

Minister van Volksgezondheid Welzijn en Sport  
T.a.v. T. van Ark,  
minister Medische Zorg en sport  
Parnassusplein 5  
2511 VX DEN HAAG

Onderwerp:  
Bijdrage van V&VN aan internetconsultatie  
Houtskoolschets acute zorg

Kenmerk:  
20201124/WM

Datum:  
24 november 2020

Geachte minister Van Ark,  
Geachte leden van het kernteam Houtskoolschets acute zorg,

In aansluiting op de gespreksrondes over het acute zorglandschap eind 2019 en de publicatie van de Houtskoolschets Acute zorg op 3 juli 2020 geven wij via deze internetconsultatie antwoord op uw vragen met betrekking tot de Houtskoolschets.

Punten van waardering en onze aanbevelingen in het verlengde daarvan:

1. Wij hebben waardering voor de toevoeging van het derde hoofdstuk en de prominente aandacht die u hiermee geeft aan het - zo veel mogelijk - willen voorkomen van acute zorg. Onze aanbevelingen bij dit punt hebben betrekking op de bijdrage die verzorgenden, verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten hier aan leveren, zowel in de publieke gezondheidszorg<sup>1</sup> als in de eerste lijn en de enorme potentie die besloten ligt in het anders en/of effectiever benutten van deze inzet om acute zorg te voorkomen.
2. We zijn blij met de integrale definitie van acute zorg en dat u ook aandacht wenst te besteden aan acute zorg buiten ziekenhuizen, waaronder acute GGZ en acute wijkverpleging.

---

<sup>1</sup> Publieke gezondheidszorg (geen eerste lijn!): omvat onder meer de infectieziektebestrijding, jeugdgezondheidszorg, tbc bestrijding, reizigersvaccinaties, seksuele gezondheid en openbare geestelijke gezondheidszorg.

3. We delen het idee dat coördinatie en goede horizontale samenwerking, direct na het moment van het ontstaan van een acute zorgvraag, van grote meerwaarde is voor betreffende zorgvrager, naasten en zorgverleners. We zijn benieuwd naar de ervaringen met de pilots zorgcoördinatie en verwachten dat deze vorm van samenwerking positief bijdraagt.
4. Uw weergave van de acute medisch specialistische zorg en ontwikkelingsrichtingen biedt voor ons veel herkenbare aanknopingspunten. Representanten van onze 'acute afdelingen' hebben uw schets met veel aandacht gelezen. Hierna, onder aanbevelingen ten behoeve de nieuwe inrichting van de acute zorg, treft u de zaken die wij graag toegevoegd zien.
5. De zorgprofessional in dit acute landschap verdient aandacht. Wij pleiten voor het investeren in regionale samenwerking en alliantieontwikkeling om zorgprofessionals in de acute zorg een meer aantrekkelijk en levensfase bestendig opleiding- en loopbaanperspectief te kunnen bieden. In dit regionale verband kan men ook gericht toewerken naar verbreding van de inzetbaarheid van personeel SEH, IC, MC en Ambulanceprofessionals. Denk aan de introductie van nieuwe gezamenlijke, bredere en aantrekkelijkere functieprofielen, denk aan een systeem waarin laagdrempelig de tijdelijke oversteek gemaakt kan worden naar een andere organisatie in de regio, denk aan een zelf te besteden budget voor opleiding of evenementbezoek, enzovoort. Dit past ook bij de nieuwe ontwikkelingen in het opleidingsaanbod: breed opgeleide acute zorgprofessionals op mbo -, bachelor- en masterniveau met een brede inzetbaarheid.  
Hierdoor kunnen wij niet alleen meer nieuwe zorgmedewerkers werven, maar vooral ook degenen met relevante ervaring en passie voor de acute keten behouden.

#### Aanbevelingen ten behoeve van het voorkomen van acute zorg

- Paragraaf 2.4 alsook de paragrafen 3.1, 3.2 en 3.4 bevatten passages die niet overeenkomen met de huidige organisatie van de zorg in de thuish situatie. De betreffende hoofdstukken gaan voorbij aan de rol en bijdragen ter voorkoming van acute zorg, die verpleegkundigen, verzorgenden en verpleegkundig specialisten hier bieden.
- Wij vragen deze paragrafen te herzien en daarbij ook aandacht te besteden aan de volgorde, met als vertrekpunt een client (van elke leeftijd!) met een vraag die voorkomt dat hij/zij in een situatie belandt waarin hij/zij op enig moment acute zorg nodig heeft.

Het is belangrijk dat dergelijke vragen vroegtijdig worden opgemerkt en in samenspraak met betreffende cliënten worden geadresseerd. Investeren in goede onderlinge samenwerkingsrelaties tussen gemeente en verpleegkundigen werkzaam in de thuissituatie en de huisartspraktijk is daarvoor essentieel.

- In de aanpak om acute problemen te voorkomen/verminderen missen wij het belang van nauwere samenwerking met de preventief werkende, publieke gezondheidszorg. Een actueel voorbeeld hiervan is het ontbreken van directe samenwerkingsrelaties in crisistijd tussen GGD/GHOR en de verpleegkundigen, werkzaam in wijk en thuissituatie.
- Bij kinderen gaat het vooral om acute zorg voor 0-4 jarigen met een piek van 0-1 jarigen. Het gaat meestal om problemen met borstvoeding, borstontsteking, huilen, zieke kinderen. Jeugdverpleegkundigen kunnen die problemen grotendeels opvangen mits de 24 bereikbaarheid uitgebreid wordt. Er zijn goede ervaringen met jeugdverpleegkundigen die in een combi functie, ook deeltijds werken als praktijkondersteuner-jeugd, veel acute problemen met zuigelingen opvangen in de huisartspraktijk.
- Zoals beschreven in het Beroepsprofiel van de verpleegkundige 2020 (Lambregts, Grotendorst & van Merwijk, 2016) en het Expertisegebied wijkverpleegkundige (V&VN, 2019) is het preventiegericht analyseren een voorwaarde voor het klinisch redeneerproces waarop het beroepsmatig handelen van de wijkverpleegkundige, dementieverpleegkundige en de praktijkverpleegkundige (werkzaam in de huisartsenzorg) is gebaseerd.  
Deze verpleegkundigen kennen de mensen in de ('hun') wijk en weten wat er achter de voordeur van een kwetsbaar huishouden speelt. Op basis van de signalen die zij opvangen én preventiegerichte interventies zijn zij in staat om acute zorgvragen te voorkomen maar ook om in een acute situatie erger te voorkomen. Denk bijvoorbeeld aan een dementerende oudere met een acute zorgvraag. Juist een dementerende oudere heeft het nodig om zo min mogelijk overgeplaatst te worden naar een andere zorglocatie. Nu gebeurt het helaas te vaak dat in acute situaties rondom ouderen, die vaak samenhangen met de sociale context waarin de ouderen verblijft, gekozen wordt voor een ELV bed of een andere intramurale voorziening. Helaas blijkt de gekozen oplossing in de acute situatie niet altijd de meest passende.

- U beschrijft terecht dat er een sinds 2008 een groot tekort aan huisartsen is ontstaan. Wij denken dat de Verpleegkundig specialist een belangrijke bijdrage kan leveren aan de behandeling van acute zorgvragen in de eerste lijn. Zij is bij uitstek de professional die de brugfunctie vervult tussen het medisch én verpleegkundig domein.

#### Aanbevelingen ten behoeve van de nieuwe inrichting van de acute zorg

- Mocht worden besloten tot de introductie van een extra telefoonnummer, naast 112, voor niet-levensbedreigende acute zorgvragen, is het zaak dit adequaat te operationaliseren met als voorwaarde dat tussen beide meldingen gegarandeerde samenwerking tot stand komt.
- Wij onderschrijven de ambitie van ambulancezorg professionals om acute zorg in laag complexe situaties zoveel mogelijk thuis te leveren. Wij achten dit een zeer realistisch en haalbaar streven. Graag willen de bij ons georganiseerde ambulancezorg professionals hier meer inhoud aan geven. Van alle partijen, waaronder ook VWS, vergt dit evenwel aandacht voor de ontwikkeling van passende kwaliteitskaders en daarmee overeenkomende uitbreiding van bevoegdheden en regelruimte.
- We zijn het eens met uw opvatting dat de duur van de aanrijd van een ambulance geen belemmering mag vormen om de patiënt naar het meest geschikte ziekenhuis te vervoeren.
- Wij willen u attenderen op de mogelijkheid de aanwending van de vervoerscapaciteit efficiënter in te richten door deze te differentiëren naar verschillende zorgniveaus: van laag en- midden complex ambulancevervoer tot een hoog complexe (ALS) ambulance bemenst met hoogopgeleid ambulancepersoneel
- Wanneer het niet mogelijk is om de behoefte aan acute zorg te voorkomen of acute zorg thuis te leveren door ambulancepersoneel kan bezoek aan spoedpost of SEH noodzakelijk zijn. Om een goede keuze te kunnen maken is het nodig om de verschillen tussen deze twee voorzieningen helder in beeld te brengen. Zo zal men ook aandacht moeten besteden aan het verschil in benodigde personele bezetting. Het is de vraag of een spoedpost de aanwezigheid van een SEH-verpleegkundige vereist.

Op basis van een meer helder onderscheid kan ook beter worden vastgesteld voor welke categorie patiënten een bezoek aan een spoedpost kan volstaan. Nu blijkt dit in onze praktijk onvoldoende helder.

Daarnaast kan door goede regionale samenwerking tussen ambulancediensten, spoedposten, SEH en traumacentra de efficiënte inzet van SEH-verpleegkundigen in de regio bevorderd worden. Dat is van belang omdat men ook zo voor iedere betrokken zorgprofessional een uitdagende loopbaan kan organiseren passend bij zijn/haar levensfase/competenties. Combibanen, gezamenlijke werving van zorgprofessionals en uitwisseling zien wij in een aantal regio's nu al tot goede resultaten leiden.

Wij gaan er hierbij vanuit dat aan SEH-houdende locaties en 'sec' spoedposten heldere onderscheidende criteria gelden. Aanbeveling is het CZO-flex level aanbod te integreren en te herijken in het licht van dit nieuw te ontstane landschap van spoedposten, SEH en traumacentra.

- De bevordering van een goede interne doorstroom van acute zorg-patiënten in het ziekenhuis verdient aandacht. Zo zouden wij graag aandacht willen vragen voor de meerwaarde van een aparte Acute Opname Afdeling in elk groter SEH-houdend ziekenhuis. De introductie van een dergelijke voorziening bevordert de interne doorstroom.
- Daarnaast vragen we aandacht voor een betere benutting van de Medium-care afdeling. Een juiste inzet van Medium Care capaciteit biedt een oplossing voor gestabiliseerde IC-patiënten (zoals beschreven in het NWZ voorbeeld) en is van grote waarde is voor de follow-up van IC-zorg. De uitstroom van deze Medium Care afdeling stagneert vaak.

Het gaat b.v. om patiënten met een delier waar de verpleegafdelingen niet op zijn ingericht, over acute GGZ-opnames waar de transferverpleging geen plek voor vindt of patiënten die bepaalde verpleegkundige handelingen behoeven waarover een andere eerst- aangewezen afdeling niet blijkt te beschikken. Wij stellen voor bij de adressering van de verkeerde beddenproblematiek ook aandacht te schenken aan deze 'verborgen interne' verkeerde bedden.

- Wij verzoeken u aandacht te geven aan de intensieve zorg voor kinderen. Binnen de acute zorg neemt de Pediatrische Intensive Care Unit (PICU) een aparte positie in. In de huidige discussie over IC-capaciteit sneeuwt de behoefte aan voldoende beschikbare zorg voor het acuut zieke of gewonde kind wat onder. Er zijn zeven PICU's in Nederland die samen verantwoordelijk zijn voor de zorg voor patiënten van 0-18 jaar. Deze zeven PICU's staan voor de verplichting de kinder-IC-zorg in Nederland te waarborgen, inclusief (supra) regionale transporten van kritisch zieke kinderen. Al jaren kampt deze PICU met capaciteitskrapte en een tekort aan kinderverpleegkundigen. Naast ons bekend pleidooi voor structurele uitbreiding van IC-capaciteit in Nederland, vragen we ook hier uw aandacht voor.
- Wij vinden het belangrijk dat er onderzoek plaats vindt naar de kwaliteit en de uitkomsten van de geboden zorg en de effectiviteit waarmee die geleverd wordt. Hiervoor vinden we het wenselijk dat we, de zorgprofessionals in de keten, gezamenlijk een uniforme dataset ontwikkelen, realiseren en hanteren.

Tot zover onze bijdrage aan deze internetconsultatie.

V&VN wordt graag betrokken bij de verdere uitwerking. We zijn ook graag bereid nadere vragen te beantwoorden of u in contact te brengen met ter zake kundige verpleegkundigen, verzorgenden en verpleegkundig specialisten. Daarnaast kunnen we desgewenst voorbeelden aan dragen van best practice.

Met vriendelijke groet,

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'Gerton Heyne', written in a cursive style.

Gerton Heyne,  
Voorzitter a.i.