

## Voorzet voor acute zorg stuit op weerstand

Acute zorg scheiden in laag- en hoogcomplex is kunstmatig. En spoedposten zonder achterliggend ziekenhuis zijn zinloos. Dat is een deel van de kritiek die klinkt op een 'houtskoolschets' van het kabinet over een nieuwe inrichting van de acute zorg.

**T**ijdens zijn laatste dagen als tijdelijk minister voor Medische Zorg, in de schaduw van de eerste coronapiek, bracht Martin van Rijn in juli de 'houtskoolschets acute zorg' de wereld in. De manier waarop acute zorg wordt geleverd via huisartsen, huisartsenposten, SEH's, afdelingen Acute Verloskunde en traumacentra is toe aan een nieuwe inrichting, vindt het kabinet. Want dat ziet een veelheid aan problemen waar het 'acutezorglandschap' mee worstelt: soms is het te druk of stil op SEH's, patiënten weten niet altijd waar ze met een acuut zorgprobleem naartoe moeten – en een deel

van die problemen zou voorkomen kunnen worden. Patiënten blijven verder soms te lang op een verkeerde plek, er is een tekort aan onder andere huisartsen en triagisten. En o ja, er wordt ook nog weinig slimme zorg ingezet.

### Veranderingen

In de houtskoolschets, inmiddels de verantwoordelijkheid van medisch minister Tamara van Ark, oppert het kabinet een waaier aan mogelijke veranderingen. Een belangrijk voorstel is om een onderscheid in de acutezorgvraag van patiënten aan te brengen: tussen laagcomplex, niet-levens-

bedreigende zorg enerzijds en levensbedreigende en/of hoogcomplex zorg anderzijds. Voor de eerste categorie kunnen patiënten dan naar een zogenaamde integrale spoedpost voor acute huisartsenzorg (als de eigen huisarts niet bereikbaar is), acute ggz en acute medisch-specialistische zorg. Nog te bepalen is waar die per regio komen, en wat precies de openingstijden en bemensing worden. SEH's zijn dan voor de tweede categorie patiënten, en moeten 'meer geconcentreerd' worden – lees: minder dan de huidige bijna negentig SEH's. Want hiervoor is volgens het kabinet 'medische kwaliteit belangrijker dan nabijheid'. Voor de niet-levensbedreigende acute zorgvragen wordt een apart landelijk telefoonnummer voorgesteld naast het bestaande 112-nummer, waar vervolgens in regionale zorgmeldkamers een triagist bepaalt welke hulp passend is. Die voorgestelde veranderingen lijken de grootste pijnpunten, blijkt uit een inventarisatie van de ruim 170 reacties die tijdens de net afgesloten consultatiefase zijn binnengekomen op de schets. Een veelheid aan partijen zijn in de pen geklommen: van diverse artsorganisaties en ziekenhuizen tot maatschappelijke organisaties, van regionale zorgsamenwerkingsverbanden tot lokale bestuurders en



# ‘Patiënten hebben hun diagnose niet op hun voorhoofd staan’

patiëntvertegenwoordigers. Een aantal zorgen, vragen en kritiekpunten vormt de rode draad in die reacties:

## Probleem?

Niet iedereen vindt dat alle door het kabinet genoemde problemen overal bestaan. ‘In grote delen van het land worden deze problemen niet of minder sterk ervaren’, plaatst het Deventer Ziekenhuis als kanttekening. De Federatie Medisch Specialisten (FMS) mist nog een ‘diepere analyse van de problematiek’, aldus voorzitter Peter Paul van Benthem, om te weten ‘of de nieuwe aanpak ook de oplossing is’.

## Triage

De voorgestelde scheiding tussen laag- en hoogcomplexe zorg is kunstmatig en niet altijd vooraf te maken, wordt gewaarschuwd. ‘De aanname dat goed en 100 procent sluitend gedifferentieerd kan worden is vals. In de praktijk blijkt dagelijks hoe moeilijk deze differentiatie is’, merken bestuurders en medisch specialisten van het Franciscus Gasthuis & Vlietland op. ‘Erg onverstandig’, schrijven de SEH-artsen van ziekenhuis Nij Smellinghe. ‘Patiënten komen met een klacht en hebben hun diagnose niet op hun voorhoofd staan.’ De situatie van kinderen kan snel verslechteren, aldus de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (NVK) en hoogleraar acute ouderenzorg Bianca Buurman waarschuwt voor ‘te vroegtijdig scheiden van patiëntstromen’ vanwege de atypische klachtenpresentatie bij ouderen.

## Rol huisarts

De vier huisartsenorganisaties LHV, NHG, VPH en InEen willen duidelijker terugzien dat de huisarts zijn rol houdt bij acute zorg overdag, ‘want de patiënt is met een

acute huisartsenzorgvraag het beste af bij zijn eigen praktijk’. Huisartsen moeten een belangrijke rol krijgen bij de triage via de regionale meldkamers, merken Utrechtse huisartsen van Unicum Huisartsenzorg op, want dat ‘is immers bij uitstek de expertise van de huisarts’.

## Spoedpost

De voorgestelde spoedposten moeten wel bij een ziekenhuis komen en niet ergens losstaand, vinden sommigen, zodat alle benodigde hulp beschikbaar is. De Nederlandse Vereniging voor Intensive Care merkt op dat de schets geen oog heeft voor de zorg die ná de eerste hulp nodig is, op ic’s en ok’s. Ook de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde wijst erop dat spoedposten ‘terug moeten kunnen vallen op medisch-specialistische expertise die binnen ziekenhuizen beschikbaar is’; een vergelijkbaar punt maakt de Nederlandse Vereniging voor Radiologie. De Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie mist het streven om patiënten met acute psychiatrische problemen zoveel mogelijk thuis te helpen.

## Telefoonnummer

Een extra, landelijk telefoonnummer kan voor verwarring zorgen en voor afstand tot de patiënt leiden, vrezen sommigen. Bestuurders en artsen van Haaglanden Medisch Centrum (HMC) waarschuwen voor ‘barrières’ voor patiënten bijvoorbeeld met analfabetisme of andere culturele achtergrond. De Nederlandse Internisten Vereniging wijst op ervaringen in het buitenland, waar een dergelijk systeem juist leidde tot een toename van SEH-bezoeken omdat patiënten vaker ‘het heft in eigen handen’ nemen.

## Maatwerk

Er wordt ook gevraagd om maatwerk, onder andere door Zorgverzekeraars Nederland (ZN), dat ‘een uniforme herinrichting’ geen oplossing vindt voor ‘regionale knelpunten’. Wat ZN betreft nemen de twee grootste zorgverzekeraars per regio het voortouw voor verbeteringen. De voorzitter van de ROAZ Euregio mist ruimte voor ‘regiospecifieke verschillen en

uitdagingen, zoals dunbevolkte en/of krimpgebieden’. Het Brabantse Spoedzorgnetwerk regio Helmond-De Peel nodigt de minister uit een kijkje te nemen naar hun opgedane ervaring van de laatste twee jaar om spoedzorg ‘toekomstbestendig te maken’ en wil graag ‘livelab’ zijn.

## Covid

Het stuk mist covidlessen, zo klinkt het. Zo wijzen bestuurders van Ziekenhuis Rivierland op het ‘grote belang van minimalisering van transportbewegingen’ – er moeten geen grotere afstanden met covidpatiënten die levensreddende zorg nodig hebben worden afgelegd. De Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) mist erkenning voor ‘de waarde van een fijnvertakte infrastructuur die afgelopen tijd is gebleken’ en verbaast zich over het ‘zinspelen richting afschaling’ als Nederland nu al niet toegerust blijkt ‘op piekbelasting’.

## Discussiestuk

De houtskoolschets is gelanceerd met de mededeling dat het om een ‘discussiestuk’ gaat waarin ‘gegumd kan worden’, dat er meer feiten en cijfers nodig zijn om tot concrete plannen te komen. Tijdens de behandeling van de VWS-begroting in december uitten met name PvdA, SP en PVV hun zorgen over het plan. De SP noemde het ‘onbestaanbaar’ om in deze covidtijden te komen met een boodschap om SEH’s te ‘schrappen’; de PvdA vroeg om ‘een beter plan’ om ‘onrust weg te nemen’. Van Ark benadrukte dat de schets ‘geen blauwdruk is’, en dat het aan een nieuw kabinet is om ‘met de inbreng’ uit de consultatie pas later beslissingen te nemen. Maar ze laat niet alles rusten: ze wil nog voor de verkiezingen in maart een wetsvoorstel naar de Tweede Kamer sturen dat elektronische uitwisseling van patiëntgegevens verplicht stelt. Wordt vervolgd, dus. ■

## web

U vindt de ‘houtskoolschets acute zorg’ en de reacties erop onder dit artikel op [medischcontact.nl/artikelen](https://medischcontact.nl/artikelen).