



**Aan:** Ministerie van VWS  
cc: directeur-generaal dr. (J.A.A.M Ronnie) van Diemen

Utrecht, 26 oktober 2020  
Onze ref.: RP/FJ/SJ

Betreft: reactie m.b.t. houtskoolschets acute zorg

Geachte minister van Ark,

De Nederlandse Internisten Vereniging heeft met aandacht kennisgenomen van de houtskoolschets Acute zorg. In samenspraak met al haar deelspecialistische verenigingen delen wij hier onze zienswijze op de acute zorg.

Met een achterban die verantwoordelijk is voor de behandeling van een groot deel van de patiënten op de SEH, is ook de NIV zich bewust van het veranderende acute zorglandschap. Vraagstukken zoals hoe acute zorg voorkomen kan worden, hoe patiënten de juiste zorg op de juiste plek kunnen krijgen en hoe samenwerking tussen zorgprofessionals geoptimaliseerd kan worden, zijn herkenbaar en vormen een belangrijk onderdeel van onze werkzaamheden en expertise.

### **De internist**

Alvorens onze inhoudelijke reactie te geven introduceren we eerst de internist. Internisten hebben de breedste medische kennis, aangevuld met specifieke specialistische expertise<sup>1</sup> in een aandachtsgebied, om daarmee patiënten met complexe problemen op holistische wijze te diagnosticeren en behandelen. Zo zijn zij bij uitstek in staat om de regie bij multidisciplinaire zorg te voeren. Voor de houtskoolschets acute zorg is het van belang te noemen dat internisten-acute geneeskunde zich gespecialiseerd hebben in het bieden en coördineren van de acute zorg voor complexe patiënten met ongedifferentieerde klachten en/of multimorbiditeit, zowel op de SEH als op de Acute Opname Afdeling en de spoedpolikliniek in het ziekenhuis. Aangevuld met de expertise van collega-internisten, zoals de internist-ouderengeneeskunde, internist-infectioloog of internist-oncoloog, bestaat er een netwerk waarin acute zorg op maat geboden wordt. In 2016 werd 20% van alle patiënten op de SEH behandeld door de interne geneeskunde; van de patiënten die acuut opgenomen moeten worden valt ongeveer een derde onder verantwoordelijkheid van de internist.

Vanuit onze brede ervaring en kennis in de acute, maar zeker ook chronische zorg, reageren wij puntsgewijs op een aantal voorstellen zoals beschreven in de houtskoolschets. Daarbij willen wij allereerst een essentiële aanvulling geven op de bestaande perceptie van acute zorg.

### **Acute zorg is ook chronische zorg**

In de houtskoolschets acute zorg wordt al aandacht besteed aan de uitdagingen die een vergrijzende populatie met zich meebrengt. De houtskoolschets gaat echter voorbij aan het feit dat het merendeel van de patiënten op de spoedeisende hulp (SEH) te kampen heeft met één of meer chronische ziekten als kanker, diabetes, nierziekten, hartfalen of longziekten. Vaak kunnen acute klachten worden herleid tot een verslechtering van deze chronische ziekten.

---

<sup>1</sup> De specialistische expertise is terug te voeren naar aandachtsgebieden, zoals de acute geneeskunde, intensive care, ouderengeneeskunde, medische oncologie, hematologie, bloedtransfusie, allergologie & klinische immunologie, vasculaire geneeskunde, endocrinologie, klinische farmacologie, nefrologie en infectieziekten. Internisten presenteren zich daarom bijvoorbeeld als internist-acute geneeskunde, internist-medisch oncoloog, internist-intensivist, internist-ouderengeneeskunde, internist-nefroloog etc.



Het is daarom essentieel om te beseffen dat acute zorg ook chronische zorg is, en daarom niet enkel via de SEH, spoedpost of huisartsenpraktijk wordt behandeld. Spoedpoliklinieken en Acute Opname Afdelingen zijn afdelingen waar door internisten veelvuldig acute zorg geleverd wordt, maar deze afdelingen worden helaas niet benoemd in de houtskoolschets. Dit terwijl een Acute Opname Afdeling 24 tot 72 uur de zorg kan leveren voor een acuut ziek patiënt, waarbij aantoonbaar betere doorstroom in de ziekenhuizen wordt gerealiseerd, efficiënter gebruik gemaakt wordt van de bedden capaciteit en de multidisciplinaire samenwerking wordt geoptimaliseerd.

Spoedpoliklinieken kunnen daarnaast helpen om de toestroom van bepaalde patiëntencategorieën naar de SEH's te verminderen. Voor een toekomstbestendig zorgstelsel is het essentieel dat de spoedzorg zo wordt ingericht, dat een acute zorgvraag niet op zichzelf wordt behandeld, maar ook wordt gezien binnen het behandeltraject van een chronische patiënt. Alleen dan kan de continuïteit van zorg gewaarborgd blijven. In deze context zal er ook voldoende aanbod van verpleeghuisbedden en eerstelijns spoedbedden gerealiseerd moeten worden.

Wij zijn van mening dat de huidige problemen in de acute zorg voornamelijk veroorzaakt worden door complexe zorgvragen van multimorbide of oudere patiënten, al dan niet gecombineerd met zorgvragen door problemen in huisvesting dan wel psychische problematiek. De acute zorg voor de in eerdere rapporten reeds geïdentificeerde hoogcomplexere zorgstromen en grote trauma's vormt niet de bottleneck. Mede daarom is het in één adem noemen van levensbedreigende zorg en hoogcomplexere zorg onjuist: de levensbedreigende zorg behelst maar ongeveer 2% van alle presentaties op de SEH en voor de geïdentificeerde hoogcomplexere zorgstromen, (CVA, aneurysma, geboortezorg) zijn al regionale afspraken en kwaliteitsnormen opgesteld.

Opvallend is ook dat in de houtskoolschets bij de voorgestelde typen hoogcomplexere patiënten de acute interne patiënt ontbreekt; enkel sepsis wordt genoemd. Er zijn echter tal van aandoeningen binnen de interne geneeskunde die hoogcomplex te noemen zijn en die acuut behandeld moeten worden, bijvoorbeeld longembolie, bloedingen en complicaties van immuno- of chemotherapie. De vermoedelijk belangrijkste categorie hoogcomplexere zorg wordt echter gevormd door de patiënten met multimorbiditeit. Dit zijn overigens niet alleen ouderen, maar ook veel patiënten onder de 70 jaar, en we zien deze categorie van hoogcomplexere zorg toenemen op de SEH.

### **1) Doelmatigheid van een regionale zorgmeldkamer voor niet levensbedreigende acute zorgvragen**

In de houtskoolschets wordt voorgesteld regionale zorgmeldkamers op te richten voor niet levensbedreigende acute zorgvragen. Patiënten bellen naar één landelijk noodnummer, waarna zij automatisch naar de juiste regionale zorgmeldkamer worden doorverwezen.

Dit lijkt op het Deense model. Echter heeft de invoering van het noodnummer 1813 in Kopenhagen geleid tot een toename van het aantal SEH-bezoeken. Centralisatie kan er ook voor zorgen dat patiënten het heft in eigen hand nemen. Zo is in het Verenigd Koninkrijk het aantal zelfverwijzers gestegen sinds de introductie van het spoedzorgnummer. Het is van belang om éérst te onderzoeken of een dergelijke beleidsmaatregel doelmatig is in de Nederlandse situatie voor wordt overgegaan tot het oprichten van een landelijk noodnummer.

Daarnaast is centrale of regionale coördinatie ons inziens alleen nuttig als er voldoende capaciteit is om acute zorg thuis of in de eerste lijn te kunnen bieden. Dergelijke coördinatiepunten zijn in enkele regio's al in gebruik, voornamelijk rond het gebruik van ELV-bedden, maar bieden vaak weinig soelaas omdat juist in de avond/nacht er geen capaciteit is voor het leveren van acute zorg in de eerste lijn. Dit leidt alsnog tot SEH-bezoeken. Tevens denken wij dat centrale coördinatie het tekort aan huisartsen of GGZ-professionals in specifieke regio's niet zal oplossen.



## 2) Heldere taakomschrijving van de triagist

In de houtskoolschets wordt meerdere malen gerefereerd aan een triagist die beslist welke zorg door welke professionals wordt geleverd wanneer een patiënt zich meldt bij de regionale zorgmeldkamer. In de houtskoolschets wordt nog niet duidelijk beschreven op welke manier deze triagist te werk gaat.

Op dit moment wordt de Nederlands Triage Standaard (NTS) veelvuldig gebruikt in de triage voor de huisartsenpost, maar ook op de SEH's. De kwaliteit is alleen niet altijd even goed: de NTS lijkt te leiden tot overtriage met hogere patiënten-aantallen en overbelasting van huisartsenposten tot gevolg. Bij oudere patiënten is er juist sprake van zogeheten ondertriage, doordat oudere patiënten hun klachten op atypische wijze kunnen presenteren.

Voor inrichting van een regionale zorgmeldkamer is het van belang dat wordt onderzocht wat de beste manier van triage is en welke zorgprofessional de meest geschikte professional is om te allen tijde de juiste zorg op de juiste plek, ook bij acute zorg, te waarborgen.

## 3) De integrale spoedpost

In het huidige voorstel van de integrale spoedpost wordt aangestuurd op uitgebreidere samenwerking tussen verschillende zorgverleners na (voornamelijk) telefonische triage, om zo de patiënt zo spoedig mogelijk door de juiste zorgverlener te laten beoordelen. Deze samenwerking juichen wij toe.

Echter, het toevoegen van een nieuwe structuur in het toch al complexe zorglandschap lijkt ons onverstandig en wij pleiten ervoor de samenwerking tussen SEH's en HAPs te optimaliseren, alsmede zorgprofessionals uit andere domeinen hieraan toe te voegen. Bovendien kent een dergelijke integrale spoedpost risico's: door de aanwezigheid van aanvullende diagnostische middelen gaan huisartsen eerder over op aanvullend onderzoek en verwachten patiënten ook dat huisartsen dit doen. Dit heeft overdiagnostiek en overbehandeling als gevolg. Een dergelijke inrichting van spoedzorg kan leiden tot het verlies van kennis en ervaring bij huisartsen om consulten te verrichten op de voor hen karakteristieke manier, waarbij het 'niet-pluis' gevoel een belangrijker rol speelt dan allerhande aanvullend onderzoek.

## 4) Slimme oplossingen om acute zorg thuis mogelijk te maken

De NIV vindt het belangrijk om zorg te leveren die dicht bij de patiënt staat. Om ervoor te zorgen dat dit ook daadwerkelijk gerealiseerd kan worden, zien wij vanuit onze kennis en praktijkervaring een aantal cruciale voorwaarden.

Allereerst moeten metingen thuis zoals telemonitoring mogelijk worden gemaakt. Ook aanvullende diagnostiek, zoals Point of Care Testing of echografie, moet kunnen worden uitgevoerd in de thuissituatie. Alle betrokken zorgverleners moeten op een veilige manier inzicht krijgen in de patiëntgegevens. Regionale coördinatie is hierbij onontbeerlijk om de juiste zorg op de juiste plek te kunnen leveren, waarbij een regiebehandelaar zicht houdt op patiënten met multimorbiditeit en/of polyfarmacie. Gezien de heterogene groep patiënten met onderliggende chronische aandoeningen die o.a. door de internist wordt gezien op de spoedeisende hulp is het van belang om in eerste instantie patiëntengroepen te herkennen en te benoemen waar slimme oplossingen effectief zijn. Vervolgens zijn voldoende middelen nodig om deze toepassingen te kunnen implementeren en te blijven evalueren.



### 5) De cruciale rol van een regiebehandelaar in een steeds complexere omgeving

Nederland vergrijsst. Daarom verwachten wij dat komende jaren meer ouderen met multimorbiditeit en polyfarmacie – al dan niet in combinatie met sociale, fysieke of cognitieve beperkingen – die vaker een beroep doen op de spoedzorg. Een regiebehandelaar kan een uitkomst bieden bij deze patiënten: zo hebben zij altijd één aanspreekpunt. Juist door de toenemende complexiteit van de zorgvraag van patiënten en de toch al hoge werkdruk onder huisartsen, kan deze regietaak ook worden neergelegd bij medisch-specialisten met een brede basiskennis, zoals de internist. Onafhankelijk van het type acute probleem, coördineert de regiebehandelaar de zorg voor de patiënt.

Afsluitend willen wij benadrukken dat het van belang is oplossingen ketenbreed en in netwerken te evalueren en implementeren, en afhankelijk van de regionale problematiek oplossingen op maat te zoeken. Het streven naar centralisatie in de acute zorg, leidt ons inziens tot een verminderde toegankelijkheid van deze zorg voor met name oudere, multimorbide patiënten. Samenwerking van alle partijen betrokken bij de acute zorg is essentieel om ook in de toekomst toegankelijke, betaalbare, veilige en kwalitatief goede acute zorg te kunnen blijven bieden. Opvallend is dan ook dat de medisch specialist maar beperkt aan bod komt in de houtskoolschets.

#### Tot slot

De NIV is onderdeel van de Federatie Medisch Specialisten (FMS); wij onderschrijven vanzelfsprekend de reactie die de FMS heeft ingestuurd n.a.v. de houtskoolschets. Echter gelet op het grote aantal patiënten die door de internist op de SEH wordt behandeld en de rol die de internist vervolgens heeft in de continuïteit voor de zorg van deze patiënten hechten wij er veel waarde aan om ook onze visie rechtstreeks met u te delen. Wij leveren graag een actieve bijdrage in de ontwikkeling en het bieden van toekomstige acute zorg. Wij zijn dan ook te allen tijde bereid om onze kennis en ervaring nader toe te lichten om gezamenlijk te borgen de acute zorg voor iedereen toegankelijk en betaalbaar te houden.

Met vriendelijke groet,

Prof.dr. Robin Peeters, voorzitter  
Nederlandse Internisten Vereniging

Dr. Frits Holleman, voorzitter  
Nederlandse Vereniging Internisten Acute Geneeskunde

