



# ***Spoedzorg onze zorg!***

**Visiedocument NVSHA over de inrichting van de acute zorg**

*Utrecht, september 2021*

Nederlandse Vereniging van Spoedeisende Hulp Artsen

# Inhoudsopgave

## Inleiding

### 1. Actuele thema's in de acute zorg

- Overmatige drukte
- Personeelstekort
- Efficiëntie in de acute zorg
- Beschrijving kwaliteit
- Houtskoolschets
  - Integrale spoedposten
  - Alle hoogcomplexen of levensbedreigende acute zorg concentreren
  - Reductie van het aantal SEH's

### 2. Gesuggereerde verbeteringen

- Spoedpleinen
- Handreiking SEH
- Financiering op basis van populatiebesteding
- Erkenning SEH-arts
- Personeelstekort
- Accepteer overcapaciteit acute zorg
- Concentratie bij bewezen kwaliteitsverbetering
- Van ziektebeeld naar zorgvraag



## Inleiding

In dit document geven wij onze visie over de toekomstige inrichting van de acute zorg in Nederland. We gaan in op enkele actuele discussies zoals de voorstellen uit de 'houtschoolschets acute zorg.' Het is een stem uit de praktijk van de Spoedeisende Hulp-afdelingen in de Nederlandse ziekenhuizen en gericht op beleidsmakers en politiek verantwoordelijken. De Nederlandse Vereniging van Spoedeisende Hulp Artsen (NVSHA) hecht aan een open dialoog met politiek en ambtelijk Den Haag, waarbij het onze inzet is bij te dragen aan een stelselmatige verbetering van de acute zorg in Nederland.

### Acute zorg

Patiënten die acute zorg zoeken, hebben vaak zeer diverse problemen. Het kan gaan om nieuwe problemen of om een acute verandering van een chronisch aandoening waar direct hulp voor nodig is. Acute zorg is divers. Het kan bestaan uit goede informatie die rustig kan worden gelezen in de thuisomgeving, maar ook kan het noodzakelijk zijn dat professionals directe handelingen verrichten in een gespecialiseerd centrum.

Acute zorg wordt dan ook geleverd door een breed scala aan professionals, waarbij de spoedeisende hulp (SEH) een onderdeel in deze keten is en de toegang tot tweede- en derdelijns acute zorg. Hiermee is de SEH een zelfstandige en unieke afdeling, waar specifieke kennis en kunde noodzakelijk is.

### Basisuitgangspunt NVSHA voor acute zorg

Voor het verzorgen van kwalitatief goede tweedelijns acute zorg is de beschikbaarheid van een Spoedeisende Hulp afdeling met dag en nacht aanwezige SEH-artsen van essentieel belang. Daarnaast is het belangrijk dat de SEH is gehuisvest in een volledig geoutilleerd

ziekenhuis. Er dienen basisfaciliteiten aanwezig te zijn als een röntgenafdeling en een laboratorium, maar het is ook noodzakelijk dat er een Intensive Care beschikbaar is. Verder moeten er ook in de avond en nacht operatiemogelijkheden en opnamecapaciteit zijn. Immers, bij afwezigheid van deze faciliteiten kan er ná de SEH geen adequate zorg worden geboden en in dat geval kan de benodigde acute zorg dus ook niet worden gegarandeerd op de SEH.

### Situatieschets

In 2019 zochten acht miljoen mensen met een acute zorgvraag contact met een zorgprofessional. Een groot deel van deze hulpvragen (zeven miljoen) kwam terecht bij de huisarts of bij een van de 153 huisartsenposten (HAP's). Ongeveer 1,2 miljoen mensen werden door de huisarts doorgestuurd naar de SEH, waarvan er 300.000 met een ambulance naar een SEH werden vervoerd. Daarnaast werden er 300.000 mensen die direct 112 hadden gebeld, per ambulance gebracht. Als laatste meldden nog eens 700.000 mensen zich direct of via een andere route op de SEH. Dit maakt dat er jaarlijks in totaal ongeveer 2 miljoen mensen worden gezien op een van de 82 SEH's in Nederland. Dat aantal is in de afgelopen jaren stabiel gebleven.

Het aantal zorgvragen bij de huisarts en HAP stijgt echter al jaren. Door intensieve samenwerking, onder andere in colocaties van HAP en SEH, is een verdere stijging van het aantal patiënten op de SEH desondanks voorkomen. Dit is vooral gelukt door ervoor te zorgen dat uitsluitend patiënten met een zorgvraag waarvoor een ziekenhuis noodzakelijk is, worden gezien op de SEH. De meeste patiënten worden dus behandeld in de eerste lijn bij de huisarts of HAP of zelfs telefonisch geholpen met advies. Dat betekent echter ook dat de mensen die daadwerkelijk terecht komen op een SEH, een steeds grotere zorgbehoefte hebben.

Nederland is met deze sterke positie van de eerste lijn in de acute zorg en goede verdeling tussen eerste- en tweedelijns zorg, een voorbeeld voor veel landen in Europa en zelfs wereldwijd. Ons systeem zorgt ervoor dat minder dan 10% van de patiënten met een acute zorgvraag worden doorverwezen voor aanvullende diagnostiek en behandeling op de SEH. Wij hebben dan ook per duizend inwoners een laag percentage patiënten dat op de SEH wordt gezien. Ook worden er op een SEH weinig patiënten gezien die geen tweedelijnszorg nodig hebben. Dit leidt er toe dat van de patiënten die op een SEH worden behandeld, een groot gedeelte moet worden opgenomen. De huidige manier van werken zorgt er al dus voor dat de patiënt de juiste zorg op de juiste plek ontvangt en dat is uiteindelijk het beste voor de patiënt.

## **Uitdaging**

Acute zorg is een domein waarin niet alleen maatschappelijke eisen, maar ook politieke opvattingen een rol spelen. Er is sprake van gefragmenteerde, soms conflicterende financiering en regelgeving. De visie en belangen tussen de diverse betrokkenen lopen sterk uiteen. De gemeenschappelijke uitdaging is echter dat we streven naar een situatie waarin de acute zorg toegankelijk en betaalbaar blijft, zonder dat concessies worden gedaan aan de kwaliteit en patiëntveiligheid.

### **1. Actuele thema's in de acute zorg zijn:**

- a. Overmatige drukte
- b. Personeelstekort
- c. Efficiëntie in de acute zorg
- d. Waarborgen kwaliteit
- e. Houtskoolschets acute zorg

### **2. Gesuggereerde verbeteringen:**

- a. Creëer 'spoedpleinen'
- b. Handreiking SEH
- c. Financiering op basis van populatiebesteding
- d. Erkenning SEH-arts
- e. Personeelsbeleid
- f. Accepteer overcapaciteit acute zorg
- g. Concentratie bij bewezen kwaliteitsverbetering
- h. Van ziektebeeld naar zorgvraag

# 1. Actuele thema's in de acute zorg

## a. Overmatige drukte

Een periode van overmatige drukte ('crowding') op een SEH betekent dat er zoveel patiënten tegelijk hulp nodig hebben, dat er niet voldoende middelen en personen voor aanwezig zijn. De oorzaak kan zijn onvoldoende opnameplaatsen op de SEH, niet voldoende verpleegkundigen of artsen of doordat radiologie, laboratorium of IC niet beschikbaar is. Als laatste kan het ook ontstaan door onvoldoende opnamecapaciteit in het ziekenhuis of zelfs in een verpleeghuis. Er zijn nog veel meer factoren mogelijk waardoor crowding kan ontstaan. Vaak gaat het hierbij om een piekbelasting in instroom, doorstroom of uitstroom. Het eenzijdig opschalen van één van de factoren leidt zelden tot een oplossing, afgezien van de vraag of de opschaling wel mogelijk is, omdat daar extra personeel en kosten mee zijn gemoeid.

Crowding heeft een bewezen negatief effect op de kwaliteit van zorg voor de patiënt. Het betekent hogere sterfte, extra kosten binnen én buiten het ziekenhuis en leidt tot slechtere werkomstandigheden voor SEH-medewerkers. Overmatige drukte bedreigt de kwaliteit en het 'vreet' aan het SEH-personeel.

## b. Personeelstekort

Er is een langdurig personeelstekort in de zorg, waarvan de oorzaken multifactorieel zijn; bijvoorbeeld dat er in Nederland door de



zeer lage werkloosheid in veel sectoren een tekort is. In de zorg is de instroom minder groot dan de behoefte en speelt het gemis aan erkenning in de steeds grotere en efficiëntere ziekenhuisorganisaties. De beleving is dat werkgevers in de zorg er niet in slagen om condities te scheppen waarin het personeel 'normaal hun werk kan doen'. Crowding en de hoge werkdruk die dat als gevolg heeft, is ook een belangrijke factor. Door de werkdruk ontstaan meer complicaties in het werk, het zorgt voor burn-outs met als gevolg een toename van de uitstroom van personeel. Het zo ontstane tekort versterkt op zijn beurt de werkdruk voor het overgebleven personeel. Een negatieve spiraal die duidelijk zichtbaar is op de SEH.

### **c. Efficiëntie in de acute zorg**

Het aantal SEH's is in de afgelopen 10 jaar met 20% afgenomen (van 103 naar 82). Ondanks deze afname is het aantal patiënten gelijk gebleven, wat een grotere druk heeft veroorzaakt op de overgebleven ziekenhuizen. Dit heeft geleid tot meer momenten van overmatige drukte en daarmee hogere werkdruk. Het is dan ook steeds meer de vraag of deze groeiende efficiëntie niet een nadelig gevolg heeft op de kwaliteit van zorg.

### **d. Beschrijving kwaliteit**

In de afgelopen jaren zijn er vele documenten en richtlijnen verschenen over de kwaliteitseisen in de acute zorg. Het recentste document is het Kwaliteitskader Spoedzorgketen. Dit kwaliteitskader is vastgesteld door een brede vertegenwoordiging van partijen in de acute zorg en is opgenomen in het register van het Zorginstituut. Het Kwaliteitskader Spoedzorgketen beschrijft hoe partijen in de zorg met elkaar willen samenwerken om iedere patiënt met een acute zorgvraag 24/7 spoedzorg van goede kwaliteit te bieden. Het Kwaliteitskader gaat over de samenwerking tussen ketenpartners en beschrijft de minimale vereisten voor de regionale organisatie van de spoedzorg.

De NVSHA constateert dat er ondanks dit document tot op heden geen vervolg is dat zich specifiek richt op de organisatie, bemensing en faciliteiten van de SEH. Een beschrijving en uniforme vastgestelde randvoorwaarden aan een SEH ontbreken dan ook tot op heden. Op basis van gesprekken met verschillende partijen lijkt er wel een behoefte te zijn aan een nadere invulling van de eisen c.q. verwach-

tingen door het zorgveld zelf. Zodat het voor patiënt en zorgverlener duidelijk is wat zij van een SEH mogen verwachten.

### **e. Houtskoolschets**

De minister van VWS heeft begin 2019 opdracht gegeven tot het maken van een 'houtskoolschets' voor de toekomstige acute zorg met als inzet het garanderen van de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van acute zorg voor iedereen. Volgens de minister moet de acute zorg 'meebewegen' met het oog op een toekomstbestendige inrichting van het zorglandschap. Hierbij vindt hij het van belang dat iedereen de zekerheid heeft en houdt over beschikbaarheid van acute zorg van de beste kwaliteit. Dag en nacht. Deze schets is in 2020 aan de Tweede Kamer aangeboden.

De houtskoolschets gaat voor een groot deel in op de uitwerking van bestaand beleid, zoals aandacht voor preventie, verbetering van de juiste routing van de patiënt met acute zorgvragen en betere samenwerking in de keten.

Het bevat ook een aantal nieuwe voorstellen:

- Integrale spoedposten
- Alle hoog complexe of levensbedreigende acute zorg concentreren
- Reductie van het aantal SEH's

Wij willen hierna ingaan op de zorgen die wij hebben bij een aantal voorstellen.

### ***Integrale spoedposten***

In de houtskoolschets wordt voorgesteld de meerderheid van de huidige SEH's om te vormen tot 'integrale spoedpost' door deze te fuseren met de huisartsenpost (HAP). Deze integrale spoedpost is een soort HAP+, waar dan laag complexe zorg kan worden geleverd. Het is nog niet geheel duidelijk wat de vereisten zullen zijn voor deze integrale spoedpost, maar in het voorstel worden de volgende mogelijkheden expliciet niet benoemd: de mogelijkheid van de opvang van instabiele patiënten, dag en nacht operatiecapaciteit, een intensive care of acute opnamecapaciteit.

Door de vorming van een integrale spoedpost zou de samenwerking tussen HAP en SEH worden verbroken, het unieke karakter van de eerste- en tweedelijns acute zorg wordt beëindigd en de kwaliteit van tweedelijns acute zorg niet langer geborgd. Hiermee wordt een aantal goede eigenschappen van het huidige systeem afgebroken, zonder dat er duidelijk is wat hiervoor terugkomt.

In de huidige situatie werken bijna overal de HAP en SEH nauw samen in een colocatie, elk vanuit de eigen expertise. Met de mogelijkheid tot laagdrempelig overleg en de mogelijkheid 'mee te kijken' zonder te verwijzen. Door de poortwachtersfunctie van de HAP wordt er pas doorgestuurd als er noodzaak is voor tweedelijnszorg. Hiermee wordt voor de patiënt onnodige diagnostiek en behandeling voorkomen: een goed voorbeeld van de juiste zorg op de juiste plek. Terwijl als er wel tweedelijns expertise noodzakelijk is, deze nu direct beschikbaar is door de nabijheid van de SEH. Dit is bij deze integrale spoedposten niet meer geborgd en het ziekenhuis hoeft ook niet toegerust te zijn op acute zorgvragen.

### ***Alle hoogcomplexen of levensbedreigende acute zorg concentreren***

Voor de patiënten die niet terecht kunnen bij deze integrale spoedposten, blijft er in de houtskoolschets een beperkt aantal SEH's over. De bedoeling is dat deze alleen nog hoog complexe en levensbedreigende acute zorg zien.

De splitsing in hoog- en laagcomplexen acute zorg doet geen recht aan de realiteit van de acute zorg en is ronduit gevaarlijk. Dit voorstel gaat ervan uit dat acute zorg zich op voorhand adequaat laat differentiëren tussen hoog- en laagcomplex. Hierbij wordt voorbijgegaan aan het gegeven dat het grootste volume acute zorg noch hoog- noch laagcomplexen acute zorg betreft, maar ongedifferentieerde acute zorg.

Binnen de acute zorg kan een onschuldig lijkende klacht een voorbode zijn van een snel verslechterende ernstige ziekte, terwijl een ernstige presentatie vaak onschuldig blijkt te zijn. Soms kan een ogenschijnlijk 'stabiele' patiënt in enkele ogenblikken veranderen in 'zeer instabiel'. En kan 'zeurende buikpijn' toch een hartinfarct blijken te zijn en kan een gebarsten buikslagader worden aangezien voor nierstenen. Maar 'acuut ontstane buikpijn met flauwvallen' kan ook op een onschuldige buikgriep berusten. Daarbij kan laagcomplexen acute zorg soms hoogcomplexen faciliteiten nodig hebben. Want een kind met een gebroken arm wordt als laagcomplex geregistreerd, maar als die arm moet worden recht gezet vergt 'goede zorg' dat dit onder een roesje gebeurt. Voor dat roesje zijn hoogcomplexen faciliteiten nodig, met name omdat - als er onverwachte complicaties optreden - onmiddellijk moet kunnen worden gehandeld.



Afgezien van de onduidelijkheid of een klacht hoog- of laagcomplex is, zou dit onderscheid maken (triage) in het huidige voorstel ook nog op afstand, bijvoorbeeld telefonisch, dienen te gebeuren. Telefonische triage is uiterst lastig, wij zien dagelijks op de HAP en de SEH patiënten waarbij de inschatting - telefonisch of zelfs fysiek - niet overeenkomt met de daadwerkelijke ernst van de klachten. Waarbij er in de huidige situatie dan altijd nog een volledig geoutilleerde SEH in de buurt is, zou dat in het geval van de integrale spoedpost niet meer het geval zijn.

### ***Reductie van het aantal SEH's***

Zonder dat dit in de houtskoolschets expliciet wordt benoemd, blijkt uit het voorstel dat er een aanzienlijke reductie zal plaatsvinden van het aantal SEH's. Het grootste deel zal namelijk opgaan in de nieuwe integrale spoedposten. In het document wordt gesuggereerd dat het aantal SEH's kan worden gereduceerd tot het aantal dottercentra. Dit zou betekenen dat er nog 30 SEH's overblijven in Nederland. Het zijn er nu 82, dus moeten er 50 SEH's worden gesloten.

Afgezien van de zorgen die er zijn over het ontbreken van een goed geoutilleerde SEH en ziekenhuis bij deze integrale spoedposten, is het ook nog de vraag of het gestelde doel van kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van acute zorg voor iedereen wel kan worden bereikt met deze reductie. Er ontbreekt namelijk wetenschappelijke onderbouwing dat een groter aantal patiënten de kwaliteit van de acute zorg op een SEH ten goede komt.

Met betrekking tot de financiële aspecten wijzen wij in dit verband op het standpunt van de Autoriteit Consument en Markt (ACM) die concludeert dat fusies en daarmee concentratie, de zorg juist duurder maken doordat het de keuzevrijheid van burgers en de noodzaak voor 'zinnige' zorg beperkt. Als laatste zal de bereikbaarheid voor burgers verminderen als er minder ziekenhuizen zijn waar een SEH aanwezig is. Hierbij is het ook de vraag of de lokale kennis niet verloren gaat over de keten waaruit spoedzorg bestaat, bijvoorbeeld de nuttige contacten met de lokale thuiszorg en huisartsen.





## 2. Gesuggereerde verbeteringen

Wij geven graag een aantal oplossingen voor de uitdagingen die er zijn in de acute zorg. Oplossingen waarvan wij denken dat ze, in tegenstelling tot de eerder genoemde voorstellen van de houtskoolschets, recht doen aan de dagelijkse complexe realiteit van de acute zorg. En waarbij het belang van maatschappij, patiënt en zorgmedewerker centraal staan.

### a. Spoedpleinen

Creëer 'spoedpleinen' waar naast een HAP en een volwaardige SEH, ook een apotheek, een crisisdienst, een thuiszorgwinkel, een eerstelijnsverblijf als ook het sociale domein aanwezig zijn. Verschillende organisaties op één plek dus die intensief samenwerken, ook buiten 'kantooruren'.

Deze spoedpleinen hebben de volgende voordelen:

- Door deze samenwerking wordt onnodige instroom in de acute keten voorkomen. Een deel van de presentaties op de HAP en SEH zijn het resultaat van mensen die geen hulp konden vinden buiten kantooruren voor hun acute vraag aan bijvoorbeeld de apotheek of thuiszorg en als enige optie de HAP of SEH hadden.
- Er treedt geen vermenging op van domeinen met het risico op onder- of overbehandeling. Ze worden fysiek bij elkaar gebracht en in hun kracht gezet. In deze opzet blijft het personeel in zijn eigen domein werken en zal het tijdens de diensten hetzelfde werk doen als tijdens de reguliere inzet. Het voorkomt de oprichting van



een volstrekt nieuwe entiteit waar personeel en de organisatie geen band heeft met de reguliere zorg. Een onwenselijke situatie die bij de voorgestelde integrale spoedpost wel te verwachten is. Als iedereen het werk doet waar hij voor is opgeleid en op toegerust is, verbetert dit niet alleen de kwaliteit, maar ook de kosten en de efficiëntie.

- De samenwerking in een spoedplein geeft de ruimte om de eerstelijns acute zorg maximaal efficiënt en toegankelijk in te richten. De lijnen zijn immers kort. Ook doet het personeel zijn eigen, vertrouwde werk. Daardoor wordt het interessanter en plezieriger om dienst te doen, met name ook voor huisartsen die vaak ervaren dat ze veel 'oneigenlijke taken' moeten uitvoeren tijdens hun diensten.
- Het spoedplein zorgt daarnaast dat er zorgcoördinatie op basis van lokale kennis kan plaatsvinden, dicht bij de patiënt. Dit concept is in tegenstelling met de ideeën over zorgcoördinatie in de houtscholechets die overwegend neigen naar regionale callcenters. Dat leidt tot locaties ver weg voor patiënt en zijn of haar familie en waar de hulpverleners elkaar niet kennen.

### **b. Handreiking SEH**

Zoals eerder opgemerkt, ontbreekt het op dit moment aan een eenduidig document over de vereisten voor de organisatie, bemensing en faciliteiten van een SEH.

In aanvulling op het Kwaliteitskader Spoedzorgketen en als basis voor de discussie toekomstige inrichting van de acute zorg, willen wij duidelijkheid creëren over waar een SEH precies aan moet voldoen om adequate spoedzorg te kunnen leveren. In deze handreiking SEH willen wij internationale standaarden en expertise vanuit het veld als uitgangspunten gebruiken. Het moet leiden tot een definitie van wat we in Nederland 'een goede spoedeisende hulp' vinden. De handreiking moet ingaan op de personele bezetting en de

vereiste faciliteiten voor een SEH die 24 uur per dag spoedzorg van hoge kwaliteit biedt en die tevens beschikbaar en betaalbaar is. De NVSHA is al begonnen met een opzet voor deze standaard, maar wil deze graag samen met andere partners verder uitbouwen.

### **c. Financiering op basis van populatiebekostiging**

De huidige bekostiging geeft een financiële prikkel tot het leveren van tweedelijns acute zorg en werpt een financiële drempel op voor het leveren van eerstelijns acute zorg. De eerste lijn is ingericht op basis van populatiebekostiging: meer zorg levert financieel niet meer op en wordt daardoor dus niet gestimuleerd. In de tweede lijn is het omgekeerde het geval: meer zorg geeft recht op meer vergoeding.

Bekostiging van de gehele acute zorg op basis van populatiebekostiging kan bijdragen aan het realiseren van een belangrijke doelstelling: de juiste zorg op de juiste plek. Populatiebekostiging zal leiden tot meer focus op kwaliteit. Bovendien zullen kostenbesparingen worden gerealiseerd door minder overdiagnostiek en meer aandacht voor zinnige zorg.

### **d. Erkenning SEH-arts**

De erkenning van de SEH-arts KNMG als medisch specialist en regisseur van de acute zorg is een belangrijke stap voorwaarts in de gewenste kwaliteitsslag. Het is van belang is dat één medisch specialisme zich volledig concentreert op de kwaliteit van de acute tweedelijns zorg. Daarmee wordt bevorderd dat patiënten de juiste zorg krijgen. Ook is erkenning van belang voor het versterken van de positie van de acute zorg binnen de ziekenhuizen.

Drieëndertig Europese landen erkennen 'spoedeisende geneeskunde' als medisch specialisme. In een aantal gevallen al tientallen jaren. Nederland bekleedt binnen Europa een uitzonderingspositie. Formele erkenning als specialisme maakt daar een einde aan, waardoor internationale uitwisseling van kennis en personen wordt vereenvoudigd. Erkenning betekent ook dat er meer mogelijkheden komen voor het realiseren van hoogstaand wetenschappelijk onderzoek waardoor de kennis binnen het domein acute zorg kan worden verdiept.

De NVSHA kreeg vorig jaar steun vanuit de Tweede Kamer. Kamerlid Joba van den Berg (CDA) stelde de volgende vraag aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport:

*'Is de minister bereid spoedeisende hulp artsen en intensivisten te erkennen als zelfstandig specialisme? Ze hebben tijdens de coronacrisis hun grote waarde laten zien'.*

De daaropvolgende motie werd met een grote meerderheid van stemmen door de Tweede Kamer aangenomen.

De NVSHA heeft dan ook op 12 november van 2020 de formele aanvraag tot erkenning van Spoedeisende Geneeskunde als medisch specialisme ingediend bij het College Geneeskundige Specialismen. Met de erkenning van de SEH-arts als medisch specialist, wordt een duidelijke en noodzakelijke domeinhouder gecreëerd die fungeert als aanspreekpunt binnen de acute tweedelijns zorg. Naast de inbreng van inhoudelijke spoedzorgkennis heeft deze specialist tevens

een regierol en geeft toekomstige innovaties vorm op basis van wetenschappelijk onderzoek en is er duidelijke aanspreekpartner voor de collega's binnen de gehele acute keten en voor beleidsmakers.

#### **e. Personeelstekort**

We kunnen opleiden wat we willen, maar als we de uitstroom niet verminderen, redden we het niet. De discussie rondom salaris is eenzijdig en doet geen recht aan de redenen waarom werknemers de zorg verlaten. Er zijn veel meer factoren. Voorbeelden zijn het ontbreken van kinderdagopvang op tijden dat er gewerkt wordt in de zorg (ochtend, avond en nacht), de bescherming tegen agressie van patiënten en bezoekers, voldoende faciliteiten voor voeding en rust met name in de avond- en nachtdiensten. Reduceren van crowding, mensen erkennen in de organisatie. Menselijke maat in organisatie behouden. Al deze punten zijn aanknopingspunten voor oplossingen.



#### **f. Accepteer overcapaciteit acute zorg**

Bereikbare en hoogwaardige acute zorg is noodzakelijk; er moet worden voorkomen dat er geen ruimte of personeel is voor een acuut zieke patiënt doordat de capaciteit tekort schiet.

De ernst van acute zorg is niet planbaar en er dient dan ook enige overcapaciteit te zijn zodat er voor acute zieke patiënten ruimte blijft. Dit zal inhouden dat er periodes van extreme drukte zijn, die worden afgewisseld met periodes van relatieve rust. Streven naar maximale efficiëntie kan ervoor zorgen dat de beschikbaarheid in het gedrang komt, door bijvoorbeeld het veelvuldig moeten sluiten van SEH's vanwege overmatige drukte.

Deze overcapaciteit is vergelijkbaar met hoe de brandweer is georganiseerd. Een heel grote brand die het nodig maakt om op volle kracht uit te rukken, komt niet zo vaak voor. Maar áls het een keer nodig is wil je op ze kunnen rekenen!

#### **g. Concentratie bij bewezen kwaliteitsverbetering**

Hoewel wij grote zorgen hebben over het concentreren van acute zorg, zijn er een aantal specifieke ziektebeelden waarbij concentratie wél bewezen voordelen heeft. Het gaat dan om hoog complexe zorg met laag volume zoals het geval is bij een hartaanval (hartinfarct) met verdenking van verstopping van de kransslagaderen, die geconcentreerd is in de dottercentra en grote trauma's (multitrauma) die naar de traumacentra gaan. Deze ziektebeelden betreffen echter een zeer klein deel (rond de 5%) van de acute zorg.

#### **h. Van ziektebeeld naar zorgvraag**

Op dit moment is de acute zorg georganiseerd rondom specifieke, hoog complexe, niet frequent voorkomende ziektebeelden. Een voorbeeld is een persoon met pijn op de borst. Als er een afwijking wordt gezien op het hartfilmpje die past bij een bepaald soort hartinfarct is er een duidelijk zorgpad met ambulance en dotterbehandeling. Echter bij de meeste patiënten is het beeld veel minder duidelijk. De symptomen van dezelfde pijn op de borst kunnen dan duiden op een longontsteking, een maagprobleem of toch een onschuldig probleem als een spierverrekking. Het is van groot belang dat er ongedifferentieerd wordt gekeken naar deze patiënt. Dan kan een adequate afweging worden gemaakt tussen voldoende, maar ook niet te veel diagnostiek. Probleem is dat vrijwel alle protocollen vanuit ziektebeelden zijn opgesteld. Dat leidt ertoe dat de patiënt eerst meerdere hulpverleners ziet voordat duiding wordt gegeven aan zijn klachten.

Concluderend is de visie van de NVSHA dat acute zorg vanuit de klacht van de patiënt moeten worden georganiseerd. Breed opgeleide generalisten - zoals SEH-artsen - zouden deze patiënten als eerste moeten opvangen en behandelen. Om vervolgens te borgen dat ze bij de juiste hulpverlener voor vervolgzorg komen.

## Nader contact

Het bestuur van de NVSHA is te allen tijde bereid uw vragen te beantwoorden.

U kunt ons bureau in Utrecht bereiken via [bureau@nvsha.nl](mailto:bureau@nvsha.nl) en als u het bestuur rechtstreeks wilt aanschrijven dan kan dat via [bestuur@nvsha.nl](mailto:bestuur@nvsha.nl)

Telefonisch zijn wij bereikbaar op 030 – 6868 763.