

Agenda acute zorg

Fase 1: de onderwerpen die de komende jaren centraal moeten staan bij de aanpak van de druk op de acute zorgketen

1 Inleiding

De druk op de acute zorgketen neemt steeds verder toe. Actie vanuit alle stakeholders in en rond de acute keten is nodig om de toegankelijkheid, kwaliteit en doelmatigheid van het aanbod van acute zorg in de toekomst te borgen.¹ De noodzakelijke aanpak voor de acute zorg heeft betrekking op een keten die breder is dan alleen de acute zorg (onder 'acute zorg' wordt hier primair begrepen: de zorg die wordt verleend door Huisartsenposten, Regionale Ambulance Voorzieningen (RAV's) en afdelingen voor Spoedeisende Hulp (SEH's)). Onder meer vroegsignalering en preventie, de toegang tot (tijdelijk) verblijf, wijkverpleging en andere vormen van (vervolg)zorg spelen daarin een rol. In dat kader hebben de Patiëntenfederatie, de NVZ, NFU, ZN, FMS, V&VN, LHV, InEen, Actiz, AZN, NVSHA en het LNAZ² met elkaar deze agenda acute zorg opgesteld.

Deze agenda is een herijking van de agenda acute zorg uit november 2017, die op bureauniveau is gemaakt.³ Partijen zijn van oordeel dat deze agenda acute zorg een belangrijke bijdrage kan leveren aan het toegankelijk en doelmatig houden van de acute zorg in de komende jaren, en daarmee tevens aan het bereiken van de doeleinden die zijn geformuleerd in het Actieplan Ambulancezorg en de Hoofdlijnenakkoorden voor de medisch-specialistische zorg, wijkverpleging en huisartsenzorg voor 2019-2022.

Deze agenda bevat de inhoudelijke visie van partijen op de aanpak van de druk op de acute zorgketen. De agenda geeft aan welke onderwerpen de komende jaren naar het oordeel van de partijen – naast andere al lopende trajecten (hoofdstuk 4) – met voorrang moeten worden opgepakt om de toegankelijkheid en doelmatigheid van de acute zorg te borgen. Het gaat om onderwerpen die sectoroverstijgend zijn en waarvoor samenwerking tussen meerdere betrokken partijen is vereist.

De komende periode zullen partijen concretiseren hoe, door wie en wanneer invulling wordt gegeven aan de onderwerpen van deze agenda, zodat er uitvoering kan worden gegeven aan de benodigde acties. Daarbij zal ook worden gekeken naar de benodigde randvoorwaarden. Uitgangspunt daarbij is uiteraard wel dat de agenda past binnen de kaders van en afspraken die gemaakt zijn in het Actieplan Ambulancezorg en de Hoofdlijnenakkoorden voor de medisch-specialistische zorg, wijkverpleging en huisartsenzorg voor 2019-2022. Beoogd is om de agenda met concrete acties uiterlijk in het voorjaar van 2020 bestuurlijk vast te stellen.

¹ Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), monitor acute zorg 2018, <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/publicaties/2018/02/26/monitor-acute-zorg-2018>.

² Dit is een document van de genoemde partijen: de Patiëntenfederatie, de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU), Zorgverzekeraars Nederland (ZN), Federatie Medisch Specialisten (FMS), Beroepsvereniging van Verzorgenden en Verpleegkundigen (V&VN), Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), de organisatie voor de eerste lijn InEen, organisatie van zorgondernemers Actiz, Ambulancezorg Nederland (AZN), de Nederlandse Vereniging van Spoedeisende Hulp Artsen (NVSHA) en het Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ). Het ministerie van VWS heeft het secretariaat verzorgd.

³ De agenda acute zorg uit november 2017 is destijds niet op bestuurlijk niveau vastgesteld. Later, in de Hoofdlijnenakkoorden voor medisch-specialistische zorg, huisartsenzorg en wijkverpleging voor de jaren 2019-2022, is deze agenda wel alsnog bestuurlijk onderschreven.

2 Leeswijzer

Na een korte probleemanalyse (hoofdstuk 3) wordt in hoofdstuk 4 onderwerpen benoemd dat van belang is voor de aanpak van de druk op de acute zorg, maar al op andere bestuurlijke tafels is belegd. In hoofdstuk 5 staan de onderwerpen waar de betrokken partijen tot en met 2022 actie op willen ondernemen. Hoofdstuk 6 geeft enkele algemene overwegingen over de acute zorg weer, en tot slot wordt in hoofdstuk 7 het vervolg op deze agenda geschetst.

In de bijlagen (8 en 9) wordt schematisch uitgelegd wat zorgcoördinatie en de regionale coördinatiefunctie inhouden.

3 Probleemanalyse

Uit de monitor acute zorg 2018 van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) blijkt dat de acute zorg voldoende toegankelijk is, maar dat de druk hoog is en ook de komende jaren blijft toenemen. De ketenpartners in de acute zorg zullen in sterke mate de samenwerking met elkaar moeten opzoeken om de acute zorg goed te organiseren en coördineren. Dit is noodzakelijk om de toenemende vraag naar acute zorg op te kunnen vangen.⁴

Drukke in de acute zorg wordt vaak veroorzaakt als patiënten op de SEH komen die elders zorg zouden moeten krijgen (instroom), of als de doorstroom (bijvoorbeeld van SEH naar opnameafdelingen) of de uitstroom naar 'vervolgzorg' (zoals verpleging en verzorging thuis of naar (tijdelijk) verblijf) niet soepel verloopt.⁵ Ook een gebrek aan personeel is een belangrijke oorzaak van drukke in de acute zorg. De toegankelijkheid van vervolgzorg vanuit de acute zorg laat zich op dit moment nog niet goed meten.

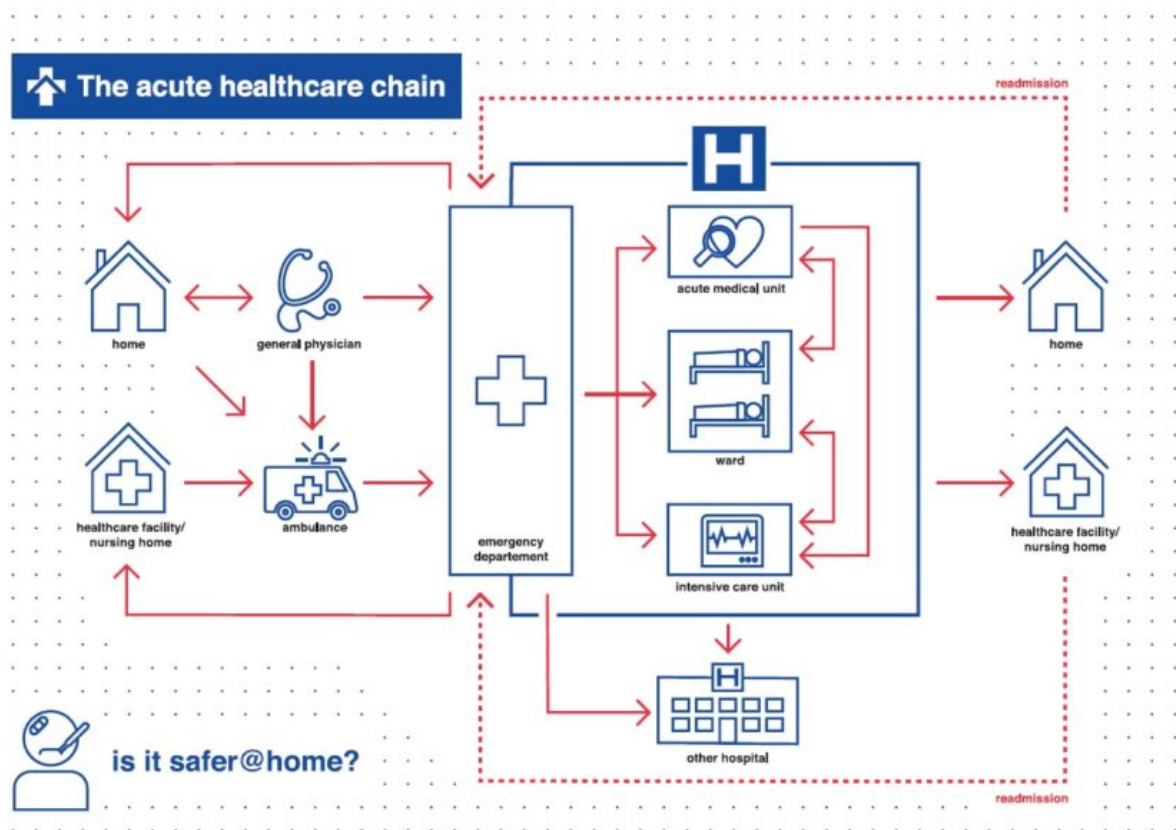
De NZa verwacht dat de druk op de acute keten de komende jaren nog verder zal toenemen. Op basis van een toekomstverkenning die de NZa in samenwerking met het RIVM heeft gemaakt is de verwachting dat het zorggebruik van mensen van 65 jaar en ouder in de jaren 2016-2025 met een factor twee tot vier toeneemt.⁶ Ook de krapte op de arbeidsmarkt drukt naar verwachting de komende jaren nog een belangrijke stempel op de acute zorg. In haar aanbevelingen geeft de NZa aan dat de toenemende vraag naar acute zorg vraagt om steeds effectievere oplossingen om met schaarse middelen (menskracht en materieel) steeds meer zorg te kunnen bieden.

Om te zorgen dat de acute zorg ook in de toekomst toegankelijk blijft is samenwerking tussen alle ketenpartners in de acute zorg (zorgaanbieders, brancheorganisaties en zorgverzekeraars) cruciaal, aldus de NZa. Die samenwerking, ook over de sectoren heen, moet worden geïntensiveerd en deze samenwerking moet voor primair in ROAZ-verband plaatsvinden. Samenwerking betekent gezamenlijk en gedeeld inzicht (in de uitdagingen, in de trends en patronen en in het functioneren van de keten als geheel en in de eigen rol in die keten), een onderling gecoördineerde aanpak om de toegankelijkheid te borgen (de zorg moet zodanig gecoördineerd worden dat de capaciteit is berekend op de voorspelbare drukte, en pieken zo mogelijk worden voorkomen) en onderlinge kennisdeling van oplossingen die werken.

⁴ NZa, monitor acute zorg 2018

⁵ Waar in deze agenda over 'vervolgzorg' wordt gesproken wordt bedoeld op die vormen van zorg waar patiënten vaak na een bezoek aan de HAP of SEH voor in aanmerking komen, zoals wijkverpleging en eerstelijns verblijf. Patiënten kunnen echter ook voor deze vormen van zorg in aanmerking komen zonder eerst een bezoek aan de HAP of SEH te hebben gebracht – in welk geval er dan ook geen sprake is van 'vervolgzorg'.

⁶ Ook blijkt uit de monitor van de NZa dat de behandelingsduur per patiënt, het aantal klinische opnames na SEH-bezoek, de verblijfsduur in het ziekenhuis en het beroep op vervolgzorg toe nemen met de leeftijd van de patiënt.



Figuur 1: Een schematische weergave van de acute zorgketen. Zie <https://www.netwerkacutezorgnoordwest.nl/artikelen/patient-safety-in-the-acute-healthcare-chain/>

4 Er gebeurt al veel...

Verschillende onderwerpen die van belang zijn voor de aanpak van de druk op de acute zorg zijn al op andere bestuurlijke tafels belegd en daarop wordt al actie ondernomen, maar partijen vinden dat zij wel aandacht verdienen in de context van deze agenda. Partijen benadrukken hiermee het belang van en hun commitment met betrekking tot de aanpak van deze onderwerpen. Het gaat onder meer om de volgende onderwerpen:

4.1 Kwaliteit van de acute zorg

In april 2019 hebben de betrokken partijen⁷ het kwaliteitskader spoedzorgketen aangeboden aan Zorginstituut Nederland. Dit kwaliteitskader heeft tot doel om de kwaliteit van zorg in de spoedzorgketen te verbeteren.

Het kwaliteitskader richt zich op de acute huisartsenzorg, ambulancezorg, zorg geleverd door de mobiele medische teams en de acute ziekenhuiszorg. Het beschrijft zowel bestaande als nieuwe landelijke normen en richtlijnen en doet aanbevelingen om de kwaliteit van de spoedzorgketen te bevorderen.

Vanuit het perspectief van de patiënt benoemt het kwaliteitskader hoe partijen betrokken bij de acute zorg met elkaar samenwerken om iedere patiënt met een acute zorgvraag 24 uur per dag en 7 dagen per week zorg van goede kwaliteit te bieden. Het kwaliteitskader fungeert als een

⁷ AZN, FMS, InEen, LNAZ, NFU, NHG, NVSHA, NVZ, PFN, V&VN en ZN.

inhoudelijk landelijk kader op basis waarvan lokale en regionale samenwerking georganiseerd kan worden. Het beschrijft de minimale vereisten en doet aanbevelingen met het doel om de patiënt met een acute zorgvraag zo snel mogelijk de juiste zorg op de juiste plek te geven.

Het kader bevat normen en aanbevelingen voor de verschillende stappen in de spoedzorgketen; melding, triage, zorgcoördinatie, diagnostiek en behandeling, coördinatie en uitstroom. Het beschrijft normen of doet aanbevelingen voor keteninformatie en hoe ketenpartners met elkaar de ketenzorg evalueren.

Het LNAZ zal de partijen, betrokken bij deze agenda acute zorg, op de hoogte houden van eventuele ontwikkelingen met betrekking tot het kwaliteitskader spoedzorgketen.

4.2 Vroegsignalering en samenwerking

Het is van belang dat er, zoals de NZa ook aanbeveelt, voldoende aandacht is voor gerichte vroegsignalering van problematiek bij ouderen en een goede samenwerking tussen de zorgverleners om gezondheidsrisico's bij ouderen tijdig te signaleren en op te volgen.

Vroegsignalering houdt in dat ouderen die mogelijk kwetsbaar zijn, met behulp van casefinding of risicoprofielen eerder in beeld komen. De professionals letten daarbij samen op dreigende eenzaamheid, tekenen van ondervoeding, beginnende dementie, risico op functieverlies of zorgmijding. Door deze brede blik kan men niet alleen de juiste diagnose stellen (brede triage), maar ook alle levensgebieden betrekken bij het beoordelen van de ondersteuningsvraag. Op die manier kunnen ouderen passende ondersteuning en zorg krijgen, die voorkomt dat hun kwetsbaarheid toeneemt, en hen zoveel mogelijk de regie over hun eigen leven teruggeeft en hun zelfredzaamheid vergroot.⁸

Door tijdige signalering en het verlenen van planbare zorg in de nulde, eerste én tweede lijn, kan in een deel van de gevallen ook voorkomen worden dat de situatie van ouderen escaleert en zij acuut zorg nodig hebben (wat ook kan zorgen voor stress en verwarring). Ook kan daarmee de instroom in de acute keten worden beperkt. Voor het tijdig signaleren en opvolgen van (gezondheids)risico's is afstemming en samenwerking tussen zorgverleners en gemeenten een belangrijke voorwaarde. Mantelzorg, wijkverpleging en eventueel de specialist ouderengeneeskunde ondersteunend aan de huisarts spelen daarbij een belangrijke rol.

In mei 2019 hebben de LHV, V&VN, InEen, NHG, KNGF, Laego (het landelijk netwerk kaderartsen eerstelijns ouderengeneeskunde), Patiëntenfederatie Nederland, ZN, VWS, Sociaal Werk Nederland, de VNG, KNMP en Actiz, in het kader van het programma Langer Thuis van het ministerie van VWS, de publicatie 'Kwetsbare ouderen thuis, handreiking voor integrale zorg en ondersteuning in de wijk' vastgesteld. Deze handreiking bevat een 6-stappenplan en een overzicht van rollen en taken die handvatten bieden bij het organiseren van ondersteuning en zorg aan zeer kwetsbare thuiswonende ouderen.

Patiëntenfederatie Nederland, ZN, de LHV en ActiZ zullen de partijen op de hoogte houden van eventuele ontwikkelingen met betrekking tot vroegsignalering van problematiek bij ouderen en samenwerking om gezondheidsrisico's tijdig te signaleren.

4.3 Arbeidsmarkt in de (acute) zorg

Met de groeiende vraag is het vinden van voldoende personeel een grote uitdaging. Personeelskrapte is één van de oorzaken van de druk op de acute zorg, zo blijkt ook uit de rapportages van de NZa.

⁸ Programma Langer Thuis, p.18, <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorg-en-ondersteuning-thuis/documenten/rapporten/2018/06/15/programma-langer-thuis>.

Dit vraagt ten eerste om het opleiden van meer gespecialiseerde verpleegkundigen voor de acute zorg (Intensive Care, Medium Care, Eerste Hart Hulp, SEH, ook met het oog op uitwisseling met ambulanceverpleegkundigen).

In het Hoofdlijnenakkoord Medisch Specialistische Zorg voor 2019-2022 hebben partijen het zorgen welzijnsbrede Actieprogramma Werken in de Zorg onderschreven. Daarin is onder meer afgesproken dat de ziekenhuizen, ondersteund door de NVZ en de NFU, jaarlijks meer gespecialiseerd verpleegkundigen opleiden, waarbij zij ook gericht aandacht besteden aan opleidingen voor de acute zorg.⁹ In het Actieplan Ambulancezorg is opgenomen dat AZN partner is van ketenbrede actieplannen op het gebied van arbeidsmarkt. Afgesproken is verder dat RAV's met ketenpartners in de FZO-regio's regionale afspraken maken over aantallen opleidingsplaatsen en de verdeling ervan en over de uitwisseling van personeel in het kader van loopbaanontwikkeling. Daarmee wordt toegewerkt naar regionale capaciteitsplanning, waarin werkgevers gezamenlijk verantwoordelijkheid dragen voor voldoende personeel in de regio. Ook in het Hoofdlijnenakkoord Huisartsenzorg zijn afspraken gemaakt op het gebied van de arbeidsmarkt, zoals aansluiten bij de Regionale Actieplannen Aanpak Tekorten (RAATs) en het opleiden van voldoende huisartsen.

In de wijkverpleging is de arbeidsmarkt ook een belangrijk aandachtspunt, mede omdat sprake is van een stijgende zorgvraag (meer ouderen, meer complexiteit in de thuissituatie). In het Hoofdlijnenakkoord Wijkverpleging is onder meer afgesproken dat partijen - voor zover nog niet het geval - aansluiting zoeken bij de Regionale Actieplannen Aanpak Tekorten (RAAT), en om specifiek aandacht te besteden aan de wijkverpleging in samenhang met de bredere aanpak van de tekorten in de regio. Ook investeren in instroom en opleiding van volwassenen (nieuw en herintreders) in de wijkverpleging is in het Hoofdlijnenakkoord een belangrijk aandachtspunt.

Om personeelstekorten terug te dringen in de acute zorg geldt, net als voor de gehele zorgsector, echter dat een focus op instroom van nieuw (gespecialiseerd) personeel alleen niet voldoende is. Wat ook belangrijk is, is dat een slag wordt gemaakt naar beter en meer toekomstgericht personeelsbeleid.

Het is van groot belang om zowel verpleegkundig specialisten als gespecialiseerde verpleegkundigen te behouden voor de acute ketenzorg, en daarmee het wegvloeien van expertise te voorkomen. Hiervoor dient verder geïnvesteerd te worden in de competenties en vaardigheden van werknemers. Ook is het belangrijk dat werkgevers in de regio met elkaar afspreken om niet te concurreren op arbeidsvoorwaarden en dat instellingen inzetten op het behoud van personeel. Hierover worden in elke arbeidsmarktregio al zorgbreed afspraken gemaakt in de regionale actieplannen aanpak tekorten (RAATs). Verder dient er werkzekerheid te zijn¹⁰, dient de ervaren werkdruk omlaag te gaan en moet werk aantrekkelijker worden gemaakt. Dit kan door te zorgen voor voldoende vakbekwame collega's, zeggenschap, autonomie, steun van leidinggevenden, goede samenwerking met artsen en een patiëntgerichte zorgcultuur. Er dient tevens sprake te zijn van een ambitieuze werkomgeving waarin professionals worden uitgenodigd te excelleren, met aandacht voor innovatie, waarin zij worden opgeleid voor nu en de toekomst. Goed werkgeverschap is hiervoor een belangrijke voorwaarde. Het is een gezamenlijke uitdaging om huidige en toekomstige zorgverleners een duurzaam aantrekkelijk beroepsperspectief te bieden.

Ook taakherschikking is een belangrijk instrument in het kader van het behoud van personeel en anders werken. Door taakherschikking komt er tijd vrij bij professionals voor werkzaamheden die echt tot hun kerntaken en specialisme behoren. Denk hierbij aan het bevorderen van de inzet van

⁹ Hoeveel gespecialiseerde verpleegkundigen en medisch ondersteunend personeel er in opleiding gaan en hun diploma halen, wordt gemonitord door het College Zorg Opleidingen (CZO) van de NFU en NVZ. Op de website van het CZO zijn deze gegevens te vinden (<https://www.czo.nl/czo-stats>). Het Capaciteitsorgaan raamt de opleidingsbehoefte voor gespecialiseerde verpleegkundigen en medisch ondersteuners, zie daarvoor ook <https://capaciteitsorgaan.nl/capaciteitsplan-2018-2021-fzo-beroepen-ambulaceverpleegkundigen/>.

¹⁰ Bij veranderingen in het aanbod van zorg is het belangrijk dat het personeel ergens anders weer aan de slag kan. Vanuit dat perspectief is het bijvoorbeeld belangrijk dat personeel breed wordt opgeleid, zodat zij kennis hebben die zij elders ook kunnen toepassen.

de verpleegkundig specialist en de physician assistant in de brede keten van acute zorg. Om taakherschikking te bevorderen is in het Hoofdlijnenakkoord Medisch Specialistische Zorg afgesproken dat er meer verpleegkundig specialisten worden opgeleid. Naast taakherschikking vormen ook het terugdringen van administratieve lasten en technologische vernieuwingen onderdelen van anders werken.

Bij het opleiden van verpleegkundigen is het belangrijk om aandacht te besteden aan het behouden van deze verpleegkundigen voor de acute zorgketen. Dit is bijvoorbeeld mogelijk door de mogelijkheid te creëren om eerst breed initieel op te leiden, gevolgd door specialiseren via modules om mensen zo gelijktijdig gericht en flexibel op te leiden. In het Hoofdlijnenakkoord Medisch Specialistische Zorg voor 2019-2022 is daar het volgende over opgenomen: “verpleegkundige (vervolg)opleidingen gaan beter aansluiten bij de werkpraktijk en de ontwikkeling van de nieuwe taken, rollen en functies”. Daartoe zijn de NVZ en NFU, met aansluiting van Actiz, V&VN en de samenwerkende opleidingsinstituten, het project CZO Flex Level gestart; AZN is hier inmiddels bij aangesloten. De komende jaren wordt gewerkt aan duurzame verbetering van het opleidingsaanbod voor verpleegkundigen, onder meer in het acute cluster. Door de opleidingen in (onder meer) het acute cluster modulair te gaan aanbieden kan er functiegericht opgeleid gaan worden en zijn verpleegkundigen flexibeler inzetbaar.

Van belang is verder onder meer dat slim met de inzet van gespecialiseerd personeel in de keten wordt omgegaan, bijvoorbeeld door het uitwisselen / de flexibele inzet van personeel in de acute zorgketen, maar ook door bij de samenwerking tussen bijvoorbeeld partijen in de acute zorg en de wijkverpleging efficiënt om te gaan met de inzet van personeel. Als onderdeel van het actieprogramma Werken in de Zorg is het Actie Leer Netwerk opgezet, dat de verbinding legt tussen het actieprogramma, het werkveld en onderwijs. Het netwerk faciliteert en ondersteunt partijen die met vernieuwende initiatieven de personeelstekorten aanpakken. Op het platform worden goede voorbeelden op het gebied van arbeidsmarktvragestukken, zoals de inzet van gespecialiseerd personeel, uitgewisseld (www.actieleernetwerk.nl).

De NVZ, NFU, V&VN en AZN zullen de partijen op de hoogte houden van eventuele ontwikkelingen met betrekking tot de arbeidsmarkt in de (acute) zorg.

4.4 Uitwisseling van patiëntinformatie in de acute zorgketen

Bij een beroep op acute zorg wordt de overdracht van medische gegevens tussen huisarts, huisartsenpost en SEH door zorgverleners en patiënten als een knelpunt ervaren omdat registraties van patiëntengegevens niet op elkaar aansluiten, aldus de NZa in de marktscan acute zorg 2017. Dit belemmert de triage en de verdere zorgverlening. Ook voor de zorgverlening door ambulancevoorzieningen is informatie over bijvoorbeeld eerdere ziekenhuisopnames van de patiënt, en informatie-uitwisseling tussen Regionale Ambulancevoorziening (RAV) en huisarts, van belang. Goede en tijdige informatie-uitwisseling is belangrijk om de samenwerking in de keten van de acute zorg te verbeteren, aldus ook de NZa.

Ook in de Hoofdlijnenakkoorden is aangegeven dat het verbeteren van de elektronische gegevensuitwisseling in de zorg van groot belang is. Daarbij is de insteek dat alle betrokken partijen hun rol pakken en resultaat boeken. Het overleg hierover wordt primair in de context van het Informatieberaad gevoerd.

In het Actieplan Ambulancezorg is benadrukt dat informatiedeling tussen de zorgpartners in de acute zorg van essentieel belang is voor het bieden van goede ambulancezorg, maar ook voor de continuïteit van zorg binnen de acute zorgketen.

Nictiz heeft op verzoek van VWS acht momenten van gegevensuitwisseling in de acute zorgketen – tussen huisarts, HAP, SEH en RAV (inclusief meldkamer ambulancezorg), waaronder ook feedbackinformatie van SEH's naar RAV's – geïdentificeerd, waarbij potentiële verbeteringen binnen bereik liggen en de opbrengsten voor de patiënt maximaal kunnen zijn. Op deze momenten

kan mogelijk met beperkte inzet en een relatief groot effect voor de patiënt gewerkt worden aan het verbeteren van de informatiestromen in de acute zorg.

In het traject dat de minister van Medische Zorg en Sport is gestart om de elektronische gegevensuitwisseling in de zorg verder te verbeteren wordt ook gekeken naar verschillende onderdelen van de acute zorg waaronder de ambulancezorg en acute verloskunde, maar ook medicatieoverdracht en ziekenhuisoverdracht. Deze zijn opgenomen op de concept Roadmap die de minister van MZS in april aan de Tweede Kamer heeft gestuurd. In de definitieve Roadmap komen die gegevensuitwisselingen in de zorg te staan die een bijdrage leveren aan goede zorg én waarvan duidelijk is welke informatie op welk moment op welke plek nodig is. Drie van de door NICTIZ geïdentificeerde momenten van gegevensuitwisseling in de acute zorgketen maken deel uit van de concept Roadmap en worden in dat verband (samengevoegd tot twee gegevensuitwisselingen) momenteel nader uitgewerkt: ambulanceoverdracht naar Spoedeisende Hulp (SEH); spoedmelding van huisarts of huisartsenpost (HAP) naar meldkamer ambulancezorg; en de (triage)verwijzing van huisarts of huisartsenpost (HAP) naar SEH. In Een, V&VN, de NVZ, AZN en ZN zullen de partijen op de hoogte houden van de voortgang van het Informatieberaad op dit punt en van eventuele andere ontwikkelingen met betrekking tot de uitwisseling van patiëntinformatie in de acute zorgketen. Naast informatiedeling tussen de zorgpartners in de acute zorg is voor een goed functioneren van de keten, waaronder een goede uitstroom van acute zorg naar 'vervolg zorg', ook de informatie-uitwisseling met organisaties voor vervolgzorg (zoals wijkverpleging en tijdelijk verblijf) van belang. Er bestaan reeds verschillende initiatieven op dit punt. Een goede samenwerking tussen de partijen in de acute zorg en organisaties voor vervolgzorg is hierbij essentieel. ActiZ zal de partijen op de hoogte houden van de voortgang van initiatieven met betrekking tot de uitwisseling van patiënteninformatie tussen partijen in de acute zorgketen en organisaties voor vervolgzorg.

5 Prioriteiten agenda acute zorg 2019-2022

De onderstaande onderwerpen zijn voor de betrokken partijen de belangrijkste prioriteiten om toegankelijkheid en doelmatigheid van de acute zorg ook in de toekomst te borgen.

De komende maanden zullen partijen nader concretiseren hoe en door wie nader invulling wordt gegeven aan deze onderwerpen (zie ook Hoofdstuk 7).

5.1 Meer duidelijkheid voor patiënten over gebruik van en toegang tot acute zorg

5.1.1 Eén (digitaal) aanspreekpunt voor patiënten met een acute zorgbehoefte, en gezamenlijk organiseren van deze zorgverlening

Het is door de toegenomen en complexere zorgvraag voor patiënten steeds lastiger om te weten waar zij met hun zorgvraag naar toe moeten. Samenwerking tussen zorgaanbieders in de acute zorg is in dat kader van groot belang. Zoals ook in het rapport van de Taskforce 'Juiste Zorg op de juiste plek' wordt gesteld: het is voor patiënten die acute zorg nodig denken te hebben, belangrijk dat de zorgaanbieders de zorgvraag van de patiënt "aan de voorkant" gezamenlijk ontvangen, triëren en vervolgens het passende zorgaanbod leveren, zodat deze patiënten snel bij de juiste schakel in de zorgketen terecht komen. Partijen noemen dit zorgcoördinatie.

In Een en AZN zijn in Overijssel gestart met zorgcoördinatie. De huisartsenpost, RAV en wijkverpleging hebben hun telefonische spoedlijnen bij elkaar gezet om bij een telefoontje van een patiënt snel in gezamenlijkheid te kunnen overleggen en te bepalen welke zorg ingezet moet worden. Het gaat om de vraag wat passende zorg is, passend bij de zorgvraag, en tevens om het voorkomen van een dubbele inzet van professionals.

5.1.2 Betere informatie voor patiënten over gebruik acute zorg

Het is belangrijk dat alleen een beroep op de (acute) zorg wordt gedaan, op momenten waarop dit nodig is, en dat patiënten naar de juiste zorgverlener gaan. Overdag kunnen patiënten met laagcomplexere (al dan niet acute) zorgvragen terecht bij hun eigen huisarts. “De juiste zorg op de juiste plek” geldt immers ook voor acute zorg.

Burgers/patiënten weten begrijpelijkerwijs niet altijd wanneer zij een beroep moeten doen op de acute zorg en op welke vorm van acute zorg, en wanneer zij gebruik moeten maken van reguliere zorg. Betere informatie voor patiënten moet ervoor zorgen dat zij weten waarvoor acute zorg bedoeld is, dat zij zelf beter in kunnen schatten of ze acute zorg nodig hebben en zo ja, welke zorgverlener ze moeten bellen. Geruststellen in die situaties waarbij geen acute zorg nodig is hoort hierbij. Maar ook om inzichtelijk te maken welke alternatieven er zijn buiten de acute zorg en wat ze kunnen doen bij twijfel, want voor hulp bij twijfel (en geruststelling daarop) moet ruimte blijven. De nadruk ligt op de patiënt toe leiden naar de zorg die op dat moment nodig is. Het is nadrukkelijk niet het doel om de patiënt weg te houden van (acute) zorg.

De Regionale Ambulancevoorziening Hollands Midden en de huisartsenposten hebben begin 2019 de ‘Belwijzer voor uw zorg’ geïntroduceerd. Doel hiervan is om de inwoners uit de regio te informeren over waar zij terecht kunnen indien zij met spoed zorg nodig hebben. In de Belwijzer kunnen zij aan de hand van concrete voorbeelden opzoeken wanneer zij het beste welke zorgverlener kunnen bellen: de huisarts, huisartsenpost of ambulancedienst, en bij de Belwijzer zit een kaartje met de contactgegevens van alle relevante zorgverleners.

Op de website <https://praktijkvoorbeeldenanw.lhv.nl/> staan verschillende voorbeelden van initiatieven die huisartsen / huisartsenposten hebben ondernomen om de druk op de huisartsenzorg behapbaar te houden. Ervoor zorgen dat alleen patiënten die echt acuut huisartsenzorg nodig hebben op de HAP terecht komen, maakt onderdeel uit van verschillende van deze initiatieven, zoals:

- HAP Zaanstreek Waterland en HAP Gelderse Valei doen pilots waarbij zij alleen patiënten met een urgente hulpvraag (U1 of U2) toelaten tijdens de nachtdienst. De triagisten krijgen in dat kader de cursus ‘Anders triëren’, met aandacht voor strenger triëren en de communicatie hierover met de patiënt. (zie <https://praktijkvoorbeeldenanw.lhv.nl/praktijkvoorbeelden/alleen-u1-en-u2-de-nacht> en <https://praktijkvoorbeeldenanw.lhv.nl/praktijkvoorbeelden/hap-gelderse-vallei-alleen-u1-en-u2-de-nacht>)
- De Huisartsenposten Rijnland en Huisartsenpost Duin- en Bollenstreek beschikken sinds april 2019 over websites met een ingebouwde digitale zelftriage, waarbij patiënten over hun klacht kunnen chatten met een ‘chatbot’ (zie <https://www.moetiknaardedokter.nl/nieuws/websites-shr-en-dddb-gelanceerd/> en <https://praktijkvoorbeeldenanw.lhv.nl/nieuwe-pilots/nieuwe-pilots/zelftriage-met-een-chatbot>).

5.2 Meer inzicht voor zorgverleners in beschikbare capaciteit

5.2.1 Inzicht voor zorgverleners in beschikbare capaciteit van de acute ziekenhuiszorg

Om de drukte in de acute zorg te coördineren, is er behoefte aan inzicht in actuele beschikbare (spoedzorg)capaciteit. Hiermee kan de patiënt door de ambulance zo snel mogelijk naar het ziekenhuis met de juiste expertise en beschikbare capaciteit worden vervoerd. In combinatie met regionale afspraken over aanwezige faciliteiten en expertise in ziekenhuizen kan de ambulance daarbij naar het ziekenhuis met de benodigde capaciteit én deskundigheid rijden. Daarbij is er op regionaal niveau behoefte aan inzicht in de drukte op de acute zorgafdelingen, zodat partijen in de acute zorgketen hier o.a. via het ROAZ gepast regionaal beleid op kunnen maken.

Samengevat is er behoefte aan een regionaal systeem dat het mogelijk maakt om informatie uit te wisselen over capaciteit tussen in ieder geval meldkamer, ambulancezorg en ziekenhuizen.

Daarnaast is er behoefte aan een dergelijk systeem om sturing op drukte en capaciteit op ROAZ-niveau vorm te geven.¹¹

5.2.2 Inzicht in de beschikbare capaciteit van (vervolg)zorg (Regionale coördinatiefuncties vervolgzorg)¹²

Een soepele toegang van met name kwetsbare ouderen tot zorg vanuit de eerste lijn of tot vervolgzorg na een bezoek aan de SEH is van groot belang om ervoor te zorgen dat patiënten zo snel mogelijk op de juiste plek terecht komen. Dit betekent voor patiënten die wel acuut zorg nodig hebben, maar geen medisch specialistische zorg, dat zij gelijk verwezen worden naar de juiste zorg in de eerste lijn (bijvoorbeeld zorg verleend door een huisarts(enpost) of het eerstelijns verblijf). Hierdoor kan de acute zorg verleend door een huisartsenpost of spoedeisende hulp worden ontlast.

Om te bevorderen dat patiënten de juiste zorg krijgen is het van belang dat er voldoende capaciteit van deze zorg (eerstelijnsverblijf, wijkverpleging, acute ggz, Wlz-(crisis)zorg en Wmo-spoedzorg) beschikbaar is, ook in piekperiodes, en dat er regionale coördinatie (m.b.t. de toegang tot deze zorg) plaats vindt. De NZa geeft daarbij (in de monitor acute zorg) aan dat bekostiging van zorgcoördinatiefuncties breder dan eerstelijnsverblijf belangrijk is.

Partijen zijn het erover eens dat het van belang is dat de al opgezette regionale coördinatiefunctie¹³, waarbij is aangesloten bij de regionale indeling van de zorgkantoren, 24/7 bereikbaar is en real time inzicht geeft in de beschikbare capaciteit, en dat er ondersteuning is bij het vinden van de juiste zorgvorm. In april 2019 hebben ZN en Actiz de beschrijving van de minimale eisen aan de vier functionaliteiten (triage, inzicht in capaciteit, bereikbaarheid van zorg en evaluatie / monitoring)¹⁴ van een regionale coördinatiefunctie vastgesteld.

Het Regionaal Transferpunt Salland (RTP) coördineert alle vormen van vervolgzorg waarbij een verblijfsvraag speelt, zoals eerstelijnsverblijf, crisisopname langdurige zorg, geriatrische revalidatiezorg, Wmo-spoedzorg of respijtzorg. Het RTP is een virtueel netwerk waarbij ketenpartners toegang hebben tot dezelfde informatie. Er is een centrale regievoering en deze ligt bij de transferverpleegkundigen van het Deventer ziekenhuis. Zie: <https://www.regionaaltransferpunt.nl/media/>

5.3 Toegang tot huisartsenzorg in de ANW-uren

Een belangrijk deel van de patiënten met een acute zorgvraag komt tijdens kantooruren bij de huisarts terecht, en in de ANW-uren bij de HAP. Het is voor de hele acute zorgketen van groot belang dat deze zorg beschikbaar is, temeer omdat een beperkte beschikbaarheid van acute huisartsenzorg zorgt voor een extra groot beroep op de ambulancezorg en SEH. De toegankelijkheid van de huisartsenpost voor acute zorg staat echter onder druk door een stijgend gebruik ervan.

Huisartsen geven aan dat de huisartsenpost ook wordt gebruikt voor niet-acute zorgvragen. Mogelijk rekenen patiënten steeds meer op constante beschikbaarheid van reguliere huisartsenzorg. Daarnaast geven de huisartsen aan dat complexere zorgvragen overdag een groter beroep op de reguliere huisartsenzorg leggen, wat effect heeft op de beschikbare capaciteit overdag en mogelijk ook bijdraagt aan meer druk op de huisartsenzorg in de ANW-uren.

¹¹ Zie ook de motie van de leden Geleijnse, Van den Berg, Ploumen en Ellemeet die de Tweede Kamer op 20 december 2018 heeft aangenomen (TK 31016, nr. 181).

¹² Waar in dit document wordt gesproken over 'vervolgzorg' wordt bedoeld op eerstelijnsverblijf, wijkverpleging, acute ggz, Wlz-(crisis)zorg en Wmo-spoedzorg. Deze vormen van zorg zijn niet alleen van belang voor een soepele uitstroom van patiënten uit de acute zorg (als vervolg op de acute zorg, daarom de term 'vervolgzorg'), maar ook voor het voorkomen van instroom van patiënten in de acute zorg.

¹³ <https://www.zn.nl/336986126/Document?documentregistrationid=3076947970>

¹⁴ <https://www.actiz.nl/stream/functionaliteiten-regionale-coördinatiefunctie>

Het is belangrijk dat wordt bekeken hoe structureel aan de vraag naar reguliere huisartsenzorg binnen en buiten kantooruren kan worden voldaan, om de toegankelijkheid van de acute huisartsenzorg te garanderen.

5.4 Duurzaam landelijk dekkend spoedzorgnetwerk

De ontwikkelingen in de acute zorg gaan snel, sneller dan partijen hebben voorzien bij het sluiten van de hoofdlijnenakkoorden. Er zijn enerzijds SEH's en afdelingen acute verloskunde die dicht gaan. Anderzijds zijn er ziekenhuizen die expertisecentra inrichten, bijvoorbeeld voor de zorg aan ouderen, of die een transitie maken naar gezondheidsorganisaties die zich richten op het stimuleren van gezondheid en het bevorderen van kwaliteit van leven. Verder geven ziekenhuizen aan dat zij knelpunten ervaren in de financiering van de acute zorg.

De ontwikkelingen in de acute zorg leiden in de samenleving regelmatig tot vragen en zorgen. In dat kader is het onder meer belangrijk dat de agenda acute zorg door partijen blijvend ter hand wordt genomen, zoals afgesproken in de hoofdlijnenakkoorden. Ook is het van belang dat partijen met elkaar in het ROAZ afspraken maken met betrekking tot de acute zorg in de regio, om ervoor te zorgen dat er in de regio een 24/7 werkend systeem voor acute zorg is.

De dynamiek in het acute zorglandschap vraagt ook om een passende organisatie en financiering van de acute zorg. En breder, om een visie op hoe de acute zorg er in de toekomst uit kan of moet zien. Geen blauwdruk van hoe de acute zorg georganiseerd moet worden – het blijft regionaal maatwerk – maar een schets van een landelijk dekkend acute zorgnetwerk. Een netwerk met daarin verschillende aanbieders van acute zorg, variërend van huisartsenzorg voor overdag tot aan 24/7 acute zorg op een grote SEH en verschillende vormen van acute zorg daar tussenin. Meestal dichtbij, soms wat verder weg als de situatie van de patiënt daarom vraagt. Opdat wat de acute zorg betreft, 'de basis op orde is', zodat iedereen dag en nacht verzekerd blijft van acute zorg.¹⁵

6 Overwegingen

De Raad voor de Volksgezondheid en Samenleving (RVS) stelde in 2017 al: voor maatschappelijke kwesties wordt te vaak een medische oplossing gezocht (medicalisering).¹⁶ Ook dit draagt bij aan de druk op de acute zorgketen. Nog te weinig wordt het gesprek gevoerd over het spanningsveld tussen risicomijding, kwaliteit (van leven) en kosten. Buiten de in dit document geformuleerde prioriteiten is het daarom van belang dat er zowel maatschappelijk als binnen de (acute) zorg een gesprek op gang komt over de toenemende medicalisering.

Daarbij zijn er drie concrete punten van aandacht (die in elkaars verlengde liggen, en die wellicht ook nog een rol gaan spelen bij het concretiseren van deze agenda):

Voorkomen van medicalisering door maatwerkafspraken in de eerste lijn

Het is van belang dat er maatschappelijk en in de zorg meer aandacht is voor het voorkomen van onwenselijke of onnodige medicalisering; maatwerkafspraken (zoals behandelbeperkingen)¹⁷ in behandelplannen vastleggen zodat onnodige instroom in de acute zorg kan worden voorkomen en

¹⁵ <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2019/07/12/kamerbrief-over-visie-medisch-zorglandschap>.

¹⁶ <https://www.raadrvs.nl/documenten/publicaties/2017/04/04/recept-voor-maatschappelijk-probleem>

¹⁷ Afspraken tussen een patiënt en zijn behandelend arts over welke ingrepen of behandelingen niet worden verricht. Zowel de patiënt als de arts kan grenzen stellen. Dit noemen we behandelbeperkingen. Bekende voorbeelden van een behandelbeperking zijn 'niet reanimeren' en 'vanuit levensovertuiging geen bloedtransfusie willen'.

eventueel tijdig behandelbeperkingen bespreken met de patiënt. Hierin speelt de eerste lijn met daarin de huisarts en wijkverpleegkundige een belangrijke rol. "Dichtbij waar het kan, ver weg als het moet."

Betere afstemming tussen behandel mogelijkheden en wensen van de patiënt

Binnen de acute zorg zou het verbeteren van kwaliteit van leven meer centraal dienen te staan. Ondanks dat er technisch steeds meer mogelijk is, zou er moeten worden gekeken of dit ook overeenkomt met de wensen van de patiënt, die een grotere rol zouden moeten spelen bij het beantwoorden van de vraag of wat maximaal mogelijk is ook daadwerkelijk de beste behandeling is. Ook moet expertise over (de zorg voor) ouderen worden ingezet bij het nemen van dergelijke beslissingen. Toegenomen technische mogelijkheden leiden immers ook tot een toename van overdiagnostiek en overbehandeling.

Moet alles wat kan? Meer aandacht voor verhouding tussen mogelijkheden en schaarse middelen

Bij de introductie van nieuwe interventies, richtlijnen of andere procedures is het belangrijk dat er, naast de aandacht voor de potentieel positieve gevolgen, ook oog is voor de negatieve gevolgen voor de individuele patiënt. De afweging dient dan niet alleen te zijn: "Is het mogelijk?", maar ook: "Is het ook wenselijk?", op zowel individueel als op populatieniveau. "Moet alles wat kan?" Er dient een zorgvuldige afweging gemaakt te worden als er extra inzet wordt gevraagd van schaarse mensen en middelen bij de invoering van nieuwe interventies en richtlijnen. De personeelstekorten worden groter en de zorgkosten dreigen moeilijk beheersbaar te worden. Maatschappelijk dient deze afweging duidelijk te worden uitgelegd en gedragen.

7 Vervolg

Met deze agenda acute zorg stellen de partijen vast dat actie nodig is om de toegankelijkheid en doelmatigheid van de acute zorg ook in de toekomst te borgen.

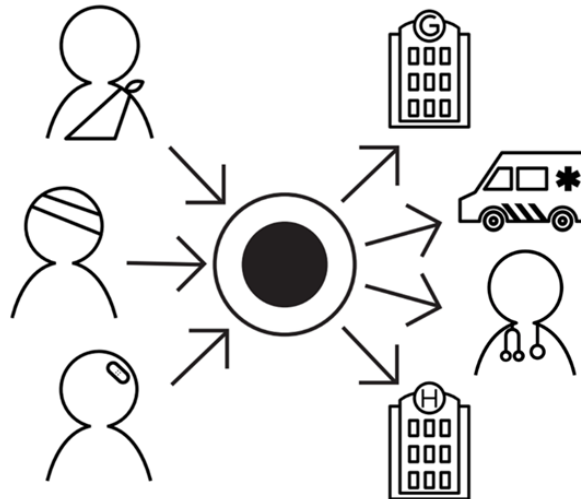
In deze agenda benoemen de partijen verschillende in dat kader belangrijke trajecten die reeds op andere bestuurlijke tafels zijn belegd (hoofdstuk 4), en stellen zij ook een aantal andere prioriteiten voor de komende jaren vast (hoofdstuk 5).

Met het bestuurlijk vaststellen van deze agenda onderschrijven de partijen dat zij hier mede hun verantwoordelijk voor willen nemen.

Het streven is deze agenda vast te stellen in de bestuurlijke overleggen en de ALV van AZN in september respectievelijk oktober 2019. Daarna zullen partijen nader concretiseren hoe, door wie en wanneer invulling wordt gegeven aan deze onderwerpen, zodat er uitvoering kan worden gegeven aan de benodigde acties. Beoogd is om de agenda met concrete acties uiterlijk in het voorjaar van 2020 bestuurlijk vast te stellen.

8 Bijlage: zorgcoördinatie

Zorgcoördinatie is het 24/7 gezamenlijk organiseren en coördineren van de acute zorg op regionale schaal door de verschillende zorgaanbieders, zodat er samenhang ontstaat. Het betreft alle activiteiten gericht op het regisseren, afstemmen en bewaken van de organisatie en de uitvoering van de zorgverlening aan de patiënt met een acute zorgvraag. Het gemeenschappelijke doel is dat de patiënt met een acute zorgvraag de juiste zorg door de juiste zorgverlener op het juiste tijdstip op de juiste plek ontvangt.



Voor meer informatie, zie <https://www.ambulancezorg.nl/themas/zorgcoördinatie>.

9 Bijlage: regionale coördinatiefuncties

Regionale coördinatiefuncties: plaatsing van de patiënt in de vervolgzorg regelen

