



Betreft

Reactie NVSHA op de concept Houtskoolschets acute zorg van het ministerie van VWS

Utrecht, 10 november 2020

Geachte lezer,

Op 3 juli jl. is de 'Houtskoolschets acute zorg' aangeboden aan de Tweede Kamer. De minister van VWS geeft daarin aan dat hij hecht aan een gezamenlijke, door de verschillende partijen gedragen, visie op de acute zorg.

Acute zorg is een domein waarin niet alleen maatschappelijke eisen, maar ook politieke opvattingen een rol spelen. Er is sprake van een gefragmenteerde, soms conflicterende financiering en regelgeving. Tussen de opvattingen van de betrokken partijen bestaan verschillen en er zijn uiteenlopende belangen. De gemeenschappelijke uitdaging echter is dat we streven naar een situatie waarin de acute zorg toegankelijk en betaalbaar blijft, zonder dat concessies worden gedaan aan de kwaliteit. De NVSHA waardeert de inspanning van de minister dat hij in dit lastige dossier het voortouw heeft genomen. Het is een niet geringe uitdaging om samen met de partijen in dit complexe veld te komen tot een concept voor een toekomstbestendige inrichting van de acute zorg in Nederland.

Het doel van de houtskoolschets is het voor iedereen garanderen van hoge kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van acute zorg. De gesuggereerde nieuwe inrichting van de acute zorg rust op een aantal pijlers. Voor een deel gaat het daarbij om verdere uitwerking van al bestaand beleid, zoals het verbeteren van preventie en verbetering van de juiste routing van de patiënt met acute zorgvragen. Nieuwe pijlers zijn de 'Integrale spoedposten' en centrale triage van 'Hoog-complexe of levensbedreigende acute zorg'.

Reactie NVSHA

Wij zien in deze nieuwe pijlers veel overeenkomsten met eerdere rapporten, waaronder het RVZ-rapport 'Medisch-specialistische zorg in 20/20' en 'Dichtbij en ver weg' uit 2011.

In deze rapporten, maar nu ook in de houtskoolschets, wordt de indruk gewekt dat de huidige inrichting van acute zorg in Nederland niet doelmatig is en bovendien van onvoldoende kwaliteit. Beide rapporten leggen als 'oplossing' een sterk accent op het reduceren van het aantal Spoedeisende Hulpafdelingen (SEH's) en het samengaan van SEH's met HuisArtsenPosten (HAP's). Verondersteld wordt dat dit resulteert in kostenreductie en tot een verbetering van de zorgkwaliteit.

Het ontbreekt naar onze mening echter aan een goede onderbouwing van de keus voor deze oplossingen. Internationale en nationale onderzoeken wijzen uit dat de gestelde doelen niet met een eenzijdige reductie van het aantal SEH's, noch door een volledige integratie met HAP's kunnen worden gerealiseerd. Zie hiervoor onder andere het promotieonderzoek van dr. Gaakeer.



De houtskoolschets sluit naar de mening van de NVSHA dan ook niet aan op de problemen en uitdagingen in de praktijk. De problemen in de acute zorg vergen andere oplossingen. Hieronder plaatsen wij kanttekeningen bij de gekozen oplossingsrichting en dragen – naar wij hopen – duidelijke alternatieve denkrichtingen aan, namelijk:

- Financiering op basis van populatiebeplooiing,
- Acceptatie van overcapaciteit in de acute zorg;
- Verandering van de dienstbelasting huisartsen;
- Ontwikkeling van een kwaliteitsstandaard SEH;
- Creatie van spoedpleinen;
- Erkenning van de SEH-arts KNMG als medisch specialist en regisseur van de acute zorg.

Situatieschets

Elk jaar worden ongeveer 650.000 spoedritten door ambulances gemaakt. Ca. 3,6 miljoen patiënten bezoeken één van de 153 HAP's. In de dag-praktijk van de huisarts vinden 3 miljoen spoedconsulten plaats. Op de 83 SEH's worden daarnaast nog eens 2 miljoen patiënten gezien. Zowel bij de huisarts in de dag-praktijk als bij de HAP's groeien de patiëntencontacten aantallen al jaren. Het is echter gelukt om het aantal fysieke consulten niet te laten stijgen door veel hulpvragen telefonisch af te handelen.

Het aantal SEH's is de afgelopen 10 jaar met 25% afgenomen, maar het aantal SEH-patiënten is gelijk gebleven. De zorgintensiteit op de SEH neemt ook daardoor voortdurend toe. Steeds meer patiënten die op de SEH worden gezien, behoeven opname. Gesteld mag daarom worden dat de efficiëntie van de SEH in de afgelopen jaren fors is toegenomen.

Keerzijde

Deze efficiëntieslag heeft echter een keerzijde. SEH's gaan in toenemende mate gebukt onder periodes van overmatige drukte (crowding). Dat heeft negatieve effecten op de kwaliteit van zorg voor de patiënt, geeft extra kosten binnen en buiten het ziekenhuis en leidt tot slechtere werkomstandigheden voor SEH-medewerkers (*Gaakeer et al 2018 MC*).

Doelstellingen niet gehaald

Wij stellen vast dat de gestelde doelen, kwaliteitsverbetering van SEH-zorg en kostenreductie door de vermindering van het aantal SEH's, niet aantoonbaar zijn gerealiseerd.

Zorgen over de pijlers

Voorkomen van noodzaak acute zorg bij ouderen

Het uitgangspunt 'Voorkomen is beter dan genezen' ondersteunt de NVSHA van harte. Met een groeiend aantal burgers, meer medische mogelijkheden en een stijgende levensverwachting zal het aantal kwetsbare patiënten toenemen. Inzetten op stoppen met roken, minder alcohol- en drugsgebruik en aandacht voor gezonde leefwijze, is dan ook essentieel. De NVSHA is van mening dat de hiervoor beschikbaar gestelde budgetten aanzienlijk tekortschieten. Ook wijzen wij op het belang van timing. Hoe eerder hoe beter. De aandacht in campagnes zou moeten liggen op de 'vroege fase' omdat gedragspatronen dan nog niet zijn ingesleten.

Vroegsignalering en het voorkómen van acute zorg heeft effect. We zien dat er ondanks de vergrijzing sprake is van een relatief minder grote stijging van het aantal kwetsbare ouderen binnen



de acute zorg. Toch stijgt het aantal patiënten dat een beroep doet op acute zorg, maar ze lijken voort te komen uit alle leeftijdsgroepen. Dat relativeert dan ook direct de aanname dat ouderen de drukte binnen de acute zorg veroorzaken. Deze aanname doet denken aan het idee dat er een aantal jaren geleden was over de drukte die 'zelfverwijzers' zouden veroorzaken. De afname van het aantal zelfverwijzers heeft echter de drukte binnen de acute zorg keten niet verminderd.

Meer acute zorg thuis

Waar acute zorg thuis kan plaatsvinden, moet dit zo blijven. Maar vaak is daar toch diagnostiek voor nodig, waarbij de patiënt fysiek beoordeeld moet worden. Leidt meer acute zorg thuis tot een afname van het aantal zorgvragen en de -behoefte? En kan de diagnostiek en beoordeling wel thuis plaatsvinden? Naar onze mening zal het inzetten op meer acute zorg thuis niet leiden tot de gewenste vermindering van de acute zorgvraag.

Regionale zorgmeldkamers voor niet levensbedreigende acute zorg

Duidelijkheid voor de burger die acute hulp zoekt, is essentieel. Voor burgers én hulpverleners is doorverwijzing naar de juiste hulpverlener van groot belang. Het kiezen voor één telefoonnummer waarmee de beller wordt verwezen naar een centrale triage, lijkt dan ook een goede keus. Maar waarom zou de beller niet terecht komen bij de HAP?

Dit komt de samenwerking en - indien nodig - overleg met de tweede lijn ten goede. De HAP zorgt nu al voor een goede triage, beantwoordt een groot aantal hulpvragen telefonisch en kan zorgen voor overleg mét en aansturing van andere hulpverleners.

Eén centraal punt waar hulpverleners dag en nacht de crisisdiensten van de WMO, wijkzorg, apotheek, ELV en thuiszorgwinkel kunnen bereiken, acht de NVSHA van grote meerwaarde. Voorwaarde hiervoor is wel dat deze partijen direct de mogelijkheden ter beschikking hebben om de gevraagde zorg te kunnen leveren. Zoals crisisbedden in een verpleeghuis, voldoende beschikbaarheid van thuiszorg en het kunnen leveren van hulpmiddelen voor in de thuissituatie. Nu worden patiënten door gebrek aan 24/7 beschikbaarheid van de mogelijkheden en personeel toch gezien op de HAP of SEH. Er zijn lokaal voorbeelden waar een systeem waar deze middelen wel beschikbaar zijn, tot grote tevredenheid van alle partijen, al is ingevoerd. Het is de vraag of de zorgcoördinatie zich dan ook niet meer op de 'achterkant' moet concentreren en minder op de triage aan de voorkant zoals wordt voorgesteld in de houtskoolschets.

Traumacentra

In de afgelopen jaren is er steeds meer bewijs gekomen dat voor een verbetering van de kwaliteit van de zorg in polytrauma's, er een 'kritieke massa' nodig is. Zoals *Hietbrink et al.* betoogt, halen de traumacentra in Nederland de daarvoor benodigde aantallen patiënten niet. Het ligt dan ook in de lijn der verwachting om juist bij de traumacentra een concentratie van ernstig polytrauma's te laten plaatsvinden. Op basis van de huidige aantallen zou dit een reductie van de huidige 11 tot 4 tot 5 centra betekenen.** De NVSHA is van mening dat deze voorgestelde concentratie een verbetering van kwaliteit kan opleveren voor deze zeer beperkte, maar ernstig zieke patiëntengroep.

** (MC okt 2019, Medisch Contact)



Integrale spoedposten en de scheiding van hoogcomplexen of levensbedreigende acute zorg

Het meest radicale voorstel in de houtkoolschets is het idee voor de oprichting van integrale spoedposten en het daarbij passende verdelen van de acute zorg in hoog- en laag-complex.

In de houtkoolschets wordt aangenomen dat veel acute zorgvragen laag-complex zijn en daarmee onterecht druk zouden leggen op de spoedeisende hulp. Er wordt daarom een verandering voorgesteld waarbij patiënten met een laag-complexe zorgvraag op een integrale spoedpost worden gezien. Deze integrale spoedpost zou aan de huidige HAP eenvoudige laboratoriumbepalingen en röntgenfoto-mogelijkheden toevoegen, het zou een soort HAP+ zijn. Deze integrale spoedpost hoeft in de houtkoolschets niet in de nabijheid van een ziekenhuis te zijn, geen beschikking te hebben over 24/7 opname capaciteit, operatiekamers of IC. Omdat in de houtkoolschets wordt voorgesteld het aantal SEH's te reduceren tot 30-40, zullen deze spoedposten veel van de bestaande co-locaties van HAP en SEH vervangen.

Op de 30-40 overgebleven SEH's zou dan alleen nog hoog-complexe acute zorg gezien worden. Deze SEH's zouden wel beschikken over de huidige vereiste faciliteiten zoals 24/7 opnamecapaciteit, operatiekamers en een IC.

De verdeling (triage) in hoog- en laag-complex zou telefonisch plaats moeten gaan vinden in de zorgcoördinatie centra.

Wij zijn bijzonder kritisch over dit idee, omdat dit zal leiden tot een verslechtering van de kwaliteit en beschikbaarheid van acute zorg, terwijl het twijfelachtig is of het de betaalbaarheid zal verbeteren.

De basis van onze zorgen ligt bij de volgende punten:

1. De splitsing in hoog- en laagcomplexen acute zorg.

Dit doet geen recht aan de realiteit van 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 is. Zo kan 'zeurende buikpijn' een hartinfarct zijn en kan een gebarsten buikslagader worden aangezien voor nierstenen. Maar 'acuut ontstane buikpijn met flauwvallen' kan ook een vervelende, maar verder onschuldige buikgriep blijken.

Daarbij kan laag-complexe zorg soms hoog-complexe faciliteiten nodig hebben. Want een kind met een gebroken arm wordt als laag-complex geregistreerd, maar als die arm moet worden recht gezet is het goede zorg dat dit onder een roesje gebeurd en niet zoals vroeger door 'even op de tanden te bijten'. Voor dat roesje zijn wel weer die hoog-complexe faciliteiten nodig, met name omdat als er onverwachte complicaties optreden, je meteen wil kunnen handelen.

Soms kan een ogenschijnlijk 'stabiele' patiënt in enkele ogenblikken veranderen in 'zeer instabiel'. In het domein van de Spoedeisende Geneeskunde is weinig wat het in eerste aanleg lijkt. Op dit moment wordt, waar concentratie op basis van zorgvraag mogelijk is - zoals in het geval van een acuut infarct of polytrauma - deze toegepast in respectievelijk dotter- en traumacentra. Echter, hier blijkt de praktijk met regelmaat weerbarstig. Nog steeds wordt meer dan 30% van de polytrauma's niet primair gezien in een traumacentrum. Het is niet realistisch te denken dat een onverhoopt verkeerde splitsing in hoog- en laag-complexe zorg door goede triage vooraf te voorkomen is. Telefonische triage is uiterst lastig. Dagelijks zien we op de HAP en de SEH patiënten waarbij de inschatting - telefonisch of zelfs fysiek - niet overeenkomt met de daadwerkelijke ernst van de klachten.

In het meest gunstige geval zal dit leiden tot onterecht laag-complexe patiënten op één van de 30-40 SEH's, in de ongunstigste variant zal dit leiden tot een snel verslechterende toch hoog-complexe



patiënt, op de integrale spoedpost, ook wel HAP+, zonder de nabijheid van de meest basale faciliteiten van een SEH.

Behalve dus potentieel levensbedreigende situaties, zal deze vrijwel onmogelijke verdeling in elk geval leiden tot veel verplaatsing van patiënten van de ene naar de andere locatie en toename van drukte en wachttijden.

Een plek waar ongedifferentieerde patiënten komen, heeft dan ook een volwaardig 'achterland' nodig, in de vorm van een ziekenhuis - waar dag en nacht IC/OK en de expertise voor de verdere opvang van kritiek zieke patiënten, aanwezig is.

2. *Verbreken unieke samenwerking eerste en tweede lijn - tussen HAP en SEH*

De wereldwijd unieke, complementaire combinatie van HAP-zorg met SEH-zorg maakt dat nergens in Europa minder patiënten op de SEH worden gezien dan in Nederland. Het aantal SEH-patiënten in Nederland is - ondanks een sterk toegenomen acute zorgbehoefte - gelijk gebleven. Dit is in tegenstelling met de toename in andere landen. Het percentage 'zelfverwijzers' naar de SEH bedraagt in Nederland gemiddeld minder dan 10%. Dit ligt in andere Europese landen veel hoger. Nergens in Europa is dan ook de eerstelijns-spoedzorg naast de tweedelijns-spoedzorg, zo effectief georganiseerd. We zijn hiermee binnen het domein Spoedeisende Geneeskunde een voorbeeld in Europa en daarbuiten.

De samenwerking tussen eerste en tweede lijn is dan ook noodzakelijk voor het goed functioneren van de acute zorg-keten. Er is de afgelopen jaren veel bereikt door een toename van het aantal gezamenlijke vestigingen van HAP's en SEH's. Hierdoor is het mogelijk om samen te triëren, komt er meer contact tussen de hulpverleners onderling waardoor makkelijker en laagdrempeliger kan worden overlegd en kan er bij elkaar worden 'meegekeken' zonder dat altijd verwijzing van de patiënt naar de tweede lijn nodig is. Door de poortwachtersfunctie van de HA(P) krijgt de patiënt 'de juiste zorg op de juiste plek'.

Dicht bij elkaar werken, samenwerken en verbonden zijn zoals op een co-locatie van HAP met een volledige geoutilleerde SEH is cruciaal en mogelijk zelfs van levensbelang.

3. *Personele problematiek*

De NVSHA vreest dat huisartsen niet willen werken op de integrale spoedpost omdat dat tot een grotere en onregelmatiger belasting leidt dan nu op de HAP, waar het momenteel al moeilijk genoeg is om huisartsen voor alle diensten te vinden. Daarmee gaat de cruciale en gewaardeerde 'holistische' blik in de eerste fase van acute zorg verloren.

Het is bovendien onze verwachting dat gespecialiseerde SEH-verpleegkundigen en SEH-artsen, die beiden hun expertise hebben in de tweedelijns, ook niet willen werken op een integrale spoedpost. Dit zal een verlies van kwaliteit betekenen, omdat de diensten op deze integrale spoedposten dan zullen moeten worden ingevuld door onervaren arts-assistenten en niet-gespecialiseerde verpleegkundigen.

Hier ontstaat dan – opnieuw, zoals 30 jaar geleden - de situatie dat de 'minst ervaren arts gaat zorgen voor de potentieel ziekste patiënten.'. Dit dreigende scenario is reëel, er zijn al enkele voorbeelden hiervan.



Oplossingen

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 daarmee 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 het doel: de juiste zorg op de juiste plek. Deze wijze van bekostigen zal leiden tot meer nadruk op kwaliteit. Bovendien kunnen kostenbesparingen worden gerealiseerd door minder overdiagnostiek en meer aandacht voor zinnige zorg. Met een populatiebekostiging kan het veld zelf de acute zorg doelmatiger en efficiënter herinrichten.

Accepteer overcapaciteit acute zorg

Het is van belang de kosten voor de tweedelijns acute zorg te nuanceren. Acute zorg is noodzakelijk en we kunnen deze dus niet 'weg organiseren.' Het is immers noodzakelijke zorg. Er zullen periodes van extreme drukte zijn en om voldoende capaciteit te hebben voor deze periodes, zullen er net zoals bij bijvoorbeeld de brandweer periodes van relatieve rust zijn. Want de gewenste beschikbaarheid kan alleen worden gegarandeerd als enige overcapaciteit wordt geaccepteerd. Daarbij moet worden bedacht dat de acute zorg tevens een substantiële rol speelt in de reguliere zorg. Een SEH-afdeling verzorgt bijvoorbeeld niet alleen de acute opvang van patiënten, maar zorgt ook voor de benodigde diagnostiek en het uitvoeren van de eerste behandeling. Daarnaast borgt de SEH de nazorg van de reguliere zorg buiten 'kantoortijden' en vangt zij samen met de IC, de patiënten met een acute zorgvraag uit de kliniek op. De SEH heeft tevens een essentiële beschikbaarheidsfunctie bij calamiteiten. Dit blijkt eens te meer tijdens de Covid-epidemie.

Voor al deze functies maakt de SEH voor het grootste deel gebruik van middelen die al 24/7 beschikbaar en bereikbaar moeten zijn voor het ziekenhuis. Denk aan aanvullende beeldvorming, laboratoriumonderzoek en de aanwezigheid van een IC. Zonder een SEH zouden deze ook beschikbaar moeten zijn. Het is onze overtuiging dat er op dit punt geen bezuiniging kan worden gerealiseerd.

Daarnaast geldt voor de meeste ziekenhuizen dat 20-40% van hun inkomsten terug te voeren zijn op de SEH. Daarmee wordt het belang van een SEH voor de continuïteit van het ziekenhuis geïllustreerd.

Verander dienstbelasting huisartsen

Een uitdaging in de eerste lijn is dat huisartsen de diensten op de HAP als 'zeer zwaar' ervaren. Dit komt onder andere door de dienstbelasting naast die van de dagpraktijk, de andere dan de vertrouwde werkomgeving van de eigen praktijk en het feit dat patiënten - waarmee zij niet bekend zijn – ook nog eens veeleisender zijn dan in de reguliere zorg.

Een oplossing zou zijn om de dienstbelasting voor de HAP onder alle huisartsen, inclusief waarnemers, te verdelen. Een verhoging van de vergoeding voor deze diensten kan helpen om ze makkelijker te doen of te laten overnemen.

Ook kan worden gedacht aan een pool van huisartsen die HAP-zorg als aandachts- en interessegebied hebben. Hiermee wordt de praktijkhouder ontlast en treft de patiënt een gemotiveerde, zelfverzekerde huisarts aan op de HAP die bovendien op een juiste manier gebruik weet te maken van de tweedelijns.



Een deel van de drukte die praktijkhouder huisartsen ervaren komt voort uit de grootte van normpraktijken. Een verbetering zou mogelijk zijn om normpraktijken te verkleinen met behoud van inkomen. Op deze manier hebben praktijkhouders meer ruimte om hun diensten te voldoen.

Kwaliteitsstandaard SEH

Stimuleer het vaststellen van duidelijke inhoudelijke eisen aan een SEH, vergelijkbaar met de kwaliteitsstandaard IC. Hierdoor weet iedereen wat men kan verwachten van een SEH en zal een eventuele verdere concentratie van spoedzorg kunnen plaatsvinden op basis van deze criteria. De NVSHA vindt dat kwaliteit leidend moet zijn in de discussie in plaats van willekeur en financiële argumenten.

Erkenning SEH-arts

Erken de SEH-arts als medisch specialist. Hiermee is een duidelijke en noodzakelijke domeinhouder aanwezig die het aanspreekpunt is binnen de acute zorg. Naast de inhoudelijke kennis heeft deze specialist tevens een regierol en geeft hij toekomstige innovaties mede op basis van wetenschappelijk onderzoek, vorm.

Spoedpleinen

Creëer 'spoedpleinen' waar naast een HAP en een volwaardige SEH, ook apotheek, crisisdienst, thuiszorg & thuiszorgwinkel, eerstelijnsverblijf en het sociale domein aanwezig zijn. Verschillende organisaties op één plek waar intensief wordt samengewerkt, 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 en als enige optie nog de HAP of SEH hadden.
- Er treedt geen vermenging op van domeinen met het risico op overbehandeling. Domeinen 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 uren. Het voorkomt de oprichting van een volstrekt nieuwe entiteit waar het personeel en de organisatie geen band heeft met de reguliere zorg. Dat zou bij de voorgestelde integrale spoedpost wel het geval zijn.
- De samenwerking in een spoedplein geeft de ruimte om de eerstelijns acute zorg maximaal efficiënt en toegankelijk in te richten omdat de lijnen kort zijn. 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 uitvoeren tijdens hun diensten.
- Het spoedplein zorgt daarnaast dat er zorgcoördinatie op basis van lokale kennis kan plaatsvinden en dichtbij de patiënt. Dit concept is in tegenstelling met de huidige ideeën over zorgcoördinatie die nu vooral neigen naar een regionale opzet. Dat leidt tot een locatie verder weg voor patiënt en familie en waarin de hulpverleners elkaar niet kennen. Een goed en hecht team waarin iedereen elkaar vertrouwt en waardeert, is niet alleen goed voor het plezier in het werk, maar – en daar gaat het allemaal om – ook het beste voor de patiënt.

Tot slot



Tot zover de opmerkingen van de Nederlandse Vereniging van Spoedeisende Hulpartsen over de in juli jl. gepresenteerde Houtskoolschets.

Heeft u naar aanleiding van deze notitie vragen, dan zijn we natuurlijk van harte bereid die te beantwoorden. Ook zijn wij bereid om onze punten mondeling toe te lichten.

Met vriendelijke groet,
Namens de NVSHA,

D.N. Baden,
Bestuurslid – portefeuille kwaliteit.