



Nederlandse
Vereniging van
Ziekenhuizen

Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport
t.a.v. drs. T. van Ark,
minister Medische Zorg en Sport
Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag

Behandeld door

Tom Ponjee
T 06 82 10 16 09
t.ponjee@nvz-ziekenhuizen.nl

| Datum | Onze referentie | Pagina |
|------------------|-----------------|--------|
| 20 november 2020 | TP/bj | 1/5 |

Onderwerp

NVZ-reactie internetconsultatie houtskoolschets acute zorg

Geachte minister Van Ark,

Met belangstelling heeft de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) kennisgenomen van de Houtskoolschets Acute zorg. De NVZ onderschrijft het doel dat in deze schets is geformuleerd, namelijk het garanderen van de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de acute zorg in Nederland. Specifiek de aandacht voor preventie en het versterken van samenwerking en integraliteit in de acute keten, digitale gegevensuitwisseling, regionale samenwerking met gemeenten en sociaal domein en de inzet op het bekostigen van beschikbaarheid zien wij als belangrijke ontwikkelingen om in de toekomst de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de acute zorg te kunnen garanderen. Op een aantal onderdelen uit de houtskoolschets heeft de NVZ echter een andere visie op de wijze waarop er gekomen moet worden tot toekomstbestendige acute zorg. Graag lichten wij dit via deze internetconsultatie en indien gewenst in een persoonlijk gesprek nader toe. De reactie van de NVZ is gezamenlijk met de Samenwerkende Algemene Ziekenhuizen (SAZ) en de Samenwerkende Topklinische opleidingsZiekenhuizen (STZ) opgesteld.

Uitgangspunten Houtskoolschets

Een houtskoolschets ter discussie over de organisatie en inrichting van de acute zorg is nodig, omdat we moeten nadenken over optimalisatie (kwaliteit, toegankelijkheid en doelmatigheid) van de acute zorg. Echter, de voorliggende schets kiest voor *herorganisatie* en *herinrichting*, zonder onderbouwing dat op basis van deze nieuwe indeling optimalisatie ook wordt behaald. De arbeidsmarktkrapte is een van de belangrijkste uitdagingen waar de (acute) zorg op dit moment voor staat. Daarnaast zien we dat het nog te vaak voor komt dat patiënten niet de juiste acute zorg op de juiste plek ontvangen. Dit zijn de onderwerpen die met prioriteit moeten worden opgepakt om te komen tot een toekomstbestendige acute zorg.

Daarnaast blijkt uit de houtskoolschets weinig erkenning voor het belang van alle individuele ziekenhuizen voor de cruciale bijdrage die zij in de acute as leveren om de coronacrisis te bezweren. Tijdens de coronacrisis is juist de waarde gebleken van een fijn vertakte infrastructuur van de acute zorg en de daaraan gekoppelde klinische capaciteit in ziekenhuizen en revalidatiezorg. De visie van VWS zinspeelt richting het afschalen van het aantal SEH-locaties en dat juist in een periode waarin juist is gebleken dat de acute zorgketen in Nederland niet afdoende is toegerust op piekbelasting. Dit was niet voor het eerst, ook tijdens het zware griepseizoen van 2017-2018 kwam de acute zorg reeds onder (te) grote druk te staan. De NVZ is van mening dat de houtskoolschets hier een onvoldoende toekomstbestendig antwoord voor biedt.

| | | |
|------------------|------------------------|---------------|
| Datum | Onze referentie | Pagina |
| 20 november 2020 | TP/bj | 2/5 |

Regionale flexibiliteit, geen landelijk blauwdruk

De houtskoolschets bevat in haar huidige vorm veel elementen van een landelijke blauwdruk en centralisatie. Bijvoorbeeld waar het gaat om het bepalen welke patiënten er op een integrale spoedpost of op een spoedeisende hulp (SEH) mogen worden behandeld en welke faciliteiten daarbij horen. De NVZ benadrukt het belang van een regionale benadering bij de organisatie van de acute zorg. Uiteraard zijn er ook zaken die landelijk moeten worden vastgesteld, denk bijvoorbeeld aan kwaliteitsnormen, eisen van de beroepsgroep, WGBO en Cao.

In de dagelijkse praktijk herkennen wij in het zorglandschap duidelijke regionale verschillen. Elke regio heeft haar eigen uitdagingen. Zo zijn er grote verschillen tussen de Randstad, de meer landelijke gebieden en de uitgesproken krimpregio's. Een landelijke blauwdruk, zoals beschreven in de houtskoolschets, biedt geen passend antwoord op deze uitdagingen en doet de diversiteit in het zorgaanbod van SEH's geen recht. In de praktijk zien we bovendien dat uitdagingen rondom arbeidsmarktkrapte steeds vaker worden opgelost vanuit regionale samenwerking en bijvoorbeeld differentiatie in openingstijden.

Per (sub)regio dient te worden bekeken wat de optimale organisatie van acute zorg is. Integrale samenwerking en verdere differentiatie in aanbod moeten regionaal plaatsvinden. Geleidelijkheid is bij deze transitie ook belangrijk. Grote schoksgewijze veranderingen zijn, zeker ook in het licht van de arbeidsmarkt, niet wenselijk. Het is van belang dat de natuurlijke momenten, zoals al aangegeven fusies, nieuwbouw of verbouw, worden gebruikt om regionaal een optimale organisatie van de acute zorg te realiseren en daarbij ook uitdagingen rondom spreiding en concentratie regionaal aan te gaan. Het centraal formuleren van definities voor integrale spoedposten en spoedeisende hulp locaties staat hiermee op gespannen voet. Sterker nog, het doordrukken van landelijke blauwdrukken kan de uitdagingen zelfs vergroten. Ook het advies van de Raad voor de Volksgezondheid en Samenleving (Acute zorg: Van deelbelangen naar gedeeld belang, 2020) beschrijft dat *"...een centrale norm moet beschrijven wat burgers kunnen verwachten van acute zorg, zonder daarbij het type zorgvoorziening af te kaderen. Daardoor ontstaat ruimte voor innovatie en kan regionale afstemming plaatsvinden over een passend en herkenbaar aanbod van acute zorg voor burgers."*

Basisspoedzorg dichtbij, concentratie van hoog-complexe acute zorg

Het overgrote deel van de spoedeisende SEH-zorg is basis medisch-specialistische spoedzorg. Het is voor burgers van belang dat deze medisch-specialistische zorg dichtbij beschikbaar is. Algemene ziekenhuizen zijn hiervoor de aangewezen plaats, omdat een groot deel van de medisch-specialistische acute zorg in samenhang dient te worden gezien met andere medisch-specialistische zorg in het ziekenhuis. Daarnaast is voor veel acute zorg niet aan de voorkant een schifting te maken in diagnosegroepen. Patiënten presenteren zich veelal met een klacht en niet met een diagnose.

Voor het deel van de acute SEH-zorg dat levensbedreigend en hoog-complex is, geldt dat concentratie voordelen biedt voor kwaliteit en de efficiënte inzet van schaarse middelen. Een deel van de complexe acute zorg is al gecentraliseerd, bijvoorbeeld de traumazorg, IAT en complexe chirurgie. Verder effectueren van de reeds bestaande concentratie-afspraken en aanvullende afspraken over concentratie van hoog-complexe en levensbedreigende spoedzorg



| Datum | Onze referentie | Pagina |
|------------------|------------------------|---------------|
| 20 november 2020 | TP/bj | 3/5 |

kan de kwaliteit van de acute zorg verder verbeteren. Daarbij is verbetering van de triage vóóraan in de keten van belang. Om direct de juiste zorg op de juiste plek te leveren, kan bij hoog-complexe levensbedreigende zorg ook worden gekeken naar de nieuwe vervoersmogelijkheden per helikopter, waardoor patiënten niet eerst dichtbij gestabiliseerd hoeven worden om vervolgens verplaatst te worden voor een hoog-complexe behandeling.

Het verschil tussen een integrale spoedpost en een spoedeisende hulp zoals in de houtskoolschets beschreven, sluit niet aan bij de praktijk. Ook medisch-specialistische basisspoedzorg kan levensbedreigend zijn, denk hierbij aan acute cardiologie, acute neurologie of sepsis. Daarmee is deze zorg niet meteen ook hoog-complex. In de houtskoolschets komt een beeld naar voren van hoog-complexe zorg die niet overeenkomt met wat in de praktijk wordt gezien als hoog-complex. Daarnaast zal een aanzienlijk deel van de medisch-specialistische spoedzorg die niet hoog-complex is, toch te specialistisch zijn voor een integrale spoedpost zoals deze is gedefinieerd in de houtskoolschets. Wel kunnen vormen van geïntegreerde spoedposten de eerste lijn versterken. Bijvoorbeeld een integrale opvang van acute eerstelijnsgevallen voor HAP, VVT, GGZ en sociaal domein waarvoor niet 24/7 volledige achtervang van OK en IC nodig is. Deze integrale spoedposten zijn expliciet niet ter vervanging van de SEH, maar voorzien in een spreidingsbehoefte om burgers een groter veiligheidsgevoel te geven door de toegankelijkheid van spoedzorg op het laagste niveau te vergroten. De eerstelijns spoedposten staan wel altijd in verbinding met een ziekenhuis met een SEH. Een nauwe samenwerking bevordert een goede triage en maakt het laagdrempelig consulteren van een medisch specialist mogelijk. Regionaal wordt invulling gegeven aan het best passende samenwerkingsmodel.

Ook voor (acute) geboortezorg is 24/7 OK en IC nodig. Als de lijn van de houtskoolschets wordt gevolgd, zal het overgrote deel van de acute zorg en de geboortezorg zich straks concentreren in aanzienlijk minder ziekenhuizen. Het resultaat hiervan is dat ziekenhuizen die nu al hoog-complexe acute zorg opvangen, er basis medisch-specialistische spoedzorg en alle (potentieel) klinische geboortezorg bij krijgen. Daarvoor is de capaciteit niet aanwezig, dit zal dus ten koste gaan van kwaliteit en toegankelijkheid. Daarnaast leidt dit tot extra kosten voor investering in vastgoed aan de ene kant en leegstand aan de andere kant. Concentratie van geboortezorg is daarnaast niet in lijn met de huidige koers van het organiseren van integrale geboortezorg in een Verloskundig Samenwerkingsverband (VSV)/Integrale Geboortezorg Organisatie (IGO). Er is ons inziens ook onvoldoende draagvlak bij burgers en professionals om de verloskunde verder te concentreren dan de huidige 75 locaties. Tot slot zal de concentratie van zorg samen moeten gaan met het verplaatsen van personeel. De aanname dat zorgpersoneel bereid is om langer te reizen naar hun werkbestemming is mogelijk voorbarig. De schaarste op de arbeidsmarkt vormt aan de ene kant een noodzaak en aan de andere kant een risico voor de transitie.

Differentiatie in aanbod van spoedzorg

Differentiatie op inhoud, spreiding en beschikbaarheid zorgt voor een regionaal en landelijk dekkend aanbod van spoedzorg. Dit wordt het beste regionaal ingevuld, op basis van een door regionale partners gedragen regiovisie waarin de ontwikkeling van de zorgvraag is meegenomen.



| Datum | Onze referentie | Pagina |
|------------------|-----------------|--------|
| 20 november 2020 | TP/bj | 4/5 |

Door meer samenwerking tussen of integratie van verschillende spoedzorgfuncties, blijft voldoende beschikbaarheid gegarandeerd. Met name in de avond en nacht, wanneer capaciteit schaars is, is dit noodzakelijk. Daarnaast is samenwerking, krachtenbundeling en soms integratie van diverse losstaande spoedfuncties noodzakelijk. Het gaat om nauwere samenwerking en/of integratie van gelijksoortige aanbieders, zoals door het centraliseren van de spoedwijkverpleging. Daarnaast kunnen vormen van geïntegreerde spoedposten de eerste lijn versterken.

Verstevigen van de acute zorgketen

Het nog beter op elkaar laten aansluiten van de acute zorgketen is dringend nodig om onnodige instroom van patiënten in ziekenhuizen te voorkomen, doorstroom te bevorderen en uitstroom te verbeteren. Beter triage (in de gehele keten), optimalisering van samenwerking en digitale gegevensuitwisseling tussen de verschillende spoedzorgaanbieders spelen hier een belangrijke rol. Hierbij is ook een belangrijke rol weggelegd voor de revalidatieklinieken. De aanbieders van medisch-specialistische revalidatie spelen geen hoofdrol in de acute zorg, maar vormen bij het voorkomen van acute zorg, het voorkomen van erger na een acuut incident en bij het wonen thuis een belangrijke schakel in de (acute) zorgketen.

Uitgangspunt in de spoedzorgketen is de juiste zorg voor de patiënt, alleen in het ziekenhuis wanneer dit medisch noodzakelijk is. Uit onderzoek (Fluent, 2018) blijkt dat een deel van de SEH-bezoeken toch onterecht of onnodig is. Er is dan bijvoorbeeld sprake van een sociale indicatie, een zorgprobleem of eerstelijnszorg en niet een medisch-specialistisch probleem. Patiënten met deze klachten kunnen beter elders in de keten worden behandeld.

Het voorkomen van onnodige spoedzorg, met name bij ouderen en chronisch zieken, moet gebeuren door vroegsignalering en vroegdiagnostiek. Door tijdig bij te sturen, met aanpassing van medicatie of opschalen van zorg in de thuissituatie of tijdelijk verblijf (ELV), kunnen onnodige spoedopnames in het ziekenhuis worden voorkomen. Deze vroegsignalering is een taak van zowel huisartsen en wijkverpleging (en specialist ouderengeneeskunde) als zorgprofessionals in het ziekenhuis.

Bij het voorkomen van onnodige acute zorg in het ziekenhuis is dus enerzijds tijdige inzet van zorg van groot belang en anderzijds voldoende toegankelijkheid van spoedzorg op het laagste niveau essentieel. Ziekenhuizen spelen een belangrijke rol in het verstevigen van de spoedzorgketen. Ziekenhuizen moeten investeren in samenwerking en organisatie van de acute zorg die bijdraagt aan het voorkomen van onnodige ziekenhuisopnames. Het is een gezamenlijke opgave dat de juiste acute zorg op de juiste plek in de keten terecht komt.

Beschikbaarheid bekostigen

In de houtskoolschets wordt een andere vorm van financiering voor de acute zorg onderzocht. De NVZ herkent de noodzaak hiervan. De acute zorgketen leent zich niet voor marktwerking. Ook gedurende de coronacrisis is juist de waarde gebleken van regionale samenwerking en een fijn vertakte infrastructuur van de acute zorg. De fysieke en personele infrastructuur moet op orde en beschikbaar zijn, ongeacht het aantal patiënten. Een bekostiging op basis van uiteindelijk werkelijk gebruik is niet passend voor het op een goed niveau paraat houden van de dienstverlening. Zoals ook blijkt uit de ervaringen met COVID-19 moet er ruimte zijn in de ziekenhuizen om mee te kunnen bewegen met pieken. Nu zijn ziekenhuizen soms te efficiënt georganiseerd waardoor het lastig is om piekbelasting op te kunnen vangen. Om dit te organiseren, is een stukje overcapaciteit noodzakelijk.

| | | |
|------------------|------------------------|---------------|
| Datum | Onze referentie | Pagina |
| 20 november 2020 | TP/bj | 5/5 |

De NVZ is daarom van mening dat zorgverzekeraars en ziekenhuizen congruente afspraken moeten maken over de financiering van de beschikbaarheidsfunctie van de acute zorg. De NVZ zal actief met de betrokken partijen in gesprek treden om te komen tot afspraken over beschikbaarheidsbekostiging én hoe deze in het bestaande stelsel te verankeren zijn. Daarnaast is het interessant om onderzoek te doen naar mogelijke inzet van keten-DBC's in de acute zorg.

Aansturing regio's

Voor het maken van afspraken over de inrichting van het acute zorglandschap kiest de houtskoolschets voor een benadering via de 11 ROAZ-regio's. In de schets is nog niet uitgewerkt hoe de sturing en regie binnen de ROAZ dient te worden ingericht. Als opties worden genoemd een commissaris acute zorg of een ROAZ-voorzitter die wordt benoemd door het ministerie van VWS. Hierbij zou het mandaat om de regiovisie uit te voeren bij een regionale commissaris komen te liggen.

Het ROAZ is een belangrijk regionaal overlegorgaan voor de organisatie van acute zorg. Het ROAZ heeft een controlerende functie en speelt een centrale rol bij het oplossen van acute problematiek in de spoedzorgketen. Het is echter onwenselijk om een mandaat om de regiovisie uit te voeren bij een ROAZ-voorzitter of commissaris acute zorg te beleggen omdat de acute zorg niet los kan worden gezien van de overige zorg die ziekenhuizen en revalidatiecentra bieden, denk aan chronische, electieve, verloskundige, oncologische zorg en medisch-specialistische revalidatiezorg. Grote aanpassingen in de acute zorg hebben grote gevolgen voor de kwaliteit van zorg en de bedrijfsvoering in het hele ziekenhuis. De acute zorg dient daarom te allen tijde integraal te worden gezien, vanuit de gehele zorg. Dit is niet te overzien voor een regionale commissaris of ROAZ-voorzitter.

Hoewel ze een publieke functie hebben, zijn ziekenhuizen ook (middel)grote ondernemingen waarbij de eindverantwoordelijkheid voor besluiten bij de raad van bestuur van een ziekenhuis ligt. Een uitvoerend mandaat voor een regionale commissaris gaat in tegen de juridisch verankerde verantwoordelijkheid die de raad van bestuur binnen het huidige zorgstelsel heeft voor een goede zorgverlening, (de continuïteit van) de organisatie en haar zorgmedewerkers.

Tot slot

De NVZ levert graag een actieve bijdrage aan een toekomstbestendige organisatie van de acute zorg. Hiervoor stellen wij gezamenlijk met de SAZ en STZ een position paper op dat wij begin volgend jaar zullen uitbrengen. Hierover gaan wij graag met u in gesprek.

Met vriendelijke groet,



Ad Melkert,
voorzitter