



Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Postbus 20350
2500 EJ DEN HAAG

Utrecht, 29 december 2020

Betreft: Reactie Houtkoolschets Acute zorg

Geachte heer, mevrouw,

Wij, als NAPA Ambulancezorg en V&VN VS Ambulancezorg, waarderen het initiatief dat het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft genomen met de Houtkoolschets Acute zorg. In deze houtkoolschets schetst het ministerie haar ideeën weer over wat nodig is in de acute zorg, om zo ook in de toekomst voor iedereen goede en veilige zorg te kunnen blijven aanbieden. Het is duidelijk dat deze schets het startschot moet zijn voor een visiedocument waarin de inrichting en financiering van de toekomstige acute zorg worden beschreven.

Algemeen

Wij herkennen ons in het beeld van de huidige acute zorg dat in dit document geschetst wordt. Er is sprake van een toename in zorgvragen en complexiteit van deze zorgvragen. Daarnaast merken wij ook de effecten van een 24/7 maatschappij. Wat ons betreft is verandering van de huidige inrichting en financiering nodig om antwoord te kunnen blijven geven op deze complexe zorgvragen.

In de houtkoolschets wordt aangegeven dat er met diverse partijen die te maken hebben met de acute zorg is gesproken. Wij zien in het stuk dat het vooral geschreven is vanuit de ziekenhuizen en de eerste lijn. De acute zorg is meer dan dat. Om de problematiek in de acute zorg te kunnen aanpakken, moet er niet in hokjes gedacht worden, maar in ketenzorg. De acute zorgketen bestaat uit verschillende ketenpartners die samen tot best passende oplossingen moeten komen.

Samenwerking, afstemming en elkaar als gelijke partners zien, zijn hierbij cruciaal.

Ambulancezorg

Ambulancezorg is een belangrijke schakel in de keten van acute zorg. Veelal start hier zelfs het zorgpad van de patiënt met een acute zorgvraag. Wij steunen de visie van Ambulancezorg Nederland (AZN) en attenderen u graag op het visiedocument 'Ambulancezorg in 2025: zorgcoördinatie en



mobiele zorg'¹ en het vastgestelde 'Actieplan Ambulancezorg'². Beide zijn goede aanknopingspunten voor het visiedocument dat naar aanleiding van de houtkoolschets gevormd moet worden. Het uitgangspunt is hierbij altijd de patiënt, waarbij de patiënt zich bij één centraal punt meldt. Vanuit hier wordt er gekeken naar de vijf 'J's: Juiste zorg, juist moment, juiste hulpverlener, juiste behandeling en op de juiste plaats. Zodat de patiënt met een (complexe) zorgvraag een snel en effectief antwoord krijgt.

Physician Assistant Ambulancezorg / Verpleegkundig Specialist Ambulancezorg (PAA/VSA)

De tijd dat de ambulancezorg nog alleen is bedoeld voor het acuut vervoeren van de patiënt naar de tweede lijn ligt ver achter ons. In een sterk veranderend zorglandschap is er toenemende behoefte aan verdere differentiatie in de ambulancezorg. Naast vervoer wordt er ook steeds meer zorg ter plaatse verleend (al dan niet in afstemming met de huisarts). Dit is onderdeel van de anderhalvelijnszorg. Met name in de anderhalvelijnszorg is er behoefte aan masteropgeleide zorgprofessionals. Waar ambulanceverpleegkundigen een functionele bevoegdheid hebben, hebben masteropgeleide professionals een zelfstandige bevoegdheid. In een mobiel medisch zorgconsult kunnen de masters, mede dankzij deze zelfstandige bevoegdheid, dit consult veelvuldig volledig afronden. Verschillende onderzoeken zoals 'Ruimte voor PA's en VS'en in de anderhalvelijnszorg' door de Hogeschool Arnhem en Nijmegen concludeerden dat voor deze twee beroepsgroepen ruimte ligt. Verschillende Regionale Ambulancevoorzieningen (RAV's) hebben al meerdere PAA's en VSA's opgeleid. Door het recent opgestelde 'Sectoraal kader pilot PA en VS ambulancezorg'³ kunnen er meerdere pilots gestart worden om de impact van de PA en VS in de ambulancezorg te kunnen meten. Op dit moment hebben al verschillende RAV's onderzoek gedaan en zien de mastergeschoolde ambulancezorgprofessional als een welkome aanvulling binnen de ambulancezorg. Een veelbelovende IMPACT-studie is gestart door RAV Brabant Midden West Noord. Hieruit blijkt nu al dat deze mastergeschoolde professional in staat is om in de meeste gevallen ter plaatse de patiënt te kunnen behandelen. Het financiële systeem moet hier nog wel op ingericht worden. Op dit moment is dit namelijk een belemmerende factor, omdat de mastergeschoolde ambulancezorgprofessional hogere loonkosten kent en daar op dit moment geen passende financiering tegenover staat.

¹ <https://www.ambulancezorg.nl/azn/missie-en-visie#:~:text=In%20de%20zomer%20van%202017,regionaal%20en%20in%20samenhang%20organiseren>

² <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/convenanten/2018/11/12/actieplan-ambulancezorg>

³ <https://www.ambulancezorg.nl/nieuws/pilot-pa-en-vs-biedt-ontwikkelruimte-anderhalvelijnszorg-in-de-ambulancezorg>



Nieuwe inrichting van het acute zorglandschap

In dit hoofdstuk ontbreekt het ons juist aan de rode draad waarin alle ketenpartners zijn verbonden. Ook wordt er met name uitgegaan vanuit de ziekenhuizen en de eerste lijn. Onze rol en ook die van bijvoorbeeld verloskundigen wordt hierin te weinig en niet krachtig benoemd. Ons advies is om meer vanuit een acute zorgketen te denken, als gelijke partners zonder teveel schotten tussen partijen. Op bepaalde vlakken zal de ene partner juist taken en verantwoordelijkheden kunnen overnemen van de andere partner. Juist om elkaar te helpen en gezamenlijke verantwoordelijkheid te voelen. Het doel moet hierbij duidelijk zijn en dat wordt alleen in het begin van de houtkoolschets beschreven: ‘in de toekomst voor iedereen zo’n goed en veilig mogelijke zorg te kunnen blijven aanbieden’. Dit doel zal meer naar voren kunnen komen in de uitwerking. Wat ons betreft wordt breed gekeken om adequate zorg op de langere termijn ook goed te kunnen blijven waarborgen. Denk hierbij aan verdere samenwerking met verpleeg,- en verzorgingshuizen, (specialistische) thuiszorg, GGD, etc.

Spreiding kwaliteit en lateralisatie

Er wordt beschreven dat medische kwaliteit belangrijker is dan nabijheid. En dat de ambulance de zorgvrager naar de juiste plek brengt. De toekomstvisie van ambulancezorg komt hier niet tot zijn recht. Een ambulancedienst is immers een zorginstelling met een eigen identiteit die bijdraagt aan het voorkomen van gezondheidsverlies en het bevorderen en ondersteunen van de eigen regie van de zorgvrager.

De gedachte dat de ambulance alleen voor transport is, is een ouderwetse gedachte en doet onze sector tekort. Het duiden van de zorgvraag en gerichte verwijzing indien nodig is een bijdrage in het doorlopen van het zorgpad van de patiënt (ook preventie is hier bijvoorbeeld een onderdeel van). De concentratie van spoedzorg heeft ook nadelige kanten waar in de houtkoolschets nog onvoldoende rekening mee wordt gehouden. Dit is een keuze vanuit de ziekenhuizen, maar heeft effect op de andere ketenpartners. Het Regionaal Overleg Acute Zorg (ROAZ) moet hierin een coördinerende rol hebben en zorgen dat elke ketenpartner bij de keuzes worden betrokken.

Wij zien geen reden tot aanpassing van het Kwaliteitskader Spoedzorgketen. De behandeling start zodra wij als ambulancezorgprofessionals bij de patiënt arriveren of al op het moment dat op de meldkamer de telefoon wordt opgenomen, niet pas vanaf het moment dat de patiënt in het ziekenhuis terecht komt.



Ambulances en traumahelikopters (4.7)

In de houtkoolschets wordt onvoldoende rekening gehouden met de huidige ambulancezorg en de ontwikkelingen die het nu al door maakt. In Nederland mogen we trots zijn op de hoogwaardige zorg die de ambulancesector levert. Nergens in de wereld is een gelijkwaardig systeem te vinden. Er wordt alles aangedaan deze zorg te kunnen leveren en zelfs uit te breiden. Het vervoeren van patiënten door traumahelikopters zal verder onderzocht moeten worden met onder andere een kosten/baten analyse.

De zorgprofessional in het acute zorglandschap

Ook hier wordt er gesproken van professionals op de spoedposten en spoedeisende hulp afdelingen. De zorgprofessionals in de ambulancezorg worden hierin vergeten en dat doet geen recht aan het eerder beschreven 'ter plaatse' behandelen en het nemen van preventieve maatregelen in de huiselijke omgeving. Wij zien juist de kracht van differentiatie van de mastergeschoolde ambulancezorgprofessional. Het is geen goedkopere oplossing zoals wordt beschreven (in de tekst wordt uitgegaan van PA of VS op de spoedpost of spoedeisende hulp in plaats van een arts), maar één van de oplossingen voor een kwaliteitsverbetering van de toekomstige acute zorg en kostenbesparing in de keten. Immers kan door behandeling van de PA/VS van de patiënt ter plaatse worden voorkomen dat iemand verder in de keten meer en duurdere zorg nodig heeft. De mogelijkheden die genoemd worden om zorgprofessionals in verschillende sectoren op te leiden en te laten werken zijn volgens ons kansrijk. Het maakt het vak aantrekkelijker en er wordt meer aan kennisdeling gedaan. Denk aan de combinatie ambulance/SEH, ambulance/IC of ambulancezorg/spoedpost voor de mastergeschoolde ambulancezorgprofessional.

Horizon

De beschreven horizon van tien tot vijftien jaar ligt wat ons betreft te ver weg. Als er niet sneller wordt gehandeld zullen we achter de feiten aan lopen. Wij moeten het hebben over een horizon van vijf tot tien jaar.

Financiering

Betalen voor beschikbaarheid zijn wij al mee bekend. Maar er zal ook bekostiging moeten komen voor differentiatie en het leveren van bepaalde kwaliteit zorg ter plaatse om dit voor de ambulancesector haalbaar te laten zijn.



Wij, als NAPA werkgroep Ambulancezorg en V&VN VS Ambulancezorg, worden graag betrokken bij de verdere uitwerking van de Houtkoolschets Acute zorg. We delen graag onze visie en best practices om voor een ieder ook in de toekomst 24/7 hoogwaardige zorg te kunnen leveren.

Met vriendelijke groet,

Namens de NAPA Ambulancezorg

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'D.W. Harten', enclosed within a blue oval scribble.

D.W. Harten (Voorzitter)

Namens V&VN VS Ambulancezorg

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'R. Tolsma', enclosed within a blue oval scribble.

R. Tolsma (Voorzitter)