

Ministerie van VWS
T.a.v. mevrouw drs. T. (Tamara) van Ark
Minister voor Medische Zorg en Sport
Postbus 20350
2500 EJ Den Haag

Onze ref.: 20202899

Utrecht, 30 november 2020

Betreft: reactie Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (NVvH) op de Houtskoolschets Acute Zorg

Geachte mevrouw van Ark,

Graag maken wij van de gelegenheid gebruik om onze visie op de 'Houtskoolschets acute zorg' met u te delen. Bijgevoegd treft u deze aan. Vanzelfsprekend onderschrijven wij de reactie van de Federatie Medisch Specialisten (FMS). Echter gelet op het grote aantal patiënten dat een beroep doet op de acute chirurgische zorg hechten wij er aan om onze visie (eveneens) rechtstreeks met u te delen.

Indien u naar aanleiding van onze reactie vragen heeft, beantwoorden wij deze vanzelfsprekend graag.

Hartelijke groet,



Prof. dr. H.J. (Jaap) Bonjer
Voorzitter Nederlandse Vereniging voor Heelkunde

Houtskoolschets acute zorg

**Inhoudelijke reactie Nederlandse Vereniging voor
Heelkunde (NVvH)**

Inleiding

Met belangstelling heeft het bestuur van de NVvH kennisgenomen van de 'Houtskoolschets acute zorg'. Een belangwekkend document waarin bouwstenen worden aangedragen voor de toekomstige inrichting en bekostiging van de acute zorg in Nederland. Daarnaast is de inhoud van het document ondersteunend aan de contourennota die van betekenis wordt voor de toekomstige herinrichting van de totale gezondheidszorg in Nederland en die in het najaar openbaar wordt.

Problematiek herkend en uitgangspunten onderschreven

Om te beginnen benadrukken wij dat de aanleiding voor de houtskoolschets en de beschreven problematiek door de NVvH herkend worden: de druk op de acute zorgketen is groot. Nog te vaak komt het voor dat een ambulancemedewerker het verzoek krijgt om naar een ander ziekenhuis te rijden omdat er geen capaciteit beschikbaar is. Soms moeten meerdere ziekenhuizen worden benaderd voordat kan worden aangereden. Voorgaande resulteert erin dat patiënten niet op 'het juiste bed' komen; denk bijvoorbeeld aan een oudere met een gebroken heup die noodgedwongen wordt opgenomen in een academisch centrum. Ook het tekort aan personeel, zoals gespecialiseerde verpleegkundigen, anesthesiemedewerkers of operatieassistenten is een groot probleem, waarmee wij als chirurgen dagelijks worden geconfronteerd.

Met de opstellers van het document zijn wij van mening dat meerdere ontwikkelingen, zoals het toenemend aantal ouderen in onze samenleving, noodzaken tot snelle en substantiële oplossingen. De geschetste uitgangspunten voor een oplossingsrichting worden door ons gedeeld. Bij de herinrichting van de acute zorg dient de zorgvraag van de patiënt centraal te staan. Daarbij zijn wij van mening dat de geboden zorg proportioneel moet zijn. Mits verantwoord kan acute zorg ook in de thuissituatie gegeven worden. Daarbij willen wij wel de kanttekening maken dat de acute zorg die door een wijkverpleegkundig team wordt geboden van een geheel andere aard is dan de acute zorg die in het ziekenhuis wordt geboden. Dit zijn onvergelijkbare grootheden.

Eerstelijns infarct en verkeerde bed problematiek

Evident is dat een substantieel deel van de problemen in de acute zorg wordt veroorzaakt door gebrek aan capaciteit in de eerste lijn. Als gevolg van onder andere het toenemend aantal ouderen in onze samenleving alsmede het toenemend aantal ouderen dat thuis blijft wonen, is sprake van een 'eerstelijnsinfarct'. Onderzoek¹ laat zien dat jaarlijks grote aantallen ouderen worden ingestuurd naar de spoedeisende hulp zonder dat hier vanuit een medisch specialistisch perspectief achteraf gezien een noodzaak toe bestond. In meerdere opzichten² is binnen ziekenhuizen sprake van 'verkeerde bed problematiek'. Het versterken van de extramurale acute zorg - daar waar de problematiek zich het meest indringend voordoet - is een belangrijk deel van de oplossing.

Steun voor integrale spoedposten

Een essentieel element uit de 'Houtskoolschets acute zorg' is de ambitie om regionaal laagdrempelig te bereiken integrale spoedposten in te richten: *'In de spoedposten is er straks één integraal*

¹ <https://www.actiz.nl/nieuws/ouderenzorg/2018/02/jaarlijks-ruim-300.000-ouderen-onnodig-in-ziekenhuisbedden>

² Enerzijds heeft dit betrekking op de kwetsbare oudere die wordt ingestuurd zonder dat hier een medisch specialistische noodzaak voor is. Anderzijds gaat dit over patiënten met laagcomplexe / niet levensbedreigende klachten en die als gevolg van gebrek aan capaciteit in een perifeer ziekenhuis terecht komen op een bed in een academisch centrum.

spoedplein waar de patiënt terecht kan voor zowel acute huisartsenzorg, acute geestelijke gezondheidszorg en laagcomplex, niet levensbedreigende acute medisch specialistische zorg. De NVvH onderschrijft de ambitie om regionaal spoedposten in te richten. Deze zouden in onze optiek dicht bij burgers en in nauwe samenhang met het gemeentelijk aanbod alsmede het aanbod vanuit de acute ggz vormgegeven moeten worden.

Met betrekking tot de inrichting van de regionale spoedposten zijn de volgende elementen wat ons betreft relevant.

- **Toegang tot en inzet van medisch specialistische expertise**

Het is essentieel om te onderkennen dat een tijdige (h)erkenning en behandeling van onderliggende problematiek door medisch specialisten in veel gevallen noodzakelijk is om ernstiger problematiek en dure zorg op de lange termijn te voorkomen. Regionale spoedposten moeten daarom in alle gevallen terug kunnen vallen op medisch specialistische expertise die binnen ziekenhuizen beschikbaar is. Een 'getrapt model' moet te allen tijde voorkomen worden; de toekomstige spoedpost mag geen drempel opwerpen in de toegang tot spoedeisende zorg voor hoogcomplex of levensbedreigende aandoeningen. De huidige praktijk laat zien dat het loont om een medisch specialistische generalist (bijvoorbeeld een chirurg of een internist) vroegtijdig en actief in te zetten in de acute keten. Dit leidt tot minder schakels waardoor doorstroomtijden op SEH's korter worden en kosten reduceren. Het is aannemelijk dat dit een gunstig effect heeft op de opnameduur en de uiteindelijke kwaliteit van zorg.

Achterliggend is het gegeven dat medisch inhoudelijk het onderscheid tussen 'laag complexe niet bedreigende acute zorg' en 'hoog complexe of levensbedreigende acute zorg' in veel gevallen theoretisch is. Ook ogenschijnlijk niet bedreigende situaties kunnen als gevolg van onvoldoende onderkenning van onderliggende problematiek, te lang getreuzel en / of niet adequaat ingezet behandelbeleid gemakkelijk levensbedreigend worden. De veronderstelde dichotomie tussen 'laag en niet bedreigend' en 'complex en levensbedreigend' verhoudt zich slecht tot de realiteit van individuele patiënten, die in alle gevallen om een beoordeling en behandeling op maat vraagt.

- **Vraagtekens bij taakherschikking**

In het verlengde van voorgaande wordt de veronderstelde taakherschikking van de tweede naar de eerste lijn - zoals beschreven in de houtskoolschets - en de impliciete veronderstelling dat als gevolg hiervan kosten zouden kunnen worden bespaard door ons dan ook niet onderschreven. Deze aanname vooronderstelt namelijk dat de tweede lijn onvoldoende kosteneffectief werkt. Laten we waken voor 'penny wise, pound foolish'!

- **Professionele triage en eerste opvang door SEH-artsen**

Het bestuur van de NVvH is verder van mening dat de triage en eerste opvang die binnen de regionale spoedposten plaats gaat vinden op een professionele manier geborgd moet worden. Mede gelet op het tekort aan huisartsen en de vereiste generalistische medische kennis is het in de optiek van de NVvH daarom essentieel dat regionale spoedposten (mede)

bemenst gaan worden door spoedeisende hulpartsen. In Nederland zijn inmiddels 550 SEH-artsen werkzaam in 82 ziekenhuizen; 144 artsen zijn in opleiding. Van belang is dat dit aantal afdoende is om de regionale spoedposten te bemensen.

- **Veelal herdefiniëring bestaand aanbod**

In veel regio's in Nederland wordt al hard gewerkt aan de organisatie van zorgaanbod dat dicht in de buurt komt van hetgeen met een regionale spoedpost wordt beoogd. Het is van belang om recht te doen aan aanbod en/of samenwerkingsafspraken die de afgelopen jaren regionaal zijn opgebouwd. In dit soort situaties is het niet noodzakelijk om aan de slag te gaan met het volledig (her)inrichten van het zorgaanbod, maar volstaat herdefiniëring van het bestaande aanbod.

- **Vraagtekens bij nieuw landelijk telefoonnummer**

De regionale spoedposten zijn straks bereikbaar via een nieuw landelijk telefoonnummer; het nummer 112 blijft beschikbaar voor levensbedreigende situaties. Het bestuur van de NVvH vraagt zich af hoe realistisch het is om van burgers of patiënten te verwachten dat deze kunnen inschatten of de benodigde zorg hoog of laag complex en/of (levens)bedreigend is. Wij achten de kans reëel dat de introductie van een nieuw landelijk telefoonnummer voor 'niet levensbedreigende acute zorgvragen' zal leiden tot veel verwarring en een onnodige complexiteit van de inrichting van de acute zorgketen. Mede gelet op de doelgroep die van dit nummer gebruik zal gaan maken is eenduidigheid noodzakelijk.

Medisch specialisten aan zet in geval van (hoog)complexe of levensbedreigende zorg

Het versterken van de eerste en anderhalve lijn met regionale spoedposten resulteert er idealiter in dat de druk op de spoedeisende hulp in ziekenhuizen afneemt. De spoedeisende hulp in ziekenhuizen wordt weer voor die patiënten die dit nodig hebben; te weten patiënten met (hoog)complexe en/of levensbedreigende zorg. In dit verband is de gedachte van een mobiel zorgconsult zonder intentie van vervoer naar een zorglocatie te algemeen gesteld. Het wekt de suggestie dat daarmee verwijzingen naar de tweede lijn voorkomen kunnen worden. Daar waar er behoefte is aan tweelijnszorg of diagnostiek dient dit ook daar verricht te worden. Het uitbreiden van de behandelmogelijkheden tijdens het transport is een voor de hand liggende gedachte. Echter daar waar dit ten koste gaat van schaarse middelen zal gezondheidswinst eerst aannemelijk moeten worden gemaakt.

Vanzelfsprekend stelt dit eisen aan de expertise die bij de spoedeisende hulp posten en/of traumacentra beschikbaar moet zijn. Het bestuur van de NVvH is van mening dat hier een essentiële rol is weggelegd voor medisch specialisten, waaronder chirurgen. Zij zullen deze 'nieuwe' spoedeisende hulp posten weer 24/7 moeten gaan bemensen. Het is ook bij deze beroepsgroepen waar wij de (multidisciplinaire) eindverantwoordelijkheid zouden willen beleggen met betrekking tot de regionale inrichting van de acute keten. Als geen ander kennen deze specialisten immers de regionale kaart en als geen ander zijn zij in staat tot een adequate routing en protocollering van de acute keten. Met als uiteindelijk doel om regionaal kwalitatief goede acute zorg door de juiste professional op de juiste plaats te leveren tegen een redelijke prijs.

Regionale sturing

De keuze voor regionale sturing binnen de 11 ROAZ-regio's licht daarbij voor de hand. Niet geheel toevallig vallen de grenzen van de ROAZ regio's samen met de 11 traumacentranetwerken en vallen die weer samen met de grenzen van de regionale ambulancevoorzieningen (RAV's) en veiligheidsregio's. Wel dient actief gestuurd te worden op samenwerking tussen regio's om te voorkomen dat de (bestuurlijke) grenzen tussen de ROAZ-regio's zich ontwikkelen als barrières voor 'logische patiëntenflow' tussen ziekenhuizen. Ook mag regionale sturing binnen de 11 ROAZ-regio's geen inter- en supraregionale samenwerking door professionals in de weg staan. Bestaande netwerken tussen medisch specialisten moeten ook in de toekomst benut kunnen worden.

Randvoorwaardelijk

Tot slot is een aantal zaken randvoorwaardelijk: het elektronisch beschikbaar zijn van medische gegevens, de mogelijkheid om afspraken te maken in de regio, etc. In de houtskoolschets wordt aangegeven dat vervoer naar een traumacentrum goed geregeld moet zijn. Wij vragen ook aandacht voor patiëntentransport vanuit deze centra naar regionale ziekenhuizen. Zonder een adequate regeling van vervoer naar en behandelcapaciteit in de omliggende ziekenhuizen kunnen de centra de patiëntenstroom niet verwerken. Een adequate en integrale financiering van beschikbaarheid en een inkoop in representatie en/of verdergaand volgbeleid zijn eveneens noodzakelijk om daadwerkelijk regionaal te kunnen sturen. In de uitwerking is ten aanzien van beide onderdelen nog een lange weg te gaan. Definitieve keuzes kunnen daarom pas worden gemaakt nadat effecten van beleid inzichtelijk zijn gemaakt.

Medisch specialisten nadrukkelijk aan tafel bij verdere beleidsontwikkeling

Meer in het algemeen vragen wij nogmaals aandacht voor de medisch inhoudelijke praktijk en bestaande medisch wetenschappelijke inzichten. Wij zijn van mening dat deze beide elementen in belangrijke mate leidend zouden moeten zijn bij het maken van keuzes bij de toekomstige inrichting van de acute zorgketen in Nederland en in de regio's. Omdat de medisch inhoudelijke verantwoordelijkheid van de medisch specialist verder reikt dan de buitenmuren van het ziekenhuis, dient deze een leidende rol te hebben bij de keuzes die worden gemaakt bij de inrichting van de transmurale keten. Vooralsnog zien wij dit niet terug in het geschetste landelijke / politieke (vervolg)proces. Deze omissie moet worden rechtgezet.

Ervaringen delen

De NVvH is onderdeel van de Federatie Medisch Specialisten (FMS); wij onderschrijven vanzelfsprekend de reactie van de FMS. Echter gelet op het grote aantal patiënten dat een beroep doet op de acute chirurgische zorg (en de benodigde expertise) hechten wij eraan om ook onze visie met u te delen. Vanuit de verschillende deelspecialismen zijn wij aanvullend op dit schrijven meer dan bereid om onze kennis en ervaring met u te delen, zodat op basis van de meest actuele wetenschappelijke inzichten kan worden geborgd dat patiënten overal in Nederland toegang hebben tot kwalitatief goede en betaalbare acute zorg.

Vragen

Voor vragen naar aanleiding van voorgaande kunt u zich richten tot:

- Prof. dr. M.H.J (Michiel) Verhofstad, voorzitter NVT en lid Algemeen Bestuur NVvH
- Drs. H.A. (Hillie) Beumer MA, senior adviseur



Prof. dr. H. J. Bonjer
Voorzitter Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (NVvH)



Prof. dr. M.H. J. Verhofstad
Voorzitter Nederlandse Vereniging voor Traumatologie (NVT) en
lid Algemeen Bestuur Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (NVvH)



Prof. dr. H.J.M. Verhagen
Voorzitter Nederlandse Vereniging voor Vaatchirurgie (NVvV) en
lid Algemeen Bestuur Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (NVvH)



Dr. P. van Duijvendijk
Voorzitter Nederlandse Vereniging voor Gastro-Intestinale Chirurgie (NKGIC) en
lid Algemeen Bestuur Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (NVvH)

