beste kan behandelen. Dat geldt ook voor patiënten in de langdurige zorg, moeten deze patiënten bijvoorbeeld gebruik maken van de huisartsenpost of van de behandeldienst van de instelling. Nu is dat onduidelijk.

Onvoldoende inzicht in capaciteit kan daarbij een rol spelen. Daarnaast is het ook niet altijd makkelijk in te schatten omdat bijvoorbeeld buikpijn allerlei oorzaken kan hebben, van stress tot een aneurysma. Toch is het van belang dat de patiënt op het juiste moment op de juiste plek wordt behandeld door de juiste zorgprofessional. Soms betekent dat een afspraak bij de huisarts, soms dat iemand met spoed naar een ziekenhuis gebracht moet worden. Dat kan ook betekenen dat een ambulance twee ziekenhuizen voorbij moet rijden om naar het ziekenhuis te gaan waar ze op dat moment de beste zorg voor deze patiënt kunnen bieden.

Inzicht in capaciteit, een duidelijke ingang voor de patiënt en goede triage kan bijdragen aan een oplossing voor dit vraagstuk.

2.4 Integrale samenwerking kan verder worden bevorderd

De acute zorg is niet overal integraal georganiseerd. Er zijn schotten, zowel inhoudelijk als financieel. Dit is bijvoorbeeld het geval bij de spoedeisende hulp en de huisartsenpost, terwijl ze vaak naast elkaar op dezelfde locatie zitten. Of tussen de zorg en ondersteuning in het sociale domein, de langdurige zorg en de zorg in het medische domein.

Het bevorderen en verbeteren van integrale samenwerking tussen het medisch domein, het sociaal domein, de langdurige zorg, de geriatrie, de zorg in de wijk en de acute ggz kan bijdragen aan de juiste zorg op de juiste plek, aan de samenwerking en verbinding tussen de verschillende zorgprofessionals en ondersteuners en aan de integrale blik die nodig is bij bijvoorbeeld kwetsbare ouderen of personen met verward gedrag. Een integrale blik kan de behoefte aan zorg en ondersteuning veel beter in kaart brengen en organiseren en soms voorkomen dat acute zorg nodig is. Informatie over de doelen van de patiënt en de gemeten impact van behandelingen op de kwaliteit van leven van patiënten (ook wel uitkomstinformatie genoemd) kunnen dit ondersteunen.

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.

2.5 Het wordt lastiger om voldoende zorgprofessionals te vinden

We zien, zeker in bepaalde regio’s, een krapte op de arbeidsmarkt. Voor de acute zorg in ziekenhuizen gaat het vooral om gespecialiseerd verpleegkundigen en medisch ondersteunend personeel (zoals anesthesiemedewerkers en operatieassistenten). Daarnaast zien we in verschillende regio’s nu al een tekort aan huisartsen vanwege de toenemende vraag en veranderende voorkeuren voor de manier waarop huisartsen willen werken. Ook de triage zoals die nu georganiseerd is, kan beter op de langere termijn. In 2018 gaf bijna één derde van de huisartsenposten aan dat het zeer moeilijk was om voldoende triagisten te vinden.

Deze krappe arbeidsmarkt heeft ook consequenties voor de toegankelijkheid van de acute zorg. Ziekenhuizen zijn verantwoordelijk voor de opleiding van voldoende gespecialiseerde verpleegkundigen en medisch ondersteunend personeel. Het Capaciteitsorgaan geeft aan dat er flink meer moet worden opgeleid om de zorgvraag nu en in de toekomst aan te kunnen. Ondanks de kostendekkende financiering vanuit het ministerie van VWS zien we dat ziekenhuizen de afgelopen jaren niet voldoende gespecialiseerde verpleegkundigen en medisch ondersteunend personeel hebben opgeleid.

Het anders organiseren van de triage, het inzetten van nieuwe technologieën om bijvoorbeeld zorg op afstand mogelijk te maken, het anders beleggen van de verantwoordelijkheden, het inzetten op meer en anders opleiden, het anders inzetten van de verschillende zorgprofessionals en het anders inrichten van het acute zorglandschap kan bijdragen aan een oplossing van dit vraagstuk. Ook hier is nog nadere analyse nodig.

Hoofdstuk 3:

Zoveel mogelijk acute zorg voorkomen

Dit kan het probleem 'het is te druk' oplossen
Dit kan het probleem 'het is te weinig integraal' oplossen

Steeds meer mensen worden steeds ouder. Veel ouderen blijven zelfstandig thuis wonen en dit gaat vaak lang goed. Voor veel mensen is het fijn om zo lang mogelijk zelfstandig thuis te kunnen blijven wonen. Zo nodig met hulp vanuit de omgeving zoals vrienden, familie en vrijwilligers en de inzet van professionele ondersteuning en zorg. Tegelijkertijd zien we ook dat het evenwicht precair kan zijn en door allerlei oorzaken het opgebouwde netwerk als een kaartenhuis kan instorten. Dan is er vaak sprake van een crisissituatie en wordt, veel vaker dan nodig en gewenst is, spoedeisende hulp ingeschakeld. Dit is heel vervelend voor de patiënt zelf en levert een enorme belasting op van de acute zorg in Nederland.

Gezien de toekomstige stijging van het aantal kwetsbare ouderen, de daling van het aantal mantelzorgers en de daarbij behorende tekorten aan zorgprofessionals zal dit vraagstuk zich niet vanzelf oplossen. We moeten zoveel mogelijk proberen te voorkomen dat mensen acute zorg nodig hebben. Hier is veel winst te behalen, zowel door het terugbrengen van de instroom in de acute zorg als door de verbetering van de kwaliteit van leven van kwetsbare ouderen.

Voornamelijk ouderen en kinderen van 0-4 jaar maken veel gebruik van acute zorg. In dit hoofdstuk van de houtskoolschets richten we ons daarom op het voorkomen van acute zorg voor de steeds groter wordende groep kwetsbare ouderen, omdat we denken dat daar veel winst te behalen valt.

3.1 Een sterke basis: de gemeente aan zet

Een sterke sociale basis speelt een belangrijke rol bij gezond en vitaal oud worden. De meeste ouderen zorgen er zelf voor dat zij vitaal blijven en actief meedoen in de maatschappij. Toch kan een steuntje in de rug vanuit hun omgeving, het sociaal werk en/of vrijwilligers soms heel welkom zijn. Wie zorgt er immers voor dat bewoners die in de buurt activiteiten willen organiseren, elkaar leren kennen? Wie kent en herkent de overbelaste mantelzorger en weet de verbinding te leggen met de professional of de vrijwilliger die hierbij kan ondersteunen?

Gemeenten hebben hierin een belangrijke taak. Bijvoorbeeld om ondersteuning, dagbesteding of woningaanpassing te regelen, of voorzieningen te treffen waarop mantelzorgers kunnen terugvallen als de zorg hun te zwaar wordt. Ook aandacht voor valpreventie is belangrijk om breuken en daarmee gebruik van acute zorg te voorkomen. Een bijzonder aandachtspunt is de spoedzorg en respijtzorg in de vorm van tijdelijk verblijf. Zowel gepland als ongepland. Gemeenten zouden, samen met zorgverzekeraars, kunnen onderzoeken voor wie en in welke situaties zij deze vormen van tijdelijk verblijf in kunnen zetten om acute opnames te voorkomen.

Wanneer er sprake is van een terugkeer naar huis, bijvoorbeeld uit het ziekenhuis na een spoedopname, of na revalidatie, speelt de gemeente ook een belangrijke rol. Naast goede zorg door bijvoorbeeld de wijkverpleegkundige is het belangrijk dat ook aandacht besteed wordt aan voldoende sociale en materiële steun die nodig kan zijn zoals dagbesteding, financiële administratie, woningaanpassingen, voldoende huishoudelijke hulp bij thuiskomst en dat het netwerk van de oudere goed op de hoogte is. Daar voorkomen we heropnames mee. Maar dat is niet altijd makkelijk. Iedere gemeente heeft eigen beleid, dat heeft als voordeel dat zij maatwerk kunnen leveren aan de patiënt, maar betekent ook dat een ziekenhuis soms met meerdere gemeentes te maken heeft, wat het soms lastig maakt voor ziekenhuizen om eenduidig transferbeleid te maken.

In de praktijk sluit het regelen van zorg en ondersteuning thuis bovendien niet aan bij de snelheid waarmee een patiënt het ziekenhuis kan verlaten. Dit vraagt om een samenhangend aanbod van zorg en ondersteuning in de wijk, het slimmer organiseren van de bestaande zorg en ondersteuning en het maken van betere afspraken tussen zorgaanbieders en de gemeente over hoe tijdig kan worden gehandeld bij transfer naar huis. Samenwerking tussen wijkverpleegkundige zorg, huisartsenzorg en het sociaal domein is hierbij belangrijk.

3.2 Samenwerking tussen het sociaal en het medisch domein

Is er ondersteuning en zorg nodig dan is het van belang dat de professionals uit het sociaal én medisch domein als één team om de oudere staan. Dit soort samenwerking komt al op veel plaatsen voor, waarbij de naamgeving lokaal kan verschillen en de samenstelling dynamisch en afhankelijk van de lokale situatie is. De kern is dat professionals in de wijk samen met de mantelzorger zoeken naar oplossingen om het netwerk rond kwetsbare ouderen, die dreigen de regie over hun eigen leven te verliezen, te versterken. De basis van dit netwerk zou moeten bestaan uit de huisarts en de wijkverpleegkundige en eventueel de specialist ouderengeneeskunde, in nauwe samenwerking met het sociale domein, zoals een sociaal werker of een wijkteammedewerker, maar ook buurtinitiatieven, kerken of de woningbouwcorporatie.

Onderdeel van dit netwerk zijn ook samenwerkingsafspraken met bijvoorbeeld apotheker, specialist ouderengeneeskunde, fysiotherapeut of ergotherapeut. Belangrijk is dat deze netwerken de informele zorgverleners, zoals mantelzorgers en vrijwilligers, goed betrekken bij het zorgplan voor de oudere en dat de communicatie transparant is voor alle betrokkenen. Dat laatste is niet alleen belangrijk voor goed afgestemde zorg en ondersteuning, maar helpt ook om overbelasting bij mantelzorgers en vrijwilligers tegen te gaan. Door goede samenwerking kan de ondersteuning en zorg snel opgeschaald worden als de oudere kwetsbaarder wordt. Dit kan instroom in de acute zorg soms voorkomen.

Dergelijke samenwerking lukt alleen als alle professionals zich goed hebben georganiseerd, als teams opereren en informatie gedeeld kan worden (binnen de kaders van de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG)). De integrale samenwerking tussen de verschillende aanbieders van ondersteuning en zorg die nodig is rond (kwetsbare) ouderen versterkt het belang van meer samenwerking binnen de wijkverpleging. Verdere inzet op herkenbare en aanspreekbare teams in de wijk is daarom nodig: in een wijk zijn immers vaak vele aanbieders actief. In deze chronische fase gaat deze formele zorg hand in hand met informele zorg waardoor ouderen een gevoel van veiligheid en geborgenheid ervaren. Als de zorg niet thuis geboden kan worden, kan het concept van ‘de wijkkliniek’ ook de instroom in de acute zorg verminderen. In een wijkkliniek wordt ziekenhuiszorg dichtbij huis (in de wijk) geboden waarbij de focus ligt op stabilisatie, herstel en terugkeer naar huis.

In mei 2019 is in het kader van het programma Langer Thuis de publicatie ‘Kwetsbare ouderen thuis, handreiking voor integrale zorg en ondersteuning in de wijk’ vastgesteld. Deze handreiking bevat een zesstappenplan en een overzicht van rollen en taken die handvatten bieden bij het organiseren van ondersteuning en zorg – over domeinen heen - aan kwetsbare thuiswonende ouderen. Ook het onlangs gepubliceerde rapport van de Commissie Toekomst zorg voor thuiswonende ouderen “Oud en zelfstandig in 2030. Een reisadvies.” levert een aantal adviezen op die ook voor het voorkomen van acute zorg heel waardevol zijn. In dit advies wordt, naast lokale en regionale samenwerking, ingezet op (ver)bouwen en het gebruik van nieuwe digitale technologieën door zorgprofessionals én ouderen.

3.3 Werken aan wonen

Om zelfstandig te kunnen functioneren, maakt het veel verschil in wat voor woning ouderen leven. Daarbij gaat het er in de eerste plaats om dat de woning en de omgeving fysiek aangepast is: drempelvrij, geen of aangepaste trappen, bredere deuropeningen, muurbeugels en goede verlichting kunnen veel verschil maken. Ook rollatorvriendelijke trottoirs, automatische deuren op galerijen van flats en ruimte om de scootmobiel te parkeren vergen aandacht.

Het gaat daarnaast ook om het sociale aspect van de woning en de omgeving: zijn er mogelijkheden om buurtbewoners laagdrempelig te ontmoeten, voelt de buurt veilig, zijn er winkels, voorzieningen en openbaar vervoer in de nabijheid? Bovendien zien we dat onder ouderen een toenemende vraag ontstaat naar gemeenschappelijke woonvormen. Dat kan een woonzorgcomplex zijn of een kleinschaliger vorm zoals een hofje waarvan bewoners vaak zelf initiatiefnemers zijn. Van bewoners wordt in dit soort woonvormen vaak de intentie gevraagd om zelf bij te dragen aan lichte ondersteuning en hulp voor medebewoners. Dit geeft hen ook de zekerheid dat er iemand voor ze klaarstaat als het nodig is, en zij minder hoeven te vrezen voor eenzaamheid. Ook in de langdurige zorg zien we de trend dat mensen steeds kleinschaliger wonen. Geclusterde woonzorgvoorzieningen zien we op dit moment in de langdurige zorg georganiseerd worden via volledig pakket thuis (vpt), modulair pakket thuis (mpt) en het persoonsgebonden budget (pgb).

De recent opgerichte Taskforce Wonen en Zorg jaagt gemeenten, woningcorporaties en zorgaanbieders aan om lokaal prestatieafspraken te maken over meer geschikte woonvormen voor ouderen. Dit kan bijdragen aan een veilige en plezierige woonsituatie en betere signalering en ondersteuning. Dit kan helpen om acute incidenten te voorkomen. Hier moeten we vol op blijven inzetten.

3.4 Niet meer zelfstandig thuis

We zien soms bij ouderen dat een bezoek aan de spoedeisende hulp de druppel is waardoor de fragiele situatie van zelfstandig thuis wonen niet meer gaat. Om een volgende crisis te voorkomen is inzetten van advanced care planning door een wijkteam, de huisarts, de wijkverpleegkundige, mantelzorgers en specialist ouderengeneeskunde van belang. Belangrijk is dat ouderen ondersteund worden om na te denken over wat voor hen belangrijk is, inclusief het zo goed mogelijk zelfstandig blijven wonen passend bij de levensloop. Dat kan gaan over woningaanpassing, inzet van sensoren voor monitoring of voor het overnemen van taken (zoals gordijnen of de deur open doen) of verhuizing naar een andere woonsituatie, al dan niet met 24-uurs zorg. Dat kan een volgende crisis voorkomen maar is vaak niet snel geregeld. Bij voorkeur wil je dit gesprek eerder voeren, maar dat lijkt nu niet goed te lukken.

Wanneer thuis wonen, ondanks aanpassingen en (digitale) ondersteuning, (tijdelijk) niet meer gaat is het belangrijk dat doorstroom naar tijdelijke vervolgzorg of langdurige zorg goed geregeld is, zodat mensen zo snel mogelijk op de juiste plek terecht komen. Dit betekent onder andere dat ook vanuit de spoedeisende hulp crisisplekken beschikbaar moeten zijn, niet alleen vanuit de thuissituatie. De toegang tot instellingen voor langdurige zorg, de hoeveelheid beschikbare plekken en de drempel die geldt voor toegang tot de langdurige zorg is iets waar onze volle aandacht naartoe moet gaan. Regelingen die doorstroom in de weg staan zoals verschillen in eigen bijdragen en ingewikkelde regelingen wanneer iemand wel of niet gebruik mag maken van een plek, zullen gewijzigd moeten worden.

3.5 Hulp van slimme zorg

Door de inzet van slimme digitale zorg en ondersteuning kan veel acute zorg worden voorkomen en kan ook meer acute zorg thuis worden gegeven. Mensen hoeven daardoor minder vaak naar de huisarts, de huisartsenpost, de spoedeisende hulp of de acute ggz.

Inzet van slimme digitale zorg begint met goede informatie aan mensen die twijfelen of zorg op dat moment acuut nodig is. Denk aan bestaande oplossingen als thuisarts.nl, moet ik naar de dokter app of informatie op maat via de website Inforium. Met behulp van digitale, slimme beslissingsondersteuning kan een patiënt straks zelf een nog betere inschatting maken of zorg op dat moment acuut nodig is. Het zelf kunnen beschikken over de eigen gezondheidsgegevens in een persoonlijke gezondheidsomgeving (PGO) is voor wie dat wil en kan een belangrijke basisvoorwaarde die beschikbaar moet zijn. Ook kan een inschatting gemaakt worden welke patiënten meer risico hebben op een acute opname. Dat kan nu al met inzet van slimme (digitale) zorg en e-health toepassingen. In de (nabije) toekomst zullen technologieën als Artificial Intelligence en big data deze inschatting nog beter maken.

Bij inzet van slimme digitale zorg moet niet alleen gedacht worden aan goede informatie en voorlichting, maar ook aan WhatsAppen, beeldbellen of foto's doorsturen via toepassingen als Beter Dichtbij of communicatie tussen de patiënt, de mantelzorger en zorgverleners zoals de huisarts en de fysiotherapeut via OZOVerbindzorg. Ook telebegeleiding of andere vormen van monitoring gaan een grote rol spelen, en hebben door COVID-19 een forse impuls gekregen. Een goed voorbeeld is dat patiënten met COPD, hartfalen of een andere chronische aandoening zelf thuis metingen verrichten. Die worden dan op afstand beoordeeld door de arts of verpleegkundig specialist en bij een verhoogd risico wordt direct en op tijd ingegrepen. Zo voorkom je dat deze patiënt opeens acuut naar de huisarts, de huisartsenpost of spoedeisende hulp moet komen. Dat geldt ook voor zwangere vrouwen die meedoen aan het initiatief 'Safe at home' waarbij thuismonitoring eraan bijdraagt dat minder zwangere vrouwen hoeven te worden opgenomen in het ziekenhuis en, wanneer dat wel nodig is, de opnameduur korter is. Ook HartWacht laat mooie resultaten zien: bij de 128 patiënten die een jaar lang begeleid zijn met HartWacht is een afname in het aantal verpleegdagen met meer dan 40%, het aantal spoedritten met 30% én aantal spoedeisendehulpbezoeken met 70% te zien ten opzichte van het jaar voorafgaand aan de begeleiding met HartWacht.

Hoofdstuk 4:

Een nieuwe inrichting van het acute zorglandschap

Naast het voorkomen van acute zorg is het belangrijk om de problemen ín de acute zorg, die zijn beschreven in hoofdstuk 2 op te lossen. In dit hoofdstuk beschrijven we het ideale acute zorglandschap voor de patiënt en doen we een voorstel voor een nieuwe inrichting van het acute zorglandschap.

4.1 Het ideale acute zorglandschap voor de patiënt

Hoe het ideale acute zorglandschap eruitziet, zal voor iedereen anders zijn. Als we een rode draad kunnen schetsen dan zou die eruit kunnen zien zoals hieronder beschreven staat.

Het liefst wil je acute zorg zoveel mogelijk voorkomen door tijdige goede zorg en ondersteuning in je directe omgeving. Als je toch acuut zorg nodig hebt dan wil je goed en snel geholpen worden. Bij levensbedreigende situaties, waarbij duidelijk is dat elke seconde telt, zal meteen 112 gebeld moeten worden. De zorg die je dan nodig hebt zal snel beschikbaar moeten zijn. Het kan ook voorkomen dat de situatie niet levensbedreigend is, maar dat jij, of iemand in je omgeving, voor je gevoel wel acuut zorg nodig hebt.

Het zou fijn zijn als je door goede informatiebronnen en beslissingsondersteuning in begrijpelijke taal zelf al kunt kijken of zorg op dat moment nodig is. Als je twijfelt, of denkt dat er op dat moment zorg nodig is, dan wil je dat het duidelijk is hoe je (digitaal) contact kunt leggen met een zorgprofessional, via (beeld)bellen, chat, mail of app. Het is fijn als je vervolgens direct door een deskundige zorgprofessional geholpen wordt met een goed advies of met de belofte dat hulp onderweg is en je thuis kunt blijven. Als dat niet mogelijk is, wil je dat de zorgprofessional duidelijk aangeeft waar je heen kunt gaan. Een plek waar je je veilig voelt en je erop kunt vertrouwen dat hier altijd de juiste mensen klaar staan om jou te helpen met de zorgvraag die je hebt en waar de door jou al verstrekte relevante informatie voorhanden is. Het liefst makkelijk te bereiken en in de buurt. Als je zorgvraag wat complexer is, dan kan het noodzakelijk zijn om net wat verder weg te moeten reizen voor de beste kwaliteit. De kans hierop zal groter worden in gevallen waarbij hoogcomplexe acute zorg nodig is. Het is een uitdaging om de ideale balans te vinden tussen zorg dichtbij en zorg van de beste medisch inhoudelijke kwaliteit.

De zorgprofessionals die jou vervolgens helpen moeten deskundig en behulpzaam zijn en beschikken over de juiste en actuele informatie die nodig is om goede zorg te kunnen leveren. Als je goed geholpen bent is het belangrijk dat, als het nodig is, de vervolgzorg en ondersteuning goed en snel geregeld wordt. Het liefst thuis of dichtbij huis. Daarnaast is het belangrijk dat zorgprofessionals goed samenwerken, de wachttijden kort zijn, er samen beslist kan worden en de omgeving prettig en veilig is.

Zit het huidige acute zorglandschap al op deze manier in elkaar? Nee, niet op alle aspecten. Als we het ideale acute zorglandschap voor de patiënt werkelijkheid willen laten worden zullen er dingen anders georganiseerd moeten worden. Het voorkomen van acute zorg kan beter, acute zorg thuis wordt nog niet groots opgepakt, het is niet altijd duidelijk waar je heen moet, je blijft soms te lang op de verkeerde plek, zorgprofessionals werken niet altijd goed samen, en zorgprofessionals beschikken niet altijd over de juiste informatie.

4.2 Meer acute zorg thuis

Dit kan het probleem 'het is te druk' oplossen
Dit kan het probleem 'het is niet duidelijk' oplossen
Dit kan het probleem 'het is te weinig integraal' oplossen

Helaas zal acute zorg niet altijd helemaal te voorkomen zijn. Dat betekent niet dat je altijd naar een acute zorglocatie moet komen. Veel laagcomplexe acute zorg kan thuis gegeven 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. Als de situatie daarom vraagt kunnen gespecialiseerde zorgprofessionals op afstand meekijken. Bijvoorbeeld door de inzet van digitale toepassingen waarmee op afstand met een wijkverpleegkundige meegekeken kan worden voor de wondverzorging. Of denk aan ambulancepersoneel dat thuis langskomt, de patiënt behandelt en weer terugrijdt naar de standplaats, of een verloskundige die bij de zwangere vrouw thuis langskomt en met een draagbaar CTG-apparaat de hartslag van de baby kan controleren.

Een nieuwe en gewenste ontwikkeling is dat er naast acute intramurale crisisplekken ook acute crisisteams komen die hulp of zorg bij ouderen thuis kunnen opschalen als de oudere niet zonder toezicht thuis kan blijven wonen. Bijvoorbeeld na een valpartij zonder breuk, of na een behandelde infectie. Opname in het verpleeghuis kan worden voorkomen door de inzet van ambulante geriatrische teams zodat de oudere niet naar de spoedeisende hulp hoeft. Er kan waar nodig ter plekke diagnostiek uitgevoerd worden (lab, ecg, eventueel echo). Hiermee wordt momenteel op enkele plekken in het land geëxperimenteerd, zoals in Nieuwegein via ZorgSpectrum. Daar heet dit het Multidisciplinair Geriatrisch Team, elders worden ook anderen namen gebruikt zoals het FACT-team ouderen.

Het is belangrijk om hiervoor goede financiële en organisatorische afspraken te maken met huisartsen, medisch generalisten, specialisten ouderengeneeskunde, wijkverpleegkundigen, ambulancepersoneel, professionals uit het sociaal domein, verpleegkundig- of medisch specialisten die op afstand meekijken en met medewerkers van ambulances die wel thuis behandelen, maar de patiënt niet meenemen naar het ziekenhuis.

4.3 Regionale zorgmeldkamers voor niet levensbedreigende acute zorgvragen

Dit kan het probleem 'het is te druk' oplossen
Dit kan het probleem 'het is niet duidelijk' oplossen
Dit kan het probleem 'het is te weinig integraal' oplossen

Duidelijkheid voor de patiënt

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 een stressvolle situatie kunnen deze verschillende 'loketten' verwarring opleveren. We willen dit zoveel mogelijk voorkomen. Hiervoor is één centraal punt nodig waar de patiënt terecht kan met zijn of haar niet levensbedreigende acute zorgvraag.

In het nieuwe acute zorglandschap kan de patiënt bij niet levensbedreigende acute zorgvragen één landelijk telefoonnummer bellen waarna de patiënt automatisch wordt doorverbonden naar de juiste regionale zorgmeldkamer.[3]

Dit nieuwe landelijke nummer zal beschikbaar zijn naast 112. Het nummer 112 blijft het vertrouwde nummer voor levensbedreigende situaties waarbij ambulancezorg, politie of brandweer nodig is. Het nieuwe nummer kan gebeld worden voor alle andere, niet levensbedreigende, acute zorgvragen. Als blijkt dat er sprake is van een levensbedreigende situatie zal er meteen doorgeschakeld worden naar de 112-meldkamer. Dit is te vergelijken met het nummer 0900-8844 'geen spoed, wel politie'.

Een aantal activiteiten integraal bij elkaar

In het land zullen er meerdere zorgmeldkamers worden opgericht. De zorgmeldkamer vormt in iedere regio de spil van de netwerkorganisatie voor acute zorg. De zorgmeldkamer is niet hetzelfde als de 112-meldkamer voor levensbedreigende situaties waarbij een ambulance, politie of brandweer snel ter plaatste moet zijn.

In deze zorgmeldkamers wordt een aantal activiteiten bij elkaar gebracht: een goede multidisciplinaire triage voor niet levensbedreigende acute zorgvragen, het coördineren van het verplaatsen van patiënten tussen verschillende zorglocaties en het coördineren van de inzet van zorgprofessionals die naar de patiënt toe komen. De zorgprofessionals in de zorgmeldkamer werken integraal met elkaar samen en zijn in staat zijn om de juiste zorg voor de patiënt te organiseren. Op deze manier worden de instroom, de doorstroom tussen verschillende zorginstellingen en de uitstroom vanuit de acute zorg centraal en optimaal georganiseerd. Hierbij zijn de menselijke maat, het belang van goed contact met zorgprofessionals op locatie en kennis van het beschikbare zorgaanbod in de regio belangrijke uitgangspunten.

3 Hiermee wordt uitdrukkelijk bedoeld dat de witte kolom in de 112-meldkamer blijft.

Goede triage is van groot belang

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. Dit kan in acute situaties heel belangrijk zijn. Het resultaat kan ook zijn dat de patiënt gerustgesteld wordt of dat er een zorgprofessional bij de patiënt thuis langskomt.

Om het juiste besluit te kunnen nemen over waar de patiënt met zijn of haar acute zorgvraag terecht kan, werken in de zorgmeldkamer regieartsen en verschillende multidisciplinaire medisch geschoolde triagisten, waar nodig gezamenlijk, aan het duiden van de zorgvraag. Hierbij kan gedacht worden aan triagisten op het gebied van laagcomplexe (huisartsen)zorg, acute ggz, geriatrische en (wijk)verpleegkundige zorg. Deze personen werken intensief samen, zodat laagdrempelig overleg mogelijk is en gebruik wordt gemaakt van elkaars expertise. Om overbehandeling en overdiagnose te voorkomen, gaan we hierbij uit van een huisartsgeneeskundige insteek van de triage. Mocht de situatie ter plekke aanleiding geven tot een andere beslissing dan kan daar uiteraard van afgeweken worden.

In de toekomst moet ook gebruik worden gemaakt van beeldbellen, realtime monitoring, big data en robotondersteuning. Op deze manier kan de triage volledi ger uitgevoerd worden, wordt vaker meteen de juiste diagnose gesteld en kan de beste afweging voor de patiënt gemaakt worden. Dit is zeker het verder verkennen waard.

Inzicht in capaciteit versnelt de doorstroom en de uitstroom

Op dit moment zijn er al regionale coördinatiefuncties tijdelijk verblijf ingericht waar zorgprofessionals naartoe kunnen bellen om de transfer te regelen van patiënten vanaf de huisarts of vanuit het ziekenhuis naar een vorm van tijdelijk verblijf en soms ook andere zorginstellingen. Dit is een goed begin, maar in de ideale situatie wordt dit nog uitgebreider opgepakt vanuit de zorgmeldkamer. Daar wordt de transfer gecoördineerd van patiënten naar het sociaal domein, de thuiszorg, de wijkverpleging, verschillende vormen van tijdelijk verblijf, de geriatrische revalidatiezorg, de langdurige zorg, de ggz en de medisch specialistische zorg. Ook de verloskundige of de gynaecoloog kan hier gebruik van maken als er een plek nodig is waar een vrouw moet bevallen.

Hierbij is het noodzakelijk dat de transfermedewerkers in de zorgmeldkamer 24/7 realtime inzicht hebben in de op dat moment vrije beschikbare capaciteit van alle verschillende zorg- en ondersteuningsmogelijkheden in de regio. Dit inzicht zal ook beschikbaar moeten zijn voor de GHOR (Geneeskundige Hulpverleningsorganisatie in de Regio) in het kader van de opschaalde zorg. Direct inzicht zal tijdbesparend werken, er hoeft immers niet meer rondgebeld te worden voor een beschikbare plek, zoals nu vaak het geval is.

Dit kan grote gevolgen hebben voor de instroom in de acute zorg omdat voor een patiënt van een huisarts bijvoorbeeld direct zorg en ondersteuning geregeld wordt waardoor de patiënt niet meer naar een spoedeisende hulp gestuurd wordt. Dat geldt ook voor de doorstroom naar andere zorglocaties en uitstroom vanuit de zorglocaties waar nu regelmatig patiënten liggen die hier medisch gezien niet meer thuishoren, maar nog niet zelfstandig naar huis kunnen.

Inzet van ambulante zorgprofessionals

In de zorgmeldkamer wordt ook geregeld dat acute zorg die thuis gegeven kan worden naar mensen toe komt. Als er zorg nodig is maar de patiënt niet naar een zorgprofessional toe kan gaan, kan een huisarts, wijkverpleegkundige, ggz zorgprofessional, mobiel geriatrisch team, physician assistant of verpleegkundig specialist worden ingeschakeld die langsgaat bij de patiënt. De goed geschoolde triagisten op de zorgmeldkamer bepalen hoe de zorgvraag het beste beantwoord kan worden. Ook kunnen, indien nodig, ambulancemedewerkers de patiënt meenemen naar een acute zorglocatie in de regio. De inzet van ambulances en helikopters in levensbedreigende situaties zal vanuit de 112 meldkamer gecoördineerd blijven worden.

Een patiëntreis

Mevrouw Jansen, 78 jaar, is weduwe en woont zelfstandig in een seniorenwoning. Ze is bij de huisarts bekend met hoge bloeddruk en duizeligheid. Haar dochter woont in de buurt en komt regelmatig op bezoek. De dochter van mevrouw Jansen treft haar moeder aan op de grond in de huiskamer. Zij is in de haast gestruikeld toen de telefoon ging. Mevrouw Jansen heeft onvoldoende kracht om zonder hulp op te staan. Ze heeft alleen pijn in haar rechterbeen rond de knie. Deze ziet er dik uit en er is een schaafwond. Haar dochter belt naar de zorgmeldkamer. De triagist, die ook kan meekijken via beeldbellen, concludeert dat mevrouw geen ernstige symptomen heeft en stuurt een wijkverpleegkundige naar mevrouw Jansen. De wijkverpleegkundige helpt mevrouw Jansen overeind en onderzoekt haar rechterknie. De wijkverpleegkundige adviseert pijnstilling en koelen van de knie. Daarnaast maakt de wijkverpleegkundige een afspraak bij de praktijkondersteuner van de huisarts die is gespecialiseerd in ouderenzorg. Ook zet ze in gang dat de gemeente samen met mevrouw Jansen en haar familie bekijkt of aanpassingen in haar woning nodig zijn.

4.4 Een goede spreiding van integrale spoedposten

Dit kan het probleem 'het is niet duidelijk' oplossen
Dit kan het probleem 'gevoel van onveiligheid' oplossen
Dit kan het probleem 'het is te weinig integraal' oplossen
Dit kan het probleem 'te weinig zorgprofessionals' oplossen
Dit kan het probleem 'het is te druk of het is te stil' oplossen

We willen de locaties waar acute zorg verleend kan worden anders gaan inrichten en organiseren. In de paragraaf hiervoor hebben we al beschreven dat veel meer acute zorg voorkomen kan worden of thuis kan gaan plaatsvinden. In de huidige situatie kan een patiënt die overdag acute huisartsenzorg nodig heeft bij de eigen huisarts terecht. Dit willen we in de nieuwe situatie ook behouden. De huisarts blijft poortwachter en kan veel instroom in de tweedelijns acute zorg voorkomen. Voor zorg die niet kan wachten totdat de huisarts beschikbaar is of die niet thuis kan plaatsvinden komt de patiënt nu bij de huisartsenpost (in de avond-, nacht- en weekenduren), de crisisdienst van de ggz of een spoedeisende hulp in een ziekenhuis. Dit is afhankelijk van de ernst van de klacht en de beoordeling van de triagist.
In de toekomstige situatie willen we een onderscheid maken tussen hoogcomplexe of levensbedreigende acute zorg en laagcomplexere, niet levensbedreigende acute zorg. Voor laagcomplexere, niet levensbedreigende acute zorg kan de patiënt straks, naast de huisarts overdag, terecht bij een spoedpost. Voor hoogcomplexe of levensbedreigende acute zorg kan de patiënt terecht bij een spoedeisende hulp (zie paragraaf 4.5).

Wat is een spoedpost?

Op een spoedpost kan een groot deel van de patiënten die acute zorg nodig heeft terecht. Het grootste deel van de spoedzorg is niet hoogcomplex en hoeft niet behandeld te worden in een volledig uitgeruste spoedeisende hulp waar verschillende medisch specialisten aanwezig zijn. De zorg die verleend kan worden op de spoedpost kan variëren van spoedeisende huisartsenzorg als de huisarts niet beschikbaar is en die niet kan wachten tot de volgende werkdag, begeleiding tijdens de zwangerschap, een deel van de acute geestelijke gezondheidszorg, tot een deel van de acute zorg die nu op een spoedeisende hulp wordt verleend. In tabel 1 wordt weergeven waar we aan denken als we het hebben over de faciliteiten die aanwezig zijn op de spoedpost en het type klachten dat daar behandeld kan worden. Dit is een eerste schets. Belangrijk is om na het publiceren van deze houtskoolschets, samen met zorgprofessionals, gedetailleerd in kaart te brengen welke vormen van acute zorg in een spoedpost en welke in een volledig uitgeruste spoedeisende hulp behandeld kunnen worden. Hierbij moet goed in kaart gebracht worden wat de gevolgen zijn voor de patiënt, de zorgprofessionals, de doelmatigheid, de vraag naar zorg, de arbeidsmarkt en andere samenhangende onderwerpen.

Faciliteiten

Spoedpost	Spoedeisende hulp voor hoogcomplexe of levensbedreigende zorg
Echo	Alle basis faciliteiten met aanvullend:
Röntgen	OK 24/7
Gipskamer	IC 24/7
Snelle bloed en urine diagnostiek	Klinisch Chemisch Laboratorium
OK overdag (in achterliggend ziekenhuis)	Afdeling voor acute opname

Type patiënten

Spoedpost	Spoedeisende hulp voor hoogcomplexe of levensbedreigende zorg
Patiënt is ABC stabiel	Instabiele patiënten
Snijwonden	Complexe OK
Schaafwonden	Eenvoudige OK in ANW uren
Hechtingen	Sepsis
Eenvoudige breuken	Acute geboortezorg
Sportblessures	Acute cardiologie
Bepaalde acute ggz	Acute neurologie
Begeleiding zwangerschap	Acute vaatchirurgie
Hoofdpijn (zonder verdenking op SAB/meningitis)	Bepaalde acute ggz

Hoe worden de spoedposten georganiseerd?

In de huidige situatie zijn er op "spoedlocaties" vaak nog gescheiden plekken voor de huisartsenpost en de spoedeisende hulp. Natuurlijk moet goed gekeken worden welke hulp een patiënt nodig heeft en wie daarvoor ingezet kan worden, maar een meer integrale benadering kan voordelen opleveren. Zowel voor de kwaliteit van zorg als voor de doelmatigheid. Het gebeurt nu nog regelmatig dat er een dubbele bezetting van zorgprofessionals aanwezig is, dat de gegevensuitwisseling niet optimaal geregeld is door verschillende ICT-systemen, dat formulieren opnieuw ingevuld moeten worden en dat bepaalde onderzoeken opnieuw gedaan worden.

In de spoedposten is er straks één integraal spoedplein waar de patiënt terecht kan voor zowel acute huisartsenzorg, acute geestelijke gezondheidszorg en laagcomplexere, niet levensbedreigende acute medisch specialistische zorg.

Op verschillende plekken in het land wordt al gewerkt met een soortgelijke situatie of gaat dat op korte termijn gebeuren (zie het kader met mooie voorbeelden). Deze spoedposten zijn soms alleen nog overdag en in de avonduren open. In de nieuwe situatie zal in veel gevallen de spoedpost ook 's nachts open zijn. De huisartsenpost zoals hij nu bestaat verdwijnt hiermee, de zorg die daar verleend wordt verdwijnt echter niet. De triagist in de zorgmeldkamer bepaalt of de patiënt naar een spoedpost toe moet en daar gezien kan worden door een zorgprofessional die laagcomplexe acute (huisartsen)zorg kan leveren, een zorgprofessional die wat meer complexe acute zorg kan leveren of een zorgprofessional die acute geestelijke gezondheidszorg kan leveren.

We moeten ervoor zorgen dat het altijd mogelijk is om een gespecialiseerde zorgprofessional mee te laten kijken, of dit nu in het aangrenzende of nabijgelegen ziekenhuis is of in een ziekenhuis ergens anders in het land. Door technologische ontwikkelingen zal dit in de nabije toekomst goed georganiseerd kunnen worden. Ook kan ter plekke het besluit genomen worden om de patiënt te vervoeren naar een spoedeisende hulplocatie waar hoogcomplexe acute zorg gegeven kan worden. Vervoer tussen locaties is een belangrijk onderdeel van de inrichting van het acute zorglandschap, ook al willen we dat zoveel mogelijk voorkomen door de eerste triage zo goed mogelijk uit te voeren.

Omdat op de spoedposten veel patiënten gaan komen is het belangrijk om deze spoedposten goed te faciliteren met voldoende ruimte, voldoende personeel, voldoende behandelplekken en een fijne verblijf- en werkomgeving. Het moet een plek zijn waar mensen graag willen werken en patiënten een goed en veilig gevoel krijgen, ondanks de vervelende situatie waar zij zich op dat moment in bevinden.

Spreiding van de spoedposten

Per regio zal bepaald moeten worden hoeveel spoedposten er komen, waar de spoedposten gaan komen, welke spoedposten er wel en niet de hele nacht open zijn en welke zorgprofessionals er standaard aanwezig zijn of op afstand mee kunnen kijken. Het uitgangspunt is dat de toegankelijkheid van acute zorglocaties gelijk blijft aan wat nu het geval is of zelfs beter wordt. We kunnen ons voorstellen dat deze spoedposten op de plek komen van de huidige spoedeisende hulp- en huisartsenpostlocaties in de bestaande ziekenhuizen en op de locatie van enkele losstaande huisartsenposten die er nog zijn. Dat betekent dat er straks, dichtbij en goed bereikbaar, een groot aanbod van spoedzorglocaties blijft bestaan.

Een patiëntreis

Het is 8 uur 's avonds. Liesje, 5 maanden oud, heeft koorts (38,9 graden Celsius) en is sindsdien wat stilletjes. Daarbij is Liesje verkouden en zit ze regelmatig aan haar rechteroortje. Haar moeder, mevrouw Veen maakt zich zorgen en belt de zorgmeldkamer. De triagist verwijst haar door naar de spoedpost in de buurt. Daar kan een acute zorg verpleegkundige of een huisarts Liesje onderzoeken. Uit het lichamelijk onderzoek blijkt dat Liesje een forse middenoorontsteking heeft. De verpleegkundig specialist of huisarts schrijft medicatie voor en legt uit wanneer ze terug moeten komen. Mevrouw Veen en haar dochtertje mogen weer naar huis.

Mooie voorbeelden

De spoedpolikliniek van het Spijkenisse MC werkt nu al nauw samen met de huisartsenpost Rijnmond, maar zij maken nog gebruik van gescheiden faciliteiten. In samenspraak met de twee grootste zorgverzekeraars in de regio is een project gestart tot totale integratie van de huisartsenpost en de spoedpolikliniek. Het gebouw wordt het komende half jaar verbouwd, zodat er straks één ingang komt voor de spoedzorg. Dit biedt duidelijkheid aan patiënten en hierdoor kan straks maximaal gebruik worden gemaakt van de verschillende expertise van zorgprofessionals. Na het realiseren van de nieuwe afdeling zal gekeken worden waar nog kwaliteitsslagen gemaakt kunnen worden, bijvoorbeeld naar de mogelijkheid van de verruiming van de openingstijden. Momenteel is de spoedkliniek zeven dagen per week open van 7:00 tot 21:00.

In het Haaglanden medisch centrum, locatie Westeinde, wordt sinds 2 februari 2020 de huisartsenspoedzorg en de spoedeisende hulp geïntegreerd aangeboden aan de inwoners van de regio Haaglanden. Ze werken daar geïntegreerd; één locatie, één voordeur, één wachtkamer en één inschrijfbalie. Patiënten worden getrieerd door Hadoks, de organisatie waar huisartsen in de regio bij zijn aangesloten. Naargelang de ernst en de aard van de hulpvraag wordt de patiënt doorverwezen naar de spoedeisende hulp of blijft hij of zij in de eerste lijn. Alhoewel men nu nog niet veel conclusies kan trekken, ziet het ernaar uit dat een deel van de patiënten, die vroeger op de spoedeisende hulp behandeld werd, nu daadwerkelijk in de eerste lijn wordt gehouden. In de planfase is ook goed gekeken naar de aard van de hulpvragen en het volume daarvan, waardoor met enige zekerheid te voorspellen was welke behandelaren het beste ingezet konden worden. Zo zet de geïntegreerde spoedeisende hulp en huisartsenpost nu voor de triage BIG-geregistreerde verpleegkundigen in, wordt een groot deel van de zogenaamde zelfverwijzers behandeld door verpleegkundig specialisten en een deel door huisartsen.
Tijdens de coronacrisis is de huisartsenpost in het HagaZiekenhuis, locatie Leyweg, ingericht als speciale "Corona-Huisartsenpost" in nauwe samenwerking met de spoedeisende hulp. Na evaluatie van huisartsen en medisch specialisten is besloten de geïntegreerde anderhalvelijns samenwerking ook op die locatie definitief in te gaan richten in een geïntegreerde huisartsenpost / spoedeisende hulp.

In de Noordwest ziekenhuisgroep wordt op locatie Den Helder met ingang van 1 november 2020 de Afdeling Acute Zorg gerealiseerd. Op deze afdeling wordt alle acute en spoedeisende hulp gegeven. Intensive care behoeftige patiënten worden na stabilisatie overgebracht naar de locatie in Alkmaar. De Afdeling Acute Zorg is onderdeel van het Spoedplein en geïntegreerd met de Huisartsenpost. Er is tevens een observatorium aan verbonden. Door deze bundeling van krachten krijgen alle categorieën spoed- én acute patiënten de zorg die ze nodig hebben – van huisartsenzorg tot intensive care geneeskunde.

4.5 Hoogcomplexe of levensbedreigende acute zorg van goede kwaliteit

Dit kan het probleem 'het is niet duidelijk' oplossen
Dit kan het probleem 'te weinig zorgprofessionals' oplossen
Dit kan het probleem 'het is te druk of het is te stil' oplossen

Voor hoogcomplexe of levensbedreigende acute zorg is medische kwaliteit belangrijker dan naijheid. Het is dan belangrijk dat de ambulance je meteen naar de juiste plek brengt waar dag en nacht de juiste teams klaarstaan en alle faciliteiten beschikbaar zijn om de best mogelijke zorg te kunnen leveren. Hoogcomplexe of levensbedreigende acute zorg kan niet plaatsvinden op een spoedpost. Voor deze zorg blijven in de toekomst spoedeisende hulplocaties aanwezig, verspreid over het land. Op basis van kwaliteitsoverwegingen wordt het aantal bepaald. Dat gebeurt nu al voor bepaalde hoogcomplexe of levensbedreigende acute zorg. Patiënten met een verdenking op een bepaald type beroerte worden alleen behandeld in interventie centra. In Nederland zijn er op dit moment 20 ziekenhuizen waar deze interventie kan worden uitgevoerd. Ook voor een bepaald type hartinfarct geldt al dat patiënten behandeld worden in een specifiek centrum waarvan er 30 aanwezig zijn in Nederland

De praktijk laat zien dat ambulances bepaalde ziekenhuizen met een spoedeisende hulp "voorbijrijden" om naar het ziekenhuis te rijden waarvan de professionals weten dat het de beste kwaliteit levert voor een bepaalde aandoening. Maar dit gebeurt niet altijd, waardoor het soms voorkomt dat mensen op de verkeerde plek terecht komen. Dat willen we natuurlijk voorkomen. Dat begint bij een goede triage op de 112-meldkamer, in de zorgmeldkamer en in de ambulance. Daarnaast is duidelijkheid nodig waar deze patiënt op dat moment de beste behandeling kan ontvangen. 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.

Afspraken en normen

Er zijn al concentratie afspraken gemaakt voor bepaalde vormen van hoogcomplexe spoedeisende neurologische zorg, cardiologische zorg, peri neonatale zorg en vaatchirurgische zorg. Welke zorg nog meer hoogcomplex of levensbedreigend is en niet op een spoedpost behandeld kan worden zal in overleg met mensen uit het veld verder uitgewerkt moeten worden. In tabel 1 wordt een eerste schets gegeven.

Er zullen ook heldere nieuwe afspraken gemaakt en normen ontwikkeld moeten worden over faciliteiten en zorgprofessionals die aanwezig moeten zijn op een spoedeisende hulp voor hoogcomplexe of levensbedreigende acute zorg. Tripartiet moet bekeken worden of de afspraken en normen in het kwaliteitskader spoedzorgketen aangepast moeten worden. Daarnaast zal (aanvullend) wetenschappelijk bewijs gezocht moeten worden over de minimale hoeveelheid patiënten die gezien moet worden om kwalitatief goede zorg te kunnen leveren en over de reisafstand die acceptabel is voor de verschillende aandoeningen. Vervolgens kan bepaald worden op hoeveel locaties deze zorg uitgevoerd kan worden.

De commissie 'Heroverweging 45 minutennorm' van de Gezondheidsraad onderzoekt op dit moment of er, voor bepaalde medisch specialistische zorgvragen, een relatie bestaat tussen gezondheidsuitkomsten en de tijd die nodig is om een ziekenhuis dat de juiste zorg kan bieden te bereiken met een ambulance. Na publicatie van het advies gaan we bekijken welke consequenties dit heeft en of bepaalde hoogcomplexe of levensbedreigende zorg verder geconcentreerd zou moeten worden of juist niet.

Bij concentratie van hoogcomplexe of levensbedreigende acute zorg passen ook afspraken over het verplaatsen van de vervolgzorg naar een ziekenhuis in de buurt. Dat is prettig voor de patiënt, die dicht bij huis verder behandeld kan worden, maar ook voor de streekziekenhuizen die prima toegerust zijn voor de vaak minder complexe vervolgzorg.

Een patiëntenreis
Meneer Afkir, 68 jaar, bekend met hart- en vaatziekten heeft sinds 1 uur hevig aanhoudende pijn op de borst met uitstraling naar de kaken. Hij heeft vaker pijn op de borst gehad maar dat ging altijd na 5 minuten rusten weg. Zijn vrouw vertrouwt het nu niet en belt 112. De triagist concludeert na de triage dat meneer Afkir mogelijk een hartinfarct heeft. Ze stuurt een ambulance die ervoor zorgt dat meneer Afkir zo snel mogelijk op een spoedeisende hulp voor hoogcomplexe of levensbedreigende acute zorg terecht komt. Ze rijden het ziekenhuis in de buurt voorbij. Meneer Afkir wordt opgenomen en behandeld op de cardiologie afdeling in een ander ziekenhuis in de regio. Na behandeling in het ziekenhuis neemt meneer Afkir deel aan hartrevalidatie in zijn eigen woonplaats. De huisarts zorgt voor verdere nazorg en verwijst meneer Afkir zo nodig terug naar de cardioloog in het ziekenhuis in de buurt.

4.6 Nog beter functionerende traumacentra

Twintig jaar geleden hebben we in Nederland een belangrijke stap gezet om de acute zorg voor een speciale categorie patiënten - de mensen die heel zwaargewond zijn geraakt, bijvoorbeeld na een verkeersongeval - verder te verbeteren. De traumazorg is sindsdien goed georganiseerd en flink geconcentreerd in 11 centra. In deze 11 centra worden ongeveer 4500 multitraumapatiënten per jaar behandeld. Dit heeft veel opgeleverd voor de Nederlandse traumazorg, het aantal sterfgevallen onder alle traumapatiënten is in die 20 jaar met 75% gedaald. Aan dit systeem willen we daarom niet veel veranderen. De multitraumazorg blijft sterk geconcentreerd in de traumacentra en daarnaast blijven de traumacentra verantwoordelijk voor het goed organiseren van de acute zorg in de hele keten in ROAZ verband, het verbeteren van de kwaliteit van de acute zorg, het opzetten van een netwerk binnen hun regio met de bijbehorende kennis- en consultatiefunctie en voor de opzet van een kwaliteitsregistratie. We zien wel dat er nog steeds multitraumapatiënten zijn die op een normale spoedeisende hulp terecht komen. Dit moeten we zoveel mogelijk zien te voorkomen of, als het toch gebeurt, goed organiseren met vervoer tussen locaties.

4.7 Ambulances en traumahelikopters

Als de traumazorg en de hoogcomplexe of levensbedreigende acute zorg op een spoedeisende hulp meer geconcentreerd gaan worden heeft dit ook gevolgen voor de inzet van de ambulances die soms wat verder moeten rijden. Welke effecten dit heeft voor reisafstand, inzetbaarheid, ambulancestandplaatsen en aantal medewerkers en ambulances zal verder onderzocht moeten worden. Dat geldt ook voor de inzet van traumahelikopters. Op dit moment worden traumahelikopters voornamelijk ingezet om zorgprofessionals naar de plek van de patiënt te brengen. We zullen bekijken of het wenselijk is om helikoptervervoer vaker in te zetten voor het vervoer van patiënten die hoogcomplexe of levensbedreigende acute zorg nodig hebben. Hierbij zijn waarschijnlijk andere traumahelikopters nodig, die ruimer zijn opgezet, zodat onderweg al –beter dan nu het geval is - met de behandeling kan worden begonnen. In het buitenland hebben ze hier ruime ervaring mee. Op die manier kunnen deze patiënten heel snel naar het juiste centrum gebracht worden. Een helikopter is niet goedkoop, maar een volledig toegerust ziekenhuis is waarschijnlijk een stuk duurder. Uitgewerkte businesscases, waarin de kosteneffectiviteit goed gewogen wordt, zullen moeten aantonen wat wenselijk en haalbaar is op dit gebied.

Ambulancezorg in de toekomst

Nu ligt de focus van de ambulancezorg op de behandeling van patiënten met daaropvolgend vaak vervoer naar een zorglocatie. In de toekomst is er meer ruimte voor het mobiele zorgconsult waarbij de intentie tot vervoer wordt losgelaten. De ambulance brengt zorg, mensen en materialen, naar patiënten toe. De ambulance-eenheid verleent zorg ter plekke en laat, mits dit vertrouwd, veilig en verantwoord is, de patiënt verzorgd thuis achter. Voor patiënten is het vaak beter om in de eigen vertrouwde omgeving te blijven, in plaats van naar instellingen zoals ziekenhuizen, verpleeghuizen en revalidatiecentra vervoerd te worden.

Diverse technologische ontwikkelingen en artificial intelligence maken het mogelijk patiënten thuis te behandelen en monitoren. Indien nodig wordt de patiënt voorzien van wearables en andere voorzieningen, zodat monitoring op afstand mogelijk is. De data vanuit de wearables wordt toegevoegd aan het patiëntendossier waarna men kan acteren naar aanleiding van signalen en indicatoren, zonder dat de patiënt een concrete vraag stelt.

De volgende stap, die wat verder in de toekomst ligt, is dat diverse wearables voorspellend kunnen gaan werken. In dat geval signaleert de wearable wijzigingen, die bijvoorbeeld duiden op mogelijke hartproblemen. Dan kan nog tijdiger gehandeld en ingegrepen worden, nog voordat de patiënt zich bewust is van problemen.

4.8 Acute geboortezorg in het acute zorglandschap

Het uitgangspunt van de geboortezorg in het acute zorglandschap is integrale zorg voor moeder en kind (voor en) tijdens de zwangerschap en tijdens en na de bevalling. We vinden het belangrijk dat bij de begeleiding van zwangere vrouwen de zorg en ondersteuning, waar mogelijk, dicht bij huis kan plaatsvinden. De begeleiding kan plaatsvinden bij de verloskundigepraktijk, op de spoedpost of thuis, ook door gebruik te maken van e-health en telemonitoring. Hiervoor moet er een goede samenwerking zijn tussen het medische en het sociale domein, tussen de verschillende zorgprofessionals en moeten we ook inzetten op voorkomen van (zwaardere) zorg.

Ongeveer 80% van alle eerste bevallingen vinden plaats in het ziekenhuis en bevallingen kunnen van het ene op het andere moment acuut worden. Daarom kunnen vrouwen, ook als zij (nog) geen medische indicatie hebben, naast de thuisbevalling kiezen voor een bevalling in een geboortecentrum (in of naast het ziekenhuis) of in het ziekenhuis onder begeleiding van een verloskundige. Indien dan onverwacht een complicatie optreedt tijdens of na de bevalling, kan de zorg voor moeder en kind snel overgenomen worden door een medisch specialist. Uiteraard worden alle hoogrisico bevallingen wel standaard begeleid door een gynaecoloog.

Voor het tijdig kunnen starten van de acute zorg rondom de bevalling moeten we bekijken of de bevallingen die in het ziekenhuis of in een geboortecentrum plaatsvinden alleen kunnen plaatsvinden in of naast de ziekenhuizen waar 24/7 een OK, IC, alle andere benodigde faciliteiten en de juiste zorgprofessionals aanwezig zijn. Dit zal mogelijk maken dat er 24 uur per dag, 7 dagen per week een gespecialiseerd team klaarstaat om de acute geboortezorg te begeleiden. Denk hierbij ook aan de opvang van baby's met ernstige medische problematiek. Wanneer de eigen bijdrage voor bevallen in het ziekenhuis of in een geboortecentrum deze beweging in de weg staat moet gekeken worden naar een oplossing.

De Gezondheidsraad gaat in september aangeven of er voor de acute verloskunde een relatie is tussen gezondheidsuitkomsten en de tijd die nodig is om een ziekenhuis of geboortecentrum te bereiken. Deze resultaten zijn nodig voor vervolgstappen over de inrichting van de acute geboortezorg.

4.9 Acute ggz in het acute zorglandschap

Voor patiënten die acute geestelijke gezondheidszorg (ggz) nodig hebben is het lange tijd niet altijd helder geweest waar ze terecht kunnen. Juist in acute situaties is het van cruciaal belang om hier helderheid over te hebben en op de juiste plek terecht te komen. De zorgmeldkamer kan helpen om hier meer duidelijk in te krijgen, door acute ggz-patiënten afhankelijk van de situatie door te verwijzen naar de spoedpost of de spoedeisende hulp voor hoogcomplexe of levensbedreigende zorg. Hier kan de patiënt die acuut geestelijke gezondheidszorg nodig heeft direct de beste zorg krijgen doordat hij of zij gezien kan worden door de acute ggz-hulpverlener samen met de medisch specialist of spoedeisende hulp arts die de onderliggende lichamelijke gevaren kunnen herkennen. De zorg kan, als het nodig is, ter plaatse opgeschaald worden zonder dat hiervoor extra vervoer nodig is.

Het kan vanuit het oogpunt van samenwerking tussen verschillende zorgprofessionals winst opleveren als de acute geestelijke gezondheidszorg integraal wordt aangeboden op de spoedpost of de spoedeisende hulp voor hoogcomplexe of levensbedreigende acute zorg. De samenwerking kan zorgen voor minder stigmatisering en verschillende zorgprofessionals kunnen zo van elkaar leren. 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.

4.10 De zorgprofessional in het acute zorglandschap

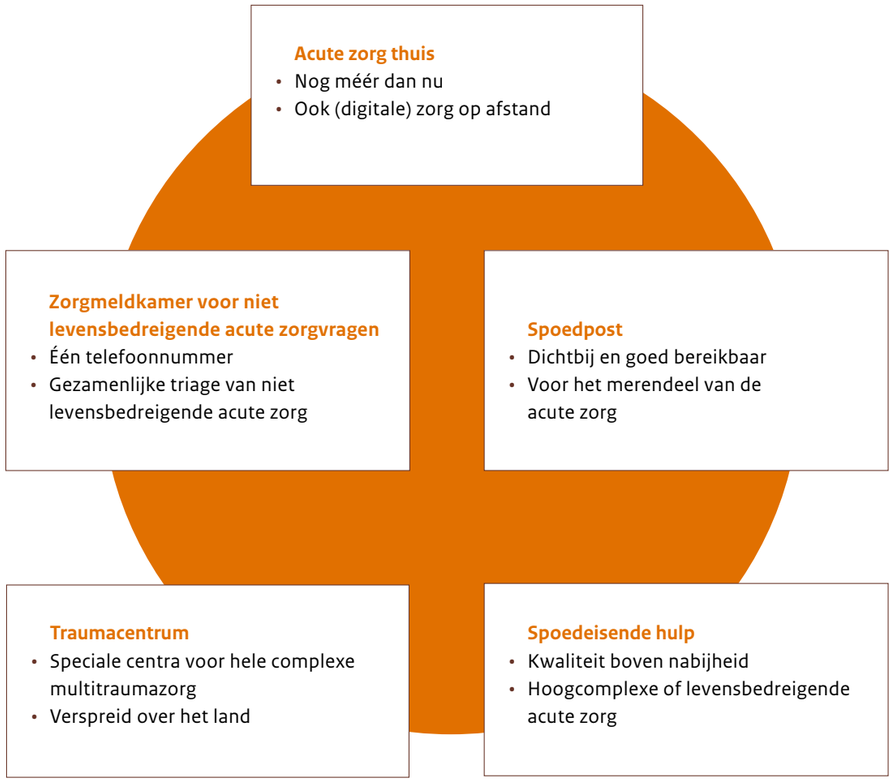
De voorgestelde veranderingen in het acute zorglandschap zullen gevolgen hebben voor het dagelijks werk van de zorgprofessional. Het is van groot belang hier zorgvuldig mee om te gaan en hierover het goede gesprek te voeren, bijvoorbeeld tussen de werkgever en de werknemer. Goed werkgeverschap vormt de kern voor het behoud van goed gekwalificeerd personeel.

In het kwaliteitskader spoedzorgketen worden afspraken gemaakt over welke zorgprofessionals er aanwezig en oproepbaar moeten zijn op de huidige spoedeisende hulp. Hoe dit geregeld moet zijn voor de spoedpost, bijvoorbeeld welke zorgprofessionals er aanwezig moeten zijn of op afstand mee kunnen kijken, moet vastgelegd worden in nieuwe afspraken en normen.

Wij denken dat verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten, physician assistants, huisartsen, spoedeisendehulpartsen, psychologen, specialisten ouderengeneeskunde of geriaters een nieuwe en andere rol kunnen krijgen op de spoedpost en meer kunnen gaan samenwerken. Dit zou op bepaalde spoedposten ook uitgebreid kunnen worden met professionals uit het sociaal domein en de paramedische zorg. Doordat er geen aparte loketten meer zijn wordt er geen werk dubbel uitgevoerd, kan er goed overlegd worden en kan men elkaar ondersteunen en taken van elkaar overnemen als dat nodig is. Dus één spoedpost met één team.

Hoewel we nog niet goed kunnen inschatten in hoeverre de voorstellen in deze houtskoolschets bijdragen aan minder of een andere vraag naar personeel denken we dat de integrale benadering op de spoedpost zal helpen bij het efficiënter en beter verlenen van acute zorg. Het opleiden van breder geschoolde acutezorgverpleegkundigen in plaats van spoedeisende hulp-, intensive care- of ambulanceverpleegkundigen is iets wat reeds in gang wordt gezet. Het project CZO-flex moet in 2022 leiden tot een nieuw opleidingsstelsel waarin gespecialiseerde verpleegkundigen sneller en flexibeler worden opgeleid. Dit sluit aan bij de wens van verpleegkundigen om zich zo op meerdere acute zorggebieden te kunnen ontwikkelen en inzetten. Voor de laagcomplexe acute zorg kunnen naast huisartsen, nog meer dan nu al gebeurt, ook verpleegkundig specialisten, physician assistants en, afhankelijk van de evaluatie van de pilots, de bachelor medische hulpverlening een rol krijgen. Ook zouden acutezorgverpleegkundigen een groter deel van de patiënten die laagcomplexe acute zorg nodig hebben kunnen behandelen. Dit kan de dienstendruk van de huisartsen in de avond-, nacht- en weekenduren verminderen.

Daarnaast kunnen in een regio werkzaamheden afgewisseld worden tussen de spoedpost en de spoedeisende hulp voor hoog complexe of levensbedreigende acute zorg. Dat zorgt voor een mooie afwisseling in het werk en houdt kennis en vaardigheden op peil. De type werkzaamheden en werkplekafwisseling kan ook levensloopbestendig ingericht worden.
Zo kan een zorgprofessional met jonge kinderen het wenselijk vinden om dichtbij huis op een spoedpost te werken. Iemand anders, die minder gebonden is aan werk dichtbij, kan meer inhoudelijke uitdaging vinden in een spoedeisende hulp voor hoogcomplexe of levensbedreigende acute zorg waarvan er minder in een regio aanwezig zijn. Het goede gesprek tussen werkgever en werknemer is nodig om de wensen en behoeften van het personeel niet uit het oog te verliezen.



Stel je voor, over 15 jaar...

In diverse visiedocumenten en presentaties van innovatoren, futuristen, onderzoekers, consultants en leveranciers van oplossingen worden ongekende mogelijkheden geschetst dankzij nieuwe technologie. Het gebruik van Articifial Intelligence, maar ook een scala aan andere technologieën zoals big data, bio-informatica, internet of things, sensortechnologie, spraaktechnologie, robotica en domotica, virtual en augmented reality en serious gaming maken het mogelijk om gezondheid en zorg over 10-15 jaar totaal anders in te richten.

Het gaat om mogelijkheden en oplossingen die onze fantasie te boven gaan. Maar één ding is zeker: deze technologieën zullen de manier waarop we met gezondheid en zorg omgaan totaal veranderen. En dus ook de acute zorg. Voor wie daaraan twijfelt, is het filmpje met straatinterviews over de meerwaarde van een mobiele telefoon uit 1999 aan te bevelen. Dat is 20 jaar geleden.

Er zijn volop voorbeelden in de wereld te vinden, binnen en buiten de zorg, die een inkijk geven in die mogelijkheden. Niet in een toegepaste onderzoekssetting, maar in het dagelijks leven. Dus wellicht is de toekomst dichterbij dan we soms denken. Tegelijk is enige terughoudendheid op zijn plaats. Het gaat immers niet om wat de technologieën kunnen, maar wat we ermee willen. Welke problemen ze oplossen en van wie. De zorg blijft altijd gaan om mensen en blijft ook altijd gegeven worden door mensen. Inzet van nieuwe technologie kan leiden tot nieuw gedrag, maar is zeker niet altijd goed of beter.

De les van de afgelopen 20 jaar is dat er enorm veel kan en de adoptie van nieuwe technologieën heel snel kan gaan, dat hebben we ook gezien in de COVID-19 crisis. Tegelijkertijd zien we dat de brede opschaling en het bestendigen van nieuwe technologische oplossingen in zorgprocessen vaak ook juist heel langzaam gaat. Het blijkt enorm lastig om bestaande werkwijzen en gewoonten los te laten en om de (financiële) prikkels zo neer te zetten dat het ook voordelig is om de nieuwe werkwijze blijvend te implementeren.

In de verdere uitwerking van de houtskoolschets is het daarom belangrijk om via scenario's in beeld te brengen hoe de organisatie van acute zorg er over 10-15 jaar uit zou kunnen zien in Nederland, Europa of elders in de wereld. Afhankelijk van keuzes die gemaakt worden op het gebied van eigen regie, privacy, autonomie en aansprakelijkheid. En in het licht van de schaarste op de arbeidsmarkt, de groei van de kosten en het toenemend aantal kwetsbare mensen met vaak meerdere chronische aandoeningen. Waarbij het scenario om de ontwikkeling van genoemde technologieën te negeren en door te redeneren vanuit de bestaande mogelijkheden op voorhand als niet realistisch kan worden beschouwd.

Hoofdstuk 5:

Randvoorwaarden om de transformatie naar een nieuw acuut zorglandschap te realiseren

5.1 Samen optrekken

Het acute zorglandschap toekomstbestendig veranderen kunnen we niet alleen. We zijn ons ervan bewust dat de veranderingen die we beschrijven in deze houtskoolschets aanpassing vergen van alle betrokken partijen: burgers, patiënten, zorgprofessionals, zorgorganisaties, zorgverzekeraars, het openbaar bestuur, hulpverleners in het sociaal domein en toezichthouders.

De nieuwe situatie goed laten werken vraagt ook om het aanpassen en loslaten van de bestaande situatie. Dat kan schuren en is niet altijd leuk of makkelijk.

Om het nieuwe acute zorglandschap echt van de grond te laten komen moeten we gezamenlijk optrekken. Met deze schets geven we richting aan de verandering die nodig is. Hiermee gaan we het land in om met iedereen die betrokken wil worden de schets verder in te kleuren en waar nodig aan te passen als blijkt dat sommige elementen moeilijk realiseerbaar blijken te zijn.

Naast samen optrekken zijn er nog vier aspecten essentieel om deze hele transitie te laten slagen: optimale gegevensuitwisseling, glasheldere en handhaafbare normen, optimaal gebruik maken van slimme zorg en strakke afspraken in de regio. Hierbij moeten de betaalbaarheid en beheersbaarheid van de zorgkosten in het oog gehouden worden. Deze randvoorwaarden worden in de volgende paragrafen verder uitgewerkt.

5.2 Data moeten stromen

Als je niet weet welke medicijnen de patiënt die je voor je hebt gebruikt, welke ziektegeschiedenis hij of zij heeft, of in welke sociale omstandigheden de patiënt zich bevindt dan is het heel moeilijk om de beste zorg te leveren. Zeker in acute situaties als er geen tijd is om dingen uit te zoeken. Dit is helaas geen onbekend scenario in Nederland.

Het is essentieel dat gegevens in het geval van acute zorg elektronisch beschikbaar zijn. De zorgprofessional moet over de benodigde medische gegevens van een patiënt kunnen beschikken. Uit de praktijk blijkt dat het lastig is om gegevens elektronisch uit te wisselen. De redenen hiervoor liggen op diverse vlakken. Bijvoorbeeld dat de patiënt toestemming moet geven voor het delen van zijn of haar gegevens. Maar ook dat gegevens van een patiënt bij verschillende zorgprofessionals staan opgeslagen en niet altijd duidelijk is waar men wat moet zoeken en welke gegevens actueel zijn. Ook kan het zo zijn dat de afgesproken standaarden of richtlijnen voor gegevensuitwisseling niet of onvoldoende geïmplementeerd worden.

Er moet worden toegewerkt naar een situatie waarbij de zorgprofessional in een spoedeisende situatie over essentiële en actuele (medische) gegevens kan beschikken. Gegevens waar de burger ook toegang toe heeft en die hij of zij kan controleren. Daarbij wordt gekeken naar welke relevante patiëntinformatie minimaal nodig is, welke gegevens reeds beschikbaar zijn, welke infrastructuur gebruikt kan worden, of bestaande initiatieven voor gegevensuitwisseling bij acute zorg opgeschaald kunnen worden en hoe het toestemmingsvraagstuk juridisch opgelost kan worden. Het doel is om ervoor te zorgen dat zorgprofessionals in een acute situatie een essentiële en actuele set aan patiëntgegevens kunnen ontvangen of inzien.

Hierin nemen we al regie: we versnellen elektronische gegevensuitwisseling door het bij wet afdwingen van eenheid van taal en techniek, zodat iedereen meedoet op dezelfde manier. In de wet komt te staan welke gegevensuitwisseling vanaf wanneer verplicht elektronisch moet, op een manier die informatieveilig is en de privacy waarborgt. Deze wet gaat gelden voor alle zorgprofessionals, zorgaanbieders en ICT-leveranciers in de zorg. Aan leveranciers stellen we heldere, uniforme eisen die we in overleg met het veld en de leveranciers bepalen. Deze wet wordt per type gegevensuitwisseling ingevoerd en het gesprek over toepassing op de gegevensuitwisseling in de acute zorg wordt met prioriteit gevoerd.

Naast het beschikbaar hebben van patiënteninformatie moet er binnen het ROAZ een werkend systeem zijn dat 24/7 realtime inzicht biedt in de actueel beschikbare capaciteit aan acute zorg (inclusief intensive care bedden) in de regio, zodat de Regionale Ambulancevoorziening weet waar op een concreet moment naartoe moet worden gereden met een patiënt en ook de huisarts weet waar hij de patiënt naartoe kan verwijzen. Dit kan goed gepositioneerd worden in de zorgmeldkamer die is beschreven in paragraaf 4.3

5.3 Glasheldere en handhaafbare normen

Er zijn al verschillende normen ontwikkeld voor de acute zorg, zoals de bereikbaarheid van de verschillende acutezorglocaties, de aanrijtijd van de ambulance en de tijd tot beoordeling voor de acute psychiatrie. Om de transitie te laten slagen is het belangrijk dat er aangepaste of nieuwe, heldere normen komen die passen bij de nieuwe inrichting en ook gehandhaafd worden. Alleen dan kan het acute zorglandschap zoals wij het voor ogen hebben van de grond komen.

De Gezondheidsraad onderzoekt op dit moment of er, voor bepaalde medisch specialistische zorgvragen, een relatie bestaat tussen gezondheidsuitkomsten en de tijd die nodig is om een ziekenhuis dat de juiste zorg kan beiden te bereiken met een ambulance. Daarnaast zullen er normen ontwikkeld moeten worden op het gebied van onder andere een (minimale) infrastructuur op de verschillende locaties, kwaliteitseisen die we stellen aan zorgprofessionals en inhoud van zorg, samenwerkingseisen, patiëntvolumes, adherentie in het verzorgingsgebied, eisen aan slimme zorg en eisen op het gebied van gegevensuitwisseling. Deze normen zullen evenwichtig tot stand moeten komen en gehandhaafd moeten worden door de verschillende toezichthouders.

Heldere handhaafbare normen helpen om de veranderingen goed uit te kunnen leggen aan burgers, patiënten en zorgprofessionals. Heldere normen helpen ook om de gemaakte afspraken van de verzekeraar en de gemeente goed uit te kunnen voeren. En ten slotte helpen heldere normen om de gewenste verandering zo snel mogelijk door te voeren. Goede normen ontwikkelen zal niet altijd makkelijk zijn. Dit vraagt van alle betrokkenen in de zorg een open en toekomstgerichte houding waarbij over de eigen belangen heen wordt gekeken.

5.4 Optimaal inzetten van slimme zorg

COVID-19 heeft de organisatie van zorg in de volle breedte onder druk gezet. Veel zorg die in instellingen gegeven kon worden, moest worden uitgesteld. Daar kwam bij dat voor ouderen in een verpleeghuis of in een instelling voor gehandicapten er ook geen bezoek meer mogelijk was. Digitale zorg en ondersteuning zijn daarbij van cruciaal belang gebleken.

De crisis maakte duidelijk dat het mogelijk is en liet tegelijkertijd zien dat de zorg anders georganiseerd zal moeten gaan worden en hybride zorgvormen met een mix van fysieke en digitale contacten daarbij behulpzaam kunnen zijn. Waarbij patiënt en professional(s) altijd samen beslissen wanneer welke vorm van contact op welk moment het meeste meerwaarde heeft.

Er is enorme potentie op dit gebied maar de structurele impact van deze technologieën valt of staat met goede inbedding in de zorg en in de opleidingen. Dat vraagt een ingrijpende transformatie van zorgpaden, processen, logistiek en bekostiging. En het vraagt vaak ook om het loslaten of aanpassen van bestaande processen, rollen en belangen. De (digitale) zorg moet niet meer georganiseerd worden vanuit aparte organisaties en afdelingen, maar er moet regionaal en soms ook bovenregionaal worden samengewerkt. Niet alleen met andere zorgprofessionals maar ook met patiëntenorganisaties, zorgverzekeraars, zorgkantoren en gemeenten. Hierbij kunnen ook mantelzorgers en nieuwe partijen zoals medtech leveranciers, medisch servicecentra, logistieke bedrijven en bijvoorbeeld supermarkten een rol spelen.

5.5 Strakke afspraken in de regio

Het realiseren van de inrichting van het acute zorglandschap die beschreven wordt in deze houtskoolschets vraagt om strakke afspraken op het gebied van kwaliteit, doelmatigheid, betaalbaarheid en bereikbaarheid. Het vraagt ook om afspraken over bijvoorbeeld samenwerking in de hele acute zorgketen, veranderingen in het acutezorgaanbod en verwachte capaciteitsproblematiek. Verschillende onderwerpen waarover door verschillende partijen afspraken gemaakt kunnen worden en waarvoor samenwerking tussen verschillende partijen noodzakelijk is.

Een aantal zaken zal op landelijk niveau geregeld moeten worden. Denk hierbij aan de afspraken rond gegevensuitwisseling, nieuwe normen en de financiële basis. Voor het maken van afspraken over de inrichting van het acute zorglandschap kiezen we voor een regionale benadering in de bestaande 11 ROAZ-regio's. Het acute zorglandschap is namelijk niet overal hetzelfde en hoeft er ook niet overal helemaal hetzelfde uit te zien. De regievoering op de opgeschaalde zorg blijft een publieke GHOR-taak.

We verwachten van de ROAZen dat ze de ambitie hebben om het acute zorglandschap in hun regio zo goed mogelijk te organiseren, en hier met alle betrokken partijen besluiten over te nemen. We verwachten van de grootste of grootste twee verzekeraar(s) in een ROAZ-regio dat ze bij de contractering van de acute zorg rekening houden met kwaliteit, toegankelijkheid en doelmatigheid. Ook kunnen deze zorgverzekeraars via de contractering een stuwende rol spelen als het gaat om het verder brengen van innovatie, goed werkgeverschap en het voldoende opleiden van zorgprofessionals. Van de overige zorgverzekeraars verwachten we congruent beleid. Congruent beleid is geen 'nieuwkomer' in de acute zorg, we zien dit al bij de acute ggz, de huisartsenposten en de ambulancezorg. Wij kiezen ervoor om dit te verbreden naar de hele acute zorg. De komende tijd moet gekeken worden hoe er nog voldoende prikkels zijn om het acute zorglandschap kwalitatief goed en doelmatig te kunnen inrichten. Bij de afspraken die gemaakt worden door het ROAZ en de grootste of grootste twee zorgverzekeraar(s), zullen de nieuwe opgestelde landelijke normen als basis dienen en zal een landelijke, integrale blik meegenomen moeten worden.

We beschrijven in deze houtskoolschets nog niet hoe de sturing over de inrichting van het acute zorglandschap exact vormgegeven moet worden; wie krijgt waarover de regie, welke beslissing neemt de minister, de zorgverzekeraars en het ROAZ? De vragen die hierbij spelen zijn bijvoorbeeld: wie beslist er hoeveel spoedposten er komen, waar ze komen, wie er werkt, hoe lang ze open zijn, waar en hoe de zorgmeldkamer gepositioneerd wordt, hoe de samenwerking met het sociaal domein vormgegeven wordt enz.

Hierbij zal ook gekeken moeten worden naar de slagkracht van het ROAZ. We zijn voornemens om in de ministeriele regeling op grond van de amvb acute zorg op te nemen dat bepaalde partijen altijd moeten deelnemen, al dan niet door middel van vertegenwoordiging[4]. Daarnaast zijn we van mening dat de grootste of grootste twee verzekeraar(s) standaard, en niet beperkt tot de rol van toehoorder, moeten worden uitgenodigd voor ROAZ overleggen omdat dit bij kan dragen aan het nakomen van hun zorgplicht. Ook het eventueel benoemen van een ROAZ-voorzitter door de minister, vergezeld van een duidelijke opdracht voor het ROAZ, zal meegenomen worden in de verdere uitwerking.

Voor het verder uitwerken van de regie in de regio, welke gevolgen dit heeft en wat de effecten zijn op de rest van de zorg gaan we graag met alle betrokkenen in gesprek, mede op basis van het rapport van de RVS 'Van deelbelangen naar gedeeld belang; een handreiking op regie voor toegankelijke acute zorg' en ook in relatie tot de sturingsaspecten die breed voor de zorg aan de orde zullen komen in de contourennota.

De burger betrekken bij de veranderingen in het acute zorglandschap

Acute zorg moet beschikbaar, bereikbaar en betaalbaar zijn. Als er wijzigingen in de acute zorg komen, leidt dit in de samenleving vaak tot vragen en zorgen. Het is daarom belangrijk dat besluitvormingsprocessen die raken aan de inrichting van de acute zorg zorgvuldig verlopen en dat de kwaliteit, veiligheid en toegankelijkheid van de zorg geborgd blijven.

4 Deelnemers ROAZ (voornemens): Traumacentra, ziekenhuizen die acute zorg leveren, Regionale Ambulancevoorzieningen, huisartsenposten, gemeentelijke gezondheidsdiensten, acute ggz, verloskundige zorg, wijkverpleging, aanbieders van eerstelijnsverblijf, aanbieders van Wlz-zorg, aanbieders van geriatrische revalidatiezorg. Als er voor hen relevante agendapunten zijn moeten ook (ANW) apotheken, huisartsen (anders dan huisartsenposten), ggz en ziekenhuizen die geen acute zorg leveren aansluiten.

Bij deze zorgvuldigheid hoort dat alle relevante partijen tijdig en ruimhartig betrokken en geïnformeerd worden over veranderingen in het acute zorglandschap. Dat gaat dan om reguliere zorgpartijen (zorgaanbieders, zorgverzekeraars, patiënten- en cliëntenorganisaties etc.), maar ook om de toezichthouders in de zorg, de GGD en de GHOR. Wij vinden het evenzo van belang dat burgers en colleges van burgemeester en wethouders actief worden geïnformeerd en betrokken bij de voorgenomen besluitvorming over wijzigingen in het acute zorglandschap. Zij moeten weten wat de toekomstplannen zijn en, ruim voordat er besluitvorming plaatsvindt, mee kunnen denken en praten, hun zorgen kunnen uiten en suggesties kunnen doen. Vervolgens kunnen zorgaanbieders, zorgverzekeraars en het ROAZ bij de besluitvorming rekening houden met de bezwaren en suggesties van burgers en het openbaar bestuur. Voor burgers en het openbaar bestuur is het ook van belang dat zij weten hoe de besluitvorming verloopt, wanneer iets besloten wordt en wat dit betekent voor de continuïteit van het aanbod van acute zorg. Wij zullen, vanwege het belang dat we aan goede afstemming binnen de zorg en met de maatschappij hechten, de eisen aan de zorgvuldigheid van afstemming en besluitvorming rondom de acute zorg vastleggen in de genoemde amvb en ministeriële regeling acute zorg.

Hoofdstuk 6:

Betalen voor beschikbaarheid

Een nieuwe inrichting van het acute zorglandschap vraagt om een passende wijze van bekostiging. De manier van bekostigen is belangrijk om de acute zorg goed te kunnen organiseren en te laten functioneren. We geloven in een aanpak waarbij geld de inhoud volgt. Dit betekent dat de bekostiging aansluit bij de uiteindelijke inrichting van het acute zorglandschap en de doelen die moeten worden bereikt. Er moet bijvoorbeeld goed gekeken worden hoe de bekostiging het functioneren van de zorgmeldkamer en de integrale spoedpost goed faciliteert binnen de gestelde randvoorwaarden.

Mede op basis van alle gesprekken die we gevoerd hebben willen we verder onderzoeken of de grootste of grootste twee verzekeraar(s) afspraken kunnen maken over de financiering op basis van beschikbaarheid van de acute zorgvoorzieningen die we hebben beschreven in deze houtskoolschets. Zoals in paragraaf 5.5 is aangegeven, beschrijven we nog niet hoe de sturing over de inrichting van het acute zorglandschap exact vormgegeven moet worden. De bekostiging moet aansluiten bij de inrichting van het acute zorglandschap en de regievoerder. In dit scenario zouden de grootste of grootste twee zorgverzekeraar(s) per ROAZ-regio een rol kunnen hebben bij de inrichting van het acutezorglandschap, en waarborgen dat bij de financiering van de acute zorg rekening gehouden wordt met kwaliteit, toegankelijkheid en macrobeheersbaarheid. De normen over welke acute zorgvoorzieningen voor wie en waar beschikbaar moeten zijn, geven invulling aan deze zorgplicht van de zorgverzekeraar en zijn leidend voor de bekostiging. Verzekeraars kunnen er met de financiering op sturen dat het zorgaanbod in de regio aansluit op de zorgbehoefte van de verzekerden en op de vastgestelde normen.

Wat wordt bedoeld met bekostiging van beschikbaarheid?
Wij verstaan onder de term ‘beschikbaarheid’ dat we betalen voor de faciliteiten die minimaal nodig zijn om kwalitatief goede acute zorg te kunnen leveren. Hierbij zijn de normen die (zullen gaan) gelden in de acute zorg van essentieel belang. De normen geven aan welke faciliteiten minimaal beschikbaar moeten zijn en binnen welke tijd de locatie voor acute zorg bereikt moet kunnen worden. Dit betekent dat die locatie dus beschikbaar moet zijn, ongeacht hoeveel inwoners acute zorg nodig hebben.

De afgelopen jaren is er veel discussie geweest over de beschikbaarheid van acute zorg voor alle burgers. We beschouwen acute zorg als een cruciale voorziening in de zorg en hechten grote waarde aan de beschikbaarheid, toegankelijkheid en betaalbaarheid van acute zorgvoorzieningen. We willen de acute zorg integraal gaan financieren. Bestaande financiële schotten, zoals tussen de huidige huisartsenpost en de spoedeisende hulp, willen we laten verdwijnen.

We willen bekijken wat de voor- en nadelen zijn wanneer de acute zorg integraal gefinancierd wordt, en welke effecten het heeft om bestaande financiële schotten, zoals tussen de huidige huisartsenpost en de spoedeisende hulp, te laten verdwijnen. In hoeverre maakt dit de zorg makkelijker en doelmatiger, of werpt het nieuwe schotten op tussen andere zorgvormen? Zorgt dit ervoor dat zorgprofessionals beter met elkaar kunnen samenwerken en dat de patiënt sneller door de juiste persoon geholpen kan worden? Wij gaan onderzoeken of dit duidelijkheid creëert voor zowel patiënten als zorgprofessionals en of door te betalen voor beschikbaarheid van de acute zorgvoorzieningen in een regio het integraal werken wordt bevorderd.

Uit een aantal gesprekken met mensen uit de praktijk kwam naar voren dat betalen voor beschikbaarheid en integrale financiering draagvlak heeft. Voor patiënten is het van belang dat ze behandeld worden door de meest geschikte zorgprofessional. Als je bijvoorbeeld kijkt naar de spoedpost, dan kan daar bepaald worden welke zorgprofessional de patiënt met een acute zorgvraag onderzoekt: is dat bijvoorbeeld een verpleegkundige, een huisarts of een psycholoog? Of is het beter dat zij gezamenlijk de patiënt onderzoeken? De zorgprofessionals worden immers niet meer ieder op een eigen wijze bekostigd. Het sluit aan bij de gedachte dat de zorgprofessionals het beste in staat zijn om in te schatten hoe kwalitatief hoogwaardige acute zorg georganiseerd moet worden. Daarbij moet oog blijven voor prikkels om de zorg doelmatig te leveren.

De bekostiging van de acute zorg moet de juiste sturing geven om deze zorg betaalbaar, toegankelijk en kwalitatief goed te organiseren. Uitkomstinformatie kan helpen om kwaliteit inzichtelijk te maken, juist wanneer meerdere disciplines samenwerken. Ook andere effecten moeten goed in beeld gebracht worden. Wat is de impact van deze keuzes voor zorgprofessionals en zorgverzekeraars, wat zijn de transitiekosten en de frictiekosten en wat zijn de effecten op de administratielast? Integrale bekostiging van de acute zorg, kan ook nieuwe schotten opwerpen met niet-acute zorg. Wat zijn de effecten daarvan? Ook zullen alle juridische aspecten verder uitgewerkt worden, zal er gekeken worden naar welke financiële prikkels er aanwezig moeten blijven en hoe het financiële risico gecompenseerd moet worden voor de risicodragende partij. In de nadere uitwerking van bekostiging van beschikbaarheid kijken we dan ook nadrukkelijk naar deze toetsingscriteria.

Hoofdstuk 7:
Hoe gaan we nu verder?

Zoals al eerder gezegd, met deze houtskoolschets zijn we er nog niet. Deze houtskoolschets beschrijft onze visie, ons perspectief op een nieuwe inrichting en financiering van het acute zorglandschap. Het is bedoeld als een stip op de (niet al te verre) horizon, als een richtinggevend visiedocument. Het meeste werk komt nog. We moeten details uitwerken, data verzamelen en we moeten uitzoeken wat dit betekent voor de andere onderdelen van het zorglandschap. Dit zal betekenen dat er verschillende trajecten naast elkaar zullen gaan lopen, in de zorg is immers veel met elkaar verweven.

Dat kunnen we niet alleen, het acute zorglandschap veranderen moeten we samen doen. We vinden het belangrijk dat de uiteindelijke inrichting en bekostiging van het acute zorglandschap kan rekenen op draagvlak bij de partijen die bij de acute zorg betrokken zijn. We horen daarom graag jullie opvattingen over dit discussiestuk.

Wij nodigen alle belangstellenden uit om uiterlijk 1 november 2020 op de houtskoolschets te reageren door middel van een openbare internetconsultatie.

De houtskoolschets is na publicatie te vinden op www.internetconsultatie.nl. Wij zullen de binnengekomen reacties en commentaren verwerken en komen langs bij iedereen die mee wil denken en deze beweging met ons wil maken.

Naast de internetconsultatie en de gesprekken die we gaan voeren zullen we veel vragen die er zijn verder gaan uitwerken zodat het discussiestuk wat er nu ligt steeds concretere vormen kan gaan aannemen. Hieronder een aantal vragen waaraan gedacht kan worden:

- Schiet de burger hier, in termen van duidelijkheid en vertrouwen in beschikbaarheid, echt genoeg mee op? En hoe kunnen we dat aantonen?
- Wat doen deze plannen met de betaalbaarheid?
- Wat zijn de transitiekosten?
- Welke nieuwe problemen worden gecreëerd? Waar oude schotten worden afgebroken kunnen er immers nieuwe ontstaan.
- Hoe baken je acute zorg goed af?
- Welke effecten heeft het veranderen van het acute zorglandschap op andere onderdelen van de zorg?
- Op welke manier zorgt de bekostiging voor de juiste prikkels en de minste bezwaren?
- Hoe realiseren we op korte termijn nieuwe normen en de handhaving daarvan?
- Hoeveel patiënten en adherentie heb je nodig om een spoedpost, spoedeisende hulp voor hoogcomplexe of levensbedreigende acute zorg of een traumacentrum goed draaiende te houden?
- Wat zijn optimale reisafstanden naar de verschillende acute zorglocaties.
- Hoeveel spoedposten, spoedeisende hulp locaties voor hoogcomplexe of levensbedreigende acute zorg of traumacentra hebben we nodig?
- Welke faciliteiten en zorgprofessionals moeten er minimaal aanwezig zijn op een spoedpost, spoedeisende hulp voor hoogcomplexe of levensbedreigende zorg of een traumacentrum?
- Hoe gaan we de samenwerking met het sociaal domein en de langdurige zorg organiseren?
- Wat kunnen we met de informatie uit de regiobeelden?
- Hoe gaan we deze beweging vormgeven en deze transformatie begeleiden?

Dit is een uitgave van
Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Bezoekadres
Parnassusplein 5 | 2511 VX Den Haag

Postadres
Postbus 20350 | 2500 EJ Den Haag
Telefoon 070 340 79 11

www.rijksoverheid.nl

juli 2020