



Betreft: Reactie NVSHA op besluit landelijke inrichting zorgcoördinatie

Utrecht, 15-5-2023

Geacht lezer,

In deze reactie gaat de Nederlandse Vereniging van Spoedeisende Hulpartsen (NVSHA) in op het besluit van 12 mei 2023 van de minister m.b.t. de inrichting van zorgcoördinatie.

De NVSHA kan zich volledig vinden in de verwoording van het doel van zorg coördinatie in de brief van de minister van 10 mei 2022: *'patiënten met een spoedzorgvraag worden snel geholpen en krijgen op de juiste plek de juiste zorg, dat er beter zicht en sturing is op capaciteit in de regio, 'crowding' wordt voorkomen en de doorstroom van patiënten in de acute zorgketen verbeterd'*. Deze passage is ons uit het hart gegrepen.

Begin 2022 (brief – 22 februari 2022 en 10 mei 2022) is er door de minister aan vijf partijen opdracht gegeven om de bovenstaande doelstelling uit te werken. Dat zijn het Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ), Ambulancezorg Nederland (AZN), Zorgverzekeraars Nederland (ZN), InEen en Actiz. Dit heeft geleid tot een adviesrapport – 'het perspectief voor toekomstbestendige acute zorg'- waarin zij hun visie op en advies over de invulling van zorgcoördinatie hebben uitgewerkt.

In dat proces hebben geïnteresseerden vanuit andere partijen uit de acute zorg in klankbordgroepen suggesties kunnen doen. De NVSHA heeft hier meerdere malen gebruik van gemaakt, maar ziet haar inhoudelijke aanmerkingen op de aannames gedaan in het besluitvormingsproces niet terug in het adviesrapport. Een voorbeeld is dat in de eindrapportage van de pilots – helaas zonder uitzondering - geen positief effect werd gezien op de vooraf geformuleerde KPI's en een reflectie hierop ontbreekt in het adviesrapport. Ook is er in het adviesrapport, noch in het besluit van de minister aandacht voor studies die de negatieve effecten van zorgcoördinatiecentra in de ons omringende landen beschrijven.

De NSVAH wil daarom graag reageren op het besluit van de minister. In het bijzonder willen we de aandacht vestigen op de kansen en risico's die er zijn. De NVSHA hanteert als centrale doelstelling dat de acute zorg 'toegankelijk, betaalbaar en van goede kwaliteit moet zijn'. Acute zorg is ketenzorg, dus elkaar en de patiënt 'kennen', niet alleen bestuurlijk, maar juist ook op werkvloerniveau, is essentieel. Het elkaar beter leren kennen op de werkvloer werd door de deelnemers van de pilots naar zorgcoördinatie als positief ervaren. De kennis van het eigen domein en van de mogelijkheden van andere in de keten, zorgt voor een betere en meer patiëntgerichte invulling van richtlijnen en protocollen. Het resultaat is dat de patiënt de juiste zorg ontvangt voor zijn zorgbehoefte en onnodige zorg wordt voorkomen.

Het besluit heeft een aantal pijlers en daar gaan we hieronder op in:

1. *Inzicht in actuele capaciteit van zorgaanbieders in de regio en patiënten spreiding:*
 - a. Het besluit zet in op de registratie en het inzichtelijk maken van beschikbare capaciteit in de acute keten, waarbij wordt ingezet op de doorontwikkeling van het al in vele regio's geïmplementeerde LPZ voor SEH-beschikbaarheid. De NVSHA benadrukt al langere tijd het belang van inzicht in capaciteit en heeft daarom de voorganger van LPZ in een

eerdere fase ondersteund. De kracht van LPZ zit vooral ook in het feit dat het automatisch wordt gevuld waardoor het weinig administratieve handelingen toevoegt voor zorgverleners en daardoor actueel is - ook in de avond en nachten - maar vooral ook breed inzichtelijk is. Over een verdere uitrol met als doel het verwerven van inzicht in de klinische capaciteit van ziekenhuizen, geboortezorg, de drukte bij de HAP en de ambulance- en opname capaciteit van de VGT sector, is de NVSHA zeer positief

- b. In het adviesrapport wordt ook aandacht besteed aan een aantal bestaande initiatieven en wordt geadviseerd de implementatie ervan te verbeteren. Aangezien deze niet specifiek in het besluit staan en voor ons van groot belang zijn, willen we deze hier nogmaals onder de aandacht brengen:
- i. *Uitwisseling verwijsgegevens.* Voor de uitwisseling van uniforme verwijsgegevens in de acute keten geeft de Richtlijn gegevensuitwisseling acute zorg al handvatten. De implementatie van deze richtlijn heeft middels het programma 'Met Spoed Beschikbaar' een forse sprong gemaakt. Zoals in het adviesrapport opnieuw wordt aangehaald is de implementatie nog niet 100%. Daarom is ook de NVSHA positief over het feit dat in de voorgestelde Wet WEGiz gegevensuitwisseling betreffende de acute zorg met prioriteit zal worden opgepakt en dat er een informatieparagraaf wordt toegevoegd aan het kwaliteitskader spoedzorgketen.
 - ii. *Opvragen van patiëntengegevens.* In het adviesrapport wordt het belang van het kunnen inzien van de medische voorgeschiedenis, medicatieoverzicht, allergieën en behandelwensen in de acute zorg benadrukt als zijnde van groot belang voor de juiste behandeling van de patiënt. De NVSHA onderschrijft dit belang. De richtlijn gegevensuitwisseling acute zorg voorziet al in de deze uitwisseling. Technisch is het ook mogelijk, de uitdaging betreft echter de juridische kaders. Het gaat dan om het verkrijgen van toestemming en om het ontsluiten van de gegevens. Een bredere aanpak - zoals voorgesteld - sluit aan bij een lang gekoesterde wens van de NVSHA.

2. *Zorgverleners helpen bij het vinden van passende zorginzet of indicatiestelling voor een bed voor kortdurend verblijf:*

De nog steeds toenemende overmatige drukte in de acute keten wordt voor een deel veroorzaakt door een gebrek aan uitstroom mogelijkheden. Het gaat dan om patiënten die nadat ze zijn gezien door een huisarts of op een SEH niet naar huis kunnen zonder zorg. In die gevallen is geen opname in het ziekenhuis nodig, maar een eerstelijnsverblijf voor herstel of extra ondersteuning thuis via thuiszorg. Helaas kost het vinden van ondersteuning de zorgverlener in de acute keten veel tijd, zowel omdat kennis ontbreekt over indicering voor de juiste plek (er zijn 12 categorieën), maar ook doordat er veel papierwerk is en een algeheel gebrek aan capaciteit. Dit leidt tot extra wachttijd voor de patiënt op de SEH, veel tijd voor de hulpverlener om een juiste plek te vinden en tot onnodige ziekenhuisopnames als laatste oplossing.

Het besluit geeft de opdracht dat de coördinatie van deze passende zorg landelijk dekkend moet worden ingevoerd. De NVSHA is hiervan al langere tijd pleitbezorger en is dan ook enthousiast over dit deel van het besluit. Echter de gesuggereerde oplossingen roepen vragen op, mede omdat de huidige pilots minder succesvol zijn of niet lijken te kunnen worden opgeschaald:

- a. In de pilots leidt het regionaal coördineren in zorgcoördinatiecentra van beschikbaarheid tot meer administreren en door het ontbreken van de juiste kennis voor indiceren ook tot het afwijzen van patiënten door instellingen. *Hoe gaat dit worden verbeterd?*

- b. Het blijkt dat een meer regionale coördinatie in de pilots nog steeds - of misschien zelfs vaker - leidt tot een gebrek aan capaciteit. Een oplossing hiervoor wordt in het besluit niet aangedragen. *Is het probleem niet eerder capaciteit dan coördinatie? Zouden 'ongelabelde' bedden in de ELV al niet een groot deel van het gebrek en administratie kunnen verminderen?*
- c. Voor kwetsbare en complexe casussen, waar opname in het ziekenhuis vaak nog minder gewenst is, blijken specifieke kennis van indiceren en de lokale mogelijkheden van ELV plaatsen noodzakelijk. In het besluit wordt het vinden van de juiste plaats heel generalistisch gemaakt in één zorgcoördinatiecentrum ver weg van het primaire proces bij de patiënt. *Is er dan nog voldoende (lokale) kennis voor deze kwetsbare groep patiënten?*
- d. In de pilots bleek het opschalen van deze ELV-coördinatie in regionale zorgcoördinatiecentra in veel regio's complex. De resultaten van de veel meer lokale projecten in Noord-Holland en Zeeland lijken hierin succesvoller te zijn. Zou dit kunnen komen omdat er sprake is van de 'juiste schaal' in deze al bestaande projecten? *Zouden lokale en meer kleinschalig teams - die regionaal digitaal capaciteit inzichtelijk hebben en de lokale situatie beter kennen - niet effectiever zijn?* Een mogelijkheid voor deze lokale en meer kleinschalige samenwerking lijkt te worden uitgesloten in het besluit met de eis dat er per regio maar één zorgcoördinatiecentrum mag zijn.

3. De organisatie van zorgcoördinatie:

Acute zorg is zoals eerder gesteld ketenzorg, maar vooral ook zorg aan mensen. Daarbij is lokale kennis van de leefomgeving, kennis van de patiënt en empathie van de zorgverlener van grote invloed op het succesvol voldoen aan de zorgvraag van de patiënt. Dat deze kennis van patiënt en lokale kennis zo effectief is in het realiseren van de juiste zorg op de juiste plek, bewijst de huisarts elke dag. De huisarts ziet veruit de meeste patiënten in de acute zorg, maar nog geen 2% van de acute zorgvragen wordt doorgestuurd naar de SEH. Op de iets grotere schaal van de HAP blijkt de individuele lokale kennis nog steeds belangrijk en wordt er in de ANW-dienst op dit moment maar maximaal 15% van de patiënten doorverwezen.

Het besluit geeft aan dat in het kader van een meer efficiënte zorg er regionale eenduidige toegang en eenduidige, multidisciplinaire triage dient te bestaan op een fysieke plek in een zorgcoördinatiecentrum. Dat wordt bewerkstelligd door het samenvoegen van bestaande meer lokale organisaties vanuit verschillende locaties. Echter dat vergaande concentratie van de triage inderdaad een positief effect zou hebben, vinden we niet terug in de onderbouwing van het besluit, noch in de evaluatie van de pilots. Dit terwijl er wel aanwijzingen zijn dat er een negatief effect kan zijn in de ons omringende landen.

Er blijkt in de (acute) zorg een bepaalde 'optimale schaal', naast schaalverdelen zijn er ook schaalnadelen en het is belangrijk om daar aandacht aan te blijven besteden. Dat wijzen o.a. de hervormingen in Engeland en Denemarken uit. In beide landen is de triage van de huisartsen spoedzorg grotendeels gecentraliseerd op regionaal niveau in regionale 'verkeerstorens', vergelijkbaar met de situatie die wordt geschetst in het besluit. In Engeland heeft dat geleid tot een toename van telefoontjes (toename van triagisten) en in beide landen tot een forse toename van het aantal SEH's bezoeken met respectievelijk 10% en 25%. Mogelijk komt dit door een 'aanziigende werking' van een minder persoonlijk en centraal nummer, maar mogelijk ook door een verlies van lokale kennis en afname van communicatie tussen professionals in het primaire proces. Voor meer achtergrond en andere studies zie een recente publicatie:

<https://qualitysafety.bmj.com/content/early/2022/11/03/bmjqs-2022-015141>. In de pilots van

de zorgcoördinatiecentra waren ook geen verbeteringen te zien op de harde KPI's voor triage van patiënten vragen, wat aansluit bij de resultaten uit deze landen.

Gezien het bovenstaande is dan ook het besluit voor een zorgcoördinatiecentrum opvallend.

Vanuit de NVSHA zijn er dan ook wel een aantal vragen over dit deel van het besluit:

- De pilots hebben geen meetbaar positief effect laten zien van zorgcoördinatiecentra, wat gaat anders worden door dit besluit? Waarom zou het nu wel een meetbaar positief effect gaan hebben?
- De ons omringende landen laten een groei zien van de belasting van de acute zorg door een aanzuigende werking van regionale triage in zorgcoördinatiecentra, hoe wordt dit voorkomen in dit besluit?
- Hoe wordt voorkomen dat de HAP medewerkers (o.a. huisartsen) zich niet meer herkennen in een regionale organisaties van een centraal zorgcoördinatiecentrum en mogelijke minder willen werken op de HAP? Of meer gaan doorsturen naar de SEH?
- Als we uitgaan van het feit dat maar 7% van de telefoontjes naar de HAP daar niet hoort, is het oprichten van een nieuwe entiteit van een zorgcoördinatiecentrum dan de oplossing voor een relatief kleine groep patiënten?
- Kan dit alles niet worden bereikt binnen bestaande structuren wanneer factoren als gegevensuitwisseling, uitstroom en samenwerking op de werkvloer worden verbeterd? Juist dicht bij het primaire proces blijven en samenwerking stimuleren kan ook worden bereikt door het inrichten van spoedpleinen met in een regio wisselende beschikbaarheid van functies per HAP (HAP 1 heeft een GGZ triagist, HAP 2 heeft een thuiszorgmedewerker) die dan virtueel met elkaar kunnen overleggen en triagisten die bij drukte elkaar kunnen helpen met de telefonische consulten? Zou een systeem wat uitgaat van de bestaande structuren niet een complexe financiering en nieuwe entiteit met bijpassende overhead kunnen voorkomen? Meer alternatieve scenario's zouden ons inziens ook moeten worden meegenomen in de besluitvorming.

Tot slot


Ter afronding van deze reactie wil de NVSHA graag het volgende benadrukken:

1. Zet in op het implementeren en door ontwikkelen van de bestaande gegevens- en capaciteitsinformatiesystemen in de acute zorg. Zoals de richtlijn gegevensuitwisseling acute zorg en LPZ.
2. Zet in op beschikbaar maken van meer ELV-bedden en klinische capaciteit voor acute zorg, maak deze capaciteit regionaal inzichtelijk en probeer tegelijk voor de toegeleiding bestaande lokale netwerken van professionals te behouden en beter beschikbaar te maken. Voorbeelden zijn het betrekken van transferverpleegkundige in ziekenhuizen, maar ook een transferverpleegkundige die regionaal overzicht heeft terwijl ze fysiek aanwezig is op een HAP/SEH of spoedplein.
3. Voor behoud van de toegankelijkheid van zorg: maak medisch inhoudelijke keuzes in richtlijnen die recht doen aan gezondheidswinst en minder defensief zijn. We merken in dit verband op dat de zorgbehoefte van de maatschappij vrijwel oneindig is, dus dat er altijd keuzen zullen moeten worden gemaakt m.b.t. de verdeling van schaarste.
4. Koester de lokale kennis en netwerken in met name de eerstelijns, ook in de ANW-diensten, breidt die zo nodig uit en breng professionals die daar werken ook meer tot elkaar. Voorbeelden hiervan zouden een spoedplein kunnen zijn, maar ook andere vormen van

lokale samenwerking. Waarbij samenwerking op een grotere schaal (regionaal) ook virtueel kan vanuit al veel bestaande systemen, zoals capaciteitsinzicht al kan via LPZ. Voorkom het creëren van een regionale of sub-regionale entiteit als een zorgcoördinatiecentrum die verwijderd is van het primaire proces en waarbij binnen die entiteit goed wordt samengewerkt, maar de professionals op de werkvloer elkaar niet vinden.

Mochten er nog vragen zijn naar aanleiding van deze reactie dan horen wij die graag,

Met vriendelijke groet,

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

David Baden
Voorzitter NVSHA