

## Patiënten schieten niets op met nieuwe inrichting acute zorg

Met de Houtskoolschets acute zorg, een discussiestuk over de inrichting en bekostiging van het acute zorglandschap beoogt VWS de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van acute zorg voor iedereen in de toekomst te garanderen. Vier SEH-artsen menen dat een sommige voorstellen in de houtskoolschets deze doelen niet dienen en geven aan hoe dit wel zou kunnen.

De houtskoolschets veronderstelt dat de huidige inrichting van acute zorg in Nederland niet doelmatig is en de kwaliteit onvoldoende. Als oplossing wordt het accent sterk gelegd op reductie van het aantal afdelingen spoedeisende hulp (SEH) en samengaan van SEH's met huisartsenposten (HAP). Verondersteld wordt dat dit resulteert in lagere kosten en verbetering van zorgkwaliteit. Een gedegen onderbouwing van de veronderstelde oplossingen ontbreekt echter.

Wat ons betreft hoeft alles niet bij het oude blijven. Ook wij zijn van mening dat er ruimte is voor verbetering van de kwaliteit van acute zorg en mogelijkheden om kosten te besparen.

### Focus op kwaliteit

Het aantal SEH's is de afgelopen tien jaar met 25 procent gekrompen, terwijl het aantal SEH-patiënten stabiel is gebleven. De zorgintensiteit op de SEH is daardoor toegenomen en steeds meer patiënten die op de SEH worden gezien, behoeven opname. De SEH's zijn de afgelopen jaren al steeds efficiënter gaan werken. Tegelijk wringt deze efficiencyslag. SEH's gaan in toenemende mate gebukt onder periodes van overmatige drukte (crowding) met alle bijkomende negatieve effecten op kwaliteit van zorg voor de patiënt.

Ondertussen zijn de gestelde doelen, kwaliteitsverbetering en kostenreductie, door de vermindering van aantal SEH's niet aantoonbaar gerealiseerd. De reductie van het aantal SEH's en de daaraan gekoppelde verschuiving van klinische capaciteit inclusief ICU- en CCU-zorg, kan daarom geen doel op zich zijn.

Het beleid zou gericht moeten zijn op kwaliteit. Een kwaliteitsstandaard voor de organisatie van SEH-zorg, overeenkomstig de kwaliteitsstandaard 'organisatie van IC-zorg', zou duidelijkheid bieden aan burgers, patiënten en beleidsmakers over wat ze mogen verwachten van een SEH. Een kwaliteitsstandaard zal maken dat ziekenhuisorganisaties in een regio moeten kiezen in welke mate zij personeel en middelen inzetten om te kunnen voldoen aan deze standaard.

### Omvorming seh tot integrale spoedpost

In de houtskoolschets wordt voorgesteld de meerderheid van de SEH's om te vormen tot 'integrale spoedpost'. Gedetailleerde afspraken over wat dit behelst moeten nog gemaakt worden, maar de gebruikelijke faciliteiten die nodig zijn voor acute zorg, zoals een 24/7 OK, 24/7 IC en een afdeling voor acute opname, zijn voor een integrale spoedpost expliciet niet vereist. Met de integrale spoedpost ontstaat een HAP+ of een SEH-. Hoewel de term integrale spoedpost wellicht anders doet vermoeden, wordt in feite de HAP ontkoppeld van de overblijvende SEH's. Dit terwijl de afgelopen jaren juist de HAP en de SEH, elk vanuit de eigen kracht, complementair aan elkaar zijn gaan samenwerken.

Dit voorstel gaat ervan uit dat acute zorg zich op voorhand adequaat laat differentiëren tussen hoog- en laagcomplex, eerste- en tweedelijns en daarmee dus

deelbaar is in tijd, plaats of persoon. Hierbij wordt voorbijgegaan aan het gegeven dat het grootste volume acute zorg noch hoog- noch laagcomplexere zorg betreft, maar ongedifferentieerde acute zorg. Bijvoorbeeld buikklasten kunnen obstipatie zijn of toch een onverwachts gescheurde grote buikslagader. Waar differentiatie op basis van zorgvraag wel mogelijk is, wordt deze reeds toegepast.

#### Paradoxaal voorstel in houtskoolschets

De houtskoolschets geeft een paradoxaal voorstel: versterk de eerstelijns acute zorg middels een verandering van HAP tot integrale spoedpost, waarbij deze voor een groot deel zonder direct toegankelijke tweedelijns acute zorg moet functioneren en daarmee dan juist de verbinding met de tweede lijn verliest. Een ontwikkeling die de eerstelijns acute zorg verzwakt, omdat beide systemen elkaar idealiter versterken, elkaar aanvullen om de juiste zorg op de juiste plek met de juiste tijdigheid terecht te laten komen.

#### SEH en HAP samen op een spoedplein

Met de integrale spoedpost wordt een grote nieuwe organisatie gecreëerd zonder verbinding tussen SEH en HAP. Zet daarom in op 'spoedpleinen'. Een fysieke plek waar verschillende hulpverleners samenwerken, naast HAP en SEH ook apotheek, crisisdienst, thuiszorg & thuiszorgwinkel, eerstelijnsverblijfcoördinatie, een medewerker uit het sociale domein en zorg dat deze faciliteiten juist ook buiten kantooruren beschikbaar zijn. Zo breng je hulpverleners bij elkaar en zet je ze in hun kracht. Dit geeft de ruimte om acute zorg samen in te richten en de mogelijkheid direct door en terug te verwijzen waar dit nodig is. Op deze spoedpleinen vindt dan ook daadwerkelijk zorgcoördinatie plaats, dicht bij de patiënt en met lokale kennis. Er is alleen één grote drempel die hiervoor weggenomen moet worden: financiering.

**NB in Heerlen hebben we al een uitstekend functionerend "Soedplein", dat ga je toch niet zomaar afbreken.**

#### Bekostiging acute zorg

Om betere samenwerking van de eerste en tweedelijns acute zorg te faciliteren, zal de bekostiging van de acute zorg hierin moeten voorzien.

Het is van belang de kosten voor de tweedelijns acute zorg te nuanceren. Acute zorg is noodzakelijke zorg; deze is niet 'weg te organiseren'. Net zoals de brandweer periodes van relatieve rust kent, is er overcapaciteit nodig in de acute zorg, om de pieken qua patiëntenaanbod met behoud van kwaliteit te kunnen opvangen. Daarbij heeft een groot deel van de acute zorg ook functies in de reguliere zorg. Bijvoorbeeld een afdeling SEH, die niet alleen de acute opvang van patiënten verzorgt, maar ook alle diagnostiek en eerste behandeling uitvoert. De SEH is de borging voor nazorg buiten kantoor tijden en samen met de IC de opvang vanuit de kliniek voor een acute zorgvraag. De SEH heeft tevens een essentiële beschikbaarheidsfunctie voor calamiteiten.

Voor al deze taken maakt de SEH gebruik van dezelfde faciliteiten die dag en nacht beschikbaar en bereikbaar dienen te zijn voor de kliniek, zoals aanvullende beeldvorming of laboratoriumonderzoek en de aanwezigheid van een IC. Zonder een SEH zouden deze onderdelen nog steeds beschikbaar moeten zijn in een ziekenhuis, en het sluiten van een SEH zal daarom dus ook geen bezuiniging opleveren.

#### Kiezen voor populatiebekostiging

De huidige bekostiging heeft een prikkel tot tweedelijns acute zorg en een financiële drempel tot eerstelijns acute zorg. Door voor de gehele acute zorg te kiezen voor

populatiebesteding wordt ook voorzien in de verdere ontwikkeling van het doel 'de juiste zorg op de juiste plek'. Deze besteding zal zorgen voor meer nadruk op kwaliteit, maar ook voor kostenbesparing door minder overdiagnostiek en meer aandacht voor zinnige zorg. Met een populatiebesteding gaat het veld zelf de acute zorg herinrichten om tot een zo doelmatig en efficiënt mogelijke vorm te komen.

Door: Maarten Kok, SEH-arts KNMG, opleider Spoedeisende geneeskunde, Spaarne Gasthuis, David Baden, SEH-arts KNMG, Diakonessenhuis en bestuurslid NVSHA, Suzanne Kruizinga, bestuurder in de zorg, voorheen arts SEH, en Menno Gaakeer, seh-artsknmg, lid stafbestuur Adrz.