

Reactie: Houtskoolschets acute zorg

Stelling: *Veel acute zorg kan worden voorkomen door het scheppen van 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. Slimme zorg, monitoring thuis.*

Commentaar:

Acute zorgvragen op de SEH, dwz acute letsels en nieuw ontstane aandoeningen geven bestaansrecht aan de afdeling spoedeisende hulp.

Zij laten zich moeilijk voorspellen, zowel wat betreft tijdstip binnenkomst, regio, aantallen als ernst.

Ze zijn enerzijds (deels) te voorkomen met langdurige preventieprogramma's (alcohol, autogordels), maar anderzijds worden er nieuwe zorgvragen gegenereerd (Covid, elektrische fietsen). Hier is moeilijk op te anticiperen.

De SEH dient derhalve uitgerust te zijn met voldoende gekwalificeerd personeel, ruimtes, materiaal om hen acute zorg te kunnen verlenen.

De genoemde voorstellen "voorkomen van acute zorg" richt zich op andere zorgvragen, namelijk acute-op-chronische zorgvragen of insufficiënte chronische zorg (vastlopende thuissituatie).

Verbetering van chronische zorg voor deze patiëntcategorieën kan de behoefte aan acute zorg doen verminderen, waarmee de druk op de SEH afneemt.

Ter aanvulling: Er is behoefte aan een verdere uitwerking van Advanced Care Planning. Geleerde lessen van de Covid: zorg dat behandelwensen van mensen bekend zijn: opname, IC, reanimatie, beademing, operatie. De SEH is niet de juiste plek om dit te bespreken.

Ook voorkomt het SEH-bezoeken en tijdrovend overleg, opsporen van familieleden etc op het acute moment.

Een derde categorie van patiënten waarbij een betere organisatie van zorg de belasting van de SEH's kan verminderen zijn patiënten met een zorgprobleem, vanwege de tijdrovende organisatie van zorg en de belemmering van de doorstroom op de SEH voor patiënten waarbij het thuis niet meer gaat:

- patiënten die een acuut zorgprobleem hebben, waar geen medische zorg voor nodig is.
- Patiënten die na medische evaluatie geen opname-indicatie in het ziekenhuis hebben, maar wel een acuut zorgprobleem overhouden.

Hiervoor zijn verschillende routings mogelijk, echter acute zorg zal niet altijd te voorkomen zijn, zoals bij letsels tgv valproblematiek of anderszins acuut disfunctioneren, waar spoedeisende medische zorg voor nodig is. Vervolgens is er opvang nodig na het bezoek aan de spoedlocatie.

Voor patiënten met zorgvragen die niet naar de SEH hoeven komen dienen de alternatieven goed uitgewerkt te worden, met duidelijke afspraken over verantwoordelijkheden, wie beoordeelt de monitoring bijvoorbeeld.

Ook dient hiervoor voldoende personeel 24/7 beschikbaar te zijn, zodat er geen hiaten in de zorg ontstaan, waarop toch weer een beroep op de SEH gedaan wordt.

Plan: Regionale zorgmeldkamers voor niet levensbedreigende acute zorg

Commentaar:

De triagist zal in staat moeten zijn:

- Wel levensbedreigende acute zorgvragen te herkennen.
- Onderscheid te maken tussen acuut niet-levensbedreigend en niet-acuut.
- Te triëren naar meest geschikte zorglocatie/ zorgverlener obv de ingangsklacht van de patiënt.
- Zelfzorgadvies te geven

Wat heeft de triagist hiervoor nodig?

- Opleiding
- Beschikbare informatie over de patiënt.
- Brede klinische ervaring.
- 24/7 beschikbare achterban als vangnet als de hulpvraag buiten de expertise van de triagist valt.

Groot punt van zorg hierbij is dat binnen de grote hoeveelheid ongedifferentieerde hulpvragen patiënten met onverwachte uitkomsten niet de acute zorg ontvangen die zij nodig hebben. Het verdwijnen van het huidige vangnet van de triagist op de huisartsenpost, waarbij de huisarts over diens schouder meekijkt, vormt hierbij een risico.

Plan: Integrale spoedposten:

Bij herinrichting van spoedposten dient als uitgangspunt: de juiste zorg voor de patiënt met een acute zorgvraag, waarbij de diverse spoedposten voldoende capaciteit qua personeel, kennis en materiaal hebben.

De politiek moet de kaders geven en het veld de invulling.

Regionale afstemming door ROAZ in de lead met inbreng van de zorgprofessionals. Zij geven de input over het aanbod in relatie tot de capaciteit, waarmee aantal spoedlocaties en hun aanbod bepaald kan worden.

Samenwerking huisartsenpost-SEH-kliniek:

We onderschrijven dat de voordeur misschien meer in gezamenlijkheid kan (ervaring covid) door een spoedplein te creëren met gezamenlijke triage door zorgverleners.

Dit is efficiënter en leidt tot minder verlies van informatie. Digitale beschikbaarheid van alle patiëntengegevens zijn essentieel voor alle zorgverleners.

Investeer in transmurale integratie van ICT-systemen.

Let wel op dat huisartsenzorg behouden blijft: Met het creëren van een extra portaal (integrale spoedpost) loop je het risico dat een huisarts een vorm van ziekenhuiszorg creëert. Dit heeft ook te maken met verwachtingspatronen van patiënten, die 24/7 beschikbaarheid van aanvullend onderzoek en behandeling verwachten voor de klachten die door henzelf als spoedeisend worden geïnterpreteerd. Met meer zorg en diagnostiek en daardoor weer extra belasting van systeem en meer kosten ipv minder.

Neem ervaring uit covid tijd mee (krapte personeel, capaciteit, middelen).

Tijdens Covid is er intensief overleg geweest tussen huisartsenpost, SEH en kliniek, waarbij zorgvuldige afwegingen zijn gemaakt omtrent instuurbeleid en aanvullend onderzoek.

De longartsen hebben door advies aan de huisartsen te geven deze zorg ook in de eerste lijn kunnen laten behouden. Hierdoor is het aantal ziekenhuisopnames hanteerbaar gebleven.

Plan: Spoedposten voor eenvoudige spoedzorg en spoedeisende hulp afdelingen voor complexere zorg.

Een tweedeling van spoedposten met beperktere middelen en expertise en spoedeisende hulpafdelingen voor complexere zorg uit oogpunt van doelmatige zorg is ons inziens geen veilige ontwikkeling voor de patiënt met een acute zorgvraag.

Bij kwalitatieve goede acute zorg moet primair beschikbaarheid op voorgrond staan en niet doelmatigheid.

De huidige SEH capaciteit loopt vol met acute zorg, we zijn frequent genooddaakt een SEH-stop af te geven omdat de veiligheid van de patiënten op de SEH-afdeling door drukte niet gegarandeerd kan worden.

Meerdere stops op hetzelfde moment in de regio zijn al gesignaleerd. Hierdoor komt de veiligheid van acute zorg in gedrang. Een marge is dan ook essentieel. (vergelijkbaar met bezetting 80% op de IC): geen kleine SEH's die niet meer in staat zijn op te schalen.

De beschreven complexe zorgvorm, waarvoor geldt (aldus de schets): 'medische kwaliteit is belangrijker dan nabijheid', de spoedeisende hulpen komen 'verspreid over het land', 'kwaliteitsoverwegingen' zullen het precieze aantal bepalen, is momenteel niet haalbaar.

Dit neigt naar concentratie van zorg en dus een grote tijdsfactor om een SEH te bereiken. Het bereiken van een ziekenhuis binnen een gestelde normtijd heeft geen waarde als de ontvangende SEH vervolgens onvoldoende mensen, ruimte en middelen heeft om de patiënt meteen op te vangen.

Bij de ongedifferentieerde patiënt met een korte aanvangstijd van de klachten is het risico op een onjuiste werkdiagnose groot met risico op ondertriage of overtriage. Op een goed geoutilleerde reguliere SEH kun je dit corrigeren door de zorg snel op- of af te schalen, bij een scheiding in spoedposten en SEH's is dit lastiger. Ondertriage naar een spoedpost is gevaarlijk als de SEH niet beschikt over de middelen en expertise om de patiënt te kunnen behandelen. Overtriage naar een SEH leidt tot overbelasting van de SEH's.

Je kun het je in de huidige situatie van overbelasting van SEH-zorg niet permitteren kleinere SEH's af te schalen naar spoedposten: Ten eerste zijn de huidige, grotere SEH's op piekuren al zodanig belast, dat ze geen complexe spoedzorg erbij kunnen krijgen. Ten tweede zal, zeker zolang de differentiatie niet volledig uitgewerkt en georganiseerd is de spoedpost toch geoutilleerd moeten zijn om deze complexere acute zorg te kunnen leveren. Traumacentra functioneren weliswaar goed, echter we zien nog altijd

traumata in perifere centra die volgens de ISS in een traumacentrum gepresenteerd hadden moeten worden.

Hierbij staat de SEH-zorg natuurlijk ook in nauwe verbinding met het eigen ziekenhuis.

In het huidige systeem wordt de opvang van de patiënt met een acute zorgvraag door het SEH-team gedaan met medische zorg door de hoofdbehandelaar, bij instabiele vitale functies bijgestaan door anesthesioloog of intensivist.

Verdere behandeling volgt zo nodig met een opname in de kliniek of op de IC.

Indien de hoofdbehandelaar tot een werkdiagnose komt die de mogelijkheden van het eigen ziekenhuis overstijgt zal deze volgens gemaakte afspraken overleg hebben met een ziekenhuis dat wel over deze mogelijkheden beschikt.

Een beoogde verandering van de inrichting van de SEH heeft ook ingrijpende consequenties voor de eigen kliniek en overige klinieken waar afspraken mee zijn gemaakt. Anderzijds bepaalt ook de kliniek de mogelijkheden van het up- of downscalen van de SEH.

Dit wordt momenteel overduidelijk gemaakt door de situatie, waarin de toestroom Covid-patienten te groot is voor het aantal vrijgemaakte bedden in de kliniek, waarbij de SEH-afdelingen overlopen, omdat ze hun patiënten niet kwijt kunnen.

Tenslotte is er voor dit systeem een forse verruiming van de beschikbaarheid van volledig geoutilleerde ambulances nodig als zij grotere afstanden moeten afleggen. Tevens wordt er, meer dan nu, een beroep op hen gedaan om de mate van complexiteit in te schatten en te beslissen naar welk ziekenhuis er gereden dient te worden.

Verbetering van communicatie tussen ziekenhuizen met een systeem om realtime inzicht te hebben in de SEH is gewenst, dit dient in de huidige situatie van schaarste van bedden capaciteit door de 2^e Covidgolf versneld ingevoerd te worden.