

Verslag gesprekken over vervanging van de huidige 45-minutennorm met IZA klankbordgroep partijen

In het traject om te komen tot nieuwe normen voor kwaliteit en toegankelijkheid in de acute (ziekenhuis)zorg is er een IZA-klankbordgroep ingericht. Op 5 oktober 2023 vond de eerste IZA-klankbordgroep plaats. Daarnaast heeft elke partij de mogelijkheid gekregen in kleiner gezelschap of één op één met VWS in gesprek te gaan over het traject. Niet alle partijen die deelnemen aan de IZA-klankbordgroep hebben gebruik gemaakt van de mogelijkheid tot een extra gesprek. De partijen die VWS heeft gesproken, en waarvan de input in dit verslag is meegenomen, zijn: de NVSHA, NVSHV, ZN, GGD GHOR Nederland, LNAZ, AZN, V&VN Ambulance, InEen, NHG, Actiz, Zorgthuisnl, SDN, KNMP, FMS, NFU, NVZ, KNOV, VSV, ZiNL, NZa en de IGJ.

Van elk gesprek is een verslag gemaakt. Alle partijen hebben de mogelijkheid gehad te reageren op de verslaglegging van het eigen gesprek. Dit document is een samengesteld verslag van de extra gesprekken, gebaseerd op de individuele gespreksverslagen. Het verslag is ingedeeld naar een aantal onderwerpen, waarbij de opgehaalde input per onderwerp is samengebracht. Niet alle nuances en ideeën uit de gesprekken hebben een plek kunnen krijgen in dit verslag, maar geprobeerd is zo transparant mogelijk te zijn in wat er door de klankbordgroep is ingebracht en door de ambtelijke werkgroep wordt meegenomen bij het opstellen van de varianten.

Het verslag wordt als bijlage bij het eindproduct van fase 1 gevoegd. Omdat het verslag openbaar zal worden gemaakt is ervoor gekozen enkel een lijst van deelnemende partijen op te nemen. De rest van het verslag is geanonimiseerd. Uitspraken zijn niet herleidbaar naar één van de partijen.

Verandering is nodig

Er bestaat overeenstemming dat een onhoudbare situatie in de (acute) zorg dreigt, dat verandering noodzakelijk is en dat er keuzes gemaakt moeten worden. Tegelijkertijd blijkt dat veldpartijen verschillende visies hebben op wat het probleem in de (acute) zorg is en waarom die verandering noodzakelijk is. In het veld wordt er iedere dag al ingespeeld op de veranderende situatie en zorgvraag. We moeten het doen met hetzelfde aantal mensen die in de zorg werken en alleen meer geld is niet de oplossing. Geld kan in sommige gevallen wel helpen om bijvoorbeeld verandering te realiseren. Veel partijen wijzen op het belang van de instroom, doorstroom en uitstroom van patiënten in de acute zorg. Een partij geeft aan dat schaarste in de zorg in den brede een probleem is en dat leidt ook tot drukte in de acute zorg. Deze partij ziet als oplossing het verminderen van de instroom op de SEH, niet in wijziging van de organisatie van de acute zorg.

De huidige 45-minutennorm (gebaseerd op spreiding) is volgens een deel van de partijen niet meer van deze tijd. De norm zit verandering in de weg, bijvoorbeeld het differentiëren in dag/nacht openingen. Tegelijkertijd komt uit de gesprekken duidelijk naar voren dat verandering aan de 45-minutennorm gevoelig ligt en er veel verschillende belangen aan hangen. Een ziekenhuis heeft belangen bij het hebben van een SEH, onder andere doordat een deel van de patiëntenpopulatie van het ziekenhuis binnenkomt via de SEH. Daarnaast wordt genoemd dat de huidige normen een disciplinerende werking hebben, waarbij de grootste groep patiënten op dit moment goed geholpen wordt. Een goed gesprek over de (her)inrichting van het spoedzorglandschap is ingewikkeld, omdat er verschillende visies op het probleem en verschillende probleemoplossingen en opties voor beleid bestaan. Partijen geven aan dat de focus niet alleen op het veranderen van normen moet liggen, maar dat naar meer aspecten gekeken moet worden.

Kwaliteit versus nabijheid

Er bestaan verschillende zienswijzen op de toegankelijkheid en kwaliteit van acute medisch specialistische zorg en de weging hiervan. Het merendeel van de partijen linkt kwaliteit aan veiligheid van zorg. Zij ervaren dat kwaliteit en veiligheid op gespannen voet staan met nabijheid van zorg. Er zijn partijen die aangeven dat kwaliteit als uitgangspunt moet worden genomen bij het inrichten van het (spoed)zorglandschap. Waarbij kwaliteit betekent dat de focus ligt op het volgen

van richtlijnen en halen van volumenormen. Waarbij de voorkeur is dat de kwaliteit geconcentreerd wordt, boven het met moeite openhouden van meerdere SEH's, terwijl voor de burger niet duidelijk is dat daar mogelijk niet wordt voldaan aan het kwaliteitskader spoedzorgketen en/of overige kwaliteitsrichtlijnen. Het openhouden van SEH's met weinig geschoold personeel kan volgens deze partijen schijnzekerheid tot gevolg hebben. Volgens sommige partijen zorgt het huidige kwaliteitskader ervoor dat slechts naar een aantal aspecten van de kwaliteit van acute zorg wordt gekeken, terwijl het wenselijker is om breder te kijken omdat er verschillen in ziekenhuizen zijn. Voor een UMC of STZ ziekenhuis is het makkelijker om aan de norm te kunnen voldoen dan misschien voor een perifere ziekenhuis. Deze huidige norm handhaven draagt volgens hen niet bij aan het gesprek over kwaliteit.

Uit de gesprekken komt naar voren dat 'kwaliteit' een normatief begrip is. Wat kwaliteit is, kan voor iedere burger of professional anders zijn en dus ook anders worden ingevuld. Een deel van de partijen vindt ook een focus op nabijheid van zorg onderdeel van kwaliteit. Kwaliteit is voor de ene persoon nabijheid van zorg, maar kan voor de ander specialistische zorg betekenen waar hij of zij verder voor moet reizen. Nabijheid kan dus bijdragen aan kwaliteit van zorg, maar nabijheid alleen biedt geen kwaliteit. Voorstanders van meer zorg nabij geven aan dat bijvoorbeeld de veiligheid voor een oudere met een delier eerder wordt geborgd door de zorg rondom en nabij die oudere te regelen, waardoor de omgeving dicht in de buurt kan zijn. De kracht en kwaliteit van zorg zit hem dan in de regionale korte lijnen en bekende zorgverleners en omgeving van de patiënt. Nabijheid van zorg heeft dan een meerwaarde voor zowel patiënt als partner/naasten.

Om meer nabijheid te realiseren heb je volgens sommige partijen ook meer risicoacceptatie nodig, bijvoorbeeld terughoudender omgaan met aanvullend onderzoek bij patiënten. Richtlijnen moeten worden getoetst op het percentage dat je mag missen zonder verlies van gezondheid op populatieniveau. Het uitbreiden van risicoacceptatie dient volgens voorstanders ook meer uniform te gelden voor alle ziektebeelden en niet op basis van de medisch of maatschappelijke aandacht die een ziektebeeld krijgt. Een partij geeft aan te verwachten dat de verschuiving binnen nabijheid en kwaliteit (en welke risico's je daarbij accepteert) vanzelf ontstaat, omdat het niet anders kan. In de regio gaat het gesprek komen welke voorzieningen open kunnen blijven en welke niet. Daarnaast geven partijen aan dat er meer nuance nodig is in de discussie: niet alle spoed is hetzelfde. Over multitraumapatiënten zijn partijen het eens dat kwaliteitsrichtlijnen leidend zijn en dat er geen discussie over bestaat naar welk centrum deze patiënten gaan. Op het gebied van tijdkritische hoog-complexe aandoeningen moet volgens een enkele partij nog verder geconcentreerd worden, omdat de volumenormen voor bijvoorbeeld de multitrauma's wetenschappelijk aantoonbaar te laag zouden zijn. Terwijl algemene acute basiszorg fysiek dichtbij de patiënt dient te blijven voor goede toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit.

Differentiatie

Partijen reageren wisselend op het vraagstuk omtrent differentiatie. Sommige partijen zien kansen in het differentiëren van patiëntenstromen waarbij ouderen, kinderen en een laagcomplexe herkenbare zorgvraag worden genoemd, andere partijen niet. De geschetste dilemma's, en het bestaan van een grote groep patiënten met ongedifferentieerde klachten, worden herkend. Hierbij worden regionale verschillen benadrukt. Volgens een deel van de partijen kan het meer differentiëren van patiënten in de eerstelijnszorg, zoals ouderen, de grotere groep patiënten met mediumcomplexe/ongedifferentieerde klachten verkleinen. Het eventueel differentiëren van patiëntstromen zal niet direct verschil maken voor de ambulancezorg. Wel indien patiënten in tweede instantie meer van instelling A naar instelling B moeten worden verplaatst. Sluiting van een SEH (vooral in de minder bevolkte gebieden) heeft wel veel invloed op de ambulance zorg.

In het veld ontstaan verschillende vormen van acute zorgvoorzieningen die geen volwaardige SEH of HAP zijn. Deze tussenvarianten hebben verschillende benamingen. Op dit moment is het onderscheid tussen spoedpleinen, spoedposten, een spoedpoli, HAP+ en SEH- onduidelijk. Bij de duiding van de in de praktijk verschijnende differentiatie in naamgeving blijft de vraag of dit huisartsenzorg (al dan niet met een plus) of medisch specialistische zorg is. Dit zorgt voor het

ontbreken van een goed beeld van het huidige acute zorglandschap en voor vraagtekens over het hanteren van het kwaliteitskader. Het moet duidelijk zijn welke zorg ergens geboden wordt (wat daar wel en niet kan) en verwarring moet worden voorkomen door het gebruik van verschillende termen als spoed+, HAP- etc. te vermijden. Meerdere partijen zijn van mening dat een duidelijke definitie van acute zorgvoorzieningen en de patiëntengroepen die zij zorg kunnen leveren nodig is. Hierbij wordt ook genoemd dat het bij het uitwisselen van artsen tussen HAP's en SEH's, danwel SEH-/ + vormen, belangrijk is dat men zich bewust is van de verschillen tussen de kunde van een SEH arts en de kunde van huisartsen

Een deel van de partijen ziet mogelijkheden in deze tussenvarianten van acute zorgvoorzieningen, maar een deel van de partijen ziet hier geen toekomst in. De laatste groep ziet het als een tussenoplossing voor een groter onderliggend probleem, maar ziet meer toekomst in het beter organiseren van de gehele zorgketen en in het voorkomen van acute zorg. Er zijn ook partijen die aangeven dat je voor de grootste groep patiënten een goede SEH en mensen nodig hebt, waarbij dure apparatuur of faciliteiten minder van belang zijn. Voor de kleine groep patiënten die deze faciliteiten nodig heeft, kan je de patiënten na eerste diagnostiek en behandeling doorplaatsen. Een spoedpoli of -post heeft volgens deze partijen geen toegevoegde waarde en creëert een onnodige tussenstop voor een groep mensen die in veel gevallen normaliter ook niet op een SEH moeten worden gezien. Het geeft meer zorgproductie en creëert niet meer gezondheid. Een partij geeft aan dat het belangrijk is om SEH's in de buurt te hebben die niet super specialistisch zijn. Die SEH's zijn goed in staat om in kaart te brengen wat iemand heeft en de patiënt zo nodig door te sturen naar een specialistisch centrum. Het meer differentiëren en centraliseren geeft ook risico's voor de atypische patiënten; wanneer onduidelijk is wat de patiënt heeft, zijn er ziekenhuizen nodig die zorg op alle vlakken kunnen bieden.

Er zijn ook partijen die mogelijkheden zien om te differentiëren in openingstijden van SEH's. Er zijn nu ook SEH's die dankzij de 45-minutennorm open worden gehouden door middel van een beschikbaarheidsbijdrage, maar waar 's nachts geen (of slechts enkele) patiënten worden gezien. Dat zorgt voor inefficiëntie. Daarop aansluitend geven partijen aan dat ambulances tegenwoordig veel meer geavanceerd zijn waardoor een langere rijtijd niet automatisch tot verslechtering van de gezondheidsuitkomst van de patiënt hoeft te leiden. Een andere genoemde mogelijkheid van differentiatie is om op bepaalde SEH's geen kinderen meer te zien.

In de klankbordgroep bijeenkomst van 20 februari 2024 gaf de klankbordgroep aan dat belangrijk is dat het rapport van de Expertgroep over de mogelijkheden van differentiatie niet gelezen moet worden als een medisch-wetenschappelijk onderbouwd rapport, noch als een consensus tussen veldpartijen. Het rapport schetst echter wel hoe in de praktijk wordt gezocht en geworsteld met creatieve oplossingen. Daarnaast bleek uit de klankbordgroep dat er verwarring is ontstaan over de wijze waarop de nieuwe varianten voor beleid door VWS worden ontwikkeld. De nieuwe varianten voor beleid worden niet alleen opgesteld op basis van de rapporten die als bijlagen zijn gestuurd naar aanloop van de klankbordgroep, maar ook op basis van inhoudelijke kennis en kunde die binnen VWS aanwezig is.

Personeel

Uit de gesprekken komt duidelijk naar voren dat het sluiten van een SEH, een afdeling acute verloskunde of een heel ziekenhuis verschillende soorten gevolgen heeft. Een SEH is de voordeur van een ziekenhuis waardoor de sluiting ervan invloed heeft op het hele ziekenhuis, de interesse en het werkplezier van werknemers en de werkgelegenheid voor het omliggende gebied. Het risico bestaat dat personeel iets anders gaat doen (als men bijvoorbeeld verder moet reizen voor eenzelfde functie in een ander ziekenhuis) en dus zal uitstromen. Uiteindelijk bestaat dan het risico dat je minder handen aan het bed overhoudt dan dat er waren, in een tijd waar er al personele tekorten zijn in de zorg. Aan de andere kant zorgt grote personele krapte op SEH's ook voor grote werkdruk en mede daardoor voor uitstroom van personeel. Er wordt genoemd dat SEH-verpleegkundigen uitstromen naar de ambulance omdat daar het salaris hoger ligt en de werkdruk lager is. Ook kunnen spoedposten aantrekkelijk zijn voor verpleegkundigen, omdat de werkdruk

daar lager is. Meer financiering in de vorm van meer salaris voor professionals kan wel bijdragen aan behoud van personeel. Geld kan op korte termijn ook helpen om verandering te realiseren, maar meer geld is geen oplossing voor de lange termijn. Partijen zijn het er over eens dat het verschuiven van personeel geen oplossing is, want dat gaat ten koste van andere onderdelen van de zorg.

Gevolgen van het sluiten van een SEH, afdeling acute verloskunde of ziekenhuis

Naast gevolgen op personeel (zie hierboven) heeft het sluiten van een SEH ook effecten op de rest van de keten. Voor een HAP wordt het bij sluiting van een SEH een moeilijke afweging om te blijven bestaan, in welke vorm dan ook. Sluiting van een SEH heeft dus niet alleen gevolgen voor het ziekenhuis zelf, maar heeft ook cascade effecten: afschalen van bepaalde afdelingen in het ziekenhuis betekent ook dat er meer zorg ontstaat in de eerstelijns en HAP's. Sluiting van een SEH gaat verder dan de acute zorgverlening, maar heeft ook impact op de niet-acute zorgketen en heeft dus invloed op de werkgelegenheid in een regio. Sluiting van een SEH (vooral in de minder bevolkte gebieden) heeft daarnaast ook invloed op de ambulancezorg. Aan de andere kant geven partijen ook aan dat het openhouden van alle SEH's of afdelingen acute verloskunde niet realistisch is, omdat er onvoldoende personeel is om die afdelingen bemand te krijgen en te houden. Een partij geeft aan dat het hierom goed zou zijn om te onderzoeken hoeveel SEH's een regio nodig heeft.

Aandacht voor speciale zorggroepen

Er zijn volgens de meeste partijen twee doelgroepen die speciale aandacht vragen bij het veranderen van normen: kwetsbare ouderen en mensen die zwanger zijn.

Voor goede acute ouderenzorg is samenwerking in de hele keten belangrijk. Nieuwe vormen van samenwerking op dit gebied zijn in ontwikkeling, waarbij de acute wijkverpleegkundige een belangrijkere rol heeft. Op sommige plekken zijn er wijkverpleegkundigen die ook diensten draaien op een HAP. In een wijkkliniek (een experiment om ouderen die MSZ zorg nodig hebben uit het ziekenhuis te houden) heb je naast de expertise vanuit de VVT ook expertise van een ziekenhuis nodig. Daarnaast is er in de ouderenzorg veel winst te behalen in het voorkomen van acute zorg. In veel gevallen kan achteraf gezegd worden dat een opname op een SEH voorkomen had kunnen worden. Partijen geven aan dat het hierbij interessant is om de rol van de eerstelijns specialist ouderengeneeskunde en acute wijkverpleegkundige nader te bekijken. Zij kunnen mogelijk een grotere rol hebben in het voorkomen van een acute zorgvraag waardoor de zorgvraag later in de keten verlicht dan wel mogelijk voorkomen wordt.

Daarnaast is het wenselijk om zwangeren als een aparte doelgroep te beschouwen, en de (acute) verloskunde los van de overige SEH-zorg te zien, omdat minder SEH's niet per definitie minder acute verloskunde betekent. Een bevalling is per definitie acuut: een niet planbare en acute zorgvraag, maar er is niet per definitie ziekenhuiszorg nodig om deze zorgvraag te beantwoorden. Veel van deze zorgvragen kunnen vaak gewoon in de eerstelijns worden opgevangen. Er bestaat wel degelijk laagcomplexiteit zorg binnen de verloskunde, dat is zelfs het grootste deel, maar de voorspelbaarheid van wat zich ontwikkelt tot hoogcomplexiteit is ingewikkeld. Dit zorgt ervoor dat ziekenhuizen die verloskundige zorg aanbieden niet gemakkelijk een beperkte selectie van die zorg kunnen aanbieden. Uitzonderingen op het gebied van zeer hoogtechnologische en zeer hoogcomplexiteit zorg daargelaten.

Er bestaat echter wel een groot verschil tussen SEH-zorg en acute verloskunde, in die zin dat er binnen de acute verloskunde vaak vooraf al een zorgverlener aanwezig is bij de zwangere, in tegenstelling tot bij andere spoedeisende zorgvragen. Voor een grote groep zwangere is er de mogelijkheid om thuis te bevallen, dan is epidurale anesthesie (complexiteit handeling) bijvoorbeeld niet mogelijk, maar kan er in laagcomplexiteit situaties wel degelijk adequate zorg worden verleend op andere manieren. Deze voorbeelden laten zien dat de acute verloskunde een andere doelgroep is dan de overige SEH-zorg. Voor de acute verloskunde moet het veld met elkaar nader kijken naar de indicaties, partijen zitten hierin nog niet op een lijn.

Andere factoren in de zorgketen aanpakken

Verandering is niet alleen nodig in het acute zorglandschap, maar het vraagstuk zit in de gehele zorgketen: instroom, doorstroom en uitstroom. De schaarste en/of drukte op de SEH kan je verminderen door binnen een keten de door- en uitstroom te verbeteren. Volgens een partij kan acute zorg voorkomen worden door bijvoorbeeld meer één op één begeleiding. Verschillende partijen geven aan dat er meer ingezet moet worden op het voorkomen van acute zorg in het ziekenhuis met daarbij ook focus op omliggende factoren: meer en betere preventie, effectiever opleiden en meer gebruik maken van digitalisering.

Rol overheid

De partijen zien een duidelijke rol voor de overheid weggelegd, maar over de precieze invulling van die rol verschillen de visies. Er is bijvoorbeeld aangegeven dat de overheid duidelijke landelijke kaders moet schetsen, waarbij er voldoende ruimte is voor de regio om in te spelen en te innoveren op de verschillen die er momenteel tussen regio's zijn. Een andere partij vindt dat er wel duidelijke kaders nodig zijn, maar dat nu nog te veel ruimte bij regio's ligt. De indruk is dat deze veldpartijen het samen in de regio willen oplossen zonder een blauwdruk van bovenaf. Indien de overheid alles landelijk inkadert, worden de bestaande regionale verschillen tekort gedaan. Tegelijkertijd, als de overheid geen landelijke normen stelt, is het onduidelijk wat de minimale normen zijn waar zorgorganisaties aan moeten voldoen. Voor een deel van de partijen geldt dat zij de vraag stellen in hoeverre je als overheid echt ruimte moet bieden voor verschil in kwaliteit tussen regio's, maar zij stellen wel dat enige mate van flexibiliteit en ruimte voor passende invulling in de regio nodig is.

Een deel van de partijen vindt dat bij het opstellen van normen ruimte moet worden gelaten voor verschillen tussen dichtbevolkte gebieden en meer dunbevolkte gebieden, maar dat de kwaliteit overal van een bepaald basisniveau moet zijn. Hierin ruimte overlaten voor maatwerk is wel nodig gezien de wijzigende geografie van Nederland en wisselende zorgvraag tussen bepaalde gebieden. Daarvoor moet de zorgvraag in kaart worden gebracht.

Er zijn ook partijen die de voorkeur uitspreken om regie op landelijk niveau te houden, in plaats van te beleggen bij de regio's. De overheid moet meer sturen op bepalen van richting en naleven van normen; meer sturen op kwaliteit ongeacht waar je woont. Bij het opstellen van normen is het nodig om bepaalde landelijke normen op te stellen waarbij er een minimum van zorg is die voor iedere burger gelijk is. Er kan niet tot goede kwaliteit worden gekomen door focus op regio's te leggen, maar middels landelijke eisen. De overheid dient een sturende rol aan te nemen bij verandering, waarbij niet alleen normen moeten worden opgesteld, maar ook in wettelijke kaders bepaalde criteria moeten worden opgenomen.

Tot slot heeft de overheid volgens alle partijen een grote rol in het informeren van burgers.

Het informeren van en communicatie naar burgers

Het is belangrijk om maatschappelijk draagvlak en begrip te krijgen rondom dit thema door het maatschappelijke gesprek met burgers op gang te brengen. Met beperkte middelen, mensen en tijd moet je altijd keuzes maken. Er moet een verhaal komen over dat we in een andere tijd leven, waarin niet alles meer haalbaar is en de verzorgingsstaat anders wordt ingericht. Het is verlies (en emotie) maar dat kan misschien niet anders. Aan burgers moet en kan worden uitgelegd dat zorg krijgen dus mogelijk kan veranderen. Hierbij zijn gezamenlijkheid en transparantie belangrijke uitgangspunten. Daarbij is er een rol voor overheid om naar burger te communiceren wat wel en niet mag worden verwacht van acute zorg. Landelijke bewustwording hierover creëren vanuit de overheid is cruciaal.

Het gesprek over de risicoacceptatie en afwegingen tussen kwaliteit en nabijheid is een maatschappelijke discussie waar politiek en gemeenten ook een belang hebben en waar de samenleving veel meer in moet worden meegenomen. Het sluiten van een SEH doet iets met de

emoties van burgers en het gevoel van veiligheid. Hier ligt, naast een rol voor de overheid, ook een rol voor gemeenten.

Er is veel spoed in de ogen van burgers, wat medisch gezien geen spoedvraag is. Niet alle burgers zijn in staat om altijd goed te kunnen onderscheiden welke zorgvragen levensbedreigend en/of spoed zijn, of dat deze, bijvoorbeeld in het geval van de HAP, ook kunnen wachten tot na weekend. Dat wordt door huisartsen soms als vervelend ervaren. Landelijke en regionale voorlichting en communicatie is nodig om uit te leggen wanneer iets acuut is en waar burgers heen kunnen voor de juiste zorg. Een aantal partijen geeft aan dat er burgers voorgelicht moeten worden over de veranderingen die in hun omgeving plaatsvinden, zoals het sluiten van een zorgvoorziening. Daarbij zou het volgens deze partijen behulpzaam zijn om naast de beweegredenen voor bijvoorbeeld sluiting, ook de alternatieven te benoemen en inzichtelijk te maken waar welke zorg nog wel geboden wordt. Ook vragen de partijen die zich liever focussen op het aanpakken van de gehele zorgketen om meer in te zetten op preventie, het bewustzijn, de veerkracht en weerbaarheid van burgers. Tot slot vragen de veranderingen ook dat burgers meer aangesproken gaan worden op de eigen verantwoordelijkheid en zal er meer aan verwachtingsmanagement gedaan moeten worden vanuit de overheid naar de burger toe.