



# ***VISIE***

## **TOEKOMSTBESTENDIGE**

### **ACUTE ZORG**

# INTRODUCTIE

De acute zorg is een dynamisch onderdeel van de zorg, hectisch en onvoorspelbaar, altijd divers maar essentieel voor de maatschappij. Net als alle andere onderdelen van de zorg is de acute zorg voortdurend aan verandering onderhevig. Het gaat dan om uitdagingen binnen het domein zoals overmatige drukte (crowding), wisselende kwaliteit door geografische factoren, het tijdstip van de dag of seizoensinvloeden. Ook bredere thema's zoals personeelstekorten, wisselende continuïteit van zorg en een stijgende zorgvraag spelen een rol. De Nederlandse Vereniging van Spoedeisende Hulp Artsen (NVSHA) wil graag op basis van haar kennis en ervaring, onderbouwd met wetenschappelijke literatuur, haar visie op de toekomst van de acute zorg met u delen. Voor de NVSHA staat een duurzame en toekomstbestendige acute zorg die inzet op toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit, centraal. De NVSHA zet zich in voor de bevordering en borging van de kwaliteit van de spoedeisende geneeskunde, de belangen van patiënten met een spoedeisende zorgvraag en behartigt de belangen van haar 900 leden. Onze leden werken dag en nacht in het hart van de acute zorg en weten als geen ander wat er speelt. En dit is onze visie.

Het bestuur van de NVSHA



**David Baden**  
Voorzitter



**Domenique Zaunbrecher**  
Secretaris



**Oene van Meer**  
Penningmeester



**Eric de Kruijff**  
Bestuurslid Portefeuille  
Beroepsbelangen



**Maite Huis in 't Veld**  
Bestuurslid  
Portefeuille Onderwijs &  
Opleiding



**Pol Stuart**  
Bestuurslid  
Portefeuille Kwaliteit



**Niels van der Naald**  
Bestuurslid  
Portefeuille AIOS



**Yara Basta**  
Bestuurslid  
Portefeuille Wetenschap

## ACUTE ZORG IN NEDERLAND

Acute zorg is een samenspel tussen veel partijen. In ons land hebben we een uniek systeem met een sterke eerstelijnszorg en goede afstemming tussen eerstelijns- en specialistische acute zorg. De kracht ervan ligt in de continuïteit en de integrale benadering. Dit wordt benadrukt in 'De basis op orde', een rapport van de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving. De meeste acute zorgvragen worden door de huisarts behandeld. Van de patiënten die zich met een acute zorgvraag presenteren bij de huisarts wordt overdag slechts 2% naar de Spoedeisende Hulp afdeling (SEH) van een ziekenhuis verwezen en 's nachts circa 20%. In Nederland worden er, in vergelijking met het Europees gemiddelde, erg weinig patiënten door de huisarts verwezen. In ons land gaat het om 124 SEH-bezoeken per 1000 inwoners. In Denemarken zijn dat er 156, in Duitsland 205, in Engeland 264 en in Frankrijk 279. Tevens blijkt dat ondanks de toenemende vergrijzing het relatieve percentage oudere patiënten van 75+ binnen de acute zorg in ons land niet toeneemt (1).

Uiteindelijk wordt zo'n 34% van de patiënten die zich presenteert op de SEH opgenomen, en is meer dan de helft van het totale aantal ligdagen van opgenomen patiënten in het ziekenhuis afkomstig van patiënten die na een SEH-bezoek worden opgenomen (2).

Daarmee vervult de SEH een essentiële rol binnen de keten van (acute) zorg. Dankzij de goede afstemming tussen eerstelijns- en specialistische acute zorg hebben de patiënten die verwezen worden naar een SEH simpelweg de faciliteiten en het personeel van een ziekenhuis nodig om adequate zorg te kunnen ontvangen.

"In ons land kennen we een goede samenwerking tussen huisartszorg en SEH's"



(1) Nivel (2022) 'Drukke op de SEH: aantal ouderen niet de oorzaak'

(2) NZA (2020) Monitor acute zorg

## KETEN- SAMENWERKING

Hoewel de SEH een op zichzelf staande afdeling is, is het tevens onderdeel van de acute zorgketen van zowel binnen als buiten het ziekenhuis. Voor hulpverleners van buiten het ziekenhuis is de SEH een plek waar patiënten dag en nacht naar toe kunnen worden gebracht of verwezen voor acute behandeling en/of diagnostiek. Dat geldt voor zowel de huisarts, als overige ketenpartners in de eerstelijnszorg en de ambulancediensten. Daarmee vervult de SEH een centrale rol in het waarborgen van de continuïteit van zorg bij de behandeling van zowel nieuwe als acute verslechtering van al bestaande ziektebeelden. In 2019 kwam bijna driekwart (72%) van de patiënten met eigen vervoer naar de SEH en 28% via de ambulance (2). Toegankelijkheid op eigen gelegenheid is voor veel patiënten daarmee ook belangrijk. Patiënten die met de ambulance of ander vervoer komen zijn in meer dan de helft van de gevallen eerst gezien door de (eigen) huisarts. Voor die huisarts zorgt de nabijheid van adequate acute zorg voor continuïteit van zorg en maakt het afstemming met een specialist effectiever. Goede overdracht en laagdrempelig overleg blijken in elk zorgsysteem de sleutel tot goede zorg, waarbij overbehandeling en overdiagnostiek wordt voorkomen. Hierbij staat de menselijke maat en een integrale behandeling van de patiënt centraal.

De SEH heeft ook een rol in de keten binnen het ziekenhuis. Het personeel en faciliteiten die nodig zijn voor de SEH en geboortezorg, zijn van groot of zelfs levensbelang bij een plotselinge verslechtering van de gezondheid van een opgenomen of poliklinische patiënt. Belangrijk is de beschikbaarheid van faciliteiten als een laboratorium, röntgenafdeling, operatiekamer en -team en intensive care. Personeel van deze ondersteunende afdelingen vervult vaak een dubbelfunctie voor de opgenomen patiënten én op acute afdelingen. Voor een ziekenhuis betekent het hebben van een SEH daarmee ook een effectieve inzet van mensen en middelen. Ook zonder een SEH-afdeling moeten de bovengenoemde faciliteiten en personeel aanwezig zijn.

## UITDAGINGEN VOOR DE SPOEDZORG

**1** Overmatige drukte in de acute keten (crowding). Crowding is een situatie waarbij de behoefte aan spoedeisende hulp de hoeveelheid beschikbare middelen voor patiëntenzorg op de SEH, het ziekenhuis of beide overschrijdt. Crowding heeft een bewezen negatieve invloed op de kwaliteit van zorg, zorgt voor een verhoogd risico op overlijden en voor een toename van werkdruk bij het personeel.

(2)NZA (2020) Monitor acute zorg

Crowding kan een gevolg zijn van een probleem in de instroom, doorstroom en/of uitstroom. Allemaal factoren die veroorzaakt worden door de gehele keten van zorg. Crowding is geen SEH falen, maar systeem falen.

**2** Stijgende werkdruk en uitstroom van personeel met ervaring in de gehele acute keten met als gevolg personeelstekort. Het tekort is groter geworden, ondanks meer werknemers in de zorg. Dit tekort zorgt voor een stijgende werkdruk, waardoor een vicieuze cirkel ontstaat. Dit feit gecombineerd met een historisch lage maatschappelijke werkloosheid, maakt het een complex probleem, waarbij het verlagen van de uitstroom, prioriteit verdient.

**3** Wisselende continuïteit van zorg leidt tot een minder effectief patiëntgericht beleid en meer acute zorgvragen. Dit komt onder meer door het toenemend ontbreken of verlies van een vaste huisarts of vaste behandelaar. Anderzijds is het ineffectief dat er in de avond, nacht en weekenden (ANW) veel vaste contactpersonen of behandelteams niet bereikbaar zijn. Denk hierbij aan het sociaal domein, maar ook de langdurige GGZ, maatschappelijk werk, wijkzorg en/of andere hulpinstanties. Hierdoor nemen mensen bij vragen over hun (chronische) klachten of lichamelijke klachten veroorzaakt door niet-medisch oorzaken steeds vaker contact op met de dan beschikbare acute zorginstellingen: HAP, SEH of 112.

**4** Stijgende zorgkosten vloeien voort uit een toenemende zorgvraag, door meer diagnose- en behandel mogelijkheden, door meer chronische zieke burgers en ook door autonome groei. Deze stijging is elk jaar groter dan de groei in ons BNP en zorgt er daarmee voor dat er jaarlijks een groter deel van de Rijksbegroting wordt uitgegeven aan zorg. Helaas zien we ondanks de stijgende zorgkosten ook een toename van gezondheidsverschillen tussen burgers op basis van hun sociaal-economische-status. Er is nu sprake van een verschil van 25 jaar leven in goede gezondheid tussen de meeste welvarende en minst welvarende inwoners van Nederland (3). Om meer grip te krijgen op de zorgkosten is inzicht in de effecten van extra diagnose- en behandel mogelijkheden op de gezondheid van burgers belangrijk. Er zullen ook binnen acute zorg specifieke factoren zijn die zorgen voor een toename. Doordat echter specifieke betaaltitels (DBC's) en registratie ontbreken weten we niet hoeveel die stijging is of waar deze plaatsvindt, dit bemoeilijkt uiteraard het aanpassen van beleid.

**5** De noodzaak voor duurzaamheid, ook in de acute zorg. Ongeveer 7% van de CO<sub>2</sub>-uitstoot in Nederland is te herleiden tot de zorg. Het is dan ook belangrijk om ook in de acute zorg in te zetten op een reductie.

(3) CBS (2022) Bovenaan welvaartsladder bijna 25 jaar langer in goede gezondheid

# INTEGRALE AANPAK



De huidige uitdagingen vergen integrale aanpak. Acute zorg is een onderdeel van een veel breder spectrum van zorg. Acute zorg is niet alleen nodig voor onverwachte gebeurtenissen, het is soms ook het vangnet voor een acute verslechtering van een al langere achteruitgang in gezondheid. Waarbij door het eerder ondervangen van deze verslechtering in gezondheid, de acute zorg mogelijk had kunnen worden voorkomen. Bevorderen van de volksgezondheid - preventie - verdient dan ook veel aandacht in beleid voor het voorkomen van acute zorg.

Het gaat dan om de volgende punten:

- Gezondheid wordt door meer factoren bepaald dan alleen de zorg. Recent hebben de WHO, KNMG en het RIVM (4,5,6) hier wederom aandacht voor gevraagd. De curatieve zorg is waarschijnlijk verantwoordelijk voor 10 - 20% van onze gezondheid, het overige – grootste - deel wordt bepaald door bestaanszekerheid, toegang tot scholing, huisvesting, goede sociale veiligheid en een gezonde leefomgeving. Wij denken dan ook dat het belangrijk is dat juist deze factoren worden verbeterd, opdat patiënten in een betere gezondheid verkeren en minder gebruik hoeven te maken van (acute) zorg.

- Inzetten op continuïteit van zorg. Uit recent onderzoek blijkt dat een eigen vaste huisarts c.q. een huisartsteam zorgt voor zowel een betere gezondheid als bijna een kwart minder verwijzingen naar de acute zorg. Inzetten op het behoud en versterken van de huisartsenzorg is dan ook essentieel voor het verminderen van de druk op de acute zorg (7).
- Als NVSHA ondersteunen wij de initiatieven als passende zorg en juiste zorg op de juiste plek. Wij denken dat het binnen deze projecten essentieel is dat men kijkt naar een andere invulling van zorg dan er tot op heden wordt nagestreefd. Hierbij moet als uitgangspunt de volgende vragen worden gesteld: 'Voegt ons handelen ook voldoende toe aan de gezondheid van de patiënt?'

(4) WHO (2019) - Adelaide Statement II on Health in All Policies

(5) KNMG (2022) - Levenskwaliteit en gezondheid van burgers moet voorop staan

(6) RIVM (2021) - Impactvolle determinanten van gezondheid

(7) Huisarts & Wetenschap (2022) - Minder sterfte en acute-zorgconsumptie bij langdurige huisarts-patiëntrelatie

Wat zijn de gevolgen van onze triageprotocollen, diagnostische processen of behandelingen? Kunnen we door andere uitgangspunten in de (acute) zorg meer recht doen aan de wensen van patiënten? En aan de professionaliteit van hulpverleners?

Naast deze bredere oplossingen zijn er m.b.t. de acute zorg ook specifieke punten van aandacht. Uitgangspunt daarbij is ons streven naar gelijkwaardige, kwalitatief hoogwaardige acute zorg, die toegankelijk en betaalbaar is. Hiervoor vragen we aandacht in de volgende punten:

1. **Spoedpleinen:** breng professionals werkzaam in de acute zorg, tijdens de dienstitijden fysiek bij elkaar, dichtbij de patiënt voor een effectieve afstemming en persoonsgerichte samenwerking.
2. **Leidraad SEH:** een document waarin beschreven staat welke faciliteiten en welk personeel aanwezig zijn op een SEH, zodat voor burgers, patiënten en professionals duidelijk is wat ze kunnen verwachten van de kwaliteit van zorg.
3. **Personeel:** zorg voor de juiste mensen aan de poort, investeer in de huisartsenzorg, zorg voor goed personeelsbeleid met het oog op behoud van personeel binnen de acute keten en erken de SEH-arts als medisch specialist.

4. **Richtlijnen en protocollen:** in de ontwikkeling van kwaliteitsdocumenten dienen de effecten op de gezondheid van de patiënt en maatschappij centraal te staan. Daarbij moet er aandacht komen voor een meer symptoom gerichte benadering in plaats vanuit ziekte.
5. **Schaaloptimalisatie:** voor 95% van de acute zorg is het belangrijk en bewezen effectief dat de acute zorg in het nabije netwerk rondom de patiënt plaatsvindt en teams van hulpverleners in de keten elkaar kennen. Voor de 5% hoog complexe zorg blijkt concentratie voordelen te hebben. Er is dan sprake van teams bestaande uit zeer hoog gespecialiseerde professionals.
6. **Beleid op basis van bewijs:** toekomstig beleid dient gebaseerd te worden op wetenschappelijke data. Dit ontbreekt met name in de acute zorg nog in belangrijke mate in Nederland. Hierbij moet worden ingezet op het verzamelen van landelijke data welke betrekking heeft op alle registraties op de SEH, hiervoor bestaat het Netherlands Emergency department Evaluation Database (NEED).
7. **Maak zorgcapaciteit inzichtelijk:** zet in op het verbeteren van gegevensuitwisseling en het beschikbaar stellen van een actueel overzicht van de beschikbare zorgcapaciteit.

8. **Adequate financiering:** middels een beschikbaarheidsbijdrage voor elke SEH die voldoet aan de kwaliteitseisen, ondersteund met DBC- of populatiebeposting.
9. **Accepteer overcapaciteit in de acute zorg**
10. **Waarborg doorstroom in de keten:** heb aandacht voor in- én uitstroom van patiënten op de SEH. Zo resulteert een gebrek aan opnamecapaciteit (in het ziekenhuis) in een stagnatie van de uitstroom van patiënten op de SEH. Dit belemmert de doorstroom en beperkt hiermee de instroom van nieuwe patiënten met een acute zorgvraag.
11. **Verminder administratieve druk**

Hieronder lichten we de eerder genoemde punten verder toe:

### **Spoedpleinen**

- Op een spoedplein zijn naast een HAP en een volwaardige SEH, ook een apotheek, een crisisdienst, een thuiszorgwinkel, een eerstelijnsverblijf als ook het sociale domein aanwezig. Verschillende organisaties in de acute zorg die op één plek intensief en vanuit hun eigen kracht samenwerken buiten 'kantooruren'.
- Zorgprofessionals worden er fysiek bij elkaar gebracht waardoor samenwerking en laagdrempelig overleg geïntensiveerd kunnen worden. Professionals blijven echter werken vanuit de eigen expertise en nemen daarmee ook kennis mee

vanuit de eigen organisatie buiten de acute zorg. Zo kan elke professional doen waar hij/zij kundig in is. Zo wordt voorkomen dat door onbekendheid van de mogelijkheden buiten de acute zorg, onterechte instroom ontstaat. Daarnaast blijft een bredere kennis aanwezig wat de kans op onder- of overbehandeling kleiner maakt.

- De samenwerking op een spoedplein geeft ruimte om de eerstelijns acute zorg effectief en toegankelijk in te richten. De lijnen zijn immers kort en dat vergroot doelgerichtheid. Ook doet het personeel vertrouwd werk, binnen netwerken waarin mensen elkaar zowel binnen als buiten de dienst kennen. Daardoor wordt het interessanter en plezieriger om dienst te doen voor zorgprofessionals die zowel in de acute als meer reguliere zorg werken; bijvoorbeeld voor huisartsen of doktersassistenten. Tevens kan er laagdrempelig overlegd worden over of er wel meerwaarde is in het verwijzen van een patiënt naar de tweede of derde lijn.
- Het spoedplein maakt het mogelijk dat er zorgcoördinatie plaatsvindt op basis van lokale kennis en continuïteit, dichtbij de patiënt. Hierdoor wordt voorkomen dat de coördinatie ver van de patiënt en familie plaatsvindt en dat hulpverleners elkaar op de werkvloer niet kennen.



- Verschillende spoedpleinen kunnen regionaal virtueel samenwerken door uitwisseling van capaciteitsgegevens en ondersteuning bij piekdrukke.

### **Leidraad SEH**

Er ontbreekt op dit moment een eenduidig document over de vereisten voor de organisatie, bemensing en faciliteiten van een SEH. In aanvulling op het Kwaliteitskader Spoedzorgketen en als basis voor de discussie hoe de toekomstige inrichting van de acute zorg plaats dient te vinden, wordt met de Leidraad SEH duidelijkheid gecreëerd over waar een SEH precies aan moet voldoen om adequate spoedzorg te kunnen leveren. In deze handreiking zouden internationale standaarden en expertise vanuit het veld als uitgangspunten moeten worden gebruikt. Het moet leiden tot een definitie van wat we in Nederland verwachten van 'een Spoedeisende Hulp', ongeacht de naam die er op de gevel staat. De handreiking gaat in op de personele bezetting en de vereiste faciliteiten voor een SEH die 24 uur per dag spoedzorg van hoge kwaliteit biedt en die tevens betaalbaar is. De NVSHA is al begonnen met een opzet voor deze standaard, maar wil deze graag samen met partners verder uitwerken.

### **Het behouden van de juiste mensen aan de poort en in de keten**

We kunnen opleiden wat we willen, maar als we de uitstroom niet verminderen, is het dweilen met de kraan open. De discussie rondom salaris is eenzijdig en doet maar zeer

ten dele recht aan de redenen waarom werknemers de zorg verlaten. Er zijn veel meer factoren. Voorbeelden zijn het ontbreken van kinderdagopvang op tijden dat er gewerkt wordt in de zorg (ochtend, avond en nacht), de bescherming tegen agressie van patiënten en bezoekers, voldoende faciliteiten voor voeding en rust met name in de avond- en nachtdiensten. Daarbij is het belangrijk om het aantal momenten van crowding te verminderen en moeten mensen zich erkend en gewaardeerd voelen in zorgorganisaties. Een belangrijk punt van aandacht is het behoud van de menselijke maat. Al deze aandachtspunten bieden aanknopingspunten voor het vinden van oplossingen.

### **Richtlijnen en protocollen: eerst de zorgvraag, dan het ziektebeeld**

Op dit moment is de acute zorg georganiseerd rondom specifieke, hoog complexe, niet frequent voorkomende ziektebeelden. Een voorbeeld is een persoon met pijn op de borst. Als er een specifieke afwijking wordt gezien op het hartfilmpje die past bij een hartinfarct, is er een duidelijk zorgpad met ambulance en (dotter)behandeling. Echter, bij veruit de meeste patiënten is het beeld veel minder duidelijk. De symptomen van dezelfde pijn op de borst kunnen dan duiden op een longontsteking, een maagprobleem of toch een onschuldig probleem als een spierverrekking.

Het is van groot belang dat er met een brede blik wordt gekeken naar deze patiënt. Alleen dan kan een adequate afweging worden gemaakt over de te verrichten diagnostiek zonder bij elke patiënt alles uit de kast te halen. Momenteel zijn protocollen veelal vanuit ziektebeelden opgesteld in plaats van uit symptomen of klachten van de patiënt. Dat leidt ertoe dat de patiënt eerst meerdere hulpverleners ziet voordat duiding wordt gegeven aan zijn/haar klachten, wat weer kan leiden tot overdiagnostiek. Dit wordt nog versterkt door een afname van generalistische artsen in de acute zorg.

In richtlijnen en protocollen dient er ook meer aandacht te komen voor de effecten van diagnostiek en behandeling op de gezondheid van de patiënt. Niet elke diagnose draagt altijd bij aan een grotere gezondheid van een patiënt en kan zelfs leiden tot schade. Ook wordt niet altijd de hulpvraag van de patiënt daarmee behandeld. Het is dan ook belangrijk dat patiënt-gecentreerde-uitkomsten centraal komen te staan in richtlijnontwikkeling. Aangezien er in de zorg sprake is van een verdeling van schaarse middelen, zou er tijdens een richtlijnontwikkeling ook aandacht moeten zijn wat de impact van de richtlijn op de burger en maatschappij zal zijn. Een voorbeeld hiervan is een maatschappelijk paragraaf die daarop ingaat en aangeeft waarom een bepaalde keuze is gemaakt.

## **Optimale schaalgrootte in de acute zorg**

Uit Nederlands én internationaal onderzoek blijkt dat bij de beleidsontwikkeling over de (acute) zorg gestreefd moet worden naar schaaloptimalisatie (8, 9, 10, 11). Concreet betekent dit dat de voor- en nadelen van een bepaalde schaal tegen elkaar af gezet moeten worden.

Hierbij gaat het om een afweging van de voordelen van schaalvergroting voor een specifiek aantal laagfrequent voorkomende ziektebeelden dat ca. 5% van de totale acute zorg beslaat. Het gaat daarbij om zeer hoog complexe zorg waarbij de verdenking vaak na minimale triage bestaat. Voorbeelden zijn o.a. hartinfarcten waarvoor een dotterbehandeling nodig is, beroertes, gescheurde buikslagaders (aneurysma) en meervoudig gewonde patiënten na een ongeluk (multitrauma). We pleiten er dan ook voor dat bij deze aandoeningen meer aandacht komt voor een betere wetenschappelijk onderbouwing van de 'optimale schaal'. Het is niet uitgesloten dat de optimale volumes vaak groter zijn dan de huidige norm.

(8) ACM (2016) Ziekenhuisfusies leiden niet tot aantoonbaar betere kwaliteit zorg

(9) ACM (2017) Prijs- en volume-effecten van ziekenhuisfusies 2007-2014

(10) Plos One (2017) Efficiency and optimal size of hospitals: results of a systematic search

(11) ESB (2017) Nederlandse ziekenhuizen te groot voor verdere schaalvoordelen

Een voorbeeld hiervan is de norm voor de multitraumazorg. Enkele jaren geleden constateerden Nederlandse traumachirurgen op basis van internationaal onderzoek dat het optimale aantal ernstig gewonde patiënten voor traumacentra tussen de 800 - 1200 per jaar is. De formele norm in Nederland is op dit moment 240 patiënten per jaar (12).

Tegelijk blijkt dat voor hoogfrequente acute zorgvraag - de overige 95% - er weinig tot geen kwaliteitsvoordelen zijn van schaalvergroting en concentratie. Ook worden er geen voordelen gezien m.b.t. personeelsinzet, betaalbaarheid en toegankelijkheid (13). 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 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.

(12) Medisch Contact (2019) Goede traumazorg is een delicaat evenwicht

In Denemarken is er in 2007 voor gekozen om het aantal SEH's te halveren en de spoedeisende zorg te centraliseren. Uit recent onderzoek naar de invloed op de kwaliteit van de acute zorg na deze centralisatie blijkt dat voor de reguliere acute zorg de toegankelijkheid van zorg verslechterde. Daarnaast was er geen verbetering van de sterfte tijdens een opname én ook bleek dat de 30-dagen overleving van patiënten niet verbeterde (14). Uit een doorrekening in Nederland uit 2017 blijkt dat een grotere SEH vaak minder effectief is (qua kosten én personeel) dan een kleinere SEH, met name door de vervolgzorg die ontstaat (15).

Naar ons oordeel moeten we in Nederland dan ook verder nadenken over de vraag hoe we de balans kunnen vinden om voor de zeer hoog complexe zorg (vier specifieke ziektebeelden) kunnen streven naar voldoende volume. 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, evenals mensgericht te werken met oog voor kwaliteit, bereikbaarheid, betaalbaarheid en personele bezetting.

(13) BMJ Quality & Safety (2023) Reconfiguring emergency and acute services: time to pause and reflect

(14) BMJ Quality & Safety (2023) Mortality before and after reconfiguration of the Danish hospital-based emergency healthcare system: a nationwide interrupted time series analysis

(15) NTVG (2017) Concentratie van de spoedeisende hulp

## **Beleid baseren op wetenschappelijke data**

Veel beleid in de zorg wordt ontwikkeld op basis van aannames, waarbij harde data vaak ontbreekt. Een bredere en betere registratie is noodzakelijk. Er zijn data nodig over de kosten van de acute zorg, data over patiënt-karakteristieken, logistieke processen en uitkomsten van zorg. Zonder betrouwbare data is het lastig om interventies te monitoren of knelpunten te identificeren. Het automatisch laten registreren van een minimale dataset zou een eis moeten zijn voor het mogen leveren van acute zorg. Daardoor is het dan ook mogelijk om met spiegelinformatie 'best-practices' te identificeren. Een goede kandidaat hiervoor is de onafhankelijke NEED-database waarvan de uitrol nu in een steeds groter aantal ziekenhuizen heeft plaatsgevonden. Een meer verplichtend karakter voor het verzamelen en delen van kwaliteitsdata in de acute zorg zien wij dan ook als vereiste om de zorg te kunnen blijven verbeteren.

## **Verbeteren van gegevensuitwisseling en inzicht in capaciteit**

De borging van digitale gegevensuitwisseling en capaciteitsinzicht in de acute zorg krijgt steeds meer aandacht, in het bijzonder vragen wij aandacht voor:

- *Uitwisseling verwijsgegevens*

Voor de uitwisseling van uniforme verwijsgegevens in de acute keten geeft de Richtlijn gegevensuitwisseling acute zorg handvatten.

De implementatie van deze richtlijn heeft middels het programma 'Met Spoed Beschikbaar' een forse sprong gemaakt, maar de implementatie is nog niet 100%. Daarom zijn wij ook positief over de WEGiz waarbinnen de gegevensuitwisseling in de acute zorg met prioriteit wordt opgepakt. Dit zal dan ook leiden tot toevoegen van een informatieparagraaf aan het kwaliteitskader spoedzorgketen. Hiermee komt er ook een meer dwingend karakter aan de implementatie.

"Beleid wordt ontwikkeld op basis van aannames, harde data ontbreekt"

- *Capaciteitsinzicht*

De registratie en het inzichtelijk maken van beschikbare capaciteit in de acute keten helpt hulpverleners elkaar te vinden in het geval van drukte. Het is belangrijk dat hierbij wordt ingezet op de doorontwikkeling van het al in vele regio's geïmplementeerde Landelijk Platform Zorgcoördinatie (LPZ) voor SEH-beschikbaarheid. De NVSHA heeft al langere tijd het belang van inzicht in capaciteit en heeft de voorganger van het LPZ in een eerdere fase ondersteund. De kracht van het LPZ zit vooral in het feit dat het automatisch wordt gevuld waardoor het weinig administratieve handelingen toevoegt voor zorgverleners, actueel is - ook in de avond en nachten - maar vooral ook breed inzichtelijk.

Zeer positief zijn wij over voorgestelde verdere uitrol van LPZ met als doel het verwerven van inzicht in de klinische capaciteit van ziekenhuizen, geboortezorg, de drukte bij de HAP en de ambulance- en opnamecapaciteit van de VVT sector.

- *Opvragen van patiëntgegevens*

Wij hechten een groot belang aan het kunnen inzien van de medische voorgeschiedenis, medicatieoverzicht, allergieën en behandelwensen om de juiste behandeling van de individuele patiënt mogelijk te maken. De richtlijn gegevensuitwisseling acute zorg voorziet al in deze uitwisseling. Technisch is het ook mogelijk, de uitdaging betreft echter de juridische kaders. Het gaat dan om het verkrijgen van toestemming en om het ontsluiten van de gegevens. Een bredere aanpak middels een opt-out regeling voor de acute zorg zoals voorgesteld in het Wetsvoorstel opvraagbaarheid gegevens voor spoedeisende zorg (WOGS) is en al lang gekoesterde wens van de NVSHA.

## **Financiering**

Op dit moment is er sprake van een ongelijke financiering in de (acute) zorg, waarbij er onvoldoende stimulering is van acute zorg op de optimale schaal en het borgen van kwaliteit. Daarbij doet de huidige beschikbaarheidsbijdrage geen recht aan de diversiteit van ziekenhuizen in zowel landelijk als stedelijke gebieden.



Wij denken dat elk ziekenhuis met een SEH die voldoet aan het kwaliteitskader spoedzorgketen en aan een richtinggevend normen document – de Leidraad SEH -, een bijdrage zou moeten ontvangen voor de beschikbaarheid van zijn acute keten. De bijdrage zou kunnen worden gebaseerd op de kosten van aanwezig personeel - een minimaal aantal SEH-verpleegkundigen en SEH-arts - en infrastructuur. Dit is een vast bedrag onafhankelijk van de grootte van de SEH. De financiering zou dan verder bestaan uit de reguliere DBC's zoals nu gebeurt of door een nieuwe generalistische spoed DBC's die door alle huidige poortspecialismen te openen zijn en over kunnen gaan in reguliere DBC's bij vervolgzorg. Met deze beschikbaarheidsbijdrage erken je het belang van een acute poort voor elk ziekenhuis; tegelijk creëer je ook meer noodzaak voor dag en nacht dezelfde kwaliteit en continuïteit.

## **Accepteer overcapaciteit in de acute zorg**

Bereikbare en hoogwaardige acute zorg is noodzakelijk; er moet worden voorkomen dat er geen ruimte of personeel is voor een acuut zieke patiënt omdat de capaciteit tekort schiet. De ernst van acute zorg is niet planbaar. Derhalve moet er enige overcapaciteit zijn zodat er ruimte blijft voor acuut zieke patiënten. Dit zal inhouden dat er periodes van extreme drukte zijn, die worden afgewisseld met periodes van relatieve rust. Streven naar maximale efficiëntie kan ervoor zorgen dat de beschikbaarheid in het gedrang komt, door bijvoorbeeld het veelvuldig moeten sluiten van SEH's vanwege overmatige drukte. Deze overcapaciteit is vergelijkbaar met hoe de brandweer is georganiseerd. Een grote brand die het nodig maakt om op volle kracht uit te rukken komt niet zo vaak voor, maar áls het een keer nodig is wil je op ze kunnen rekenen.

## **Waarborg doorstroom in de keten**

Als de druk in de (acute) zorg oploopt is de SEH vaak de eerste plek waar het vastloopt. De capaciteit van een SEH is afgestemd op een hoge doorstroom van patiënten. M.a.w. patiënten worden opgevangen, onderzocht en acute levensbedreigende aandoeningen worden aangetoond dan wel uitgesloten. Verder wordt er indien mogelijk een diagnose gesteld. Aanvullende behandeling vindt direct plaats, thuis of tijdens een opname. Dit zorgt voor een effectieve inzet van mensen en middelen.

Het is dan ook belangrijk dat deze doorstroom geborgd blijft. Als dit niet lukt ontstaat er feitelijk een file op de SEH. In de eerste plaats beperkt dit de mogelijkheid om nieuwe patiënten op te vangen en te onderzoeken, maar daarnaast blijkt uit internationaal onderzoek dat een langdurige verblijf op de SEH de uitkomst van zorg verslechterd.

Oplossingen moeten gezocht worden in het waarborgen van de capaciteit over de gehele linie. Dat betekent dat het ziekenhuis voldoende beddencapaciteit moet waarborgen om te kunnen voorzien in de opname van acute (en dus ongeplande) patiënten. De benodigde capaciteit is overigens goed te voorspellen op basis van historische cijfers. Daarnaast verdient het de voorkeur om als ziekenhuis over een acute opname afdeling te beschikken. Uit onderzoek blijkt dat dit de doorstroom en opnamecapaciteit van een ziekenhuis verbeterd (16, 17). Ook dient er ingezet te worden op het verbeteren van de samenwerking tussen transferbureaus en thuiszorgorganisaties evenals verpleeghuizen. Dit is enerzijds door de capaciteit inzichtelijk te maken en structurele bekostiging te waarborgen, maar ook door professionals met elkaar in contact te brengen zodat snel schakelen en maatwerk mogelijk is.

(16) Vreelandgroep (2011) De Acute Opname Afdeling - Het WAT, WAAROM en HOE.

(17) QJM: An International Journal of Medicine (2018) How is it best to deliver care in acute medical units? A systematic review.

## **Verminder administratieve lasten**

Bijna 40% van de werktijd van een zorgmedewerker wordt momenteel besteed aan administratie en komt dus niet direct ten goede aan de patiënt. Om samenwerking te bevorderen is het belangrijk dat om elkaar te vertrouwen, waarbij controledrang en de neiging tot registratie wordt verminderd. Dit kan bijdragen aan het verminderen van het personeelstekort en het vergroten van werkplezier.

## **Tot slot**

Wij hebben inzicht willen geven in de mogelijke oplossingen voor een toekomstbestendige acute zorg die duurzaam is voor zowel patiënt als hulpverlener en tegelijk inzet op toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit. Naar het oordeel van de NVSHA is de juiste schaal daarbij een belangrijk onderdeel. Werken in netwerken en teams die elkaar kennen en vertrouwen levert de beste zorg op zowel in termen van kwaliteit als effectiviteit. Voor zeer hoog complexe acute zorg is dit een wezenlijk anders dan voor de hoogfrequente reguliere acute zorg. Centraal staat wat ons betreft dat elke patiënt adequate hoogwaardige kwalitatieve zorg op de juiste plek kan ontvangen.

NVSHA

Utrecht, augustus 2023

