

Nederlandse Vereniging  
voor Thoraxchirurgie  
Mercatorlaan 1200  
3528 BL Utrecht

Secretariaat: 5.1.2e  
Tel: 5.1.2e  
Fax: 5.1.2e  
5.1.2e @nvtnet.nl

www.nvtnet.nl  
IBAN: NL46INGB0000279037  
BIC: INGBNL2A  
KvK: 40479919



Nederlandse Vereniging voor  
**Thoraxchirurgie**

Landelijk Coördinatiecentrum Patiënten Spreiding  
p/a Federatie Medisch Specialisten  
T.a.v. dhr. 5.1.2e

Bestuur

5.1.2e

5.1.2e

5.1.2e 5.1.2e

Leden

5.1.2e

Beroepsbelangen Commissie

5.1.2e

Commissie congenitale cardio-thoracale  
chirurgie

5.1.2e

Commissie Kwaliteit

5.1.2e

Commissie Scholing en Nascholing

5.1.2e

Commissie Longchirurgie

5.1.2e

Consilium

5.1.2e

Juniorkamer

5.1.2e

Utrecht, 2 april 2020

Kenmerk: 20-040

Betreft: reactie op verzoek validatie urgentie-inschatting t.b.v. capaciteitsplanning  
NON-COVID zorg door LCPS

Geachte heer 5.1.2e

In uw emailbericht van 1 april 2020 vraagt u via de FMS aan het bestuur van de NVT om een lijst met DBC-codes en een daaraan gekoppelde urgentie-inschatting in Excel te verifiëren.

Het Excelbestand omvat een lijst met 50 DBC-codes (wij gaan ervan uit dat dit de meest voorkomende DBC's zijn), die niet compleet is maar (indien geselecteerd op basis van frequentie) wel het grootste deel van ons vakgebied zal beslaan. Het probleem echter is dat ten eerste de DBC's van ons vakgebied voornamelijk bestaan uit verrichtingen, en niet uit diagnoses. Ten tweede, en dat is veel relevanter, is dat uit het zorgproduct de urgentie niet automatisch volgt. Dat betekent dat de voorgestelde periode waarbinnen het betreffende zorgproduct moet worden uitgevoerd niet gekoppeld kan worden aan dat zorgproduct. De urgentie wordt namelijk bepaald door patiëntfactoren in combinatie met een ziektebeeld, en niet door de verrichting.

Op een aantal plaatsen is de urgentie-indeling niet logisch (als voorbeeld een thoraco-abdominaal aneurysma staat als te verrichten < 24 uur, terwijl de behandeling van dit ziektebeeld vrijwel nooit als spoedprocedure verricht wordt), en zo zijn er meer voorbeelden. Het heeft echter onzes inziens (helaas) geen enkele waarde om met deze lijst te werken als het gaat om een inschatting van benodigde zorgcapaciteit, noch voor de directe opvang op een bewaakt bed, noch voor de gehele ziekenhuisopname. Hieronder zullen wij uiteenzetten waarom dat zo is.

Nederlandse Vereniging  
voor Thoraxchirurgie  
Mercatorlaan 1200  
3528 BL Utrecht

Secretariaat: 5.1.2e  
Tel: 5.1.2e  
Fax: 5.1.2e  
5.1.2e nvtnet.nl

www.nvtnet.nl  
IBAN: NL46INGB0000279037  
BIC: INGBNL2A  
KvK: 40479919



Nederlandse Vereniging voor  
**Thoraxchirurgie**

- 20-040 -

#### Bestuur

5.1.2e

5.1.2e

5.1.2e 5.1.2e

#### Leden

5.1.2e

#### Beroepsbelangen Commissie

5.1.2e

#### Commissie congenitale cardio-thoracale chirurgie

5.1.2e

#### Commissie Kwaliteit

5.1.2e

#### Commissie Scholing en Nascholing

5.1.2e

#### Commissie Longchirurgie

5.1.2e

#### Consilium

5.1.2e

#### Juniorkamer

5.1.2e

Zoals gezegd is er geen relatie tussen een zorgproduct en een urgentie. In de lijst staan de diagnoses waarbij CABG een onderdeel is van de ingreep (zoals u ziet een groot zorgvolume voor ons vakgebied) als < 1 maand geboekt. Er zijn echter CABG's die binnen 4 uur verricht moeten worden (acuut myocardinfarct of ischemie zonder mogelijkheden tot PCI of na gefaalde PCI); CABG's die binnen 1 week moeten worden verricht (de "klinische CABG", bijvoorbeeld een patiënt met een recent (dreigend) infarct (genoemd STEMI of NSTEMI) voor wie het niet verantwoord is de CABG poliklinisch af te wachten); en de "poliklinische CABG": de patiënt met stabiel coronairlijden die thuis een oproep voor poliklinische voorlichting en screening en daarna een operatie kan afwachten. Een ander voorbeeld met ook een groot volume is de aortaklepvervangende die nu als < 3 maanden staat vermeld. Ook hierbij geldt eenzelfde nuancering: er zijn patiënten die een aortaklepvervangende vanwege een endocarditis binnen 24 of 72 uur moeten ondergaan; er zijn klinische patiënten met een zogenaamde kritieke aortaklepstenose (zeer hoge piekgradiënt, met eventueel collaps en/of geleidingsstoornissen waarvoor pacemaker) die binnen 1 week geopereerd moeten worden; en ook hier patiënten voor wie een poliklinisch traject als goede zorg geldt.

Vanwege het ontbreken van een relatie tussen DBC/zorgproduct (een verrichting) en urgentie (bepaald door ziektebeeld in combinatie met patiëntgebonden factoren) heeft een dergelijke lijst voor ons vakgebied geen toegevoegde waarde. Om een idee te geven van onze behoefte aan acute en urgente zorg heeft de NVT al eerder initiatieven ondernomen, waarnaar we graag nogmaals verwijzen. Op 22 maart jl. hebben wij een lijst opgesteld met daarin diagnoses (dus: geen verrichtingen), met daaraan gekoppeld een urgentie en de noodzaak voor een postoperatief bewaakt bed. Daarnaast hebben wij op 26 maart jl. een brief gestuurd aan het LCPS ter attentie van de heer Leerink (ref 20-037) met daarin een uiteenzetting van de behoefte aan acute zorg op basis van de daadwerkelijke behoefte uit 2018, gebaseerd op de landelijke registratie volgens de NHR. In deze brief, die reeds in uw bezit is, vindt u de onderbouwde behoefteeraming (ergo: 5.000 ingrepen op jaarbasis, hetgeen voor de volwassen hartchirurgie neerkomt op dagelijks minimaal 2 tot 3 nieuwe IC-bedden per CTC-centrum. Hierbij wordt geen rekening gehouden met het jaarvolume per centrum, dat varieert tussen 600 en 1700 per jaar). Bij de brief van 26 maart is ook als bijlage de eerdergenoemde diagnose/urgentielijst gevoegd. Deze brief met bijlage is, zoals vermeld, ook verstuurd naar de Minister van VWS, 5.1.2e van IGJ, en de 5.1.2e van het LNAZ.

Nederlandse Vereniging  
voor Thoraxchirurgie  
Mercatorlaan 1200  
3528 BL Utrecht

Secretariaat: 5.1.2e  
Tel: 5.1.2e  
Fax: 5.1.2e  
5.1.2e nvtnet.nl

www.nvtnet.nl  
IBAN: NL46INGB0000279037  
BIC: INGBNL2A  
KvK: 40479919



Nederlandse Vereniging voor  
**Thoraxchirurgie**

- 20-040 -

Bestuur

5.1.2e

5.1.2e

5.1.2e

Leden

5.1.2e

Beroepsbelangen Commissie

5.1.2e

Commissie congenitale cardio-thoracale  
chirurgie

5.1.2e

Commissie Kwaliteit

5.1.2e

Commissie Scholing en Nascholing

5.1.2e

Commissie Longchirurgie

5.1.2e

Consilium

5.1.2e

Juniorkamer

5.1.2e

Daarnaast hebben wij samen met de NVIC aandacht gevraagd voor hetzelfde probleem bij alle intensivisten van Nederland door op 26 maart jl. een Bericht van de Voorzitter te plaatsen op de website van de NVIC, ondertekend door de voorzitters van NVIC en NVT gezamenlijk. Deze is te lezen via <https://nvic.nl/bericht-van-de-voorzitter-7>

Er zijn nog andere zaken die we onder uw aandacht willen brengen, en die ook niet in het Excelbestand opgenomen zijn.

Er worden in Nederland ook electieve CTC ingrepen verricht. Dit betekent voor de volwassen hartchirurgie nog eens ongeveer 11.000 patiënten naast de 5.000 acute en urgente ingrepen. Voordat de Covid-19 pandemie uitbrak hanteerden we hiervoor de Treeknorm, die voor de hartchirurgie 12 weken bedraagt. U zult begrijpen dat door de huidige situatie deze norm niet meer gehaald kan worden, hetgeen zonder twijfel zal leiden tot meer morbiditeit (langer wachten leidt in sommige gevallen tot een slechtere prognose, zelfs na een succesvolle behandeling) en zelfs sterfte op de wachtlijst.

Voor de oncologische longchirurgie, die grotendeels wel in het Excelbestand opgenomen is, hanteren we in ons land een maximale toegangstijd van 5 weken. Deze proberen we dus ook nu zo veel mogelijk te hanteren, echter ook dit staat in de huidige periode onder grote druk.

Het derde deel van ons specialisme is de kindhartchirurgie. Ook dit deel van het vak is in Nederland inmiddels vrijwel tot stilstand gekomen, omdat er geen capaciteit meer is op de operatiekamers. Voor de acute indicaties (zie wederom onze lijst van 22 maart) wordt in de 4 centra nog wel plek gemaakt, maar de electieve zorg is letterlijk gestaakt. Ook hier kan dat voor veel patiënten wel enkele weken worden volgehouden, maar ook hier kan langer uitstel tot slechtere uitkomsten leiden. Wederom een voorbeeld: een kind met een VSD (ventrikelseptumdefect) hoeft vrijwel nooit met spoed geopereerd te worden. De aandoening zelf echter leidt tot een verhoogde bloeddruk in de longslagader. Als dit te lang blijft bestaan ontstaat de situatie dat dit ook na een succesvolle ingreep, waarbij het defect gesloten wordt, de verhoogde bloeddruk niet reversibel zal zijn, met als direct gevolg geen volledig herstel van klachten, maar ook een verminderde levensverwachting.

Nederlandse Vereniging  
voor Thoraxchirurgie  
Mercatorlaan 1200  
3528 BL Utrecht

Secretariaat: 5.1.2e  
Tel: 5.1.2e  
Fax: 5.1.2e  
5.1.2e @nvtnet.nl

www.nvtnet.nl  
IBAN: NL46INGB0000279037  
BIC: INGBNL2A  
KvK: 40479919



Nederlandse Vereniging voor  
**Thoraxchirurgie**

- 20-040 -

Bestuur

5.1.2e

5.1.2e

5.1.2e

5.1.2e

5.1.2e

Leden

5.1.2e

Samengevat waarderen we de inspanning van het LCPS om te komen tot een behoefteeraming voor ons vakgebied, te meer omdat vrijwel al onze patiënten direct na de ingreep een bed op een afdeling Intensive Care nodig hebben. Echter de voorgestelde lijst heeft voor ons vak geen zin. Wij verwijzen u daarom voor de benodigde behoefte op korte en lagere termijn naar onze brief van 26 maart jl. en de toen bijgevoegde bijlage (die wij u hierbij nogmaals toezenden). U begrijpt de urgentie van deze zaak, die onze patiënten direct treft. Wij hopen dan ook op een spoedige reactie (graag voor vrijdag 3 april 13.00 uur) op deze brief.

Met vriendelijke groet,  
namens het bestuur van de NVT,

5.1.2e

5.1.2e

Beroepsbelangen Commissie

5.1.2e

Commissie congenitale cardio-thoracale  
chirurgie

5.1.2e

Commissie Kwaliteit

5.1.2e

Commissie Scholing en Nascholing

5.1.2e

Commissie Longchirurgie

5.1.2e

Consilium

5.1.2e

Juniorkamer

5.1.2e

**Bijlagen:**

- Brief aan LCPS d.d. 26 maart
- overzicht CTC-zorg tijdens de Covid-19 pandemie