

Uitgangspunten acute zorg

- Goede acute zorg is letterlijk van levensbelang. Iedereen die acute zorg nodig heeft, hoort daarom tijdig goede en bereikbare zorg te krijgen. Dat wil zeggen, dichtbij als het kan en ver weg als het moet. Door verstedelijking, vergrijzing en oplopende personeelstekorten is de toegankelijkheid van acute zorg steeds meer in het geding. De regio Westland Schieland Delfland (WSD) is van mening dat elke regio een eigen zorgvraag heeft en vraagt om een zorgaanbod op maat, op de schaal van de zorgkantoorregio en in aansluiting op het ROAZ.
- Als regio bewijzen wij al lange tijd dat wij in het belang van de inwoners de acute zorg uitstekend organiseren. Er is tussen alle regiopartijen een hechte onderlinge samenwerking met korte lijnen. Niet alleen tussen de zorgaanbieders onderling, maar zeker ook met de gemeenten, het zorgkantoor en de zorgverzekeraar DSW.
- De kracht van de regio werd duidelijk tijdens de Covid-19 crisis. Met elkaar hebben wij snel afspraken kunnen maken over het opvangen van corona-patiënten, maar ook over continuïteit van reguliere zorg, inhaalzorg en hoe dit alles bekostigd moest worden.
- Deze sterke (sub)regionale samenwerking kan alleen bestaan als hiervoor ruimte is. Of dit nu over de grenzen van twee ROAZ'en heen gebeurt of als subregio binnen één ROAZ. Een landelijke structuur hoort zich te plooiën naar de lokale situatie en niet andersom.
- Eensgezind werken de partijen in deze regio aan de opgaven in de acute zorg. Binnen het Regionaal Integraal Gezondheids Akkoord (RIGA), onze lokale doorvertaling en aanvulling op het IZA, zijn vijf thema's geformuleerd. De acute zorg is er hier één van en richt zich op twee onderwerpen, te weten:
 - 1) de inrichting van zorgcoördinatie binnen de WSD-regio, en
 - 2) het voorkomen van onterecht gebruik van de acute zorg.
- Een belangrijke uitdaging binnen het RIGA is om het zorgaanbod passend te maken voor de zorgvraag van de toekomst. Er is een toename van mensen met een of meerdere chronische ziekten. De acute patiënt van de toekomst zal steeds vaker een (kwetsbare) multi-morbide oudere of chronisch zieke zijn. Het aandeel van de complexe traumapatiënten, waar de landelijke concentratie- en coördinatie-discussie zich op focust, is relatief beperkt. Voor slechts 5% van de patiënten met een acute zorgvraag – de meest zieke patiënten – zijn gespecialiseerde centra van belang. Voor de overige 95% is vooral toegankelijkheid en continuïteit van zorg essentieel. Die kan worden geboden door een spoedeisende-hulpafdeling van een ziekenhuis in de buurt, stelt de NVSHA.
- Voor de meeste acute patiënten is ketenzorg dus essentieel, dichtbij de patiënt, door zorgverleners die veel met elkaar samenwerken. Dit pleit voor een zorgcoördinatiecentrum op zorgkantoorregio-niveau. 80% van de zorg(ketens) vindt hierin plaats, dus voor de 95% van acute zorg is dit een logische structuur/schaalgrootte.
- De afgelopen jaren is de acute zorg steeds meer geconcentreerd. Tegelijkertijd hebben wij nog nooit zo veel schaarste in personeel en SEH-stops gehad. Dit roept de vraag op waarom wij blijven concentreren als het resultaat tot nu toe het tegenovergestelde heeft bereikt?

Deelvragen

1. Wat is de kwaliteit van de acute zorg en waarom staat deze onder druk?

Iemand met een acute zorgvraag is gebaat bij snel handelen. Tijd speelt een essentiële rol, en daarbij de afstand tot acute zorg. Kwaliteit van acute zorg betekent dus: toegankelijkheid en beschikbaarheid.

Het loslaten van de 45-minutennorm en de hieruit volgende sluiting van SEH's legt druk op de rest van de zorgketen. Als door concentratie de bereikbaarheid en daarmee de toegankelijkheid van de SEH minder wordt, verhoogt dit de druk op de rest van de (acute) zorgketen.

2. Welke innovatieve mogelijkheden zijn er om de kwaliteit van de SEH en acute zorg te behouden?

Samenwerking tussen verschillende disciplines binnen de acute zorg, waardoor onnodige dubbele diagnostiek en wachttijden worden voorkomen, is de sleutel om de acute zorg toekomstbestendig te maken.

Er zijn diverse mogelijkheden op het gebied van digitalisering (capaciteitsoverzicht en digitale triage) die deze samenwerking ondersteunen.

Partijen lopen in de samenwerking nu nog vaak tegen twee zaken aan:

- Gegevensuitwisseling
- Financiering

Aan de gegevensuitwisseling wordt landelijk gewerkt en geven wij regionaal ook invulling.

Tot nu toe is het advies van de NZa geweest om niet naar een budgetbekostiging voor SEH's te gaan. Wij zijn van mening dat beschikbaarheidsfinanciering de samenwerking, en daarmee de toegankelijkheid en kwaliteit van acute zorg, juist bevordert.

Een laatste onderdeel van acute zorg is het voorkomen ervan. Er is meer aandacht nodig voor preventie. Dit vraagt om een sterkere sociale basis, veiliger wonen, vroeger signaleren en specifieke op populaties gerichte interventieprogramma's. Hiervoor is domeinoverstijgende bekostiging noodzakelijk.

3. Wat zijn de gevolgen van concentratie, fusie en schaalvergroting van SEH en acute zorg voor de gezondheid, toegankelijkheid, leefbaarheid, kwaliteit en kosten van zorg?

De herordening van de acute zorg op regionaal niveau had de betaalbaarheid van de zorg moeten verbeteren. Wij zien het omgekeerde. Het sluiten van SEH's heeft tot op heden zowel voor kapitaalvernietiging als tot hogere kosten (voor de benodigde uitbreiding op de ziekenhuislocaties waar de SEH en IC-capaciteit) geleid. Uiteindelijk gaat het in de acute zorg niet om schaalgrootte en faciliteiten, maar om goede (keten overstijgende) samenwerking tussen schaars personeel. Dat faciliteer je niet met concentratie. Daarbij betwijfelen wij ten zeerste of het personeel mee wil concentreren naar een groter, anoniem centrum.

Iedereen verdient acute zorg met de best mogelijke uitkomst. Dag en nacht. Door de concentraties van SEH's heeft niet elke inwoner in Nederland dezelfde toegankelijkheid tot acute zorg. De meest kwetsbare groepen worden hier het hardst in geraakt, wat een nog hogere zorgvraag en bijbehorende kosten als direct gevolg heeft.

4. Wat zijn directe en lange termijn gezondheidseffecten en potentiële gevolgen voor mortaliteit als gevolg van concentratie, fusie en schaalvergroting van SEH en acute zorg in een regio? (vraag voor wetenschappers en zorgverzekeraar)

Uit eigen onderzoek blijkt dat afstand tot een huisartsenpost en SEH bepaalt in welke mate iemand deze bezoekt. Op dit moment is het al zo dat mensen met lage SES 7 jaar korter leven en 15 jaar in slechtere gezondheid. Deze groep is vaker chronisch ziek en minder in staat om te reizen. Bij een grotere afstand zal er zorg worden gemeden, terwijl één van de speerpunten van het IZA is om eerder te interveniëren en daarmee erger te voorkomen.

Langere afstand in combinatie met een lagere SES betekent nog meer onbeantwoorde zorgvraag, meer ziektes en uiteindelijk een hogere mortaliteit.

5. Welke specifieke groepen zijn het meest kwetsbaar voor de gevolgen van het sluiten van SEH en acute zorg?

Zie hierboven.

6. Wat is het belang van SEH en acute zorg in de regio en wat is nodig om dit te behouden?

Zie antwoorden op vraag 3 en 4.

7. Wat zijn de gevolgen van concentratie, fusie en schaalvergroting van SEH en acute zorg op de zorgorganisatie en de zorgprofessionals?

Acute zorg en niet-acute zorg zijn inherent aan elkaar verbonden. Ongeveer 60% van het totale aantal ligdagen van ziekenhuizen in 2019 is van patiënten die na een SEH-bezoek zijn opgenomen in het ziekenhuis. Bovendien is de expertise van de acute keten essentieel voor andere onderdelen binnen zorgorganisaties, waarbij bijvoorbeeld de SEH-arts in 25% van alle DBC's tijd schrijft.

Het sluiten van een SEH betekent afscheid nemen van een groot aantal zorgactiviteiten waardoor het maar de vraag is of het leveren van de overgebleven zorg rendabel is. Dit kan uiteindelijk leiden tot nog minder ziekenhuislocaties, wat een negatief effect heeft op de toegankelijkheid van niet-acute zorg. Hierdoor lopen de hoge wachtlijsten in de medisch specialistische zorg alleen maar verder op. De uit deze ontwikkeling volgende her-allocatie van zorg tussen ziekenhuizen is een moeizaam proces, niet bewezen doelmatig en betekent voor de patiënt langere reistijden voor acute en niet-acute zorg. Ook deze ontwikkeling belast de rest van de zorgketen.

8. Hoe heeft concentratie, fusie en schaalvergroting van SEH en acute zorg invloed op het vermogen van een regio om adequaat te reageren op noodsituaties en rampen?

De reeds uitgevoerde concentratie van acute zorg in Nederland heeft geleid tot een lage mate van flexibiliteit in de acute zorg. De coronapandemie van de afgelopen twee jaar heeft ons pijnlijk duidelijk gemaakt dat een hogere mate van flexibiliteit noodzakelijk is. Hiervoor is een keten nodig, waarin partijen elkaar helpen en complementair zijn.

In de coronatijd en bij eerdere griepepidemieën hebben huisartsen en VVT-organisaties in onze regio de 2^e lijn ontlast op de momenten dat de patiëntenstroom te groot was. Dit kan alleen met korte lijnen en wordt niet bereikt door de acute zorg verder te concentreren.

9. In welke gevallen wordt besloten om een SEH te sluiten? (vraag voor zorgverzekeraars)

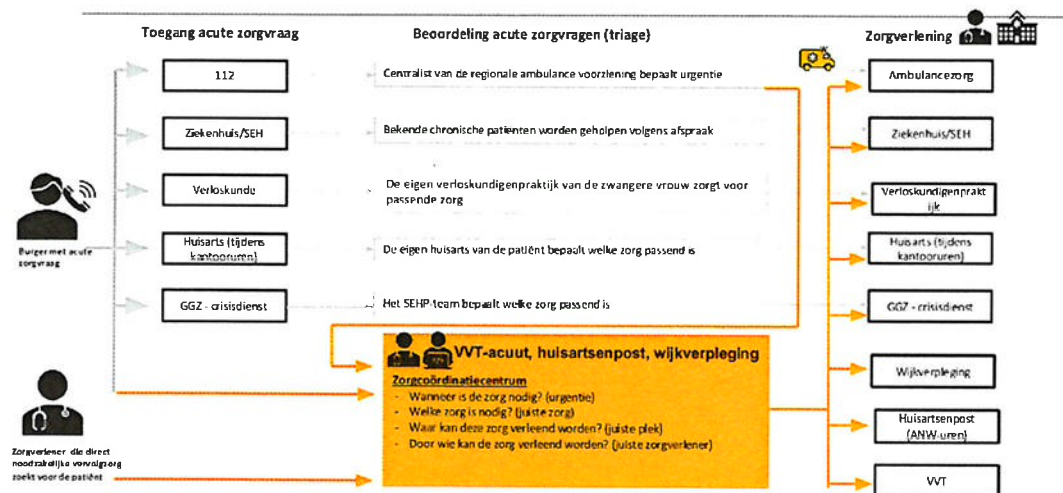
Personeelstekort, te lage aantallen patiënten om "rendabel" te zijn.

10. Is het huidige bekostigingssysteem adequaat om de acute zorg open te houden? En als het anders zou moeten wat heeft de voorkeur en welke extra kosten zijn daaraan verbonden? (vraag voor zorgverzekeraars)

Zie vraag 2.

Schematische weergave zorgcoördinatie WSD-regio

Zorgcoördinatie model : Centraal orgaan voor triage en coördinatie HAP, VVT, wijkverpleging en ambulance, voor zorgverlener & HAP patiënt



Uitgangspunten zorgcoördinatie WSD-regio

