



Nederlandse Vereniging voor Intensive Care

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
T.a.v. de Minister voor Medische Zorg en Sport
mevrouw drs. T. van Ark
Postbus 20350
2500 EJ DEN HAAG

Correspondentieadres:
Postbus 2124
3500 GC Utrecht

Bezoekadres:
Domus Medica
Mercatorlaan 1200
3528 BL Utrecht

Telefoon: 030 - 760 74 44
E-mail: secretariaat@nvic.nl
Website: www.nvic.nl

Datum: 29 december 2020

Betreft: Reactie NVIC op de houtskoolschets acute zorg

Geachte minister Van Ark,

De Nederlandse Vereniging voor Intensive Care (NVIC) heeft met belangstelling kennisgenomen van de houtskoolschets acute zorg. Allereerst dank voor het vele werk dat is verricht met het opstellen van deze houtskoolschets. We vinden het positief dat dit een discussiestuk is en dat hiermee de input vanuit het veld wordt gevraagd.

Als NVIC onderschrijven wij het belang van de toegankelijkheid, betaalbaarheid en het garanderen van kwaliteit van de acute zorg. We onderschrijven het belang van digitale gegevensuitwisseling, samenwerking in de gehele acute keten en de inzet op preventieve zorg. Het werkkterrein van de intensivist bevindt zich binnen het domein van het ziekenhuis; wij beperken ons derhalve tot het geven van input op dat gebied.

De intensive care en de intensivist

Wij missen in dit stuk een belangrijke schakel in de acute-zorgketen zijnde de intensive care en haar zorgprofessionals. De intensivist is de medisch specialist voor de levensbedreigende acute zorg. Samen met de intensivereverpleegkundige levert de intensivist deze kennis en kunde niet alleen op de intensive-careafdelingen, maar ook op de spoedeisende hulp (SEH, poort van het ziekenhuis) en in de kliniek. Bij de beschrijving van de spoedeisende zorg in het ziekenhuis, missen wij het gedeelte van spoedeisende zorg die in het ziekenhuis (kliniek/functieafdelingen/operatiekamers, etc.) ontstaat. Dus de integraliteit van de acute zorg door de gehele ziekenhuisketen. Hierdoor lijkt voorbij te worden gegaan aan de expertise die nodig is om complicaties van andere (reguliere) zorg op te kunnen vangen cq te kunnen behandelen. Denk hierbij aan de spoedinterventieteams die door de professionals van de intensive-careafdelingen worden gevormd en de inzet van de consultatief IC-verpleegkundige bij allerlei weinig voorkomende voorbehouden handelingen. Wij betreuren het dan ook dat er weinig tot niets vermeld wordt over de beschikbaarheid van operatiekamers en intensive-careafdelingen en over de beschikbaarheid van medisch specialisten met kennis en kunde van acute zorg (buiten de SEH en de SEH-artsen).

Indien wordt bedoeld dat alleen de genoemde 30-40 spoedeisende hulpen in hun ziekenhuis een acute OK en IC hebben voorzien we een veel te grote verschuiving van de gehele ziekenhuiszorg. Dit betekent namelijk dat patiënt met multiproblematiek/multimorbiditeit niet voor een laag complexe behandeling in een ziekenhuis behandeld kan worden zonder opvang voor acute spoedeisende hulp bij complicaties.

Regionale meldkamers

De ontwikkeling van regionale meldkamers waar elke burger met zijn spoedvraag terecht kan, kan veel voordelen opleveren. De uitdaging zit in de juiste triage. We weten dat de klacht van een patiënt niet gelijk is aan een diagnose.

Hoofdpunt is dat het vaak niet makkelijk is om te zien wie ernstig ziek is (of zal worden) en wie niet. Zelfs op een goed geoutilleerde SEH met 24/7 alle specialisten in huis worden diagnoses gemist (de gemiste diagnose op de SEH is één van de hoofdthema's van zorggerelateerde schade van Cordula Wagner cs). De patiënt met pijn aan zijn arm kan te veel getennist hebben of een dissectie hebben, dat kan de SEH-arts niet van buiten zien en de wijkverpleegkundige al helemaal niet. Dus moet je veel expertise op veel plekken paraat hebben. Triage is foutgevoelig, het is kansberekening.

Hierdoor zal per definitie altijd zowel over- als ondertriage ontstaan. Overtriage zal de patiënt relatief weinig schade berokkenen. De patiënten die na diagnostiek echter laag complexe zorg blijken nodig te hebben zullen of de spoedeisende hulp en/of de achterliggende kliniek bij noodzaak tot opname verstoppen. Dit kan leiden tot verslechtering van kwaliteit van zorg bij verminderde toegankelijkheid of het zal voor veel extra vervoer retour eigen omgeving veroorzaken. De daarvoor benodigde vervoerscapaciteit is niet beschikbaar en zal moeilijker realiseerbaar zijn gezien de bestaande personeelstekorten bij de ambulancediensten.

Het behoeft geen toelichting dat ondertriage zal leiden tot situaties waarbij patiënten met complexe aandoeningen op een spoedpost terecht komen waar zowel kennis en kunde ontbreken om met deze problematiek om te gaan. In het gunstigste geval zal dit leiden tot een verplaatsing naar spoedeisende hulp; in de andere gevallen zal de behandeling van de patiënt te kort schieten.

Een les die wij hebben geleerd uit de huidige COVID-crisis is dat de vervoerscapaciteit een cruciale, maar ook beperkende factor is in de tijdige en juiste verdeling van patiënten over de diverse zorginstellingen. Een verbeterslag qua capaciteit zal ook een (nog niet genoemde) randvoorwaarde dienen te zijn. Zeker indien de ambulancezorg ook meer behandeling thuis dient te verzorgen of zorgprofessionals naar de patiënt dient te vervoeren is een vergroting van de capaciteit noodzakelijk.

Juist deze COVID-periode laat zien dat het verspreid beschikbaar hebben van meerdere SEH's met hun achterliggend klinieken waarin zowel acute zorg als reguliere zorg geleverd wordt, zorgt voor het vrij kunnen maken van extra capaciteit in tijden van piekbelasting in de acute zorg. Het concentreren van de (acute) zorg naar 30-40 centra zal voor minder flexibiliteit zorgen in tijden van een (kort- of langdurige) calamiteit/crisis.

Basiszorg versus hoogcomplexe en levensbedreigende zorg

De onderverdeling die wordt gemaakt in hoogcomplexe of levensbedreigende acute zorg versus laagcomplexe, niet levensbedreigende acute (basis)zorg is artificieel en verre van zwart-wit. Zoals gezegd is de klacht van een patiënt niet gelijk aan de diagnose. Maar ook kunnen ABC-stabiele patiënten zonder voorbode instabiel worden. En kan, met de juiste kennis en kunde, een in eerste instantie instabiele patiënt snel stabiliseren (denk aan sepsis versus septische shock). Sepsis is een veel voorkomende basiszorg die juist bij verminderde expertise snel gemist kan worden en dan later in het beloop kan leiden tot levensbedreigende problemen. Dit is juist waar de spoedinterventieteams in de ziekenhuizen hun meerwaarde laten zien bij de klinische patiënten.



Ook binnen de acute cardiologie en acute neurologie zijn voorbeelden van alledaagse acute zorg te benoemen die meestal niet hoogcomplex zijn maar wel frequent en diffuus verspreid voorkomen. Dit is basis acute zorg. Indien al deze basiszorg verplaatst dient te worden naar 30-40 posten zou dit betekenen dat daar ook de diagnostiek, behandeling (inclusief operatiekamers, catheterisatiekamers, röntgenfaciliteiten, etc.) en opnamecapaciteit uitgebreid dienen te worden.

Daarnaast is ook bij behandeling van de genoemde laagcomplexen zorg de opvang voor complicaties nodig. Denk bijvoorbeeld aan het toedienen van sedatie bij repositie van fracturen.

Er wordt gesteld dat verdere reizen voor hoogcomplexen zorg wellicht noodzakelijk is voor de beste kwaliteit. Daarbij wordt voorbijgegaan aan het feit dat voor kwaliteit van zorg soms juist snelheid geboden is. Het verlenen van excellente hoogstaande zorg heeft geen zin indien deze te laat wordt geleverd.

Aanpassingen in de acute-zorgketen hebben enorme impact op de gevolgen voor de kwaliteit van zorg verleend in het gehele huis en de bedrijfsvoering van een ziekenhuis (tot 60% van de klinische opnames komt via de SEH binnen).

De voorgestelde veranderingen geven nog te weinig inzicht op de cascade effecten, daar acute-zorg nauw verbonden is met de zorgveiligheid rondom de regulier zorg. Het is ons tot nu toe niet duidelijk waaruit blijkt dat deze voorgestelde verandering van het acute zorglandschap tot kwaliteitsverbetering en kostenreductie leidt.

Landelijk versus regionale aansturing

Regionale verschillen (bevolkingsopbouw, landelijk versus stedelijk, sociale- klassenverdeling, verwachte ontwikkeling van de zorgvraag, huidige infrastructuur) maakt dat één landelijke oplossing niet mogelijk is. Wel is er landelijke invulling van randvoorwaarden zoals bijvoorbeeld gegevensuitwisseling.

In de schets staat dat de zorg beschreven moet worden per ROAZ-regio. Het is ons niet duidelijk waarom er wordt gekozen voor de ROAZ. De ROAZ is ontstaan vanuit de traumazorg en wordt bestuurd vanuit het traumacentrum. Dit betekent daarmee niet dat zij goed zicht en/of zeggenschap hebben over alle acute zorg in de regio. Het merendeel van de acute zorg is niet trauma gerelateerd. Er bestaan andere, niet overlappende regionale samenwerkingsverbanden waarin acute zorg wordt bedreven en gecoördineerd. Denk hierbij aan IC-regio's, VSV's, GGZ -instellingen, Veiligheidsregio's, GOHR, etc. Het goed op elkaar aan laten sluiten van de verschillende regio's is een belangrijk aspect. Ook in de huidige COVID-crisis zien we hier afstemmingsproblematiek.

Idealiter worden (nieuwe) regio's gevormd met een juiste verdeling van niet alleen de traumazorg, maar ook de IC-zorg, neurocentra, hartcentra, interventiecardiologie, radiologische interventies, etc. Dit kan tot een enorme efficiëntieslag leiden, maar houdt wel in dat heilige huisjes moeten worden geslecht.

Alleen een onafhankelijke partij kan hieraan vormgeven. Wanneer het primaat gegeven wordt aan de ROAZ-en bestaat de kans dat een traumacentrum gaat bepalen hoe de gehele acute zorg verdeeld dient te worden over de ziekenhuizen, inclusief de verdeling van de geldstromen.

De acute zorg kan niet losgezien worden van de andere zorg in het ziekenhuis. Grote aanpassingen van de acute poort van een ziekenhuis (spoedeisende-hulpdiensten) hebben grote gevolgen voor de kwaliteit van zorg en bedrijfsvoering van het gehele ziekenhuis.

Herinrichting van het acute-zorglandschap dient bovenal te gebeuren op basis van kwalitatieve argumenten (bereikbaarheid en toegankelijkheid), rekening houdend met de hierboven benoemde regionale verschillen. Hierbij wordt gestuurd op de juiste capaciteitsverdeling in het adherentiegebied. Wij pleiten voor het belang van doelmatigheid van zorg, maar waarschuwen voor de gevaren van het vanuit financiële belangen herinrichten van het acute-zorglandschap.

Personele uitdagingen

In de houtschoolschets wordt een aantal veranderingen voorgesteld dat de arbeidskrachten zouden moeten oplossen, zoals 'spreiding van de spoedposten en concentratie van spoedeisende hulpen'. Ook zouden breed opgeleide acute care-verpleegkundigen ter vermindering van de druk op de huisartsen laag complexe acute zorg moeten gaan verlenen. Zoals de COVID-crisis duidelijk heeft gemaakt zijn deze verpleegkundigen nu reeds schaars. Wij voorzien echter ook een toegenomen behoefte van personeel bij deze plannen door de inzet van zorgprofessionals in de acute zorg-hulpverlening aan huis, meer en langer vervoer door ambulance en helikopters, bemensing (o.a. triagisten) van de zorgmeldkamers.

Er worden in de schets ook zorgen uitgesproken over het behoud van medewerkers bij aankomende veranderingen. Dit is zeker legitiem. Oplossingen worden gezocht in het goede gesprek voeren, het goede werkgeverschap en het voldoende opleiden. Wij missen hierin voor de zorgprofessional de aspecten van meer zeggenschap op de werkvloer en in het hogere management. Ook het voldoende aanbieden van loopbaanperspectieven wordt onderbelicht. Tevens missen we ondersteuning in het vitaal blijven in een beroep met veel onregelmatigheid. We missen een gedegen analyse waarom er te weinig zorgpersoneel is, alvorens men oplossingen bedenkt hoe dit tekort op te lossen.

Mensen laten rouleren over diverse locaties is wellicht goed voor het behoud van bepaalde expertise en afwisseling in het werk. Het hebben van een vaste werkomgeving, werken in vaste teams met uniforme procedures en taakverdeling (inclusief crew resource management) zorgt echter juist voor hogere kwaliteit van zorg. Het bevreedt ons tevens dat er gesuggereerd wordt dat medewerkers met jongere kinderen werk dicht bij huis prevaleren boven inhoudelijk uitdagend werk en dat men in een latere levensfase wel geneigd zou zijn verder te reizen voor uitdagend werk. Iedereen dient in de loop van zijn leven toegang te hebben tot loopbaanontwikkeling passend bij zijn/haar wensen die niet altijd gekoppeld zijn aan een levensfase.

Begrippen

In de houtskoolschets worden de begrippen 'spoedzorg' en 'acute zorg' niet altijd consequent gebruikt of verwisseld. In paragraaf 1.3 wordt de volgende reikwijdte gehanteerd:

Spoedzorg: als de vraag vanuit de patiënt acuut (ontstaan) is.

Acute zorg: Zorg die binnen enkele minuten/uren geleverd dient te worden om onomkeerbare gezondheidsschade (incl. overlijden) te voorkomen.

Ons advies is om in een vervolgdokument de juiste begrippen voor de juiste situatie te benoemen.

Beschikbaarheidsfunctie

Acute zorg behoeft enige vorm van overcapaciteit. Dit is nodig omdat het acute zorg aanbod altijd pieken en dalen zal laten zien. Met als uitschieters periodes van calamiteiten of crisis (denk ook aan de griepgolf 2017-2018). Om in deze periodes goed kwalitatieve zorg te kunnen blijven bieden, dient er enige vorm van overcapaciteit te blijven bestaan en zullen inherent hieraan, naast periodes van drukte, ook periodes van relatieve rust nodig zijn. Ook voor het herstel van het personeel na een kortdurende piek.

De huidige COVID-crisis (eerste en tweede golf) heeft de beide punten, ondercapaciteit en noodzaak tot herstellen, aangetoond. Met andere woorden er dient een 'beschikbaarheidsfunctie' toegevoegd te worden. Vergelijk het met de brandweer die is ook niet alleen ingedeeld voor het gemiddelde aantal werkzaamheden per periode.

Uitwisselbaarheid patiëntgegevens

Een van de randvoorwaarden is goede digitale beschikbaarheid en uitwisselbaarheid van patiëntgegevens. Daarnaast dient er 24/7 real-time inzicht te zijn in de actueel beschikbare capaciteit voor opvang van acute zorg (inclusief beschikbaarheid van klinische- en intensive care-bedden). Voor beide is een goede digitale inrichting noodzakelijk. Hiervoor dient vanuit de overheid of de zorgverzekeraars een aparte financiële regeling te worden getroffen zonder dat een aanslag op het zorgbudget van een ziekenhuis hoeft te worden gedaan.

Uiteraard zijn we bereid een en ander verder toe te lichten en wij denken graag mee over de invulling van de toekomstvisie voor een evoluerend acuut-zorglandschap.

Met vriendelijke groet,



Crétien Jacobs, secretaris NVIC