



Betreft: Brief 'Toekomstbestendige acute zorg' – 22 februari 2022  
Kenmerk: 3325866-1025267-CZ

Utrecht, 23 februari 2022

Geachte Kamerlid,

Op 22 februari 2022 heeft minister Kuipers een brief verstuurd naar de Tweede Kamer over zijn visie op de acute zorg. Als Nederlandse Vereniging van Spoedeisende Hulp Artsen (NVSHA) zijn wij verheugd dat de acute zorg de aandacht heeft van de minister. In de brief blijkt de minister kennis te hebben genomen van de oplossingen die de NVSHA in het verleden heeft aangedragen. De NVSHA is van mening dat hiermee een richting wordt ingezet in het oplossen van de problemen die er al lange tijd zijn in de acute zorg. Problemen die door corona extra zichtbaar zijn geworden.

Wij hebben de brief van de minister met interesse gelezen. Een aantal onderwerpen spreekt ons als professionals vanuit zowel de praktijk als theoretische kennis aan. Bij een aantal onderwerpen en elementen is enige nuancering of aanscherping op zijn plaats. De praktijk is – en dat wordt door onderzoek gestaafd - anders dan de theorie.

In deze reactie gaan wij in op de probleemanalyse, de voorgestelde oplossingen en de mogelijkheden die de NVSHA ziet.

#### Huidige situatie

Wereldwijd wordt met jaloezie gekeken naar de acute zorg in Nederland en naar ons systeem van eerste en tweede lijn zorg. Dat komt onder andere door een gemiddeld zeer laag percentage zelfverwijzers van onder de 5% op de spoedeisendehulp (SEH) of een opnamepercentage van 40% wat hoog is vergeleken met de ons omringende landen. Ons systeem van eerste- en tweede lijn zorgt ervoor dat minder dan 20% van de patiënten met een acute zorgvraag wordt doorverwezen voor aanvullende diagnostiek en behandeling op een SEH, zelfs in de nachten of weekenden. Dit terwijl in Engeland bijna alle acute zorg vragen op de SEH worden gezien. In Nederland zien we in vergelijking met het Europees gemiddelde erg weinig patiënten per 1000 inwoners op de SEH.

Het aantal SEH's per inwoner is vergelijkbaar of zelfs lager dan in landen als Denemarken, Duitsland of België. Bovendien lukt het ons om het aantal oudere patiënten in de acute zorg minder te laten groeien dan je op basis van de demografische ontwikkeling zou verwachten. Dit wordt zichtbaar in de cijfers van de laatste monitor acute zorg van de NZA.

De acute zorg is organisatorisch de laatste jaren ingrijpend veranderd. We zagen dat er fusies plaatsvonden en dat ziekenhuizen samengingen. Als gevolg daarvan is het aantal ziekenhuizen en SEH's in de afgelopen 10 jaar met 20% afgenomen. Om precies te zijn van 103 naar 82. Deze afname van het aantal SEH's heeft niet geleid tot een afname van de aantallen patiënten in de acute zorg. Het aantal is gelijk gebleven, wat een grotere druk heeft veroorzaakt op de overgebleven ziekenhuizen.

Een SEH is in de organisatie van een ziekenhuis niet een op zichzelf staande afdeling, maar een integraal en essentieel onderdeel van de totale zorg die een ziekenhuis levert. Ongeveer 30-40% van de inkomsten van een ziekenhuis zijn te herleiden tot de SEH. Voor de ligdagen geldt dat 60% van de

patiënten wordt opgenomen via de SEH en afdeling interne geneeskunde is dat zelfs meer dan 90%. Een ziekenhuis zonder een volledig geoutilleerde SEH is dan ook als een auto zonder motor: technisch mogelijk, maar niet erg functioneel.

### Probleemanalyse

De gemeenschappelijke uitdaging is naar onze mening te streven naar een situatie waarin voor de acute zorg de toegankelijkheid, betaalbaarheid en de kwaliteit van zorg geborgd zijn. Vanuit de NVSHA zien we voor de komende jaren de volgende uitdagingen.

1. Toenemende overmatige drukte (crowding). Crowding is een situatie waarbij de behoefte aan spoedeisende hulp de hoeveelheid beschikbare middelen voor patiëntenzorg op de spoedeisende-hulpafdeling, het ziekenhuis of beide overschrijdt. Crowding heeft een bewezen negatieve invloed op de kwaliteit van zorg, zorgt voor een verhoogd risico op overlijden en zorgt voor een toename van werkdruk bij het personeel. Crowding heeft te maken met instroom, doorstroom en uitstroom, allemaal factoren die veroorzaakt worden door de gehele keten van zorg. Toenemende crowding is geen SEH falen, maar een systeem falen.
2. Stijgend personeelstekort. Het tekort is ondanks meer werknemers in de zorg groter geworden. Dit zorgt voor een stijgende werkdruk. In combinatie met een historisch lage werkloosheid is dit niet makkelijk op te lossen.
3. Stijgende kosten van de zorg. De stijging van zorgkosten is sneller dan die van de begroting. Dit zorgt er dan ook voor dat er jaarlijks een groter deel van de Rijksbegroting wordt uitgegeven aan zorg. Het is echter onduidelijk welk deel van de zorgkosten de acute zorg betreffen. Ondanks deze onduidelijkheid zal ook de acute zorg kritisch moeten zijn op verdere kostenstijgingen en deze moeten zien te beperken.
4. De noodzaak voor duurzaamheid, ook in de acute zorg. Ongeveer 7% van de CO2 uitstoot in Nederland is te herleiden tot de zorg. Omdat in de acute zorg doorgaans veel middelen worden gebruikt, draagt die zeker bij aan de uitstoot.

### Voorgestelde visie

- A. De acute zorg kan niet zonder samenwerking. Het gaat doorgaans om potentieel hoog complexe zorg waarbij uitkomst van tevoren niet altijd in te schatten is. Om voor de patiënt tot het beste resultaat te komen, zijn vaak veel verschillende expertises nodig. De acute zorg is bij uitstek ketenzorg. We delen dan ook de mening dat het bevorderen van samenwerking belangrijk is.
- B. Het doel van de NVSHA is het bevorderen van een gelijkwaardige, hoge kwaliteit van zorg op alle spoedeisende hulp afdelingen van de Nederlandse ziekenhuizen. Wij zijn dan ook zeer verheugd dat de minister hierop wil inzetten. Wat ons betreft zou een goed voorbeeld hiervan kunnen zijn het ondersteunen van de NVSHA bij het creëren van een 'leidraad SEH'. Een concept wordt nu al besproken met verschillende partijen. De leidraad geeft kaders aan vanuit het werkveld wat de juiste faciliteiten, bemensing en personeel van een SEH is om optimale acute zorg te kunnen bieden. Het moet namelijk voor burger, patiënt en hulpverlener duidelijk zijn wat hij van een plek waar tweedelijns acute zorg (niet zijnde een HAP) kan verwachten.
- C. Personeelsgebrek blijft een uitdaging in een tijd van krappe arbeidsmarkt. Hierbij speelt in de zorg juist mee dat er een hoge piekwerkdruk is, mensen een duidelijk beroepstrots hebben, en een zeer hoog arbeidsethos. Deze factoren maken dat het risico op overbelasting groot is. Personeel in de zorg dient daarom ook hiertegen te worden beschermd. De nadruk

voortdurend leggen op het belang van het vergroten van efficiëntie en flexibiliteit heeft in het verleden negatieve invloed gehad en de uitstroom van personeel vergroot. Medewerkers constateren dat er nauwelijks momenten van rust zijn en dat ze zich niet verbonden voelen met een team of werkplek. Overmatige efficiency denken verhoogt de werkdruk en drukt de menselijk maat naar de achtergrond. Dat dit een negatief effect heeft op de patiëntenzorg spreekt voor zich.

De NVSHA is van mening dat dat de nadruk niet overwegend op efficiëntie moet liggen bij de inzet van personeel, maar op de mens die het werk uitvoert. Naast de adviezen van de SER en de WRR in de recente rapporten over de zorg over salaris, moet er aandacht komen voor de andere punten uit die rapporten. Zoals een veilige werkomgeving, het mogelijk maken van het werken in wisselende diensten, zorg voor inhoudelijke verdieping en een vermindering van de administratieve lasten. Hierin is het ook belangrijk om kritisch te zijn op de zorg zelf, aangezien daar ook een drang bestaat voor het creëren van nieuwe administratieve taken.

Opvallend is dat de minister een voorbeeld noemt uit de regio Nijmegen die nog alleen infomeel is besproken en waarbij het ging om idee vorming. Het is nog niet in detail uitgewerkt en onduidelijk is of het daadwerkelijk een voordeel biedt voor patiënt en personeel.

- D. Het delen van data in de breedste zin is ook voor de NVSHA een belangrijk aandachtspunt. In een project als 'Met spoed beschikbaar' wordt digitale uitwisseling van gegevens mogelijk gemaakt. Helaas lijkt het vanwege financiële keuzen voortijdig te worden afgeschaald.

Veel beleid in de zorg wordt gemaakt op basis van aannames door het ontbreken van de juiste data. Een bredere en betere registratie verdient dan ook zeker de aandacht. Er is data nodig over de kosten van de acute zorg, data over patiënt-karakteristieken, logistieke processen en uitkomsten van zorg. Zonder betrouwbare data is het lastig om interventies te monitoren of knelpunten te identificeren. Het automatisch laten registreren van een minimale dataset zou een eis dienen te zijn voor het mogen leveren van acute zorg. Daardoor is het dan ook mogelijk zijn om met spiegelinformatie 'best-practices' te identificeren. Goede kandidaat hiervoor is de onafhankelijke NEED-database waarvan de uitrol nu in bijna 15 ziekenhuizen heeft plaatsgevonden. Helaas gaat deze uitrol niet zo snel als wij wenselijk achten.

- E. Zorgcoördinatie bestaat uit twee delen, waarbij er een deel is wat tussen de patiënt en zorgverleners (primair), maar ook een deel wat tussen zorgverleners plaatsvindt (secundair). Aan secundaire zorg coördinatie is in de acute zorg al jaren grote behoefte. Een goed voorbeeld hiervan is hoe de Omring met het Dijklanderziekenhuis in Hoorn samenwerkt, waarbij er een mooie samenwerking is tussen tweedelijnszorg en wijkzorg. Dit wordt bereikt door een centraal telefoonnummer waar al deze organisaties bereikbaar zijn voor hulpverleners. Hierdoor worden onnodige opnames voorkomen en de patiënt krijgt zorg dichtbij als dat mogelijk is. Het opschalen van dit voorbeeld blijkt echter complex. Wij denken dat hier meer aandacht voor nodig is, waarbij ook partijen worden gestimuleerd om in de keten te denken.

Primaire zorg coördinatie wordt door verschillende ambulance regio's een pilot meegedaan. Waarbij zowel patiënten als zorgaanbieders vaak niet de direct urgentie of voordelen zien. In

de voorlopige rapportages lijkt de gemeenschappelijk centrale triage van patiënten in regionale centrales weinig positief effect te hebben. Deze uitkomst was gezien de al goede resultaten van de huidige triage op HAP en meldkamer niveau niet direct te verwachten. Uit onderzoek blijkt namelijk dat van tevoren 90% van de patiënten op de goede plek komt, maar pas na onderzoek op HAP of SEH blijkt dat de ernst verkeerd is ingeschat, maar dat achteraf is vaak makkelijk praten. Meer triage zal dit niet verbeteren, dat is nu eenmaal de onzekerheid die hoort bij acute zorg. Een 'zeurende buikpijn' kan een hartinfarct blijken te zijn en een gebarsten buikslagader kan zich presenteren als nierstenen. Maar 'acuut ontstane buikpijn met flauwvallen' kan ook op een onschuldige buikgriep wijzen. Dat de resultaten van primaire zorgcoördinatie tegenvallen komt ook overeen met de uitkomsten van onderzoek naar integratie van de triage van HAP en SEH. Bij deze integratie wordt een stijging gezien van doorverwijzing - en daarmee van zorggebruik - zonder dat het leidt tot een verbetering van kwaliteit van zorg. Goed samenwerken is dus ook het behoud van generalistisch of juist specifieke kennis van de verschillende professionals in de keten.

- F. Medisch inhoudelijk en organisatorisch succesvol is de concentratie geweest van hoog complexe-laag volume zorg bij duidelijk gedefinieerde patiëntengroepen. Denk aan het acute hartinfarct en de dotterprocedure (PCI), aneurysma-operaties, multitraumazorg en intra-arteriële trombolysen bij een beroerte. Wij willen hierbij aantekenen dat dit gaat om 5% van de totale acute ziekenhuiszorg. In deze groep hoog complexe zorg blijven er uitdagingen zoals is te zien bij de multitraumazorg dat ongeveer 6% van de totale traumazorg behelst. Daar blijkt dat patiënten met een multitrauma die in een traumacentrum komen betere uitkomsten van zorg hebben. De pre-hospitale triage door zowel meldkamer als ambulance professional, maar ook de verdeling tussen ziekenhuizen blijkt complex waardoor na 20 jaar nog steeds 25-40% van de multitrauma patiënten in een niet-traumacentrum terecht komen. Dit maakt dat het ook voor de SEH's zonder traumacentrum-functie van belang blijft dat er voldoende expertise en faciliteiten aanwezig zijn om deze groep patiënten op te vangen. En dan blijkt dat ook in de niet-traumacentrum nog steeds zeer goede zorg wordt geleverd in de groep 'gemiste' patiënten. Ook bij een acuut hartinfarct, gescheurd aneurysma of een indicatie voor intra-arteriële trombolysen blijkt de triage zeker niet voor 100% adequaat en blijft er ook in andere ziekenhuizen een brede kennis noodzakelijk.

Voor de andere 95% van de SEH-patiënten, de meer hoog volume-goede tweedelijns acute zorg, is niet aangetoond dat de kwaliteit beter wordt van concentratie. Al helemaal niet als het gaat om ongedifferentieerde ziektebeelden zoals flauwvallen, pijn op de borst, buikpijn, infecties, hoesten of kneuzingen/breuken. Dit terwijl de diagnostiek en behandeling van deze ziektebeelden het wel noodzakelijke maken dat er een volledige geoutilleerd SEH is, want het ziektebeeld kan onverwachts ernstiger zijn dan aanvankelijk werd aangenomen.

Concluderend denken wij dat de minister een goede stap heeft gezet met het formuleren van zijn visie op de acute zorg, maar dat juist in de uitwerking het belangrijk is om gebruik te maken van de kennis van SEH-professionals op de werkvloer. Mede omdat er de laatste 20 jaar vooral is ingezet op orderings-oplossingen, terwijl de échte oplossingen naar het oordeel van de NVSHA juist in het medisch inhoudelijk domein te vinden zijn.

Wij denken dan ook dat de volgende punten van belang zijn om knelpunten op te lossen en zo tot structurele verbeteringen in de acute zorg te komen.

1. Richtinggevend kaders voor de SEH; een leidraad SEH.
2. Landelijke dataregistratie voor het monitoren en spiegelen van kwaliteit.
3. Zet de juiste mensen op de juiste plek. Erken het belang van de SEH-verpleegkundige en erken de SEH-arts als medisch specialist.
4. Spoedpleinen, breng HAP, SEH, apotheek, wijkzorg, GGZ en sociale domein op een fysieke plek bijeen. Zorg dicht bij de patiënt als het kan, geconcentreerd alleen als het moet.
5. Ondersteun projecten voor uniforme gegevensuitwisseling.
6. Personeelsbeleid moet gericht zijn op de mens.
7. Doe niet wat kan, maar wat moet! Ook in de acute zorg dient de gezondheid van de patiënt centraal te staan en niet het produceren van zoveel mogelijk zorg.

Mochten er vragen zijn dan lichten wij die uiteraard graag 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