



## Position paper NVSHA

### **Optimale acute zorg komt tot stand in netwerken van professionals die persoonlijk contact met patiënten en elkaar onderhouden**

Op 28 maart a.s. voert de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport van de Tweede Kamer een rondetafelgesprek over acute zorg. De Nederlandse Vereniging van Spoedeisende Hulp Artsen (NVSHA) gaat in deze position paper in op de gestelde vragen. Met als centrale thema: 'Wat zijn de gevolgen van concentratie, fusies en schaalvergroting van SEH en acute zorg voor zorgorganisaties, zorgprofessionals en burgers?'

De deelvragen betreffen de kwaliteit van acute zorg, welke innovatieve mogelijkheden zijn beschikbaar, de gevolgen van concentratie en internationale ervaringen met schaalvergroting.

#### *1. Wat is kwaliteit van de acute zorg en waarom staat die onder druk?*

De kenmerken van kwalitatief goede acute zorg zijn toegankelijkheid, betaalbaarheid en medisch inhoudelijke kwaliteit. Er is sprake van een groeiende (acute) zorgvraag door demografische veranderingen, focus op zorgproductie, sterk geloof in de maakbaarheid van ons leven, medicalisering, defensieve geneeskunde en de 24-uurs maatschappij. De grotere zorgvraag leidt ook in de acute zorg tot personeelstekorten, toename van wachttijden, stijgende kosten en afname van toegankelijkheid. Door deze factoren is er een druk op kwaliteit. Langere wachttijden op de SEH geven een slechtere uitkomst van zorg<sup>1</sup>, personeelstekorten geven meer uitstroom, maar ook het verlies van de menselijke maat en van toegankelijkheid van zorg leiden tot verlies van kwaliteit<sup>2</sup>.

#### *2. Welke innovatieve mogelijkheden zijn beschikbaar om de kwaliteit van de SEH en acute zorg te behouden?*

Kwalitatief goede acute zorg is bij uitstek ketenzorg en een samenspel van beleid, maatschappij, burgers, patiënten en professionals. Behoud van kwaliteit vergt aandacht voor:

- a. *Preventie*: het voorkomen/verkleinen van de vraag naar acute zorg.
- b. *Doorstroom*: bevorderen dat patiënten na het verlenen van acute zorg kunnen worden opgenomen, naar huis kunnen of in de langdurige zorg worden opgevangen.
- c. *Inzetten op alleen die zorg die toevoegt aan de gezondheid van de patiënt en burger*.

*Ad a. Preventie.* Het voorkomen van zorg begint met aandacht voor alle determinanten van zorg: bestaanszekerheid, toegang tot onderwijs, sociale veiligheid en waardigheid

---

<sup>1</sup> Association between delays to patient admission from the emergency department and all-cause 30-day mortality | Emergency Medicine Journal - <https://emj.bmj.com/content/39/3/168>

<sup>2</sup> Kiezen voor houdbare zorg. Mensen, middelen en maatschappelijk draagvlak | Rapport | WRR - <https://www.wrr.nl/publicaties/rapporten/2021/09/15/kiezen-voor-houdbare-zorg>

van de burger<sup>3</sup>. Continuïteit in de eerstelijns zorg beperkt de vraag naar acute zorg significant. Een vaste huisarts zorgt voor 20% minder SEH-bezoeken, bevordert de gezondheid, verlengt de levensverwachting en reduceert onnodige zorg<sup>4</sup>. Dit verhoogt de efficiëntie en de effectiviteit. Goede en bereikbare eerstelijnszorg voorkomt een beroep op de acute zorg en beperkt tevens de instroom in andere disciplines van medisch specialistische zorg.

*Ad b. Doorstroom.* Een goede balans tussen zoveel mogelijk generalistische professionals met besliskracht vroeg in het proces, bevordert doorstroom in de acute keten. Dat geldt zowel voor de eerste- als de tweedelijns. Daarbij is naast het voorkomen van instroom, het bevorderen van uitstroom door voldoende thuiszorg en eventueel verpleeghuiszorg, belangrijk. Voor de uitstroom is samenwerking in de keten essentieel, waarbij 'elkaar kennen' veel mogelijk maakt, het voorkomt zorg en tijdrovende administratie. Mocht er een opname in het ziekenhuis nodig zijn, dan is voldoende acute opnamecapaciteit belangrijk.

*Ad c. Inzetten op gezondheidswinst en niet op zorgproductie.* Binnen de zorg bestaat het risico van overdiagnostiek en overbehandeling, wat kan leiden tot nadelige uitkomsten voor de patiënt. De oorzaak hiervan kan deels worden toegeschreven aan 'defensieve geneeskunde', onder andere doordat zorgverleners het ideeën hebben zo klachten te voorkomen en intrinsiek perfectionisme van de hulpverlener om nooit een diagnose te willen missen. Het kan ook komen door tunnelvisie vanuit het eigen specialisme, met daardoor minder aandacht voor de algehele gezondheid van de patiënt. Het vinden van de juiste balans tussen over- en onderbehandeling is een uitdaging op zich en is ook niet direct in beleid te vatten. Wat kan helpen in het positief beïnvloeden van deze balans zou meer kaders geven aan de focus van medische richtlijnen, zodat deze zich primair richten op het behalen van gezondheidswinst voor zowel het individu als de maatschappij. Hierbij moet ook nadruk worden gelegd op de uitkomsten van de zorg die relevant zijn voor de patiënt.

3. *Wat zijn de gevolgen van concentratie, fusie en schaalvergroting op de SEH's voor de gezondheid, toegankelijkheid, leefbaarheid, kwaliteit en kosten van zorg?*

In de afgelopen 20 jaar is nationaal en internationaal sprake van schaalvergroting in de zorg. Dat heeft uiteraard gevolgen gehad voor de acute zorg en meer specifiek op de SEH's. De schaalvergroting was het gevolg van concentratie en fusies. Argumenten waren dat 'schaalvoordelen' een positief effect zou hebben op de toegankelijkheid, kwaliteit en kosten van de zorg.

---

<sup>3</sup> Levenskwaliteit en gezondheid van burgers moet voorop staan – Medisch Contact:  
<https://www.medischcontact.nl/nieuws/federatienieuws/federatiebericht/levenskwaliteit-en-gezondheid-van-burgers-moet-voorop-staan-1>

<sup>4</sup> Minder sterfte en acute zorgconsumptie bij langdurige huisarts-patiëntrelatie: [Minder sterfte en acute-zorgconsumptie bij langdurige huisarts-patiëntrelatie | Huisarts & Wetenschap \(henw.org\)](#)

Uit Nederlands en internationaal onderzoek blijkt dat deze benadering eenzijdig is. De 'schaalnadelen' krijgen onvoldoende aandacht in het huidige beleid en visie op acute zorg<sup>56789</sup>.

Een groot onderzoek uit Denemarken toont geen voordelen en (mogelijk) zelfs aanmerkelijke nadelen in kwaliteit van zorg na een daadwerkelijk uitgevoerde landelijke concentratie en schaalvergroting van SEH's<sup>10</sup>.

Voor het beoordelen van de effecten van concentratie en schaalvergroting moet er rekening worden gehouden met de volgende punten.

- a. Het is een feit is dat gedifferentieerde hooggespecialiseerde zorg minder dan 5% van alle acute zorg betreft. Denk aan de behandeling van een acuut hartinfarct (STEMI), een beroerte (IAT) of de opvang van een gescheurde grote lichaamsslagader (rAAA) en aan patiënten met multitrauma's als gevolg van een ernstig ongeval. De behandeling van deze aandoeningen kan het beste plaatsvinden in een beperkt aantal gespecialiseerde ziekenhuizen. Concentratie van de behandeling van deze hoogcomplexe aandoeningen verzekert dat er teams van een select aantal professionals met specifieke ervaring ontstaan die zich blijven verbeteren in de zorg voor deze groep patiënten. Als er sprake is van een algehele schaalvergroting van deze centra - waardoor er in het gespecialiseerde ziekenhuis ook veel 'lager complexe' aandoeningen worden behandeld - verdwijnt dan ook het voordeel van deze concentratie. Optimale schaal is hier in dus van groot belang.
- b. Tegelijk blijkt dat voor reguliere acute zorgvraag - de overige 90% - er weinig tot geen kwaliteitsvoordelen zijn van beleid gericht op schaalvergroting en concentratie zoals ook bleek in Denemarken. Ook worden er geen voordelen gezien m.b.t. personeelsinzet, betaalbaarheid en toegankelijkheid. Het gaat dan om patiënten met een ongedifferentieerde hulpvraag, zoals bloedvergiftiging (sepsis), benauwdheid, koorts en buikpijn. Maar ook om de patiënt met een gebroken heup, val op hoofd of gebroken arm. Zorg dichtbij blijkt effectiever en

---

<sup>5</sup> ACM (2016): Ziekenhuisfusies leiden niet tot aantoonbaar betere kwaliteit zorg:

<https://www.acm.nl/nl/publicaties/publicatie/16257/Ziekenhuisfusies-leiden-niet-tot-aantoonbaar-betere-kwaliteit-zorg>

<sup>6</sup> ACM (2017) ACM ziet meer concurrentierisico's bij ziekenhuisfusies: <https://www.acm.nl/nl/publicaties/acm-ziet-meer-concurrentierisicos-bij-ziekenhuisfusies>

<sup>7</sup> ACM (2017): Prijs- en volume-effecten van ziekenhuisfusies 2007-2014:

<https://www.acm.nl/sites/default/files/documents/2017-12/rapport-prijs-en-volume-effecten-van-ziekenhuisfusies-van-2007-2014-2017-12-05.pdf>

<sup>8</sup> PlosOne (2017): Efficiency and optimal size of hospitals: Results of a systematic search:

<https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0174533>

<sup>9</sup> ESB (2017): Nederlandse ziekenhuizen te groot voor verdere schaalvoordelen: <https://esb.nu/nederlandse-ziekenhuizen-te-groot-voor-verdere-schaalvoordelen/>

<sup>10</sup> Flojstrup M, Bogh SBB, Bech M, *et al*, Mortality before and after reconfiguration of the Danish hospital-based emergency healthcare system: a nationwide interrupted time series analysis. *BMJ Quality & Safety* 2023;**32**:202-213. - <https://qualitysafety.bmj.com/content/32/4/202.long>

resulteert in een betere kwaliteit van zorg. Het biedt namelijk mogelijkheid om bij (vervolg)zorg gebruik te maken van lokale kennis, toegang en netwerken.

Een voorbeeld hiervan is een patiënt die een nieuwe zorgvraag heeft bij een reeds bekende chronische aandoening of een situatie waarbij er verslechtering is van een ziektebeeld waar de patiënt al voor onder behandeling is. Dan is continuïteit van zorg belangrijk en afstemming met de eigen behandelaars (eerste en tweede lijn) in de nabije omgeving essentieel.

In beleid zou er dan ook aandacht moeten zijn hoe voor zowel gedifferentieerde hooggespecialiseerde zorg als reguliere acute zorgvraag de optimale schaal kan worden gecreëerd. Voldoende volume voor de hoog complexe zorg en voor de reguliere acute zorg moet er een voldoende breed spectrum van lokale ziekenhuizen worden gewaarborgd. Die is immers noodzakelijk om integrale zorg te kunnen leveren en daarbij mensgericht, bereikbaar, kosteneffectief en het personeel behoud.

- c. Een kleinere groep patiënten in de acute zorg is daar misschien niet direct op zijn plaats. Het ontbreken van een vaste huisarts kan de oorzaak zijn. Uit Canadees onderzoek blijkt dat er 66% meer kans op een SEH-bezoek is als er een virtueel contact was met een onbekende arts<sup>11</sup>. Soms is het overigens het meest praktisch om een kleine groep patiënten op een 'verkeerde' plek te zien, want waar moet iemand met een mogelijke gebroken enkel en veel pijn midden in de nacht anders naar toe dan naar de HAP of SEH?
4. *Is het huidige bekostigingssysteem adequaat om de acute zorg open te houden? En als het anders zou moeten wat heeft de voorkeur en welke extra kosten zijn daaraan verbonden?*

Het huidige bekostigingssysteem zorgt ervoor dat er met name wordt gekeken naar het belang van de individuele zorginstelling, waarbij er bekostigd wordt op zorgproductie i.p.v. op het creëren van gezondheid en gezondheidswinst.

In de financiering moeten dan ook de volgende elementen aandacht te krijgen.

- a. *Behoud en stimuleren van continuïteit en vergroten kennis van de patiënt.* Een eigen vaste huisarts voorkomt 20% verwijzingen naar de tweede lijn. Dit is dan nog naast het positieve effect van een vaste huisarts op een langere overleving, betere gezondheid en veel minder zorgkosten door (over)diagnostiek. Deze organisatiewijze zorgt er voor dat in Nederland het kleinste aantal mensen per inwoner op een SEH wordt gezien van heel Europa. In Nederland gaat het om ongeveer 120 patiënten per 1.000 inwoners per jaar. In Engeland zijn dat 450 per 1.000 en in België 600 per 1.000 inwoners. Vervangen van de huidige complementariteit van de eerste- en tweede lijn door verdere integratie en concentratie omwille van efficiëntie op de kortere termijn, heeft op langere termijn het risico dat de huisarts zich zal terugtrekken uit deze samenwerking. Dat zou betekenen dat het volume van SEH-zorg minimaal zou verdubbelen. Het Verenigd Koninkrijk is hier een afschrikwekkend voorbeeld van en we kunnen de negatieve gevolgen ervan regelmatig zien in de media.

---

<sup>11</sup> JAMA (2023) - Virtual Visits With Own Family Physician vs Outside Family Physician and Emergency Department  
Use: <https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2813291>

- b. *Optimale schaal van zorginstellingen.* Uit Nederlands onderzoek, waarvan de uitkomsten overeenstemmen met die van internationaal onderzoek, blijkt dat een optimale economische ziekenhuisgrootte (zowel financieel als voor het personeel) rond de 200-300 bedden ligt. Dat is een schaalgrootte die onder het Nederlandse gemiddelde ligt. Dat betekent dat er meer aandacht moet komen voor 'schaalnadelen' en/of dat dit moet worden verrekend in de bekostiging. Ook voor de SEH die bij dat ziekenhuis hoort heeft dat schaal implicaties.
- c. *Samenbrengen van professionals voor optimale samenwerking.* Elkaar kennen zorgt voor samenwerking en bevordert zinnige zorg. Dat betekent dat je voor acute zorg zou moeten streven naar fysieke locaties met een combinatie van een HAP, SEH en dienstapothek, aangevuld met noodzakelijke ondersteuners zoals GGZ, sociaal domein, apothek, thuiszorg en kortdurend verblijf (ELV). Deze organisatievorm levert dan 95% van de acute zorg en zorgt voor lokale verbinding in een optimale schaal. Voor de goed gedifferentieerde hoog-complexe acute zorg (< 5%) blijft een beperkt aantal centra deze zorg leveren, expliciet gebaseerd op harde volume normen.

#### *Focus op gezondheidswinst*

Het behoud en de verbetering van acute zorg vereist een herziening van beleid en financiering van acute zorg om de focus te verleggen naar gezondheidswinst, het behoud van lokale netwerken met een optimale schaal van de SEH en hiermee het waarborgen van toegankelijke zorg voor alle burgers<sup>12</sup>.

NVSHA,  
Utrecht, 21 maart 2024

---

<sup>12</sup> NVSHA - Visie Toekomstbestendige Acute Zorg - Augustus 2023 - <https://www.nvsha.nl/files/21900/NVSHA%20-%20Visie%20Toekomstbestendige%20Acute%20Zorg%20-%20Augustus%202023.pdf>