

## Reactie NVSHV op Houtskoolschets acute zorg

De NVSHV vindt dat de Houtskoolschets acute zorg de juiste knel- en aandachtspunten in acute zorg weergeeft, waar een antwoord op moet komen om in de (nabije) toekomst de kwaliteit, doelmatigheid en beschikbaarheid van de (niet urgente) levensbedreigende acute zorg te verbeteren.

De NVSHV wil namens haar leden een actieve bijdrage leveren aan samenwerking en vraagt nadrukkelijk betrokken te worden bij de concrete uitwerking van kaders en gefaseerde doelstellingen, en succesvolle implementatie in vervolg op de Houtskoolschets. De input vanuit onze verpleegkundige vereniging omvat een visie op (rand)stedelijke- en plattelandsproblematiek en richt zich niet alleen op inhoud, maar ook op verbetering van de organisatie van de (minder urgente) levensbedreigende acute zorg (zie uitgewerkte punten in deze notitie). Vervolgacties op de Houtskoolschets vragen om regionale inbedding met de ketenpartners in de acute zorg. Hier dragen niet alleen de patiënten, acute zorgnetwerken, koepelorganisaties en Zorginstituut Nederland een rol, maar zien wij nadrukkelijk ook een belangrijke rol voor de beroepsverenigingen zoals de NVSHV en de NVSHA.

Veranderingen kunnen alleen gezamenlijk met de betrokken ketenpartners en zorgprofessionals tot stand worden gebracht. Hierin willen wij als beroepsvereniging de spoedeisende hulp (SEH)-verpleegkundigen gevraagd en ongevraagd onze bijdrage leveren.

Deze reactie kwam tot stand op basis van een ledenraadpleging en input van de managers van de SEH-afdelingen en gaat in op achtereenvolgens: regionale zorgmeldkamers met integrale triage, telefoonnummer niet urgente acute zorg en informatievoorziening, mobiele acute zorg in de thuissituatie, acute zorg voor ouderen, integrale spoedpost, bereikbaarheid acute specialistische zorg, regionale organisatie en bekostiging acute zorg, duurzaam, breed opleiden en loopbaanperspectief professionals in de acute zorg.

- **Regionale zorgmeldkamers met integrale triage / telefoonnummer niet urgente acute zorg en informatievoorziening**

De Houtskoolschets beschrijft de ontwikkeling en implementatie van regionale zorgmeldkamers met integrale triage voor acute en niet urgente spoedeisende zorg. De NVSHV ziet veel mogelijkheden in integrale triage, landelijk lopen er ook al experimenten/innovaties op dit punt. Belangrijke poort tot de niet urgente spoedeisende zorg is een nieuw telefoonnummer voor patiënten met een niet levensbedreigende acute zorgvraag. Volgens het Kopenhagen-model is hier zowel winst te behalen in de toeleiding naar passende (niet acute) zorg, maar ook richting de SEH. Crowding op de SEH kan verminderd worden door triage en zorgtoewijzing vanuit de meldkamer. Voorwaarden voor het slagen van deze experimenten zijn: inzicht in patiëntengegevens vanuit de eerste en tweede lijn, maar ook inzicht beschikbare acute en niet urgente spoedeisende zorg capaciteit en financiële afspraken over verdeling van de acute zorg in de regio. Dit kan er voor zorgen dat direct de juiste hulp wordt ingezet bij de betreffende zorgvraag. Daarnaast pleit de NVSHV ervoor instrumenten te ontwikkelen om semi-acute zorgvragen vooraf inzichtelijk en daarmee meer planbaar te maken.



Dit kan een krachtige impuls geven aan het planbaar maken van minder urgente spoedeisende zorg en het optimaler verdelen van acute en minder urgente spoedeisende zorgcapaciteit in de regio.

Belangrijk daarbij is dat er ook bovenregionaal over de grenzen van de acute zorgregio's heen, afspraken hierover gemaakt worden.

De NVSHV vraagt aandacht voor een heldere voorlichtingscampagne voor burgers en hulpverleners bij de introductie van nieuwe telefoonnummers voor acute en niet urgente acute zorg en ook voor de naam van deze zorg. Wat valt onder de term 'niet acute zorg' en wat is de 'spoedpost'? Is de laatste een geïntegreerde huisartsenpost of ook een spoedeisende hulp? Om verwarring bij patiënten en hulpverleners te voorkomen is het belangrijk dat VWS namens de overheid een goede publiekscampagne opzet samen met ketenpartners in de acute zorg om deze communicatie te ondersteunen. Burgers die niet dagelijks met acute zorg te maken hebben zullen landelijke en regionale ontwikkelingen niet op de voet volgen, tot het moment dat ze (niet urgente) acute zorg nodig hebben. Ervaringen bij de tandartszorg, waar de acute stroom losstaat van de 1<sup>e</sup> en 2<sup>e</sup> lijnszorg kunnen hier mogelijk als voorbeeld gebruikt worden.

- **Mobiele acute zorg in de thuissituatie**

Naast de ontwikkeling om niet urgente spoedeisende zorg niet in te sturen naar de tweede lijn, ziet de NVSHV ook mogelijkheden om in samenwerking met de ambulancezorg vanuit de tweede lijn actief bij te dragen aan preventie van acute opnames, door mobiele zorgconsulten te verrichten bijvoorbeeld met gebruik van echotechnologie en/of eHealth applicaties. Dit betekent dat niet allen in initiële opleidingen, maar ook in vervolgoopleidingen breed opgeleid moet worden voor de acute zorg (zie scholing).

- **Acute zorg voor ouderen**

Een herkenbaar knelpunt in de Houtskoolschets is de huidige organisatie van acute en niet urgente spoedeisende zorg voor ouderen. Dit vraagt om een andere aanpak van het ouderenbeleid in Nederland. De NVSHV ziet mogelijkheden in de stimulering van advanced care planning in de eerste lijn, betere communicatie en informatie-uitwisseling tussen ketenpartners en de landelijke en regionale facilitering hiervan rekening houdend met privacy aspecten. Recent onderzoek van Acute Zorgregio Oost (Berben et al., 2019, NTVG) laat zien dat ouderen in de acute keten vaker ernstige en complexe aandoeningen hebben, maar ook overlijden in de acute zorgketen. Dit moeten we met elkaar proberen te voorkomen. Daarbij is het belangrijk dat integrale huishoudelijke, geestelijke- en lichamelijke zorg op maat geleverd wordt in de 1<sup>e</sup> lijn. Met aandacht voor de sociale situatie van ouderen, die lijden onder eenzaamheid. Doordat ouderen nu met regelmaat te lang zelfstandig wonen zonder adequate ondersteuning, komen ze in acute crisis terecht en melden ze zich op de SEH. Dan kan acute zorg niet meer uitgesteld worden, maar is er ook risico op adverse events of overlijden door behandeling op de SEH en opname in het ziekenhuis. Preventie van onnodige acute opnames en organisatie van acute zorg voor ouderen in de eerste lijn zijn mogelijke oplossingen. De NVSHV denkt hier graag in mee vanuit haar expertise.

- **Integrale spoedpost**

De integrale spoedpost ziet de NVSVH samen met de anderhalve lijnszorg gepositioneerd bij het ziekenhuis. De multidisciplinaire samenwerking op de integrale spoedpost samen met de specialist ouderengeneeskunde (SO) en GGZ, maar ook met de wijkverpleging, zal leiden tot minder versplintering, minder zorgloketten en minder onnodige ziekenhuisopnames. Belangrijk uitgangspunt is dat de zorgvraag van de patiënt centraal staat en niet de politieke of bestuurlijke argumenten de basis vormen voor de gekozen organisatievorm.

Om maatwerk in de regio te leveren ziet de NVSHV verschillende organisatiemodellen in antwoord op de knelpunten: spoedposten organiseren los van het ziekenhuis en integrale spoedpost integreren met de SEH. Op de integrale spoedpost zijn verschillende zorgprofessionals werkzaam in de (semi-) acute zorg, te denken aan: huisarts, verpleegkundig specialist (VS), physician assistant (PA) en ook de SEH verpleegkundige kan breder ingezet worden, zoals voor fractuur en wondbehandeling en gipsen. Dat kan mits de randvoorwaarden goed zijn ingevuld (o.a. röntgenvoorziening) en de zorgprofessionals bevinden zich letterlijk onder één dak en achter één loket. Afhankelijk van de regionale vraag moeten ook de krimpregio's bediend worden. Voor perifere ziekenhuizen met een SEH geldt dat goede afspraken gemaakt moeten worden met ketenpartners en andere SEH's om spoedeisende hulp beschikbaar te houden voor alle burgers. Wat doe je op een SEH wel en wat doe je juist niet. In deze regio's dienen de mobiele acute zorgteams in samenwerking met de ambulancezorg en de SEH goed opgetuigd te worden. Daarbij is het belangrijk dat SEH-verpleegkundigen meedenken en aan tafel zitten bij de inrichting van de acute zorg in de krimpregio's.

- **Bereikbaarheid acute specialistische zorg**

Ten aanzien van de bereikbaarheid van de acute specialistische zorg wordt het 45 minuten criterium aanrijdtijd los gelaten, de NVSHV waarschuwt dat dit ook gevaar kan opleveren voor de patiënt. Alternatieve inrichting van de acute en niet urgente spoedeisende zorg vraagt om regionale monitoring op vooraf opgestelde indicatoren. De NVSHV ziet een rol voor zichzelf bij de ontwikkeling van deze (keten)indicatoren. Als patiënten met bepaalde ziektebeelden zich niet meer op de SEH presenteren heeft dit direct invloed op het aanbod van specialistische zorg in het ziekenhuis. Wordt de SEH uitgekleeft, heeft dit invloed op de IC, acute cardiologie en acute verloskunde. Ziekenhuizen krijgen dan meer de rol van een poliklinisch setting, wat niet alleen gevolgen (o.a. financiële) heeft voor het betreffende ziekenhuis maar ook voor de bereikbaarheid van de acute zorg voor de patiënt.

- **Regionale afstemming**

De NVSHV is van mening dat afstemming over de hoog complexe of levensbedreigende acute zorg en de niet urgente acute zorg moet plaatsvinden binnen de regio om kosten te reduceren, schaars personeel efficiënt in te kunnen zetten en bovenal om kwalitatief goede zorg te kunnen leveren. Landelijke standaarden en kwaliteitscriteria zijn wel nodig om de regionale aanpak en afspraken op eenduidige wijze te kunnen monitoren op effect, bijwerkingen en verbeterpunten. Daar spelen niet alleen de regionale netwerken voor acute zorg en de bestuurders een rol, maar ook de beroepsverenigingen moeten hier een rol krijgen en nemen als het gaat om de inhoud en organisatie van levensbedreigende of hoog complexe acute zorg en de niet levensbedreigende acute zorg.

Analoog aan de organisatie van de traumazorg, zouden specialistische centra voor acute zorg, kritisch moeten kijken naar mogelijke verdere concentratie van kwaliteit en veiligheid, waarbij het van belang is om deze beweging cijfermatig te onderbouwen.

- **Bekostiging / financieringsschotten**

Zoals de Houtskoolschets aangeeft is de huidige bekostiging en financieringsstelsel (waaronder DBC-systematiek) niet gelijkgericht tussen ketenpartners in 1<sup>e</sup>, 2<sup>e</sup> en anderhalve lijn. Ook integrale inzet van acute zorgprofessionals en de financiering daarvan is niet meegenomen in het huidige financieringsstelsel. De NVSHV pleit allereerst voor financiële experimenteerruimte om integrale bekostiging van mobiele acute zorg, spoedpost en integrale spoedpost van de toekomst mogelijk te maken. De juiste hulpverlener op de juiste plaats kan soms ook een doktersassistent, verpleegkundige of specialistisch verpleegkundige zijn (kleine letsels als wonden of een advies).



Op dit moment is dit niet mogelijk dit integraal te financieren in de huidige DBC systematiek en is een contact met een arts noodzakelijk voor financiering. Dit anders inrichten voor acute zorg maakt zorg efficiënter, doelmatiger en goedkoper. Als experimenten succesvol verlopen moet vervolgens de integrale financiering structureel ingeregeld worden. Daarbij moet uitgegaan worden van toereikende financieringsafspraken, mede op basis van regionale vraag en beschikbaarheid.

- **Duurzaam opleiden en loopbaanbeleid professionals acute zorg**

Een toekomstgerichte benadering van levensbedreigende, hoog complexe acute zorg en de niet urgente levensbedreigende acute zorg vragen om een brede opleiding van zorgprofessionals werkzaam in de acute zorg. Het nieuwe CZO opleidingsmodel voor gespecialiseerde verpleegkundigen (waaronder SEH-verpleegkundigen) het zogenaamde CZO-flex-model voor de acute zorgprofessionals houdt hier al rekening mee. CZO-flex beoogt om professionals duurzaam op te leiden, waar mogelijk in een kortere tijd, waarbij loopbaanperspectieven verbreed worden. Maar interprofessionele samenwerking in de acute zorgketen behoeft duidelijk meer aandacht. In het medisch en verpleegkundig onderwijs wordt nog vooral monodisciplinair opgeleid. Terwijl professionals in de praktijk van elkaar afhankelijk zijn voor een goede acute zorgverlening. De NVSHV pleit daarom voor meer interdisciplinair opleiden.

Tegelijkertijd ontstaan er (opleidingen voor) nieuwe zorgprofessionals zoals technische geneeskunde en de bachelor medisch hulpverlener. De NVSHV is van mening dat samenwerking met deze professionals op de werkvloer tot meerwaarde kan leiden, maar dat tegelijkertijd bewaakt moet worden dat interprofessionele afstemming en samenwerken bewust aandacht moeten krijgen om in de praktijk ook te leiden tot verbetering van de kwaliteit en niet tot een versplintering van zorgtaken en een onnodige hoeveelheid zorgcontacten voor de patiënt. Daarbij pleit de NVSHV voor behoud van personeel en loopbaanperspectief op de SEH, integrale spoedpost en mobiele acute zorgteams, voor de SEH-verpleegkundige, die door bij- en nascholing ook in de breedte van de (niet urgente) levensbedreigende acute zorg duurzaam inzetbaar is.

Sivera Berben, vicevoorzitter NVSHV

Artze Prins, voorzitter NVSHV

Contact NVSHV: [info@nvshv.nl](mailto:info@nvshv.nl)