

DE 10 KNELPUNTEN IN DE ACUTE KETEN ONTRAFELD

1. Vele schakels maken geen zorgketen

Knelpunt: *de acute patiënt heeft regelmatig behoefte aan gecoördineerde snel opeenvolgende zorginspanningen vanuit verschillende domeinen en aanbieders (schakels). De gezamenlijke regie ontbreekt daarbij, waardoor zorginspanningen nog niet adequaat zijn geïntegreerd en gebundeld binnen de zorgketen.*

Oorzaken:

- Verantwoordelijkheden en aansprakelijkheid zijn per schakel / domein georganiseerd (geen prikkel).
- Bekostiging per schakel/ domein georganiseerd (geen prikkel) [zie punt 7].
- Start en triage is vaak monodisciplinair, samenwerking is geen beginsel [zie punt 2].
- Start en triage is vaak domein-specifiek, samenwerking is geen beginsel [zie punt 2].
- Onvoldoende samenwerking maakt vervolgens dat kennis en inzicht over elkaars (mogelijke) zorginspanningen en capaciteiten [zie punt 5,6] ontbreekt.
- Patiënt komt bij de verkeerde schakel terecht [zie punt 2] en kan de keten niet goed bewandelen (ook tegen het verkeer in of parallel werken).
- Informatie kan niet of heel beperkt gedeeld worden [zie punt 5].

Gevolgen: lange wachttijden; verkeerde-poort / bed problematiek; vertraging in informatieoverdracht.

2. Meerdere (onduidelijke) ingangsklokken

Knelpunt: *de acute patiënt (of zijn steunsysteem) heeft op verschillende momenten van de dag verschillende ingangsklokken, kan zelf niet inschatten of acute zorg nodig is en / of bij welk loket de ingangsklachten het beste passen.*

Oorzaken:

- Acute zorg is tijdens kantooruren en ANW-uren via verschillende gescheiden (domeingerichte) loketten georganiseerd of gebundeld.
- Ingangsklokken zijn onvoldoende verbonden met andere systemen en triage [zie punt 1].
- Eerste- en tweedelijns hebben overlappende loketten (je kunt tegelijk naar SEH of huisarts / HAP) die eenvoudig bereikbaar zijn.
- Steeds frequentere combinaties van (somatische en psychische) ingangsklachten maken eenduidige loketkeuze lastig [zie punt 10].
- Patiënt kan [zie punt 9] urgentie niet inschatten en belast loket met laagurgente zorgvraag.
- Patiënt maakt nog onvoldoende gebruik van digitale zelfhulp / zelftriage.
- Wachttijden zijn soms lang, dus proberen patiënten meerdere ingangsklokken.
- Bij doorverwijzing wordt de verantwoordelijkheid losgelaten.

Gevolgen: patiënt bij verkeerd loket; juiste expertise niet aanwezig; doorverwijzingen nodig; onnodige belasting loketten; patiënt kan / mag niet naar ander loket, frustraties bij patiënt en zorgverlener.

3. Tegenstrijdige spelregels en structuren

Knelpunt: *de acute patiënt wordt per domein en per organisatie verschillend geclassificeerd. Met andere definities en regels voor bijvoorbeeld crisis, urgentie en afhandeling bemoeilijkt dit de ketensamenwerking en overdracht.*

Oorzaken:

- Ontbrekende uniforme urgentie-*indeling* voor de gehele acute zorgketen.
- Andere definities per domein, bijvoorbeeld voor een crisissituatie of de urgentie van een somatisch / psychisch beeld.
- Door verschillen in organisaties (aansturing, structuur, overleggen) weten professionals elkaar niet te vinden.
- Sectorale regelgeving beperkt vaak de keuze van zorgverlener om de patiënt op de juiste plek te krijgen (bv. ambulance mag niet overal naartoe rijden).
- Regelgeving voor zelfverwijzers is bij de HAP anders dan bij de SEH.
- Doordat overdracht soms via derden moet gaan kan er informatie verloren gaan.

Gevolgen: patiënt blijft vastzitten in een domein; doorlooptijden lopen op; patiënt pas later op juiste plek.

4. Tekort aan zorgprofessionals

Knelpunt: *de acute patiënt ervaart problemen of vertragingen door te weinig zorgmedewerkers aan het bed, in de buurt, op de weg of in de spreekkamer. Er zijn te weinig professionals om aan de zorgvraag te voldoen, de arbeidsomstandigheden schieten tekort, het verloop en de uitstroom zijn hoog.*

Oorzaken:

- Hoge **vraag:** gegeven de stijgende zorgvraag [zie punt 10] moet over 40 jaar één op de drie mensen in de zorg werken (nu één op zeven). Dit terwijl de beroepsbevolking krimpt.
- Hoge **vervangingsdruk:** personeel vergrijsd. Een kwart is 55 plus en gaat met pensioen.
- Hoge **deeltijdfactor:** onder zorgpersoneel is 82% vrouw waarvan 73% in deeltijd werkt. Ook werkt 23% van de mannen in deeltijd, het hoogste in Europa.
- Hoge **uitval:** De fysieke en psychische belasting van het werk in de zorg versterkt het tekort. Hierdoor is er een bovengemiddeld ziekteverzuim en een hoge uitval door burn-out. De verzorging staat op de tweede plaats van lichamelijk belastende beroepen, direct na de bouw (CBS).
- Hoog **verloop:** er is flinke competitie op de arbeidsmarkt. De vacaturedruk, het aantal vacatures per baanzoekende, is in VVT het hoogst (4 soms 8 vacatures per baanzoekende) maar ook in de GGZ, onder triagisten of ziekenhuispersoneel is die druk én de keuze groot.
- Hoge **uitstroom:** de uitstroom uit de sector lijkt m.n. door arbeidsomstandigheden maar ook door de loonkloof toe te nemen. Met een vergelijkbaar opleidingsniveau blijft er een significante loonkloof met overheid en marktsectoren (bv. VVT -7%). Loopbaanperspectief, uitdaging in werk en goed werkgeverschap zijn overigens belangrijker vertrekredenen dan salaris.

4. Tekort aan zorgprofessionals (< vervolg)

- Zeggenschap en autonomie:** zorgprofessionals ervaren te weinig tijd en ruimte om hun stem te laten horen en ervaren de hiërarchie in de zorgorganisatie als belemmering.
- Lage **instroom** en lage **retentie:** naast te weinig instroom zien we dat 43% van het nieuwe personeel (m.n. jongeren of zij-instromers) binnen twee jaar uitstroomt. Redenen zijn te hoge werkdruk, te veel administratieve taken, te weinig tijd voor professionele ontwikkeling en onvoldoende aandacht en erkenning vanuit leidinggevenden.
- Tekort **praktijkhouders:** voor huisartsen geldt dat er te weinig nieuwe praktijkhouders bijkomen terwijl 18,5% van de praktijkhouders 60+ is en de praktijk zal moeten overdragen. In de afgelopen 10 jaar is het aantal huisartsen met 30% toegenomen (naar 13.000) maar het aantal praktijkhouders is met 21% gedaald. Praktijkvoering is nog te onaantrekkelijk, mede doordat er veel randzaken op de schoudera van de individuele praktijkhouder terechtkomen die zich liever bezighoudt met zorgverlening aan de patiënt. Doordat er te weinig huisartsen zijn voor de dagzorg, stijgt het aantal patiënten per huisarts en dat heeft weer gevolgen voor het aantal diensten waar een huisarts contractueel voor verantwoordelijk is.

Gevolgen: ongezonde competitie om schaars personeel; bevordering zzp'er schap; indien overdag niet beschikbaar verschuift zorg naar de ANW (bv. van onbereikbare huisarts naar HAP); commerciële initiatieven kopen huisartsendiensten of praktijken op; toegang en kwaliteit van zorg in het gedrang.

5. Geen inzicht in patiëntgegevens

Knelpunt: *de acute patiënt kan schade of vertraging oplopen doordat actuele, relevante medische informatie niet beschikbaar is of niet kan worden gedeeld in een acute setting. Niet direct de juiste informatie op de juiste plek vertraagt de (uiteindelijke) juiste zorg op de juiste plek.*

Oorzaken:

- Geen real-time digitale gegevensuitwisseling gebaseerd op zorgstandaarden (HL-7 FHIR) en standaard koppelingen van dossiers.
- Versnippering door veel verschillende en verouderde systemen die niet altijd geschikt zijn voor informatieoverdracht.
- Een deel van de Nederlanders heeft geen toestemming gegeven om medische gegevens uit te wisselen.
- De toestemming voor de professionele samenvatting van de huisarts geldt nu alleen voor de huisartsenpost, nog niet voor ambulance en SEH.
- Investeren in ICT heeft geen prioriteit, waardoor systemen altijd achterblijven.

Gevolgen: omslachtige, vertraagde uitwisseling van gegevens (briefjes, telefoon); onjuiste diagnose; onjuiste behandeling; Kritieke diagnose-behandelingsinformatie, medicijngebruik en / of behandelwensen worden niet meegenomen in de besluitvorming; bestaande beschikbare capaciteit (ziekenhuizen, (acute) wijkverpleging, kortdurend verblijf, VVT-(crisis)bed) wordt niet benut; patiënt krijgt een te licht of te zwaar behandeltraject.

6. Geen inzicht in en tekort aan capaciteiten

Knelpunt: *de acute patiënt kan schade of vertraging oplopen door onvoldoende integraal inzicht in of onvoldoende beschikbaarheid van (vervolg)capaciteiten in de keten zoals bedden, middelen of zorgprofessionals.*

Oorzaken:

- Actuele capaciteitsinformatie wordt gezien als gevoelige informatie en wordt soms door partijen niet vrijgegeven / gedeeld (totdat er een verplichtend karakter is).
- Er zijn geen of onvoldoende concrete afspraken gemaakt in de regio over de uitwisseling van actuele capaciteitsgegevens en het centraal inzichtelijk maken van die gegevens.
- Er is een tekort aan bedden en aan middelen binnen bijna alle domeinen in de acute keten.
- Er is een tekort aan personeel in bijna alle domeinen binnen de acute keten [zie punt 4].
- Er wordt beperkt gebruik gemaakt van het op dal- en piekmomenten regionaal (her)verdelen van werklust en of groeperen van capaciteiten.

Gevolgen: Coördinatie van in- door- en uitstroom verloopt stroef; zorgprofessionals zijn kostbare tijd kwijt met het vinden van beschikbare capaciteit; toegankelijkheid van m.n. thuiszorg, de geestelijke gezondheidszorg (ggz) en de langdurige ouderenzorg staat onder druk.

7. Financiële prikkels en regedruk beperken toegang

Knelpunt: *de acute patiënt kan schade of vertraging oplopen doordat de financiers van zorg, regelgevers en de aanbieders van zorg niet allemaal gelijkgericht kunnen handelen (allemaal hetzelfde belang kunnen nastreven).*

Oorzaken:

- In de acute keten is sprake van verschillende financiers zoals zorgverzekeraars, zorgkantoren en gemeenten ieder met een eigen belang, eigen regels en eigen voorwaarden.
- De huidige bekostiging bevat veelal een volumeprikkel, heeft in weinig gevallen een link met kwaliteit van zorg, en biedt zorgaanbieders onvoldoende ruimte en flexibiliteit om zorgverlening en praktijkvoering gezamenlijke over de keten in te richten.
- De huidige bekostiging geeft een financiële prikkel tot het leveren van tweedelijnszorg en de populatiebekostiging (vast bedrag per verzekerde, per periode) werpt mogelijk een financiële drempel op voor het leveren van eerstelijnszorg. Tegelijk zijn er soms verschillende tarifieringen voor dezelfde prestatie in andere domeinen.
- Verschillende stelsels en wetgevende kaders zitten samenwerking vaak in de weg: tussen het medisch en het sociaal domein [zie punt 8], maar ook bijvoorbeeld tussen de huisartsenpost en de spoedpoli.
- De inkoop (ook per zorgverzekeraar) geschiedt gesegmenteerd, in het verlengde van strakke budgettaire kaders. Dit stuurt onvoldoende op samenhang en samenwerking in de regio.
- Er is geen prikkel om doelmatiger te werken en betere prestaties te leveren omdat efficiencywinsten nergens worden beloofd. De doelmatigheidsprikkel wordt nog verder beperkt doordat veel budgetten op basis van nacalculatie worden verstrekt.
- De (dubbele) administratieve lastendruk.

Gevolgen: Dit kan leiden tot suboptimale uitkomsten voor patiënten, onnodige zorguitgaven en beperkt werkplezier onder zorgverleners. Extra betalen doordat bijvoorbeeld eigen risico anders bij HAP dan bij SEH is geregeld.

8. Te weinig aansluiting met sociaal domein en preventie

Knelpunt: *de acute patiënt is gebaat bij een betere aansluiting van het medisch en het sociaal domein om acute zorg te verlichten, te ondersteunen of middels preventie, zelfmanagement en educatie gedeeltelijk of soms geheel te voorkomen.*

Oorzaken:

- Acute zorg is vaak een gevolg. De bijbehorende oorzaak is onvoldoende investeren in het sociaal domein, te weten: welzijn, gezondheid, vrijwilligerswerk, mantelzorg, onderwijs, armoede, onderwijsachterstanden, werk, inkomens en jeugd.
- In de praktijk sluit het regelen van (informele en formele) zorg en ondersteuning thuis niet aan bij de snelheid waarmee een patiënt het ziekenhuis of de acute VVT / GGZ zou kunnen verlaten. Afstemming hierin mist.
- Soms ligt er een sociaal-maatschappelijk probleem ten grondslag aan een acute zorgvraag en moet de oplossing ook daar gezocht worden. Snel schakelen tussen medische professionals en professionals in het sociale domein is dan cruciaal.
- Het sociaal domein is verantwoordelijk voor de versterking van vrijwilligerswerk, mantelzorg en andere vormen van informele zorg. De vraag hiernaar wordt met de vergrijzing alleen maar groter. Zonder de versterking van informele zorgvormen zal de vraag naar acute zorg toenemen en zal gedwongen opname flink toenemen.
- Hulpverleners in de eerste lijn betrekken de informele zorg vaak niet / weten die niet te vinden.

Gevolgen: eerder in zorg nodig door te weinig late signalering; weinig preventieve maatregelen genomen; onnodig of te hoog gebruik van zorg (bv. bij 'veelgebruikers'); doorstroom / uitstroom moeilijker door gebrek aan samenwerking.

9. Veranderende verwachting van patiënt en steunsysteem

Knelpunt: *de verwachting van (acute) zorg bij patiënten en het steunsysteem veranderd, er is een 24/7 economie waardoor de verwachting is dat alle zorg en ondersteuning continu geleverd wordt of beschikbaar moet zijn.*

Oorzaken:

- Door digitalisering en de 24-uurs economie kunnen en willen mensen steeds meer zelf regelen op een moment dat ze het beste uitkomt. Mensen verwachten dit ook als het gaat om hun gezondheid.
- Iemand met klachten wil direct geholpen worden, ook al is daar soms geen medische noodzaak of urgentie voor.
- Patiënten hebben toegang tot hun eigen dossier en hebben meer en/of sneller kennis ter beschikking (google, ChatGPT). Communicatie is sneller en keuzemogelijkheden zijn toegenomen.
- Patiënten zijn zekerder van hun recht op zorg en gedragen zich minder terughoudend in het aanspreken van dat recht.
- De regie verschuift naar de patiënt doordat de zorgverlener niet meer als deskundige bepaalt maar als adviseur de patiënt informeert over de mogelijke keuzes.

Gevolgen: spanning tussen zorgvrager en zorgverlener; onnodig beroep op zorg (voor het gemak in de ANW naar HAP SEH i.p.v. overdag naar huisarts); onterechte verwijzingen naar zorg; afnemend werkplezier.

10. Stijgende zorgvraag door veranderende populatie

Knelpunt: *de groep ouderen wordt groter en leeft langer. Er is een forse toename van kwetsbare mensen die te maken hebben met een opeenstapeling van fysieke en mentale klachten. De zorg voor deze groep is meer complex door o.a. meerdere chronische aandoeningen, co-morbiditeit en polyfarmacie. Daarnaast zien we een toename van personen die een beroep moeten doen op (acute) geestelijke gezondheidszorg en een toename van leefstijl-gerelateerde zorg*

Oorzaken:

- Het aantal kwetsbare ouderen (75+) neemt in 2030 toe met 26%.
- Het percentage mensen dat bij de huisarts geregistreerd staat met één of meerdere chronische aandoeningen stijgt van 9,9 miljoen in 2018 naar 11,4 miljoen in 2040.
- De zorg voor kwetsbare ouderen is vaak meer complex omdat er verschillende zorgverleners bij betrokken moeten worden.
- De toename van welvaart werkt leefstijl-gerelateerde ziekten (ongezond eten, obesitas, diabetes, hart- en vaatziekten, etc.) in de hand.
- Mantelzorg is voor deze groepen niet meer vanzelfsprekend. Waar in 2018 tegenover elke oudere die mantelzorg ontvangt nog bijna vijf mantelzorgers stonden zullen er in 2040 per ontvanger nog slechts drie mantelzorgers zijn.
- Een kwart (26%) van de volwassen Nederlanders (18-75 jaar) had de afgelopen 12 maanden een psychische aandoening. Twaalf jaar geleden ging het om minder dan 1 op de 5 volwassenen (18%).

Gevolgen: de zorgvraag stijgt; de zorgvraag wordt meer complex; zonder transitie een onhoudbaar zorgsysteem.

Met de **Sploed Eisende Medische Dienst (SEMD)** willen onderstaande zes partijen de acute basiszorg transformeren vanuit één gezamenlijke entiteit. De SEMD komt op het nieuwe spoedplein te Beverwijk (eind 2024). Het integreert de huisartsenpost, de basisspoedzorg op de SEH, de acute thuiszorg, de ambulancedienst én de acute ggz.

Op dit moment ontwerpen partijen deze SEMD samen vanuit een **Design-Thinking aanpak**. Het formuleren én ontrafelen van deze tien persistente knelpunten in de acute keten is één van de stappen die samen de basis leggen voor nieuwe, toekomstbestendige oplossingen in een nieuw ontwerp van acute basiszorg.

Tegelijk zijn er landelijk ook al vele 'best practices' waar we graag van leren en mee in gesprek gaan: deel ze vooral met ons! Deze, en alle 'new practices', kennis én informatie die wij aanvullend ontwikkelen in dit IZA programma geven we graag weer terug aan de keten. Zo ook deze poster die helpt knelpunten in de acute zorg bij de wortels (root-causes) aan te pakken en niet alleen symptomen te bestrijden. *Nb: door de samenhang van de 'ontrafelde' knelpunten verwijzen oorzaken regelmatig naar elkaar.*

[Meer weten of bijdragen?](#)

Volg ons op [Linked-in](#), mail vragen of suggesties op info@semd.nl. Check semd.nl of schrijf je op onze website in voor de nieuwsbrief.