



Betreft: Actuele versie reactie NVSHA op beleidsagenda toekomstbestendige acute zorg

Kenmerk: 3439843-1035494-CZ

Utrecht, 3 november 2022

Geachte Kamerlid,

Met veel interesse heeft de Nederlandse Vereniging van Spoedeisende Hulp Artsen (NVSHA) de Beleidsagenda gelezen die minister Kuipers op 3 oktober naar de Tweede Kamer heeft gestuurd. De NVSHA zet zich in voor de bevordering en borging van de kwaliteit van de spoedeisende geneeskunde, de belangen van patiënten met een spoedeisende zorgvraag en de vertegenwoordiging van de bijna 700 SEH-artsen KNMG en 200 andere leden. Onze leden werken dag en nacht in het hart van de acute zorg en weten als geen ander wat er speelt.

Wij constateren dat er op dit moment knelpunten spelen in de acute zorg die de toegankelijkheid en kwaliteit van acute zorg onder druk zetten. Deze knelpunten bestonden al voor de corona crisis, maar zijn tijdens die periode toegenomen.

- **Crowding** (overmatige drukte) is een situatie waarbij de behoefte aan spoedeisende hulp de hoeveelheid beschikbare middelen voor patiëntenzorg op de Spoedeisendehulp-afdeling (SEH), het ziekenhuis of beide overschrijdt. Crowding heeft een bewezen negatieve invloed op de kwaliteit van zorg en brengt een verhoogd risico op overlijden met zich mee. Daarnaast zorgt het voor een toename van de werkdruk.
- **Personeelstekort**, waardoor de werkdruk hoger wordt en er meer uitstroom is van gekwalificeerd personeel. Dit leidt tot (tijdelijke) sluitingen van SEH's. Dit alles staat in nauw verband met een overbelasting van de eerste lijn (huisartsenpraktijken en -posten) wat op zijn beurt meer druk op de overgebleven hulpverleners tot gevolg heeft.
- **Wisselende continuïteit van (acute) zorg**. Door het toenemend ontbreken of verlies van een vaste huisarts of vaste behandelaar, welke het gevolg is van een personeelstekort of reorganisatie van zorg. Maar ook omdat in de avond, nacht en weekenden (ANW) het sociaal domein niet bereikbaar blijkt. Denk hierbij aan de langdurige GGZ, maatschappelijk werk, wijkzorg en/of andere hulpinstanties. Hierdoor nemen mensen bij vragen over hun (chronische) klachten of lichamelijke klachten veroorzaakt door niet-medisch oorzaken steeds vaker contact op met de dan beschikbare acute zorginstellingen: HAP, SEH of 112.

Reactie op de Beleidsagenda:

In de Beleidsagenda zien wij dat de minister enkele van deze knelpunten wil adresseren. Daarnaast zijn we tevreden over het feit dat een aantal - eerder door ons aangedragen - punten van kritiek op vorige kamerbrieven zijn aangepast. Het gaat bijvoorbeeld om:

- Beleid baseren op wetenschappelijke data;
- Aandacht voor het verbeteren van de kwaliteit van acute zorg op basis van data en onderzoek;
- Inzetten op het verzamelen van data via de Netherlands Emergency department Evaluation Database (NEED);
- Verbeteren van gegevensuitwisseling;
- Inzetten op een beschikbaar en actueel inzicht van (beschikbare) zorgcapaciteit.

Dit gezegd hebbende, willen wij wel onderstrepen dat er enkele grote zorgen bestaan over de inhoud en inrichting van de gepresenteerde Beleidsagenda, die wij graag (opnieuw) onder de aandacht brengen. Wij vinden dat voor het verbeteren van de acute zorg er aandacht dient te zijn voor: toegankelijkheid, betaalbaarheid, duurzaamheid en kwaliteit.

1. *Visie.* Wij missen een overkoepelende visie op de actuele problemen in de acute zorg. De focus lijkt te liggen op hoog complexe laag volume zorg, concentratie in het algemeen en patiënten die per ambulance naar een SEH worden vervoerd. Aangezien deze focus slechts relevant is voor een minderheid van de patiënten die zich presenteert op een spoedeisende hulp, vragen wij ons af in hoeverre dit bijdraagt aan het oplossen van de actuele problematiek. Wij missen concrete stappen over hoe de problemen op het gebied van gegevensuitwisseling, personeelsbeleid, overmatige drukte, toegankelijkheid van zorg of de wisselende kwaliteit gaan worden aangepakt. Dit is extra bezwaarlijk omdat een deel van de voorgestelde oplossingen al lang op de agenda staan, maar niet worden geïmplementeerd of niet het gewenste resultaat lijken te hebben.
2. *Concentratie van zorg is een complexe afweging.* Uit onderzoek blijkt dat voor 5% van de acute zorg concentratie en schaalvergroting een duidelijk kwaliteitsvoordeel biedt. Het gaat daarbij om de hoog complexe laag volume zorg zoals hartinfarcten, beroertes, gescheurde buikslagaders (aneurysma) en meervoudig gewonde patiënten na een ongeluk (multitrauma's). Opvallend is dat bij deze aandoeningen vaak niet wordt gekozen voor de wetenschappelijk optimale schaal. Dit blijkt onder andere uit de norm voor de multitraumazorg. Enkele jaren geleden constateerden traumachirurgen op basis van internationaal onderzoek dat het optimale aantal ernstig gewonde patiënten voor traumacentra tussen de 800 - 1200 per jaar is. De formele norm in Nederland is op dit moment 240 patiënten per jaar, een norm die niet door elk centrum wordt behaald.

Echter, voor de overige 95% van de patiënten met een acute zorgvraag zijn er geen kwaliteitsvoordelen voor concentratie van zorg aangetoond. Het gaat dan om patiënten met een ongedifferentieerde hulpvraag, zoals bloedvergiftiging (sepsis), benauwdheid, koorts of buikpijn. Zorg dichtbij is dan effectief, zodat er bij de geboden (vervolg)zorg ook gebruik kan worden gemaakt van lokale kennis. Een voorbeeld hiervan is een patiënt die een nieuwe zorgvraag heeft bij een reeds bekende chronische aandoening of een situatie waarbij er verslechtering is van een al bekend ziektebeeld. Dan is continuïteit van zorg belangrijk en afstemming met de eigen behandelaars in de nabije omgeving essentieel.

In Denemarken is er in 2007 voor gekozen om het aantal SEH's te halveren. Uit recent onderzoek naar de invloed op sterfte blijkt dat voor de hoog complexe laag volume zorg de kwaliteit is verbeterd. Echter, voor de overige zorg gaf deze reductie een vermindering van de toegankelijkheid van acute zorg, geen verbetering van de sterfte tijdens opname en de trend van 30 dagen sterfte na opname is negatief beïnvloed.

Zoals eveneens benoemd in de beleidsagenda zal het concentreren van acute zorg leiden tot langere reistijden voor zorgpersoneel en zodoende mogelijk (nog) meer uitstroom van personeel. Juist deze uitstroom dient te worden voorkomen, met name als de kwaliteitsvoordelen van concentratie niet voldoende kunnen worden onderbouwd.

3. *SEH als motor van het ziekenhuis.* Een SEH is geen op zichzelf staande afdeling, maar een integraal onderdeel van de zorg die een ziekenhuis levert.

Het personeel en faciliteiten die nodig zijn voor de SEH en geboortezorg, zijn ook van levensbelang voor een plotselinge verslechtering van de gezondheid van een (opgenomen) patiënt, te weten faciliteiten als- laboratorium, röntgenafdeling, operatiekamer en -team, intensive care. Personeel van de deze ondersteunende afdelingen vervullen vaak een dubbelfunctie voor de opgenomen patiënten en acute afdelingen als de SEH & geboortezorg. Bijvoorbeeld de arts-assistent die er 's nachts is voor de opgenomen patiënten, is tevens lid van het SEH-team. Het sluiten van de SEH betekent dus zeker niet dat deze ondersteunende faciliteiten vervolgens óók afgeschaald kunnen worden. Het effect van een SEH-sluiting in de nacht is derhalve onbekend en mogelijk zelfs negatief.

Voor een ziekenhuis betekent het hebben van een SEH een effectieve inzet van mensen en middelen. Immers, ook zonder een afdeling SEH of geboortezorg moeten de genoemde faciliteiten en personeel aanwezig zijn. Ze hebben echter bij sluiting een minder groot aanbod van patiënten waardoor ze minder effectief worden ingezet. Dat geldt zeker ook voor ziekenhuizen met een kleiner patiëntenaanbod waar het aantal dubbelfuncties veelal groter is.

4. *Toegankelijkheid van zorg.* In de acute zorg zien we dat een groot deel van de patiënten kwetsbaar is vanwege hun gezondheid, sociaaleconomische status, leeftijd of een combinatie van (deze drie) factoren. De SEH-afdelingen zijn een integraal

onderdeel van de acute zorgketen in een regio. Voor patiënten én familie die vanwege hun lichamelijke of financiële toestand niet in staat zijn grote afstanden te reizen, is de nabijheid van een SEH van vitaal belang. Het bepaalt de toegang tot de zorg. In 2020 stelde de Raad voor Volksgezondheid & Samenleving in zijn gevraagde advies van 'deelbelangen naar gedeeld belang' aan de Tweede Kamer dat de toegankelijkheid van acute zorg structureel beter gewaarborgd moet worden. Zij gaven aan dat 'het evenwicht tussen de borging van de publieke waarden kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid in de acute zorg ontbreekt.'

Het argument dat ambulances steeds meer mogelijkheden hebben en dat langere transportafstanden dus minder relevant zijn, gaat voorbij aan de dagelijkse realiteit. Er is al langere tijd een tekort aan ambulance professionals. Ook kwam in 2019 bijna driekwart (72%) van de patiënten op eigen gelegenheid naar de SEH en maar 28% via de ambulance. Toegankelijkheid met eigen vervoer of OV is belangrijker dan de ambulance aanrijtijd voor veel patiënten. Zowel patiënten die met de ambulance of andere vervoer komen, zijn in meer dan de helft van de gevallen eerst gezien door een (eigen) huisarts. Voor die huisarts zorgt de nabijheid van adequate acute zorg voor continuïteit in zijn zorg en maakt afstemming met een specialist makkelijker. Dit voorkomt opschaling van zorg naar de tweedelijns en verbetert de kwaliteit van zorg. Grotere afstanden bemoeilijken dit.

5. *Continuïteit van zorg.* Van huisartsenzorg weten we dat continuïteit van zorg, met een vaste behandelaar, opschaling van zorg voorkomt, de levensverwachting positief beïnvloedt en onnodige instroom in de acute zorg beperkt. Het is waarschijnlijk dat dit ook geldt voor de andere zorg in het ziekenhuis: als de eigen cardioloog iemand met herhaalde pijn op de borst gerust kan stellen, hoeft er niet een cardiale screening te worden gedaan overgedaan, wat een dokter die de patiënt niet kent wel zal doen. Middels betere gegevensuitwisseling zal dit ook niet veranderen.

In de beleidsagenda schrijft de minister positief over de resultaten die behaald kunnen worden door inzet van zorgcoördinatie. Uit het eindrapport van de recente pilots bleek geen positief effect van zorgcoördinatiecentra. Juist lokale samenwerking en elkaar kennen (continuïteit) verbeterde in deze pilots het leveren van de 'juiste zorg op juiste plek'.

De resultaten van deze pilots komen overeen met de onderzoeken over zorgcoördinatiecentra in onze buurlanden. In Engeland bleek dat zorgcoördinatiecentra een toename van acute zorg gaven (<https://lnkd.in/ezvAGk97>) en in Denemarken gaf het centraal triëren van huisartsenzorg een grotere toestroom naar de SEH (<https://lnkd.in/e-tuUEj2>). De toegevoegde waarde van zorgcoördinatie zal dan ook vooral zijn het coördineren van opname mogelijkheden op verzoek van hulpverleners, maar ook het stimuleren dat de zorgverleners dicht bij de patiënt elkaar leren kennen en gebruik maken van elkaars expertise zonder te veel administratie of door het creëren van nieuwe tussenlagen zoals regionale coördinatiecentra.

6. *Verminderen administratieve lasten*: Bijna 40% van de werktijd van een zorgmedewerker wordt momenteel besteed aan administratie en komt dus niet direct aan de patiënt ten goede. Het verminderen hiervan, met name door regelgeving die het wantrouwen en de controledrang (zowel vanuit extern als vanuit de zorg zelf) vermindert, moet snel worden ingevoerd. Dit is dan ook een deel van de oplossing voor het personeelstekort.

Structurele verbeteringen in de acute zorg

Naast de bovenstaande aandachtspunten denken wij dat de volgende punten van belang zijn om knelpunten op te lossen en zo tot structurele verbeteringen in de acute zorg te komen:

- a. Richtinggevend normenkaders voor de SEH opstellen waarmee richting wordt gegeven aan het borgen van kwaliteit; een leidraad SEH.
- b. Verplichten landelijke dataregistratie middels de 'NEED' voor het monitoren en spiegelen van kwaliteit in de acute zorg, alsmede het verzamelen van objectieve data voor beleidsvorming.
- c. Zet de juiste mensen op de juiste plek. Herken het belang van de SEH-verpleegkundige en erken de SEH-arts als medisch specialist.
- d. 'Spoedpleinen' verder uitwerken: breng HAP, SEH, apotheek, wijkzorg, GGZ en aandacht voor het sociale domein op een plek bijeen. Hierbij is het belangrijk om aandacht te hebben voor de optimale schaal en samenwerking. Uit recent onderzoek blijkt dat te veel integratie van HAP en SEH kan leiden tot een toename van zorgconsumptie (zie onderzoek Gaakeer et al). Het adagium zou moeten zijn 'samen, apart'.
- e. Inzetten op een bekostigingssystematiek die kwaliteit, spreiding, toegankelijkheid stimuleert en die overdiagnostiek en overbehandeling tegenwerkt. Hierbij is van belang dat er een duurzaam bestaansrecht en stabiele financiering voor de gehele organisatie wordt gecreëerd die recht doet aan de factoren voor goede acute zorg. Voorbeeld zou zijn dat elk ziekenhuis een vaste beschikbaarheidsbijdrage ontvangt als een SEH voldoet aan het kwaliteitskader en een nog af te spreken richtinggevend normen document voor de SEH. Deze bijdrage zou bijvoorbeeld kunnen worden gebaseerd op de vooraf gedefinieerde minimale hoeveelheid SEH-personeel (SEH-verpleegkundigen en SEH-artsen) en infrastructuur.
- f. Investeer in een sterke eerstelijns met vaste huisartsen en borg continuïteit van zorg in de tweede lijn.
- g. Dwingende regelgeving voor uniforme gegevensuitwisseling, zowel voor de implementatie door zorgverleners als voor leveranciers voor het ontsluiten van de data en dit zonder extra kosten.

- h. Duurzaam personeelsbeleid moet gericht zijn op de mens en met harde, toetsbare afspraken in de CAO. Maar laat deze afspraken ook terugkomen in afspraken vanuit de zorgverzekeraar, bijvoorbeeld door burn-out percentage als uitkomstmaat op te nemen in de contractering. Of toetsbaar agressiebeleid.

Leidt voldoende mensen op zodat duurzame roostering mogelijk is en neem dit mee in de ramingen. Deze ramingen zijn nu structureel te laag voor de groeiende beroepen in de acute zorg en de toekomstige uitdagingen.

- i. ‘Niet alles wat kan, dat moet’. Ook in de acute zorg dient de gezondheid van de patiënt centraal te staan en niet het creëren van zorg. Dit kan worden bereikt door in richtlijnen en protocollen gezondheidswinst als primaire uitkomst te nemen en minder te neigen naar het voorkomen van risico. Maar ook door bij gesubsidieerd onderzoek patiënt-gecentreerde-uitkomstmaten centraal te stellen.
- j. Toegankelijkheid van zorg centraal te stellen in beleid en als factor van kwaliteit – conform het advies van de RvS ‘van deelbelangen naar gedeeld belang’ uit 2020.
- k. De NVSHA dient partij te zijn bij de landelijke klankbordgroep acute zorg.

Met bovenstaande hopen we de kwaliteit binnen de acute zorg te verbeteren, zowel nu als op de lange termijn. Mochten er nog vragen zijn, dan lichten we ons standpunt graag verder toe.

Met vriendelijke groet,

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'David Baden', with a small dot at the end.

David Baden
Voorzitter NVSHA