

ACUTE ZORG

14 NOV 2018

## Blog: Overheidsbemoeyenis met acute zorg verbetert volksgezondheid

Nadere kwaliteitswetgeving is nodig om te zorgen dat acute zorg op de juiste plaats, op het juiste tijdstip en door de juiste professional wordt verleend.

[Bewaren](#)

Medio augustus publiceerde economenvakblad ESB een special over ziekenhuizen met de titel *Samenwerken wordt het nieuwe fuseren*. Dopheide en collega's van het bureau SiRM pleiten daarin om de ziekenhuiszorg in te delen naar drie doelgroepen, te weten patiënten met 1. acute noden 2. chronische aandoeningen en 3. behoeften aan planbare, kortdurende ingrepen zoals staaroperaties. De samenwerkingsrelaties verschillen per doelgroep.

Bij acute zorg gaat het om samenwerking bij individuele patiënten en bij grootschalige calamiteiten. Partners zijn hier huisartsen(posten), ambulancezorg, spoedeisendehulpafdelingen en intensive care units van ziekenhuizen. Bij deze zorg vindt ook bovenregionale samenwerking plaats bijvoorbeeld tussen een traumacentrum en een ziekenhuis ver weg. Bij chronische zorg gaat het om samenwerking van ziekenhuizen met de eerste lijn, het sociale domein en de langdurige zorg. Hier bevinden samenwerkingspartners zich veelal binnen de regio. Bij planbare ofwel electieve zorg is geen behoefte aan intensieve samenwerking met andere ziekenhuizen of met de eerste lijn.

Bij acute zorg bepleit ik een grotere overheidsbemoeyenis dan tot nu met als doel de volksgezondheid te bevorderen. Het gaat mij erom dat er nadere kwaliteitswetgeving komt. Zodat acute zorg vaker op de juiste plaats, op het juiste tijdstip en door de juiste professional wordt verleend, zowel bij individuele patiënten als bij grootschalige incidenten.

Verschillende argumenten ondersteunen mijn pleidooi voor meer overheidsinvloed:

1. Burgers zien de aanwezigheid van acute zorg als een veiligheidsgarantie voor hun bestaan net zoals de leverancier van schoon water en de brandweer dat zijn. Bij sluiting van een huisartsenpost, seh of ambulancepost ontstaat grote onrust onder de regionale bevolking. Dit bleek onlangs weer bij de sluiting van het Slotervaart ziekenhuis en het Zuiderzee ziekenhuis. Bij dergelijke emoties is het beter dat de plaatselijke overheid en de bevolking vanaf het eerste begin betrokken zijn bij de herinrichting van de acute zorg.
2. Ziekenhuizen en msb's blijken niet in staat om op eigen initiatief de acute zorg te herstructureren. Dat is wel nodig. Te vaak worden bijvoorbeeld patiënten met ernstig letsel gebracht naar ziekenhuizen die geen adequate hulp kunnen bieden.
3. Voor kleine ziekenhuizen is de seh een hoge kostenpost. Dat leidt regelmatig tot onvoldoende medische expertise aldaar buiten kantooruren. Besturen van ziekenhuizen en msb's slagen er niet in dit probleem op te lossen door bijvoorbeeld afspraken te maken met collega's over de verdeling van taken en nachtdiensten. Dat komt mede doordat de instroom van patiënten via de seh een grote bron van inkomsten is voor de opnameafdelingen.
4. Er is schaarste in de volgende schakel – na bezoek aan de seh – van de keten. Bijvoorbeeld gebrek aan operatiecapaciteit en lege IC-bedden of aan wijkverpleegkundigen die nazorg kunnen bieden. Het lukt tot nu toe niet om realtime transparantie te organiseren over deze vormen van schaarste.

Met deze argumentatie sluit ik deze blog af. In een vervolgstuk beschrijf ik hoe die grotere overheidsinvloed aan te wenden is via genuanceerde en zorgvuldige wet- en regelgeving.

acute zorg

Geef je reactie

**Guus Schrijvers**

oud-hoogleraar Guus Schrijvers is nog steeds actief in de gezondheidszorg. Hij is auteur van het boek *Zorginnovatie volgens het Cappuccinomodell* (ondertitel: voor hetzelfde geld een betere gezondheidszorg). Schrijvers geeft lezingen en workshops en is lid van enkele stuurgroepen en commissies.

[♥ 0](#) [💬 0](#) [👁 166](#)

Lee

19 NOV  
Lelys  
toch k16 NOV  
'Besp  
acuut1 NOV  
Geme  
basis  
Bruin1 NOV  
Seh W  
tijdwi22 OKT  
'Maak  
wijkv

Con

18 JANU  
Con

Pr

ee

Elke  
opi  
too  
ma  
per