



**Aan:** Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport  
De Minister voor Medische Zorg en Sport,  
drs. T. (Tamara) van Ark  
Postbus 20350  
2500 EJ DEN HAAG

**Datum:** 18 december 2020

**Onze referentie:** EZ/zr/20201218

**Uw referentie:** -

**Onderwerp** Reactie op internetconsultatie Houtskoolschets Acute  
Zorg

Mercatorlaan 1200  
Postbus 20057  
3502 LB Utrecht  
(088) 505 34 34

[www.demedischspecialist.nl](http://www.demedischspecialist.nl)  
[info@demedischspecialist.nl](mailto:info@demedischspecialist.nl)

KvK nummer 40483480

Geachte mevrouw Van Ark,

Met belangstelling hebben de Federatie Medisch Specialisten en de bij acute zorg betrokken wetenschappelijke verenigingen, kennisgenomen van de Houtskoolschets Acute Zorg die op 3 juli 2020 is gepubliceerd in een openbare internetconsultatie. Het document bevat belangrijke bouwstenen voor een bredere heroriëntatie en andere organisatie van de acute zorg. Het gaat om majeure wijzigingen, die grote consequenties kunnen hebben voor patiënten en professionals. De ervaring met de COVID-19 pandemie toont eens te meer aan dat beschikbaarheid, bereikbaarheid en nabijheid van kwalitatief goede acute zorg essentieel is.

Graag maken we van de gelegenheid gebruik om onze zienswijze op het visiedocument in te brengen en enkele aandachtspunten aan te geven voor de nadere uitwerking van het voorstel. In deze brief treft u een gezamenlijke reactie van de Federatie en de wetenschappelijke verenigingen op hoofdlijnen aan. Meer specialisme-specifieke input en feedback is opgenomen in de afzonderlijke reacties van enkele wetenschappelijke verenigingen die als bijlage zijn toegevoegd.

De Federatie wil graag betrokken zijn en blijven, input en expertise leveren en kritisch meedenken in de verdere uitwerking. Uiteraard kunnen wij de inhoudelijke punten uit deze reactie zo nodig toelichten.

Ik hoop u hiermee voldoende geïnformeerd te hebben.

Met vriendelijke groet,

Prof. dr. P.P.G. (Peter Paul) van Benthem  
Voorzitter Federatie Medisch Specialisten



### **Reactie van de Federatie Medisch Specialisten**

De Federatie herkent de geschetste problematiek en knelpunten die aanleiding zijn voor het opstellen van deze Houtskoolschets: de acute zorg staat onder druk. Een nadere analyse op de knelpunten ontbreekt echter. De voorgestelde gecombineerde aanpak in de vorm van preventie van acute zorg en een andere organisatie van de acute zorg en de toeleiding tot het zorgaanbod, kan bijdragen aan het optimaliseren van de acute zorg. De Federatie vindt het belangrijk dat er een samenhangend aanbod van acute zorg, zowel binnen als tussen verschillende regio's, beschikbaar is om de acute zorgvraag van de burger/patiënt te kunnen beantwoorden. Juiste acute zorg, op het juiste moment, op de juiste plek, door de juiste zorgverlener. Omdat een diepere analyse van de problematiek echter ontbreekt is de vraag in hoeverre de voorgestelde organisatie van de acute zorg daadwerkelijk leidt tot verbetering van de geschetste problematiek. De Federatie pleit ervoor om vooral ook te bekijken welke goede elementen uit de huidige organisatie van eerste- en tweedelijns acute zorg, kunnen worden gebruikt als vertrekpunt voor een herinrichting alvorens het hele systeem op de schop te nemen zonder dat voldoende duidelijk is of de nieuwe aanpak ook de oplossing is.

#### Het voorkomen van acute zorg

In de Houtskoolschets staat dat met name de groep ouderen en groep 0-4 jarigen veel gebruik maken van acute zorg. Interessant is de stap voorwaarts, naar het voorkomen van acute zorg en het bieden van acute zorg thuis bij patiënten. De vraag is op welke wijze de medisch specialisten hierin een rol kunnen vervullen met het inbrengen van kennis bijvoorbeeld of consultatie op afstand. Preventie van de acute zorgvraag bij de groeiende groep kwetsbare ouderen en integratie van het medisch en sociaal domein is toe te juichen. Voorkomen moet worden dat de acute zorgvraag van de oudere patiënt en van jonge kinderen onderschat wordt: door atypische presentatie van klachten kan ernstige ziekte zich gemaskeerd presenteren als een sociaal probleem. Het risico bestaat dat deze patiënten niet op de juiste plek worden gezien. De juiste expertise is nodig om de acute zorgvraag van deze patiëntengroepen te duiden.

Een groeiende en inmiddels grote groep patiënten op de SEH zijn chronische patiënten, die een – soms zeer intensief- behandeltraject in het regionale ziekenhuis hebben, met bijvoorbeeld chemotherapie of immuuntherapie, gepaard gaande met atypische presentaties en hoge a priori risico op het ontstaan van ernstige complicaties. Het vergt veel kennis en ervaring om bij deze patiënten de goede behandelkeuzes te maken.

Vanuit het perspectief van preventie van acute zorg, kan specifieke triage in de thuissituatie en in het verzorgings- of verpleeghuis (door specifiek geschoolde wijkverpleging, huisarts, specialist ouderengeneeskunde) met medisch specialistische consultatie op afstand, mogelijk bijdragen aan het voorkomen van (onnodige) instroom in de acute zorg. Door nauwe samenwerking en afstemming over de lijnen heen tussen partijen in de hele keten kan de uitstroom (bijvoorbeeld naar eerstelijnsverblijf, tijdelijke opvang in een verpleeghuis etc.) worden geoptimaliseerd mits ook in die compartimenten de capaciteit toereikend is.

Uit het rapport van de NZa over de toegankelijkheid van de acute zorg, blijkt eveneens dat “de grootste uitdaging in de toegankelijkheid ligt in de coördinatie van patiënten naar vervolgzorg en de personeelstekorten die er in de zorg zijn.”<sup>1</sup> Betere coördinatie van acute zorgpatiënten en het efficiënter organiseren van vervolgzorg worden ook als één van de belangrijkste maatregelen gezien om de toegankelijkheid te vergroten.

---

<sup>1</sup> NZa Bevindingen kwalitatief onderzoek toegankelijkheid acute zorg en zorgplicht zorgverzekeraars 2020 – 1 december 2020



### Een nieuwe inrichting van het acute zorglandschap

#### *- Regionale zorgmeldkamers voor niet levensbedreigende acute zorgvragen*

Een van de knelpunten in de huidige organisatie van de acute zorg is, dat voor een patiënt niet altijd duidelijk is bij welke zorgprofessional en op welke locatie hij of zij terecht kan met een acute zorgvraag die niet levensbedreigend is. Om meer duidelijkheid te creëren wordt in het nieuwe acute zorglandschap een tweede, landelijk telefoonnummer voorgesteld dat de patiënt bij niet levensbedreigende acute zorgvragen kan bellen waarna de patiënt automatisch wordt doorverbonden naar de juiste regionale zorgmeldkamer.

Wij vragen ons af of het introduceren van 2 telefoonnummers (i.e. 112 voor acute levensbedreigende zorg en een nieuw nummer voor niet-levensbedreigende acute zorg) voor patiënten wel de nagestreefde duidelijkheid schept. Zéker met in het achterhoofd dat het juist de oudere patiënt is die vaak gebruik maakt van acute zorg, is de vraag hoe reëel en terecht het is dat van de burger/patiënt verwacht wordt dat zij onderscheid maakt in de aard en ernst van de acute zorgvraag.

Het is hoe dan ook essentieel dat de kwaliteit en deskundigheid van de triage op de regionale meldkamer hoog is om de acute zorgvraag adequaat te kunnen duiden bij een voor de triagist volkomen onbekende patiënt en op afstand. Zo kan een triagist op afstand heel moeilijk de risico's bij chronische en multimorbide patiënten inschatten en de praktijk zal dan defensief (moeten) zijn. Beeldbellen en monitoring op afstand kan een hulpmiddel zijn maar is niet in elke situatie dé oplossing. Een ogenschijnlijk eenvoudige spoedzorgvraag kan complexer en meer levensbedreigend van karakter zijn dan gedacht.

Voor de burger/patiënt is het van belang dat het vertrouwen er is dat hij/zij goed geholpen wordt. De oplossing ligt o.i. meer in het realiseren van eenduidige en snelle toegang, gevolgd door een deskundige triage, waarna behandeling of verwijzing naar het optimale centrum volgt. Een regionale meldkamer lost het probleem van de grote toestroom tot acute zorg, ook niet op. Zeker niet wanneer de problemen (mede) veroorzaakt worden door capaciteitsproblemen elders in de keten.

Het realiseren van realtime inzicht in beschikbare capaciteit voor acute zorg en vervolgzorg in de regio is zeker waardevol en draagt voor burgers en zorgprofessionals bij aan het optimaliseren van zorgprocessen en creëert duidelijkheid.

#### *- Een goede spreiding van integrale spoedposten*

*In de spoedposten is er straks één integraal spoedplein waar de patiënt terecht kan voor zowel acute huisartsenzorg, acute geestelijke gezondheidszorg en laagcomplexere, niet levensbedreigende acute medisch specialistische zorg.*

De Federatie heeft eerder al aangegeven voorstander te zijn van de integratie van acute eerste- en tweedelijnszorg in de vorm van spoedposten. De uitwerking van het geschetste beeld in de Houtskoolschets valt of staat bij het goed en gezamenlijk met veldpartijen kunnen definiëren welke zorg geleverd kan worden op een spoedpost en wat dan dus de minimale faciliteiten zouden moeten zijn en welke deskundigheid van zorgprofessionals nodig is. Op dit moment is ruim 80% van de huisartsenposten (HAP) gelokaliseerd in of op het terrein van een ziekenhuis en wordt in de meeste gevallen ook samengewerkt: hetzij serieel (eerst HAP dan SEH – 25 van de 71 locaties) dan wel volledig geïntegreerd met gemeenschappelijke triage (25 van de 71 locaties).<sup>2</sup> De kunst is om de bestaande infrastructuur, faciliteiten en samenwerkingsverbanden zo optimaal mogelijk te

<sup>2</sup> The emergency department landscape in The Netherlands: an exploration of characteristics and hypothesized relationships  
Menno I Gaakeer 1 2, Rebekka Veugelers 3, Joris M van Lieshout 3, Peter Patka 4, Robbert Huijsman ; <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31179931/>



benutten in de uitwerking van de spoedposten zoals beoogd in de Houtskoolschets en niet te voortvarend te investeren in 'nieuwe stenen'. Daarbij is maatwerk de oplossing: in rurale gebieden zullen andere voorzieningen nodig zijn dan in stedelijk gebied, mede op basis van het aanbod in acute zorg dat al dan niet beschikbaar is en de bereikbaarheid en spreiding hiervan.

Wij zien de meerwaarde van de spoedpost als deze verbonden is aan een ziekenhuis met uitgebreidere faciliteiten en deskundigheid voor acute zorg en als daadwerkelijk sprake is van integratie tussen het sociaal domein, zorg en GGZ. Een spoedpost waarin deze domeinen echt samengaan is voor de kwaliteit van zorg een enorme stap voorwaarts. Dat betekent ook dat zorgprofessionals op de spoedpost over de juiste kennis en deskundigheid beschikken over deze domeinen heen. Door de verbinding direct in of bij een ziekenhuis kan ook optimaal gebruik worden gemaakt van de reeds aanwezige diagnostische infrastructuur. Op een stand-alone spoedpost kan bijvoorbeeld de 'laagcomplex radiologie' (zoals bijvoorbeeld echoscopie – vaak gebruikt bij kinderen en ouderen) niet 24/7 tegen de geldende kwaliteitsnormen en kosteneffectief georganiseerd worden. Beschikbaarheid van een echoapparaat is niet het probleem: de beoordeling van een echo is bij uitstek iets dat niet op afstand kan en vereist dus in essentie een radioloog of cardioloog op locatie.

De meerwaarde van de spoedpost niet verbonden aan een ziekenhuis, achten wij beperkt voor de (kwetsbare) oudere patiënt en jonge kinderen: de vaak atypische presentatie van acute klachten bij beide groepen patiënten vereist specifieke medisch specialistische deskundigheid in diagnostiek en behandeling. Niet voor niets zijn dit twee doelgroepen die nu veel op de SEH worden gezien. Die medisch specialistische kennis zal ook in de nieuwe situatie alleen in het ziekenhuis voorhanden zijn – daar waar de (kwetsbare) oudere vaak ook al onder behandeling is voor één of meer aandoeningen waarmee de acute zorgvraag vaak verband houdt. Dat geldt ook voor diagnostiek en behandeling van het jonge kind; kinderartsen hebben daar de juiste expertise is voor. Deze beide groepen patiënten eerst zien op een spoedpost en alsnog moeten verwijzen/vervoeren naar de acute zorg van een SEH in het ziekenhuis, is geen verbetering van beschikbaarheid en kwaliteit van zorg. Het is de vraag in hoeverre het beoogde model de oplossing is voor de geschetste problematiek met juist deze twee doelgroepen. In de Houtskoolschets is bovendien onvoldoende aandacht voor de eerder genoemde grote en sterk groeiende groep patiënten, die reeds onder specialistische behandeling zijn in het ziekenhuis. Ook voor deze groep patiënten geldt dat de spoedpost, vanwege de specialistische expertise die nodig is, geen antwoord kan bieden op de acute zorgvraag.

Naast bovenstaande willen we de volgende punten nog meegeven:

- In de Houtskoolschets wordt een indeling van acute zorg naar 'laag complex of niet-levensbedreigend' en 'hoog complex of levensbedreigend' gehanteerd waarlangs de keten van acute zorgaanbod wordt georganiseerd. Acute zorg laat zich niet altijd in deze uitersten vangen: een ogenschijnlijk eenvoudige, niet-levensbedreigende zorgvraag kan zich snel ontwikkelen tot een levensbedreigende situatie. Een indeling naar 1. enkelvoudig en 2. complex (exacerbatie van chronische aandoening, multidimensionaal) is medisch gezien meer voor de hand liggend. Bestaande netwerkstructuren voor bijvoorbeeld de acute hartzorg en acute neurologie moeten behouden blijven<sup>3</sup>. Zoals in het rapport "45-minuten norm in de spoedzorg" van de

---

<sup>3</sup> Zie Bijlage 3: Nederlandse Vereniging voor Cardiologie, december 2020 over positie Eerste Hart Hulp m.b.t. herinrichting acute zorg



Gezondheidsraad<sup>4</sup> duidelijk wordt, is met name het tijdsinterval waarin gehandeld en behandeld kan worden, relevant voor de uitkomst van zorg. De acute keten is voor specifieke aandoeningen zoals eerste hart hulp en acute neurologie, hierop al ingericht en op elkaar ingespeeld – niet alleen voor de acute zorgfase, maar ook voor de fase daarna in het terugverwijzen naar de behandelend arts in het eigen ziekenhuis, en naar revalidatie en huisartspraktijk. Deze structuren en de netwerksamenwerking dienen behouden te blijven.

- Wat betreft de acute GGZ:

De huidige gescheiden inrichting (zowel t.a.v. organisatie als bekostiging) van de psychiatrische en somatische zorg bemoeilijkt een integrale benadering van mensen met een acute zorgvraag. In de beoogde herinrichting van het acute zorglandschap ziet de NVvP kansen om de huidige drempels en knelpunten in de beschikbaarheid en toegankelijkheid van acute integrale somatische-psychiatrische zorg weg te nemen. Dit sluit aan bij het recent gepubliceerde advies van de Gezondheidsraad ('Advies Integrale zorg voor mensen met lichamelijke en psychische aandoeningen', 27 mei 2020). Ook draagt de centrering van alle acute zorg bij aan het opheffen van het stigma van een (eerste manifeste) psychiatrische zorgvraag.

Dit betekent dat er een gedifferentieerde toeleiding zal plaatsvinden van de mensen met een acute psychiatrische zorgvraag naar de integrale spoedpost (o.a. ouderenpsychiatrie), trauma eerste hulp, hoog complexe SEH of de High Intensive Care unit (HIC)/beoordelingslocatie van de GGZ-instelling, indien een beoordeling of behandeling thuis niet mogelijk is.

- Acute verloskunde: jaarlijks zijn er ongeveer 150.000 acute bevallingen (van de circa 170.000 bevallingen per jaar). Omdat laag-risico bevallingen van het ene op het andere moment acuut en zelfs levensbedreigend kunnen worden, dient de acute verloskunde in/dicht bij centra met benodigde faciliteiten georganiseerd te worden. Het is voor te stellen dat dit in grootstedelijke gebieden op een andere wijze vorm krijgt dan in de periferie waar afstand tot en beschikbaarheid van ziekenhuisfaciliteiten anders is. Het is essentieel dat ook daar kwalitatieve hoog- complexe zorg in aanvaardbare nabijheid beschikbaar is. Daarnaast bevat circa 13% van de Nederlandse vrouwen thuis. Bij de herinrichting van de acute zorg moet rekening gehouden worden met deze groep vrouwen. Een thuisbevalling is alleen veilig en verantwoord mogelijk als er een goede organisatie van acute zorg in de buurt is. Daar komt bij dat acute verloskundige zorg nauw verbonden is met de beschikbaarheid van kindergeneeskundige zorg en met oog voor die onderlinge verbondenheid moet worden georganiseerd.

- De zorgprofessionals in het zorglandschap: de beoogde herinrichting van het acute zorglandschap heeft verstrekkende gevolgen. Kwaliteit van zorg, beschikbaarheid en bereikbaarheid van zorg zijn wat ons betreft leidende elementen in de organisatie van zorg. Medisch specialisten leveren een essentiële en waardevolle bijdrage in de acute zorg en zullen dat ook blijven doen: hetzij door middel van tele-consultatie hetzij door inzet op de locatie van acute zorgaanbod zelf. De expertise van de medisch specialist, noch de eerstelijns expertise is zomaar over te nemen door andere zorgprofessionals. Acute zorg is ongedifferentieerde zorg waarbij een patiënt met een klacht komt in plaats van een diagnose. Een gedegen structuur met een adequate beoordeling en bijbehorend behandelplan is essentieel voor de kwaliteit van zorg. Het op de juiste wijze en op de juiste plek inzetten van de expertise van de medisch specialist is nog niet voldoende uitgewerkt in de Houtskoolschets. Gebruik de expertise en ervaring van medisch specialisten om te bekijken

---

<sup>4</sup> Gezondheidsraad : "45-minutennorm in de spoedzorg" – nr. 2020/17, Den Haag, 22 september 2020

<https://www.gezondheidsraad.nl/documenten/adviezen/2020/09/22/45-minutennorm-in-de-spoedzorg>



welke zorg wáár geleverd kan worden om er gezamenlijk voor te zorgen dat er een samenhangend en kwalitatief goed zorgaanbod van acute zorg kan ontstaan.

Een aantal zaken is randvoorwaardelijk om het model te laten functioneren:

- 24/7 beschikbaarheid van patiëntgegevens door de gehele acute keten heen; deze randvoorwaarde is essentieel om de beoogde structuur te kunnen laten functioneren. excellente triage op de regionale meldkamer;
- passende bekostiging voor (tele-)consultatie van medisch specialistische expertise in de gehele acute keten; en bovenal:
- onderzoek naar de effectiviteit en kwaliteit van zorg in het beoogde model. Is er wetenschappelijke onderbouwing dat de beoogde structuur van de acute zorg daadwerkelijk de geschetste problematiek oplost? Kan de toegankelijkheid en kwaliteit van zorg voor de burger/patiënt met dit model worden gewaarborgd?
- adequate capaciteit van de diverse eerstelijnsvoorzieningen (huisartsen ook ANW, ELV, wijkzorg, verpleeghuisplekken) om instroom in de 2e lijn waar mogelijk te voorkomen en de uitstroom te bevorderen.
- adequaat real-time overzicht van de beschikbaarheid van deze voorzieningen.

#### Tot slot

De Houtskoolschets Acute Zorg geeft een eerste inzicht in de mogelijke toekomstige organisatie van de acute zorg, maar is nog onvoldoende uitgewerkt om een duidelijk beeld te hebben van wat dit betekent voor de invulling ervan en hoe regie, coördinatie en mandaat om dit te realiseren, wordt georganiseerd. De Federatie pleit ervoor om goed te bekijken welke goede elementen in de huidige organisatie van de (eerstelijns-) spoedzorg we juist moeten behouden voordat het systeem wordt omgegooid en we nieuwe structuren gaan neerzetten. Een SEH is voor ziekenhuizen van belang voor de aard van het zorgaanbod dat überhaupt geleverd kan worden. Concentratie en spreiding van acute zorg heeft daarmee ook een direct effect op andere specialismen en functies in een ziekenhuis. Ook deze samenhang tussen acute zorg en andere medisch specialistische zorg is onvoldoende belicht en uitgewerkt. De voorgestelde organisatie van de acute zorg heeft bovendien direct effect op de opleiding van medisch specialisten en daarmee op de kennis en vaardigheden in het acute domein van elk poortspecialisme. Voor deze en andere vraagstukken is de inbreng van medisch specialisten en hun wetenschappelijke verenigingen essentieel. De Federatie Medisch Specialisten en de bij acute zorg betrokken wetenschappelijke verenigingen willen betrokken worden bij de nadere uitwerking van de Houtskoolschets en graag meedenken, input geven en praktische kennis en ervaring te delen.

Bijlagen: reactie en input van de volgende wetenschappelijke verenigingen:

1. Nederlandse Internisten Vereniging
2. Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie
3. Nederlandse Vereniging voor Cardiologie
4. Nederlandse Vereniging voor Heelkunde
5. Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde
6. Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie
7. Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie
8. Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie
9. Nederlandse Vereniging voor Radiologie



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

Bureau NIV, Domus Medica  
Mercatorlaan 1200, 3528 BL Utrecht  
Postbus 20066, 3502 LB Utrecht  
T: 030 – 2823 229, F: 030 – 2823 225  
info@internisten.nl, www.internisten.nl  
BTW nr.: NL 8059.43.079.B.01  
KvK nr.: 40479055

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 uren 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 houtschoolschets.

#### 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 houtschoolschets. 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



BEZOEKADRES  
Domus Medica  
Mercatorlaan 1200  
3528 BL Utrecht  
030 28 23 385

POSTADRES  
Postbus 20063  
3502 LB Utrecht  
nva@anesthesiologie.nl  
www.anesthesiologie.nl

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

Betreft reactie m.b.t. houtskoolschets acute zorg  
Datum 14 oktober 2020  
Kenmerk U20.0615

Geachte minister Van Ark,

De houtskoolschets beschrijft een aantal mogelijke ontwikkelingen die in de toekomst het acute zorglandschap zouden kunnen veranderen en beschrijft in hele algemene termen de onderlinge relatie en (on)wenselijkheid van deze mogelijke ontwikkelingen. Men wil kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van acute zorg (in die volgorde) voor iedereen garanderen.

In de schets ontbreken een aantal kaders en definities. Om te beginnen met de definitie van acute zorg zelf. Met acute zorg kan men alles bedoelen van zorg voor levensbedreigend zieke patiënten tot een ongepland consult in de huisarts- of verpleeghuisartsenpraktijk en alles daar tussenin. Hoewel het gehele (acute) zorgsysteem natuurlijk met elkaar verweven is, is het zonder een definitie van wat (in de optiek van het ministerie) nu wel of niet onder acute zorg valt wel erg lastig om daar iets zinnigs over te zeggen. Valt preventie bijvoorbeeld binnen de kaders van deze houtskoolschets, en sociaal werk, jeugdzorg?

“We kunnen niet niets doen” is één van de opening statements, dat is een uitgangspunt waarmee we het risico lopen te gaan veranderen om het veranderen. Ter illustratie daarvan de eerste toevoeging dat het soms te druk en soms te stil is. Dat gaat altijd zo blijven, ongeacht wat je doet met de capaciteit: dit is nu net het concept van een beschikbaarheidsfunctie, zoals de spoedzorg nu eenmaal voor een groot deel is. De capaciteit is berekend op een gemiddelde met een spreiding daaromheen, maar dat betekent automatisch dat het wel eens rustig (onder gemiddeld) en druk (boven gemiddeld) is. Zelfs als de capaciteit voor heel veel geld op de +2 SD gezet wordt zal het nog altijd wel eens te druk blijven (er is immers nog een staartje boven de +2 SD. Als de capaciteit op -2 SD gezet wordt is er een boel geld bespaard, is het nog steeds wel eens rustig, maar gaat de kwaliteit verloren in de zeer regelmatig voorkomende drukte. Als we nu gaan morrelen aan de capaciteit (verhogen, verlagen of verplaatsen) dan zal het initieel vooral zichtbaar zijn aan de rustige kant, maar komt de rekening daarvoor op een moment dat we de maximale reserve capaciteit aan moeten spreken. Het risico bestaat dat we door die grondhouding dat we niet niets kunnen doen een goed functionerend (deel)systeem ontmantelen en het kind met het badwater weggooien.

Vanuit de expertise van de sectie urgentiegeneeskunde van de NVA focust deze reactie zich op het deel wat gaat over de ambulance-, MMT- en ziekenhuiszorg.

### **Meer acute zorg thuis**

Door meer zorg naar de patiënt toe te brengen hoopt men minder patiënten in het ziekenhuis te zien. Er wordt gesuggereerd dat (een deel van) deze thuiszorg bij ambulanceverpleegkundigen en wijkverpleegkundigen belegd kan worden. Voor wat betreft de ambulanceverpleegkundige zou dat wellicht met de huidige verpleegkundigen nog kunnen, dat zijn immers ervaren gespecialiseerd verpleegkundigen die na een aantal jaren in het ziekenhuis pas aan de ambulanceopleiding begonnen. De aankomende generatie ambulancepersoneel is echter bachelor medisch hulpverlener (BMH) acute zorg. Iemand die na een 3 jarige HBO opleiding met minimale klinische exposure zelfstandig zorg moet gaan verlenen.

Dit model is al in veel landen bekend (de paramedici) en werkt goed tot zeer goed voor de zogenaamde A1 zorg. De vraag is of deze BMH zich ook leent om een deel van de zorg van de SEH of huisarts(enpost) over te nemen door bij iemand thuis zorg te verlenen. Onze inschatting is dat deze mensen de (levens)ervaring missen, maar ook voldoende parate kennis om zelfstandig klinisch te kunnen redeneren en de patiënt correct te behandelen. Ook hiermee is op diverse plekken ervaring en is in het Verenigd Koninkrijk inmiddels uitgebreid aangetoond dat inzet van paramedici t.o.v. gespecialiseerd verpleegkundigen leidt tot een hoger in plaats van een lager vervoerspercentage.

In datzelfde Verenigd Koninkrijk wordt de oplossing gezocht in gespecialiseerd verpleegkundigen die na hun ambulanceopleiding verder opgeleid worden tot verpleegkundig specialist. Met wisselend succes. In Nederland worden verpleegkundig specialisten tot heden vooral opgeleid worden in het kader van taakherschikking binnen een bepaalde niche (bijvoorbeeld diabetes, COPD, ritmestoornissen, etc.). Acute zorg is ongedifferentieerde zorg waarbij een patiënt met een klacht komt in plaats van een diagnose. Dat vereist een fundamenteel andere mindset dan zorg waarbij de patiënten voor optimalisatie van therapie bij een al bekende en bepaalde diagnose komen.

De gedachte om welke professional dan ook zonder enige klinische ervaring op de lastigste, meest ongedifferentieerde positie te plaatsen zal onzes inziens leiden tot ofwel een duidelijke afname van de kwaliteit, ofwel een toename van (achteraf onnodig) vervoer. Met dat laatste gaat vervolgens niet een afname, maar een toename van SEH bezoeken en belasting van de ambulancediensten gepaard.

### **Meer centralisatie van hoog complexe urgente zorg**

Het centraliseren van zorg betekent vaak langere reistijd voor patiënten die hoog complexe urgente zorg nodig hebben. Het betekent ook dat de spoedposten weinig worden blootgesteld aan deze vraag. Hiermee verdwijnt hun expertise op dit vlak, voor zover die er al was. Dit heeft dan weer consequenties voor de patiënt met hoog-urgente vraag die per abuis toch op de spoedpost terecht komt. In alle eerlijkheid is het ook niet van de beperkt geoutilleerde en bemenste spoedpost te verwachten dat zij dan die enkele keer toch voor hoog complexe patiënten zorgen.

Dit betekent twee dingen voor de centra die dan wel die hoog complexe zorg gaan doen.

Ten eerste: noblesse oblige. Wanneer je een bepaald type zorg op een centrum wil centraliseren dan moet de poort sluiten of een stop zetten voor dat type zorg niet mogelijk zijn. Een traumacentrum kan geen trauma weigeren en heeft een verantwoordelijkheid naar de omliggende regio om tenminste altijd op te vangen en te stabiliseren.

Ten tweede zou gedacht moeten worden over een outreachsysteem vanuit het topklinisch regiocentrum om de patiënt met de juiste ondersteuning in het juiste centrum te krijgen. Hier zouden de MMTs een rol in kunnen spelen, maar ook primair vervoer met een ambulance helikopter (zoals nu al in Friesland en de Waddeneilanden) en afgelopen maanden in het kader van de COVID-overplaatsingen) zijn een overweging. De meerwaarde versus de hogere kosten van helikopters t.o.v. grondgebonden teams blijft wel een vraag, net als de verdunning van skills bij meer teams.

### **Spoedpost versus hoog complexe SEH**

Het concept spoedplein, waarbij de patiënt bij ingang getrieerd wordt naar het benodigde type zorg bestaat in veel ziekenhuizen al, waarbij de patiënt linksaf naar de huisarts en rechtsaf naar de SEH kan (op sommige plaatsen ook aangevuld met GGZ zorg) en blijkt in de praktijk te vallen of staan met die triage en de 24/7 beschikbaarheid van alle aangeboden opties. Een spoedplein waar de huisarts bijvoorbeeld alleen in de dienst (dus buiten kantoor tijden) aanwezig is verliest zijn waarde daarmee.

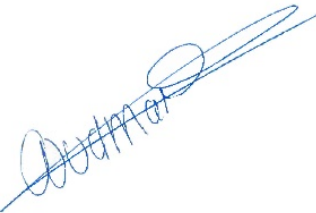
De beschikbaarheid van faciliteiten zoals omschreven is veel te vaag en ongedefinieerd. In een aantal voorbeelden hieronder geïllustreerd.

Beschikbaarheid van een echo is prachtig, maar valt of staat met iemand die die echo ook kan beoordelen. Dat is bij uitstek niet iets wat op afstand kan, dus vereist in essentie een radioloog of cardioloog. Natuurlijk kunnen beperkte inschattingen en procedurele guidance ook door andere specialismen gedaan worden,

maar het is zinloos de beschikbaarheid van een toestel als eis te stellen zonder te formuleren wie de beelden volgens welke standaard interpreteert.

Hetzelfde geldt voor de dure resources áchter de SEH, zoals IC, OK en oproepbare specialisten. Een beschikbare OK overdag is mooi, maar biedt weinig meerwaarde: die OK zal namelijk in het algemeen volgepland zijn met electieve zorg teneinde de dure resource optimaal te benutten. Het is de beschikbaarheidsfunctie voor spoed die op een andere manier dan via DBC/DOT inkomsten gefinancierd moet worden en blijven. Verder is natuurlijk goed om 24/7 beschikbaarheid van een OK te definiëren, maar dat is heel breed en vaag als je niet definieert welke specialismen op die OK moeten kunnen opereren. Wel of geen gynaecoloog, traumachirurg, orthopeed, neurochirurg, kaakchirurg of thoraxchirurg (inclusief bijbehorende materialen en expertise qua ondersteunend personeel, zoals operatie assistenten en perfusionisten) maakt nogal een verschil in wat er op zo'n OK complex kan. Het zou dan ook meer zinvol zijn om aan te sluiten bij een meer integrale levelindeling zoals die vanuit de Nederlandse vereniging voor traumatologie bestaat en die door te ontwikkelen voor niet-traumatologische zorg.

Namens het bestuur van de NVA,  
Met vriendelijke groet,



Mw. dr. C.D. van der Marel  
Voorzitter NVA



# Nederlandse Vereniging voor Cardiologie

## Bijlage NVVC - Reactie op Houtskoolschets Acute Zorg

Utrecht, december 2020

In opvolging van de door de FMS gedane oproep om te reageren op de houtskoolschets acute zorg van de Minister, vraagt de Nederlandse Vereniging Voor Cardiologie (NVVC) aandacht voor de Eerste Hart Hulp (EHH) bij de herinrichting van het stelsel van de acute zorgopvang in Nederland. In veel aspecten verlangt de bijzondere positie van de EHH een andere aanpak dan de Spoedeisende Hulp (SEH). Aangezien het voorsnog onduidelijk is, of de EHH binnen of buiten de plannen van de houtskoolschets valt, ziet de NVVC deze positie graag expliciet benoemd door u en door de Minister. Nadere uitleg volgt hieronder.

De NVVC volgt met grote aandacht de ontwikkelingen die leiden tot een modernisering van de zorg, en ziet het belang ervan om de acute zorg onderdeel te laten zijn van deze modernisering. Bij brief van 12 juli 2019 aan de Tweede Kamer (kenmerk 1552513-193043-CZ) beschrijft de Minister voor Medische Zorg en Sport de noodzaak tot transformatie van onder meer de acute zorg. Daarin kondigt hij een schets aan van de inrichting van de acute zorg die hij in het voorjaar van 2020 zal voorleggen aan de Tweede Kamer. In deze brief, maar ook in de door u geschetste transmuralisatie van de acute zorg als optie voor herinrichting (samengaan van huisartsenpost en SEH in een acute zorgpost), wordt in deze plannen op geen enkele wijze melding gemaakt van de positie van de EHH.

De EHH vervult een bijzondere functie en positie binnen de acute as van de cardiologie. De EHH is in opzet een klinische afdeling waar in het verleden de triage-activiteiten van de Cardiac Care Unit zijn ondergebracht. Deze samenhang komt onder meer tot uiting in het document [Leidraad EHH, CCU en ICCU](#).

Vrijwel alle patiënten worden door de huisarts rechtstreeks verwezen naar de EHH in overleg met de cardioloog. In veel gevallen betreft het patiënten met verdenking op potentieel levensbedreigende (cardiale) aandoeningen, zoals acuut hartfalen of ritmestoornissen. In de dertig Nederlandse PCI-centra is de EHH tevens onderdeel van de acute as cardiologie richting de catheterisatiekamers voor de opvang en behandeling van patiënten met een acuut coronair syndroom (hartinfarct), waarbij het essentieel is om tijdsverlies te vermijden. Deze acute infarctzorg is geprotocolleerd en wordt nauw afgestemd met de ambulancediensten in het land. Het klinische vervolgtraject is veelal de CCU die dan fungeert als acute opname afdeling. De inrichting van de CCU is niet te vergelijken met die van een acute opname-afdeling, waar andere specialismen gebruik van maken.

Vanwege deze bijzondere functie die veelal gepaard gaat met de noodzaak tot hyper-acute cardiale interventies, verdient de EHH / CCU in onze ogen separaat aandacht en verlangt in veel aspecten ook een andere aanpak dan de SEH. Het zou kunnen zijn dat de EHH / CCU buiten de plannen vallen die op dit moment in voorbereiding zijn. In dat geval zouden wij dat ook graag expliciet benoemd zien door zowel u, als de Minister. Mocht de EHH / CCU echter impliciet zijn opgenomen in deze plannen, dan maken wij er onder meer op grond van het voorgaande bezwaar tegen, en vragen wij u dit als zodanig kenbaar te maken in uw gesprekken met het Ministerie van VWS. In dat geval dringen wij bij u aan op spoedoverleg.

Uiteraard zijn wij bereid bovenstaande mondeling en schriftelijk nader toe te lichten.

Namens het Bestuur,

Prof dr. A.C. van Rossum,  
voorzitter NVVC

**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'. Onderzoek<sup>1</sup> 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 opzichten<sup>2</sup> 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*

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

<sup>2</sup> 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 laagcomplexiteit / 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 volgebeleid 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)



Bijlage bij reactie Federatie Medisch Specialisten op Houtskoolschets acute zorg

*Datum:* 27 oktober 2020  
*Kenmerk:* U20-218  
*Onderwerp:* Reactie NVK op Houtskoolschets acute zorg

De Federatie Medisch Specialisten en de bij de acute zorg betrokken wetenschappelijke verenigingen hebben gezamenlijk op hoofdlijnen gereageerd op de Houtskoolschets acute zorg zoals die op 3 juli 2020 is gepubliceerd. Naast de gezamenlijke reactie op hoofdlijnen op het punt van de geboortezorg (zorg die een belangrijk deel van de acute kindergeneeskundige zorg uitmaakt) hechten wij als Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde aan een aanvulling vanuit het oogpunt van de kindergeneeskundige zorg (kinderen 0-18 jaar). Het betreft immers majeure wijzigingen die grote consequenties kunnen hebben voor patiënten en professionals.

**Kinderen kunnen acuut en onverwachts verslechteren**

De Houtskoolschets stelt voor dat de SEH 24/7 alleen hoog complexe zorg of zorg voor levensbedreigende aandoeningen levert. Om voldoende expertise op te bouwen is concentratie van hoog complexe zorg goed. Voor levensbedreigende aandoeningen echter, waar minuten tellen, moet een SEH op beperkte rijafstand (nu 45 minuten) bereikbaar blijven om deze zorg voor het levensbedreigend zieke kind te kunnen leveren. Het afbouwen van SEH's naar spoedposten is voor de kindergeneeskunde onwenselijk omdat met name op de jonge leeftijd het onderscheid tussen spoed en niet-spoed of minder ziek en ernstig ziek vaak moeilijk is te maken. Daarnaast wordt niet alleen op de SEH maar ook in de kliniek acute zorg geleverd in soms levensbedreigende situaties. Een opgenomen kind kan acuut en onverwachts verslechteren. De expertise van opvang van het acuut zieke kind moet goed geborgd zijn in ieder ziekenhuis waar kinderen zijn opgenomen.

**Na ouderen zijn kinderen de grootste groep in de acute zorg**

In de Houtskoolschets is naar ons oordeel opvallend weinig aandacht voor de 0-4-jarigen en acuut zieke, ernstig verwonde en vitaal bedreigde kinderen. Na ouderen zijn kinderen de grootste groep in de acute zorg. De Houtskoolschets maakt niet duidelijk waar een ziek kind naartoe moet, dit is niet helder beschreven. Bovendien start de kwaliteit van acute kindzorg bij de triage en vergt triage bij kinderen speciale expertise. Borging hiervan verdient uitdrukkelijke aandacht.



Overige bedenkingen:

*Onnodig tijdverlies door vervoer van patiënten*

Het verplaatsen van zorg die nu in algemene ziekenhuizen wordt verricht naar hoog complexe locaties levert naar verwachting voor de patiënt geen verbetering van de kwaliteit van zorg op en zal de zorg bovendien duurder maken. Daar komen zorgen over het vervoer van patiënten bij. We vrezen voor tijdverlies door transport van patiënten die meer acuut blijken te zijn dan telefonisch ingeschat wanneer het spoedplein niet is geïntegreerd met een SEH.

*Tweede spoednummer niet verstandig*

Een tweede spoednummer kan leiden tot onnodige maar ook uitgestelde zorg als de patiënt zelf zijn triage moet doen (bij het algemene spoednummer). En hoe om te gaan met 'aanlopers' ontbreekt in de Houtskoolschets.

*Integrale spoedpost wordt verkapte SEH*

Een integrale spoedpost waar low-care patiënten gezien kunnen worden door huisarts, GGZ-medewerker of medisch specialist ontwikkelt zich tot een SEH-achtige setting zonder de noodzakelijke faciliteiten van een SEH. Medisch specialisten zullen specialistische zorg leveren op deze nieuwe locatie met het risico op weinig reductie van diagnostiek en een toename van andere interventies en consultaties van andere specialisten. De patiënt kan te lang in deze setting blijven en daardoor te laat naar de SEH van het ziekenhuis worden gestuurd met alle consequenties van dien.

*'Gewone' acute zorg raakt in de knel*

Het is naar ons oordeel niet efficiënt alleen complexe zorg te leveren op de SEH omdat ervaring in de 'gewone' acute zorg dan onvoldoende wordt onderhouden, de logistiek niet efficiënt is voor verpleegkundigen en kinderartsen alleen de ernstig bedreigde patiënten zien. Als voorbeeld: acute traumaopvang bestaat naast de acute opvang van andere aandoeningen op de SEH. Het traumacentrum maakt gebruik van de faciliteiten van de SEH in de breedste vorm.

*Gebrek aan onderbouwing*

De aanname dat de voorgestelde veranderingen in de spoedzorg de kwaliteit van zorg verbeteren, wordt niet met cijfers onderbouwd. Een beginsituatie ontbreekt. Wat gaat er goed, wat kan beter (wens), op basis van welke motieven/argumenten/feiten, en wat moet beter (urgentie), op basis van welke motieven/argumenten/feiten. De evidence dat het gestelde model in de Houtskoolschets leidt tot betere en effectievere en efficiëntere zorg ontbreekt.

*Financiële ontschotting noodzakelijk*

Tot slot is financiële ontschotting een belangrijke voorwaarde voor het kunnen leveren van integrale spoedzorg. Waar een patiënt wordt gezien mag niet afhangen van een financiële incentive. Het moet gaan om het leveren van de juiste zorg op de juiste plaats, niet om het leveren van zorg op een plaats die wordt gefinancierd.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport  
Postbus 20350  
2500 EJ Den Haag

Utrecht, 3 september 2020

**Betreft: reactie houtskoolschets acute zorg**

Kenmerk: AA/U20218

Geachte minister Van Ark,

De NVKG heeft de houtskoolschets gelezen en besproken in het bestuur. Er staan veel goede zaken in. De probleemstelling is herkenbaar. Aandacht voor preventie is uiteraard van vitaal belang. Ook de integratie van de GGZ, ouderen en laagcomplex acute zorg is zinvol. De NVKG herkent zich in de opmerkingen die de FMS al tevoren gemaakt heeft en sluit zich daarbij aan. Wellicht geeft vooral de weinig concrete invulling over het medisch specialistische deel ons in gezamenlijkheid de kans om verder invulling te suggereren.

In de probleemanalyse komt de kwetsbare oudere er bekaaid af, daar die met sociale zorgvragen vooral het acute proces zouden verstoren. Mogelijk zullen kwetsbare ouderen onterecht geen goede acute zorg meer ontvangen. Dit is onze voornaamste zorg.

De NVKG geeft verder via vier hoofdlijnen zijn zorgen en adviezen:

**1. borgen dat de kwetsbare ouderen met acute medische problematiek in het ziekenhuis blijven komen**

Kwetsbare ouderen, de doelgroep die de komende decennia het snelst en hardst groeit, is een bijzondere doelgroep. Door atypische presentatie kan ernstige ziekte zich gemaskeerd presenteren als een sociaal probleem. Om dat te onderkennen is de juiste expertise nodig. Het is van belang dit in de acute keten te blijven borgen. De inzet op preventie, die we op zichzelf toejuichen, heeft het risico van onderdiagnostiek in zich en leidt dan tot slechte zorguitkomsten. Hoe goed we ook de preventie regelen, ook ouderen kunnen een acuut probleem ontwikkelen. Dan moeten ook zij toegang tot acute zorg behouden. Huidige triagesystemen hebben als nadeel dat ouderen consequent te weinig urgent getrieerd worden voor zorg. Daarbij kan ook weer door de complexiteit van de problematiek bij ouderen gemakkelijk overdiagnostiek ontstaan. In de keten moet daarom geborgd zijn dat geriatrie expertise op het juiste moment beschikbaar is.

**2. meerwaarde van geriatrie expertise in de acute keten**

Recent is de norm voor geriatrie expertise in de acute keten vastgesteld. Daarmee is zorgbreed het belang van deze expertise onderstreept. Op dit moment is de eerste lijn onvoldoende ingericht om de complexe acute zorgvraag van kwetsbare ouderen adequaat te beantwoorden. Ouderenteams zijn ingericht om zorgdoelen te beantwoorden, maar hebben niet de competentie en logistieke inrichting om een acute zorgvraag te behandelen.



Een outreaching functie vanuit de tweede lijn, waarbij de klinisch geriater meekijkt met een huisarts of SEH-arts om beter te kunnen triëren in acute zorgvragen en de juiste zorg in te zetten op de juiste plaats kan daar zeker bij helpen.

**3. de integratie tussen HAP/SEH dicht bij het ziekenhuis houden**

Voorwaarde voor een goede en doelmatige outreaching functie en een keten die goed op elkaar aansluit, is om de nieuwe acute zorgposten dicht bij de ziekenhuizen te organiseren. Op veel plaatsen is er al een samenwerking of integratie tussen HAP en SEH. Laat de nieuwe inrichting niet leiden tot nieuwe zorgposten, maar geïntegreerd worden in het bestaande systeem

**4. goede toegankelijkheid van de zorg voor ouderen overal in Nederland**

Het rapport spreekt over 11 traumacentra. Onduidelijk is wat er met die andere tientallen SEH- moet gebeuren, zowel in de topklinische als in de regionale ziekenhuizen. Juist in het geval van acute zorg, blijft het van belang dat kwetsbare ouderen dicht bij huis kunnen blijven beschikken over die zorg. Niet alleen is de beschikbare informatie die aanwezig is in het regionale netwerk over de oudere, maar ook het sociale netwerk van die oudere is van vitaal belang om de acute zorgvraag goed te kunnen adresseren.

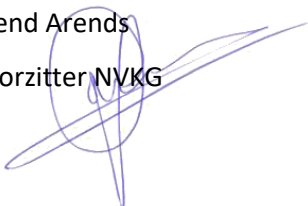
Naast bovenstaande punten is het van belang:

- Voor het goed kunnen werken van het netwerk is een juiste betaaltitel voor teleconsulting van eerstelijnsprofessionals door de tweede lijn van nog groter belang. Op die manier wordt expertise naar de eerste lijn gebracht, zonder dat de patiënt in de tweede lijn komt.
- Gemakkelijke gegevensuitwisseling is een must om het netwerk goed te laten functioneren. Dat punt kan niet voldoende benadrukt worden, juist ook voor de ouderenzorg.
- De organisatie van de zorg vraagt ook nog veel. De ROAZ wordt naar voren geschoven, maar juist in de recente coronacrisis, hebben we gezien dat die organisatie helemaal niet sterk is in de ouderenzorg en daarin ook vrijwel geen expertise heeft. Inspraak van professionals en organisaties uit de ouderenzorg, maar ook vanuit de ziekenhuizen moet dan beter worden geregeld. Tot heden hebben ROAZ zich vooral bezig gehouden met enkelvoudige problematiek als de traumazorg, acute hartzorg of CVA zorg. De vraag is of zij goed ingericht zijn voor de multidimensionele en complexe ouderenzorg.
- Een groot probleem is op dit moment de implementatie van de Wet Zorg en Dwang. Eigenlijk heeft deze wet ervoor gezorgd dat het onderscheid tussen GGZ en somatiek/ouderenzorg alleen maar scherper is geworden. Bij integratie van acute zorg is de verwachting dat de problemen verder toenemen. Het is dan ook van belang om dit beter en geïntegreerd te regelen

Met vriendelijke groet,

Arend Arends

Voorzitter NVKG



NVKG

Dutch Geriatrics Society

Mercatorlaan 1200

Postbus 2704

3500 GS Utrecht

T (088) 28 23 930

E [info@nvkg.nl](mailto:info@nvkg.nl)

W [www.nvkg.nl](http://www.nvkg.nl)

**Betreft: Reactie NVOG op houtskoolschets Acute Zorg**

**Datum: 29 september 2020**

**Acute zorg thuis en niet- levensbedreigende acute zorg**

Zoals in het rapport “Houtskoolschets acute zorg” wordt benoemd gaat het in de geboortezorg om integrale (acute) zorg voor moeder en kind voor-, tijdens en na de zwangerschap en bevalling. Optimale samenwerking tussen het sociale en medische domein en tussen de eerste, tweede en derde lijn is wat ons betreft dan ook randvoorwaarde voor goede kwaliteit en voor het zo veel mogelijk voorkomen van acute zorg.

Meer toepassing van ICT en slimme zorg gaat hierbij helpen, ook in de zorg thuis. Gebruik van CTG in electieve setting, thuis door de verloskundige wordt als voorbeeld genoemd. Maar ook hiervoor geldt dat de integrale setting (mèt het ziekenhuis) en het delen van ieders expertise noodzakelijk is, juist om levensbedreigende situaties zo veel mogelijk te voorkomen.

In het rapport wordt een integrale benadering van de spoedposten geschetst voor de niet-levensbedreigende acute zorgvragen. Wij zijn voorstander om verder te verkennen of dit ook kansen biedt voor de niet- levensbedreigende acute verloskundige zorgvragen, waarbij hoogwaardige triage en het delen van expertise, ervoor zorgt dat patiënten snel naar de juiste zorg op de juiste plek worden geleid. Een integrale spoedpost kan ook van meerwaarde zijn in gebieden waar spreiding noodzakelijk is door capaciteitsproblemen in een van de ziekenhuizen. Deze spoedposten zijn mogelijk met name in stedelijke gebied gewenst door de (beperkte) aanrijtijd van huis naar het ziekenhuis.

**Hoog-complexe of levensbedreigende zorg**

Elk jaar zijn er ongeveer 150.000 acute bevallingen (van de circa 170.000 bevallingen per jaar). Omdat laag-risico bevallingen van het ene op het andere moment acuut en zelfs levensbedreigend kunnen worden, zijn wij van mening dat de acute verloskunde in/dicht bij centra met benodigde faciliteiten georganiseerd moet worden. Of dit uitsluitend de centra zijn die hoog complexe acute zorg gaan aanbieden zal moeten worden onderzocht.

In het rapport wordt een beweging naar verdere concentratie van de hoog-complexe of levensbedreigende zorg geschetst. Vanuit doelmatigheidsoverwegingen en door de toenemende druk op het zorgpersoneel lijkt deze beweging bijna onvermijdelijk. In een aantal grootstedelijke gebieden zien we dat deze beweging ook al in gang is gezet. Echter, in de perifere gebieden waar de spreiding van ziekenhuizen groot is, maar ook in de stedelijke gebieden met capaciteitsproblemen in de geboortezorg, zijn andere oplossingen nodig. Ook om de keuzevrijheid van de vrouw te borgen. Het is essentieel dat kwalitatieve hoog- complexe obstetrische zorg in aanvaardbare nabijheid beschikbaar is. Daarnaast bevalt circa 13% van de Nederlandse vrouwen thuis. Bij eventuele concentratie van acute verloskunde moet derhalve wel rekening gehouden worden met deze groep vrouwen. Een thuisbevalling is alleen veilig en verantwoord mogelijk als er een goede organisatie van acute zorg in de buurt is. Zeker nu de gezondheidsraad in het recente rapport ‘45-minutennorm in de spoedzorg’ heeft geconcludeerd dat er geen wetenschappelijke onderbouwing is voor deze norm en

er geen relatie is tussen deze norm en de uitkomst van zorg. Kortom, deze norm an sich kan niet gebruikt worden ter verbetering van de zorg.

### **Randvoorwaarden**

Om tot goed werkende integrale acute geboortezorg te komen zijn er een aantal randvoorwaarden die gerealiseerd moeten worden:

- Goede gegevensuitwisseling waardoor zorgprofessionals kunnen beschikken over actuele informatie op een gebruiksvriendelijke en veilige manier, zonder toename van administratieve lasten voor de zorgverleners (gezamenlijk EPD).
- De wijze van bekostiging moet de gewenste ontwikkelingen ondersteunen en de kwaliteit van zorg bevorderen. De genoemde beschikbaarheidsbekostiging voor acute zorg juichen wij van harte toe en zal integrale samenwerking binnen de acute zorg bevorderen. De NVOG is ook voorstander van integrale bekostiging in de niet-acute verloskundige zorg omdat dit de samenwerking tussen de verschillende beroepsgroepen naar verwachting zal verbeteren. Wij steunen dan ook het in september gepubliceerde advies van de NZa om op termijn over te stappen op integrale bekostiging. Uitzondering hierin is wellicht de integrale bekostiging van de academische zorg in de perinatologische centra.
- De eigen bijdrage voor poliklinische bevallingen en kraamzorg moet vervallen. Er mag geen drempel bestaan voor patiënten met een lage sociaal- economische status om te kiezen voor een (poliklinische) ziekenhuis bevalling of bevalling in een geboortekliniek. Juist omdat bij deze doelgroep de kans op pathologie en dus acute zorg hoger is.
- En als laatste maar minstens zo belangrijk: de zwangere vrouw zelf moet nauw betrokken worden bij de keuze en besluitvorming over wat de beste acute verloskunde is. Het gaat immers om hen en hun nog ongeboren of pasgeboren baby's.

### **Samengevat**

De NVOG is vóór integrale samenwerking en voor concentratie van hoog-complexe acute zorg daar waar het kan. Echter wel met oog voor de geschetste beperkingen, met name voldoende en tijdige beschikbaarheid van centra voor acute verloskunde. Goede gegevensuitwisseling en betalen voor beschikbaarheid is randvoorwaarde om vernieuwing in de acute zorg te laten slagen.

Hoogachtend,



A. Vollebregt  
Voorzitter NVOG

Utrecht, 4 december 2020  
Kenmerk: RvV/lh/3705/20

In aanvulling op de reactie van de Federatie Medisch Specialisten adviseert de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) ten aanzien van de acute psychiatrische zorg het volgende.

De huidige gescheiden inrichting (zowel t.a.v. organisatie als bekostiging) van de psychiatrische en somatische zorg bemoeilijkt een integrale benadering van mensen met een acute zorgvraag. In de beoogde herinrichting van het acute zorglandschap ziet de NVvP kansen om de huidige drempels en knelpunten in de beschikbaarheid en toegankelijkheid van acute integrale somatische-psychiatrische zorg weg te nemen. Dit sluit aan bij het recent gepubliceerde advies van de Gezondheidsraad ('Advies Integrale zorg voor mensen met lichamelijke en psychische aandoeningen', 27 mei 2020). Ook draagt de centrering van alle acute zorg bij aan het opheffen van het stigma van een (eerste manifeste) psychiatrische zorgvraag.

Begin 2020 is de generieke module acute psychiatrie ingevoerd, waarbij een belangrijk uitgangspunt is om de mensen met een acute psychiatrische zorgvraag zo veel mogelijk in de thuissituatie te beoordelen en behandelen. In de uitwerking van de herinrichting van het acute zorglandschap is het van belang dat dit aspect terugkomt. Daarnaast dienen er regionale ketenafspraken zijn tussen de GGZ instelling en de opnameafdelingen psychiatrie in (academische) ziekenhuizen over de beschikbaarheid, bereikbaarheid en kwaliteit van zorg aan patiënten met acute psychiatrische problematiek. Acute opnameafdelingen zijn er immers zowel in de ziekenhuizen als in GGZ instellingen (die niet zijn gesitueerd in het ziekenhuis).

Dit betekent dat er een gedifferentieerde toeleiding zal plaatsvinden van de mensen met een acute psychiatrische zorgvraag naar de integrale spoedpost (o.a. ouderenpsychiatrie), trauma eerste hulp, hoog complexe SEH of de High Intensive Care unit (HIC)/beoordelingslocatie van de GGZ-instelling, indien een beoordeling of behandeling thuis niet mogelijk is.

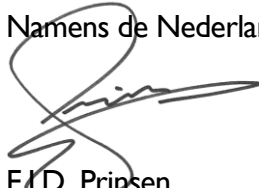
Een belangrijk knelpunt in de voorliggende schets is dat een deel van de acute GGZ zorg op de SEH en psychiatrische afdelingen in (academische) ziekenhuizen geleverd wordt, maar dat de (academische) ziekenhuizen (zoals het nu geregeld is) daar geen regiehouder over zijn. De aard van zorg en de herinrichting van het zorglandschap vereist dat ziekenhuizen met een psychiatrieafdeling mede-regiehouder zijn voor de acute GGZ in de regio. Verder dient de samenwerking tussen het sociale, medische en/of psychiatrische domein (o.a. op de integrale spoedpost) verder uitgewerkt te worden. Denk bijvoorbeeld aan opname van de acuut verwarde oudere in het kader van de Wet Zorg en Dwang.

Samenvattend zijn voor de NVvP onderstaande randvoorwaarden van essentieel belang voor het succesvol vormgeven op inhoud en qua organisatie van de acute GGZ binnen het geschetste model:

1. Als het gaat over regievoering van de acute psychiatrische zorg in een regio, dient het uitgangspunt te zijn dat alle zorgaanbieders van acute psychiatrische zorg in die regio (psychiatrische afdelingen in (academische) ziekenhuizen en de GGZ instellingen) een gelijkwaardige positie innemen t.a.v. het regievoerderschap.
2. Er zijn momenteel financiële schotten tussen de acute GGZ in een ziekenhuis/SEH (MSZ) en GGZ instellingen (GGZ). Het is van belang dat er een gelijke bekostiging komt voor de acute GGZ in een ziekenhuis en de GGZ instellingen.
3. Samenwerking met de VenV-sector dient geoptimaliseerd te worden om directe plaatsing van patiënten met een WZD-kader in de juiste zorgsetting te borgen (de juiste zorg op de juiste plek).

Met vriendelijke groet,

Namens de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie,



E.J.D. Prinsen  
Voorzitter

Domus Medica  
Mercatorlaan 1200  
3528 BL Utrecht

Telefoon (088) 110 25 25

E-mail [nvvr@radiologen.nl](mailto:nvvr@radiologen.nl)

Web [www.radiologen.nl](http://www.radiologen.nl)

Utrecht, 8 oktober 2020  
Ons kenmerk: jq/mz/uit2020.696

L.S.,

Met belangstelling heeft het bestuur van de Nederlandse Vereniging voor Radiologie (NVvR) van het discussiestuk 'Houtskoolschets acute zorg' d.d. 3 juli 2020 van het ministerie van VWS kennis genomen. Graag deelt het hierbij de overwegingen van de radiologie bij de geschetste inrichting van het acute zorglandschap in Nederland.

Radiologie vormt van oudsher de verbinding tussen patiënten met een spoedvraag, de 1e lijnzorg (via huisarts of huisartsenpost) en 2e lijnzorg. Dit gebeurt tijdens kantooruren bijvoorbeeld via door de huisarts aangevraagd röntgenonderzoek en echo-onderzoek, waarbij de radioloog aan de hand van de beoordeling van het beeldvormend onderzoek trieert of patiënt terug naar de huisarts kan worden verwezen, of doorgestuurd moet worden naar bv. de gipskamer of Spoedeisende Hulp.

Zoals ook beschreven in de houtskoolschets kunnen radiologische voorzieningen in de acute zorgpost (zie tabel 1 p.26) bijdragen aan kwaliteit en efficiëntie van de acute spoedzorg. De ervaring is dat het aanbieden van deze voorzieningen, in de vorm van het maken van röntgenfoto's en met name ook echografie valt of staat met de beschikbaarheid van de juiste infrastructuur. Naast de aanwezigheid van een röntgenkamer met de bijhorende infrastructuur en een echoapparaat met opslag en netwerkfaciliteiten, zijn laboranten en radiologen beschikbaar om de juiste onderzoeken te maken, te beoordelen (incl. verslaglegging), danwel te superviseren (in het geval van physician assistant bijvoorbeeld). Een spoedpost geïntegreerd met (of bij) een ziekenhuis met spoedeisende hulp heeft door de bestaande infrastructuur reeds 24/7 beschikking over deze voorzieningen in overeenstemming met de geldende kwaliteitsnormen, zoals die door aanvragers en patiënten ook impliciet verwacht worden. In een stand alone acute zorgpost zullen deze voorzieningen met geldende kwaliteitsnormen 24/7 niet haalbaar noch kosteneffectief zijn.

Binnen de acute zorgketen kan de radiologie explicieter een schakel vormen tussen de 1e lijn (de acute spoedpost) en de 2e lijn (de spoedeisende hulp), met verbetering van kwaliteit, doorlooptijd en betaalbaarheid van acute zorg tot gevolg. Door de radiologie als diagnostisch poortspecialisme in te zetten bij de triage en passend bij de spoedvraag het juiste beeldvormend (naast zo nodig



laboratorium-) onderzoek in te zetten, kan overdiagnostiek worden voorkomen en kunnen patiënten o.b.v. de bevindingen zoveel mogelijk direct in de 1e lijn geholpen worden, of indien nodig zo snel en efficiënt mogelijk doorstromen naar het juiste (spoed)specialisme in de 2e lijn. Zeker bij de te verwachten populatie van vnl. 0-4 jaar en ouderen zal diagnostische ervaring aan de poort, zoals bij geïntegreerde spoedposten kan worden geboden, eraan kunnen bijdragen dat patiënten in 1 keer goed geholpen kunnen worden. Bij deze laatste groep is de beschikbaarheid van eerdere beeldvorming, zoals aanwezig op afdelingen radiologie, essentieel om de acute hulpvraag in de juiste context te beoordelen. Ook zal de beeldvorming die in de acute situatie gedaan wordt, op een juiste wijze beschikbaar komen in de 2e lijn, zodat ook in de 2e lijn de vruchten geplukt kunnen worden.

Graag gaat de NVvR in gesprek over verdere integratie van bestaande spoedposten en komt deze denkrichting terug in een volgende versie van de houtskoolschets.

Met vriendelijke groet, namens het bestuur van de NVvR,

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'H.M.E. Quarles van Ufford', written in a cursive style.

dr. H.M.E. Quarles van Ufford, secretaris