

**Brief aan de besturen van de Federatie Medisch Specialisten (FMS) en de Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN)**

**Federatie Medisch Specialisten**  
**T.a.v. Peter Paul van Benthem**  
**Postbus 20057**  
**3502 LB Utrecht**

**Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland**  
**T.a.v. Bianca Buurman**  
**Orteliuslaan 1000**  
**3528 BD Utrecht**

**CC**

**Tamara van Ark, Minister voor Medische Zorg en Sport**  
**Hugo de Jonge, Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport**  
**De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport**  
**Marian Kaljouw, Voorzitter raad van bestuur Nederlandse Zorgautoriteit**

Datum : 17 mei 2021  
Betreft : Uitgestelde zorg  
Contactpersoon : H.J. Bonjer  
Contactgegevens : 06 20158547 [j.bonjer@amsterdamumc.nl](mailto:j.bonjer@amsterdamumc.nl)

Geachte mevrouw Buurman en heer van Benthem, beste Bianca en Peter Paul,

De Federatie van Medisch Specialisten en de Vereniging van Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland luidden op 30 april jl. terecht de noodklok over de ramp na de ramp. Momenteel wachten naar schatting minimaal 140.000 Nederlanders op een operatie. Dat is een driemaal gevulde Johan Cruijff Arena. Dit is een direct gevolg van de mobilisatie van operatiepersoneel en verpleegkundigen om bijstand te bieden op de intensive care afdelingen en verpleegafdelingen waar COVID-19 patiënten worden behandeld. Dit zorgt voor personeelstekort op de operatiekamers en op de verpleegafdelingen voor non-COVID zorg waardoor de reguliere zorg fors moest worden afgebouwd. Alleen de echt acute zorg en zorg die binnen zes weken moet worden geleverd kon, soms ook nog beperkt, doorgang vinden. Met als gevolg een alsmaar groeiende wachtlijst van patiënten die niet een levensreddende operatie moeten ondergaan maar bij wie het gaat om verbetering van kwaliteit van leven. Een versleten heup, galsteenkolieken, hartritmestoornissen maar ook kinderen met aangeboren afwijkingen. Het steeds maar uitstellen van operatieve correctie gaat vaak gepaard met verdere achteruitgang waardoor het uiteindelijke resultaat van operatie steeds slechter wordt. Bij kinderen met aangeboren afwijkingen leidt het uitstel van operatie soms tot een ernstig verstoorde ontwikkeling. Patiënten die op de wachtlijst staan horen gedwee de uitleg aan van de zwoegende ziekenhuismedewerkers die verantwoordelijk zijn voor het inplannen van hun operatie en leggen zich neer bij hun lot. Te midden van het COVID-geweld waar het gaat om een mondiale strijd op leven of dood, verstomt de stem van de patiënt met uitgestelde zorg. Wij zijn als behandelaars van deze patiënten zeer bezorgd over deze situatie en leggen bij deze graag enkele overwegingen aan u voor.

## **Fair share**

Afgelopen zomer heeft de zorgsector de opdracht gekregen om een plan op te stellen om de tweede coronagolf te kunnen opvangen. Dit gaf aanleiding tot geaccelereerde samenwerking tussen de betrokken partijen en vernieuwende initiatieven op het gebied van innovatieve inzet van zorgmedewerkers, een “can-do” mentaliteit. Het Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ) en VWS hebben de handen ineengeslagen en daarbij valt op dat zij de vereiste capaciteit voor COVID-patiënten directief aansturen. Het ‘fair share’ principe (de zorgdruk gelijkelijk verdelen) wordt gehanteerd en aanwijzingen worden gegeven op basis van het COVID-dashboard dat wordt gevoed door ‘real time data’. Een revolutie in de zorg. Een dergelijke centrale aansturing kennen we in Nederland gewoonlijk alleen bij de opvang van grote rampen maar niet in de reguliere zorg. Ook de crisis van de uitgestelde zorg vraagt om een onconventionele aanpak. Verschillende aspecten vragen om aandacht, waarbij essentieel is dat alle verantwoordelijke partijen hun rol dienen te nemen en de professionals verantwoordelijk voor het (peri)operatieve proces in de lead komen.

## **Inzet anders geschoolden**

De inzet van zorgpersoneel op de intensive care dat normaliter niet op de intensive care werkt was voor de uitbraak van de COVID-19 pandemie ondenkbaar. Waarom zult u zich afvragen? Het antwoord is taakdifferentiatie. Doorgeslagen differentiatie heeft alleen tot verstarring geleid. De medische en de verpleegkundige zorg is in de afgelopen decennia in grote mate gedifferentieerd om de kwaliteit van zorg verder te verhogen. Voor de eeuwwisseling was het bijvoorbeeld gebruikelijk dat een dienstdoende chirurg zowel het gebarsten aneurysma van de buikslagader behandelde als het gebroken onderbeen en de ontstoken blindedarm. Anno 2021 zijn de taken ondergebracht bij minimaal drie verschillende chirurgen. Deze taakdifferentiatie heeft zeker geleid tot betere zorg maar tegelijkertijd zijn de zorgverleners terecht gekomen in benauwende zuilen die het risico lopen losgezongen te raken van elkaar. Eén van de argumenten voor deze superspecialisatie is dat het voor een zorgverlener niet meer mogelijk is om alle ontwikkelingen binnen meerdere domeinen bij te houden. Volkomen juist maar de algemene competenties die zijn verworven tijdens hun lange opleiding stellen de zorgverleners nog steeds in staat om een belangrijke bijdrage te leveren aan de algemene zorg of in ieder geval om een ondersteunende rol te spelen in de zorg. Want juist dat laatste heeft de capaciteit van de intensive care verhoogd waardoor vele levens gered zijn en tot nu toe het ‘code zwart’ scenario vermeden is. Het gaat niet om vervangen maar om ondersteunen. Daar ligt de sleutel van de oplossing, ook voor de uitgestelde non-COVID zorg.

## **Onconventionele oplossingen**

In februari 2020 ging Nederland de pandemie in met een schaarste aan zorgpersoneel. Het ziektepercentage onder zorgverleners is sterk gestegen door de immens hoge werkdruk en uitval door de gevolgen van Corona en ligt nu in de meeste ziekenhuizen boven de tien procent. Eén op de 300 zorgverleners is voor onbepaalde tijd uitgeschakeld door de chronische gevolgen van COVID-19 waardoor de krapte nog verder is toegenomen. Er is een stuwmeer aan vakantiedagen opgebouwd; 25% meer verlofdagen in vergelijking met mei 2020. De verwachting is dat als de COVID-druk afneemt en de grenzen en het luchtruim weer opengaan, zorgverleners in grote getale vakantie zullen opnemen. En terecht want er is enorm hard gewerkt. Hierdoor zal de inhaalslag die moet worden gemaakt voor de uitgestelde zorg echter verder achteropkomen. Evident is dat een majeure inspanning noodzakelijk is voor de operatiekamers en de verpleegafdelingen. Eén van de oplossingen is tijdens de COVID-pandemie reeds ter hand genomen. Medisch specialisten (in opleiding), basisartsen, anesthesiemedewerkers, recovery

verpleegkundigen en operatieassistenten zijn met succes ingezet op de intensive care en COVID-afdelingen als ondersteuning van de medische en verpleegkundige teams. Tevens zijn studenten geneeskunde geworven om te helpen bij basis zorg activiteiten zoals onder andere het wassen en mobiliseren van patiënten.

### **Schouder aan schouder**

Studenten geneeskunde, die in de wachttijd zitten voor de coschappen, kunnen nuttig ingezet worden om te helpen in de zorg. In een korte tijd kunnen deze studenten worden opgeleid in risicovolle handelingen zoals het inbrengen van infuus of het voorbereiden en toedienen van medicatie.<sup>1</sup> Hierdoor kunnen de verpleegkundigen nog beter worden ondersteund waardoor de verpleegkundige capaciteit hopelijk wordt vergroot. Dit voorbeeld is succesvol geïntroduceerd in Amsterdam UMC waar meer dan 150 studenten zich hebben aangemeld en nu worden ingezet. Vergelijkbare inzet van deze studenten op de operatiekamers ligt voor de hand. Daarnaast kan ook een beroep worden gedaan op arts-onderzoekers en medisch specialisten zoals nu ook gebeurt binnen de ziekenhuiszorg voor COVID patiënten.

### **Flexibilisering**

Anesthesiemedewerkers, recovery verpleegkundigen en operatieassistenten hebben in grote getale bijstand verleend op de intensive care afdelingen. Een omgekeerde beweging ligt voor de hand als de COVID-druk daalt en de operatiekamers op volle toeren moeten draaien om de uitgestelde zorg in te halen. Hierbij kan worden gedacht aan inzet van IC-verpleegkundigen op de verkoevertkamers en verpleegkundigen op de operatiekamers.

Het uitwisselen van anesthesiemedewerkers, operatieassistenten en recovery verpleegkundigen binnen de operatiekamercomplexen zal eveneens de flexibiliteit verhogen en daarmee de capaciteit. De opleidingen van deze zorgprofessionals hebben veel gemeenschappelijke elementen maar deze worden in de dagelijkse praktijk nog onvoldoende benut. Het ontbreken van een verpleegkundige titel voor operatieassistenten en anesthesiemedewerkers maakt uitwisseling lastig terwijl het aan competenties niet ontbreekt. Ook zou er meer flexibiliteit kunnen komen in de tijd dat de operatiekamers en dagbehandelingsafdelingen benut worden. Nu is het veelal zo dat na 16:00 uur en in het weekeinde slechts spoedbehandelingen kunnen worden gedaan. Ondanks dat medewerkers van de operatiekamers op hun tandvlees lopen, is er genoeg animo om op vrijwillige basis op zaterdag geplande operatieprogramma's uit te voeren.

### **ZBC's**

Zelfstandige behandelcentra (ZBC's) draaien op volle toeren en hebben geen tekort aan personeel. Hier liggen kansen om de capaciteit van de complexe klinische zorg te verhogen. Het is goed denkbaar dat het personeel van ZBC's wordt ingezet in de ziekenhuizen om de uitgestelde zorg, die niet in een ZBC kan worden geleverd, te ondersteunen. De arbeidsvoorwaarden van het zorgpersoneel in ziekenhuizen en ZBC's zijn ongelijk. Die ongelijkheid zal in ieder geval tijdens het inhalen van de uitgestelde zorg moeten worden vereffend. Betere structurele arbeidsvoorwaarden en meer waardering voor de beroepsgroepen op de operatiekamers zullen het werken op de operatiekamer aantrekkelijker maken en de instroom bevorderen. Dit geldt natuurlijk ook voor alle andere hardwerkende medewerkers in de patiëntenzorg.

---

<sup>1</sup> [https://www.demedischspecialist.nl/sites/default/files/Project-en%20scholingsplan\\_schouder\\_aan%20schouder\\_def.pdf](https://www.demedischspecialist.nl/sites/default/files/Project-en%20scholingsplan_schouder_aan%20schouder_def.pdf)

### **Kwaliteit van zorg?**

Verhoging van kwaliteit van zorg is de drijvende factor achter taakdifferentiatie. De overweging om anders geschoolden in te zetten wordt onmiddellijk langs de meetlat van kwaliteit van zorg gelegd. En terecht. Het is goed om vast te stellen dat de werkwijze op de intensive care niet heeft geleid tot gerapporteerde incidenten of calamiteiten de afgelopen 14 maanden. Verder is het van vitaal belang dat er scholing plaats vindt voorafgaande aan het starten van zorgtaken op een andere werkplek. Nederland staat met stip op één in de wereld als het gaat om medisch onderwijs. Digitale opleidingsmodules en trainingen in gesimuleerde omgevingen zijn ruimschoots voorhanden om in korte tijd zorgprofessionals bij te scholen. En nogmaals, het gaat om ondersteunen en niet om vervangen. Oftewel, de anders geschoolden werken onder supervisie.

### **Dringende oproep**

Elke oplossing zal de nodige flexibiliteit vergen van mensen in en rondom de zorg. Tegelijkertijd is de schade die is ontstaan door zorg uit te stellen wellicht groter dan die van de COVID-pandemie zelf. Dat rechtvaardigt een grote inspanning zoals die ook het afgelopen jaar tot stand is gebracht voor de COVID-zorg. Namens onderstaande verenigingen doen we een dringend beroep op u beiden; onze hartenkreet verdient een plek in de plannen die momenteel ontwikkeld worden om de uitgestelde zorg in te halen en tegelijkertijd professionals tijd te geven om te herstellen. Het behoeft geen betoog dat ook op systeemniveau en in randvoorwaardelijke zin maatregelen vereist zijn. Dat is de reden dat wij onze oproep delen met de (verantwoordelijk) bewindspersonen en de Vaste Commissie voor VWS.

Wij zijn verheugd dat onze zorgen door jullie worden herkend en dat er bereidheid is om gezamenlijk de schouders te zetten onder de omvangrijke opdracht die voorligt. Met nadruk brengen wij nogmaals onder de aandacht dat diegenen die nu en straks verantwoordelijk zijn voor (het wegwerken van) de uitgestelde operatieve zorg direct betrokken dienen te worden en vanaf dag één aan (bestuurlijke) tafels dienen te zitten wanneer over 'inhaalzorg' gesproken wordt. Alleen zo borgen wij dat (bottom up) kennis en ervaring wordt benut, zowel bij planvorming als tijdens de implementatie van beleid. Waarbij wij vanzelfsprekend van mening zijn dat implementatie om maatwerk vraagt en concrete oplossingen lokaal en regionaal gevonden moeten worden. Ondertekenaars zijn zeer gemotiveerd om in verbondenheid een bijdrage te leveren aan een nationaal herstelplan voor de uitgestelde zorg.

Hoogachtend,



Prof. dr. H.J. Bonjer, voorzitter Nederlandse Vereniging voor Heelkunde



Dr. C.D. van der Marel, voorzitter Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie



N. Dreessen, voorzitter Landelijke Vereniging voor Operatieassistenten



R. ter Riet, voorzitter Nederlandse Vereniging voor Anesthesie Medewerkers



R. Walker, voorzitter Beroepsvereniging voor Recovery Verpleegkundigen



Prof. dr. J. Braun, voorzitter Nederlandse Vereniging voor Thoraxchirurgie



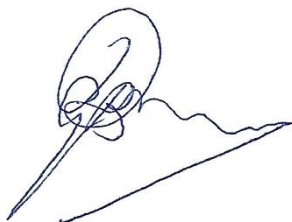
Prof. dr. S. Bulstra, voorzitter Nederlandse Orthopaedische Vereniging



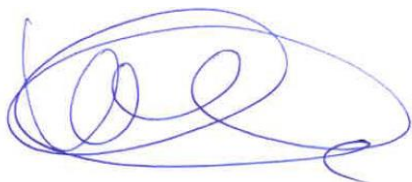
Prof. dr. H.A.M. Marres, voorzitter Vereniging voor Keel-Neus-Oorheelkunde en Heelkunde van het Hoofd-  
Halsgebied



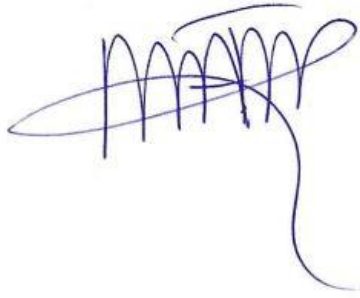
Drs. B.P.J. van Bezooijen, voorzitter Nederlandse Vereniging voor Urologie



Drs. G.K. van Drunen, voorzitter Nederlandse Vereniging voor Plastische Chirurgie



Dr. A. Vollebregt, voorzitter Nederlandse Vereniging voor Obstetrie & Gynaecologie

A handwritten signature in blue ink, consisting of a series of vertical strokes and a long horizontal stroke at the bottom.

Drs. R.C.M. Maatman, voorzitter Nederlands Oogheelkundig Gezelschap

A handwritten signature in black ink, featuring a large, stylized initial 'J' and a horizontal stroke.

Dr. J.P.M. Fennis, voorzitter Nederlandse Vereniging voor Mondziekten, Kaak- en Aangezichtschirurgie

A handwritten signature in blue ink, with a vertical stroke and a horizontal stroke at the bottom.

Prof. dr. R.H.M.A. Bartels, voorzitter Nederlandse Vereniging voor Neurochirurgie