



> Differentiatie in acute (ziekenhuis)zorg

Analyse van differentiatiemogelijkheden, kansen en risico's

Colofon

Expertgroep acute zorg – op persoonlijke titel

Jeroen Becker (gynaecoloog), Corine van Geffen (bestuurder bij huisartsenpostenorganisatie), Marjolein Kremers (internist acute geneeskunde), Edwin van der Meer (voorzitter Raad van Bestuur ziekenhuis), Jan Piek (hoogleraar cardiologie), Trea Sandjer (spoedeisende hulp arts), Susanne Smorenburg (programmamanager Leernetwerk Acute Ouderenzorg), Ruth Veenvliet (huisarts), Valentijn Waltmans (teammanager meldkamer en physician assistant ambulancezorg) en Stefan van Zutphen (traumachirurg).

Het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft deze expertgroep samengesteld op basis van de expertise en ervaring van de individuele leden met vernieuwing in de praktijk.

Begeleiding

Marin Baelde, Alexander Borgstein en Saskia van der Erf van adviesbureau SiRM, Strategies in Regulated Markets

Copyright

Delen van dit rapport mogen gereproduceerd worden met de volgende bronvermelding:
Expertgroep acute zorg, Differentiatie in acute (ziekenhuis)zorg, Januari 2024.

Opdrachtgever

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, directie Curatieve Zorg

Foto voorblad

Patricia Rehe

ANP

Managementsamenvatting

Het huidige acute (ziekenhuis)zorglandschap is niet toekomstbestendig door de toenemende vraag naar acute zorg en schaarste aan zorgmedewerkers. Dat betekent dat er keuzes gemaakt (moeten) worden om de kwaliteit en toegankelijkheid zo goed mogelijk te borgen. Het Ministerie van VWS is daarom een traject gestart om de rol van de overheid te bepalen bij de te maken keuzes op het gebied van de toegankelijkheid en kwaliteit van acute (ziekenhuis)zorg. Als onderdeel van dit traject heeft VWS een expertgroep gevraagd of differentiatie van acute (ziekenhuis)zorg mogelijk is en welke (nieuwe) vormen van differentiatie te onderscheiden zijn. VWS heeft de expertgroep gevraagd om zich te focussen op differentiatiemogelijkheden voor patiëntgroepen die terecht kunnen bij minder uitgebreide of anders geoutilleerde zorgvoorzieningen dan de SEH. Daarbij is de expertgroep ook gevraagd of differentiatie kan bijdragen aan de toegankelijkheid van acute (ziekenhuis)zorg - in termen van beschikbaarheid voor burgers - en welke andere kansen en risico's de expertgroep ziet bij differentiatie. Expliciet buiten de scope van de opdracht valt een beoordeling van de impact van differentiatie op het (acute) zorglandschap als geheel.

De expertgroep concludeert op basis van haar persoonlijke kennis en ervaring, aangevuld met deskresearch uitgevoerd door adviesbureau SiRM, dat differentiatie van acute (ziekenhuis)zorg al plaatsvindt in Nederland en daarmee mogelijk is in de praktijk. De expertgroep constateert daarbij dat differentiatie is ontstaan vanuit verschillende beweegredenen en met verschillende doelen die vaak regionale knelpunten oplossen of regionale kansen benutten. Het laat zien dat zorgverleners en -organisaties in de regio samen tot creatieve oplossingen zijn gekomen. De voorbeelden kunnen daarmee niet als landelijke blauwdruk dienen, maar wel als bron voor inspiratie. De regionale context en problematiek moeten daarbij leidend zijn voor het kiezen voor een bepaalde oplossing. Dit begint met het bepalen van de knelpunten in de regio, waarvoor de uitgewerkte ROAZ-beelden en -plannen een basis kunnen vormen.

Differentiatie leidt in specifieke situaties tot doelmatige zorg, maar dit is volgens de expertgroep niet altijd het geval. Het differentiëren van acute zorgvoorzieningen kan namelijk leiden tot minder doelmatige inzet van schaarse zorgverleners, waardoor de toegankelijkheid in termen van totale beschikbare acute zorg omlaag gaat. Zo is het bij differentiatie in dunbevolkte gebieden lastig om doelmatige inzet van zorgverleners te organiseren door te lage patiëntaantallen. Ook is het op peil houden van de competenties van zorgverleners daarbij een aandachtspunt. Voor beoordeling en behandeling thuis geldt eveneens dat dit lastig doelmatig te organiseren is door de reistijd van zorgverleners die daarmee gepaard gaat.

De expertgroep verwacht echter dat de inzet van zorgverleners bij differentiatie voor specifieke patiëntgroepen met een laagcomplex acute zorgvraag in dichtbevolkte gebieden wel doelmatig kan zijn en daarmee kan bijdragen aan de beschikbaarheid en dus toegankelijkheid van acute zorg. Ook de investering in beoordeling en behandeling thuis van kwetsbare ouderen en aandacht voor hen bij de opvang van (semi)acute zorgvragen lijkt (in zowel dun- als dichtbevolkte gebieden) op te wegen tegen de SEH-bezoeken en acute opnames die hiermee mogelijk voorkomen worden.

Inhoud

Colofon	1
Managementsamenvatting	2
1 Aanleiding en conclusie	4
1.1 Aanleiding	4
1.2 Vraag aan de expertgroep	4
1.3 Conclusie van de expertgroep	5
1.4 Reflectie van de expertgroep op de opdracht en conclusies	6
2 Differentiatie gebeurt al vanuit verschillende beweegredenen	8
2.1 In dunbevolkte gebieden is differentiatie ontstaan om acute (ziekenhuis)zorg nabij te blijven bieden	8
2.2 Ziekenhuisfusies hebben tot differentiatie van acute zorg geleid, waarbij locaties verschillende profielen kregen	9
2.3 Streven naar zoveel mogelijk 'first time right' en stroomlijnen van zorg heeft tot differentiatie van acute zorg geleid	9
2.4 Om SEH-presentaties en acute opnames (van kwetsbare ouderen) te voorkomen is differentiatie ontstaan	12
3 Differentiatie kan in specifieke situaties bijdragen aan toegankelijkheid	16
3.1 Bij differentiatie in dunbevolkte gebieden en beoordeling en behandeling thuis is doelmatige inzet van zorgverleners lastig te organiseren	17
3.2 In dichtbevolkte gebieden en voor kwetsbare ouderen lijkt doelmatige inzet van zorgverleners bij differentiatie mogelijk	19
Bijlage 1. Beschrijving differentiatiemogelijkheden	23
Bijlage 2. Gebruikte afkortingen	24

I Aanleiding en conclusie

1.1 Aanleiding

Door de toenemende vraag naar acute zorg en de schaarste aan zorgmedewerkers is de inrichting van het huidige acute (ziekenhuis)zorglandschap niet toekomstbestendig. Dat betekent dat er keuzes gemaakt (moeten) worden om de kwaliteit en toegankelijkheid zo goed mogelijk te borgen. Die keuzes hebben gevolgen voor patiënten, burgers, professionals, zorgaanbieders en zorgverzekeraars op de korte en lange termijn. Dit roept de vraag op wat de rol van de overheid is bij de inrichting van het acute zorglandschap.

Tegen die achtergrond is het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) een traject gestart om de rol van de overheid te bepalen bij de te maken keuzes op het gebied van de toegankelijkheid en kwaliteit van acute (ziekenhuis)zorg¹. De Tweede Kamer heeft deze brief controversieel verklaard. Dat betekent dat het demissionaire kabinet geen besluiten zal nemen. Het traject wordt ambtelijk voortgezet ter voorbereiding op een volgend kabinet.

Het traject bestaat uit twee fases. In de eerste fase werkt VWS aan verschillende varianten voor de rol van de overheid. Daartoe haalt zij vanuit verschillende perspectieven kennis en informatie op over de ontwikkelingen en uitdagingen in de acute zorg. Het gaat daarbij onder andere om:

- 1 Een onderzoek naar hoe burgers tegen vraagstukken in de acute zorg aankijken.
- 2 Een onderzoek naar het perspectief van lokale bestuurders.
- 3 Een onderzoek naar richtlijnen over en onderzoek naar tijdkritische aandoeningen.
- 4 Een internationale verkenning.
- 5 Een onderzoek naar (nieuwe) vormen van differentiatie in het zorgaanbod in de praktijk.
- 6 Het ophalen van inzichten bij vertegenwoordigers van veldpartijen.

In een tweede fase worden de door VWS voorgestelde varianten vervolgens nader getoetst op uitvoerbaarheid, kansen en risico's. Daarbij betreft VWS ook de vertegenwoordigers van veldpartijen.

De vraag voor dit onderzoek beperkt zich tot deelonderzoek 5 naar (nieuwe) vormen van differentiatie in het zorgaanbod in de praktijk. Daartoe heeft VWS een expertgroep samengesteld met tien verschillende professionals (medisch specialisten, verpleegkundigen en (zorg)organisatie experts) uit verschillende sectoren van de acute zorg (huisartsenzorg, ziekenhuiszorg, ouderenzorg en ambulancezorg) met relevante praktijkervaring.

1.2 Vraag aan de expertgroep

VWS heeft de expertgroep gevraagd of differentiatie van acute (ziekenhuis)zorg mogelijk is en welke (nieuwe) vormen van differentiatie te onderscheiden zijn. Daarbij vraagt VWS de expertgroep of differentiatie bij kan dragen aan de toegankelijkheid van acute (ziekenhuis)zorg in termen van de beschikbaarheid van acute zorg voor burgers en welke andere kansen en risico's de expertgroep ziet

¹ Reactie op verzoek commissie over de voornemens inzake de 45-minutennorm (16-06-2023)

bij differentiatie. VWS heeft de expertgroep verzocht daarbij zoveel mogelijk uit te gaan van lokale en regionale ontwikkelingen in de praktijk, waar zij zelf ervaring mee hebben. Expliciet buiten de scope van de opdracht valt een beoordeling van de impact van deze ontwikkelingen op het (acute) zorglandschap als geheel, waarbij de bredere context van de (acute) zorg en de verschillende perspectieven meegewogen worden. Ook heeft VWS niet gevraagd op welke manier de differentiatiemogelijkheden kunnen dienen ten behoeve van nieuw op te stellen normen. Dit rapport beschrijft deze aspecten dan ook niet.

VWS heeft de expertgroep gevraagd om zich te focussen op differentiatiemogelijkheden voor patiëntgroepen die terecht kunnen bij minder uitgebreide of anders geoutilleerde zorgvoorzieningen dan de SEH. Voor patiënten die juist méér faciliteiten nodig hebben, met een acute levensbedreigende en/of complexe zorgvraag bestaan over het algemeen al duidelijke richtlijnen. Het Zorginstituut heeft een rapportage laten opstellen over tijdkritische aandoeningen². In het rapport van het Zorginstituut zijn de geldende richtlijnen op een rij gezet voor acuut hartinfarct, acuut herseninfarct, ruptuur buikslagader en multitrauma. Voor acute verloskunde bieden het rapport van het Zorginstituut en de geldende richtlijnen onvoldoende aanknopingspunten. Ook in dit rapport laten we de acute verloskunde buiten beschouwing omdat daarvoor onvoldoende expertise aanwezig was en de doorlooptijd onvoldoende was om de lacunes in de geldende richtlijnen te dichten.

In verband met de samenstelling van de expertgroep gaat dit rapport niet expliciet in op de acute zorg voor kinderen of voor personen met psychische problematiek.

De expertgroep is gevraagd om dit medisch inhoudelijke rapport op persoonlijke titel te schrijven en is daarbij ondersteund door adviesbureau SiRM – Strategies in Regulated Markets - die het inhoudelijk secretariaat heeft gevoerd.

1.3 Conclusie van de expertgroep

Vanuit haar persoonlijke kennis en ervaring, aangevuld met deskresearch uitgevoerd door SiRM, concludeert de expertgroep dat differentiatie van acute (ziekenhuis)zorg al plaatsvindt in Nederland en daarmee mogelijk is in de praktijk. De expertgroep constateert daarbij dat differentiatie is ontstaan vanuit verschillende beweegredenen en met verschillende doelen die vaak regionale knelpunten oplossen of regionale kansen benutten (Hoofdstuk 2). Het laat zien dat zorgverleners en -organisaties in de regio samen tot creatieve oplossingen zijn gekomen. De voorbeelden kunnen daarmee niet als landelijke blauwdruk dienen, maar wel als bron voor inspiratie. De regionale context en problematiek moeten daarbij leidend zijn voor het kiezen voor een bepaalde oplossing. Dit begint met het bepalen van de knelpunten in de regio, waarvoor de uitgewerkte ROAZ-beelden en -plannen een basis kunnen vormen.

Dat differentiatie al plaatsvindt, betekent wat de expertgroep betreft niet dat het ook altijd bijdraagt aan de toegankelijkheid ervan. Het differentiëren van acute zorgvoorzieningen kan namelijk leiden tot minder doelmatige inzet van schaarse zorgverleners, waardoor de toegankelijkheid in termen van totale beschikbare acute zorg omlaag gaat. De expertgroep verwacht echter dat de inzet van

² Rapportage Tijdkritische aandoeningen spoedzorg (14-09-2023)

zorgverleners bij differentiatie voor specifieke patiëntgroepen met een laagcomplexe acute zorgvraag in dichtbevolkte gebieden en voor kwetsbare oudere patiënten³ doelmatig kan zijn, en daarmee bij kan dragen aan de beschikbaarheid en dus de toegankelijkheid van acute zorg (Hoofdstuk 3). Daarnaast merkt de expertgroep op dat intensieve samenwerking(svormen) gericht op het voorkomen van onnodige dubbele diagnostiek - zoals een geïntegreerde HAP-SEH of een spoedplein - vaak sowieso bijdragen aan de doelmatige inzet van zorgverleners.

1.4 Reflectie van de expertgroep op de opdracht en conclusies

Zoals in §1.2 toegelicht valt een beoordeling van de impact van differentiatie op het (acute) zorglandschap als geheel expliciet buiten de scope van de opdracht aan de expertgroep. De expertgroep heeft de bredere context van de (acute) zorg en de verschillende perspectieven daarmee niet meegewogen in dit rapport. Toch wil de expertgroep in deze paragraaf wel een aantal belangrijke noties meegeven wat betreft deze bredere context:

- Patiënten presenteren zich met een klacht en niet met een diagnose. De eerste zorgverlener die de patiënt beoordeelt, moet een inschatting maken met (soms) beperkte informatie en op basis daarvan een patiënt naar een bepaalde zorgvoorziening verwijzen. De mate van slagen van differentiatie staat of valt met de kans op een eerste juiste beoordeling van de acute zorgvraag. De expertgroep constateert dat dit altijd gepaard gaat met een bepaalde foutmarge dat een patiënt niet naar de juiste zorgvoorziening gaat, met het risico op zowel over- als ondertriage. Vanwege de scope van de opdracht (zie §1.2) heeft de expertgroep zich niet bezig gehouden met andere oplossingen voor de uitdagingen in de (acute)zorg. De expertgroep wil echter opmerken dat een kritische beschouwing van de huidige risico-acceptatie kan bijdragen aan het borgen van de toegankelijkheid van acute (ziekenhuis)zorg.
- Acute zorg wordt geleverd in een netwerk, waarin de verschillende zorgaanbieders in feite communicerende vaten zijn. Nieuwe zorgvoorzieningen of een andere inrichting van bestaande zorgvoorzieningen kunnen zowel positieve als negatieve consequenties hebben voor andere zorgaanbieders in de regio. Differentiatie betekent namelijk vaak ook verplaatsing van zorg van de ene naar de andere zorgverlener, zoals van de medisch specialistische zorg naar de huisarts. Of van het ene naar het andere tijdvenster, zoals van de avond-, nacht- en weekenduren naar de dagzorg. Differentiatie kan ook leiden tot integratie, waarbij medisch specialist en huisarts samenwerken en de scheidslijn tussen eerste en tweede lijn vervaagt. Bij verplaatsing of integratie van zorg wil de expertgroep opmerken dat het belangrijk is om de impact hiervan op ketenpartners, zoals de ambulancezorg, te onderzoeken en monitoren. Daarnaast is het van belang dat financiën mee kunnen verplaatsen en dat financieringsstromen de netwerkzorg dus faciliteren.
- Bij differentiatie ontstaat het risico op verlies van continuïteit van zorg en chronische behandelrelaties. Databeschikbaarheid door inzage in patiëntdossiers en minimaal het bevorderen van gegevensuitwisseling tussen zorgverleners helpt om de veiligheid en efficiëntie van zorgverlening zo goed mogelijk te kunnen waarborgen wanneer een andere zorgverlener een patiënt beoordeelt en behandelt.

³ in zowel dun- als dichtbevolkte gebieden.

- Het veranderen van een SEH van een ziekenhuis naar een laagcomplexere zorgvoorziening heeft impact op het bijbehorende ziekenhuis. Circa 60% van het totaal aantal klinische ligdagen in een ziekenhuis wordt gevuld door patiënten opgenomen vanaf de SEH⁴. Het wegvallen van een SEH kan daarmee impact hebben op de productie van het bijbehorende ziekenhuis.
- Met alleen slimmer organiseren van het aanbod kunnen we de toekomstbestendigheid van de acute (ziekenhuis)zorg niet waarborgen. De expertgroep denkt dat (vooral) ook ingezet moet worden op het (prehospitaal) terugdringen van de (acute) zorgvraag. De inzet van digitale hulpmiddelen kan hierbij behulpzaam zijn. Denk aan het gebruik van digitale zelftriage om te bepalen of een arts nodig is en zo ja of deze wellicht ook de volgende dag geraadpleegd kan worden. Deze hulpmiddelen zullen minder geschikt zijn voor kwetsbare ouderen.

⁴ NZa (2020), Monitor acute zorg.

2 Differentiatie gebeurt al vanuit verschillende beweegredenen

De expertgroep constateert dat differentiatie van acute (ziekenhuis)zorg al plaatsvindt in Nederland en daarmee mogelijk is in de praktijk. De huidige vormen van differentiatie komen voort uit verschillende beweegredenen en lossen vaak regionale knelpunten op. Ten eerste is differentiatie ontstaan in dunbevolkte gebieden om acute (ziekenhuis)zorg voor inwoners nabij te blijven bieden (§2.1). Ook hebben ziekenhuisfusies tot differentiatie van acute zorg geleid (§2.2). Daarnaast is differentiatie ontstaan vanuit het streven naar zoveel mogelijk ‘first time right’ en het stroomlijnen van acute zorg (§2.3). Ten slotte is differentiatie ontstaan om SEH-bezoeken en acute opnames (van kwetsbare ouderen) te voorkomen (§2.4).

Er zijn verschillende voorbeelden van differentiatie van acute (ziekenhuis)zorg in Nederland die vanuit verschillende beweegredenen zijn ontstaan en met verschillende doelen die vaak regionale knelpunten oplossen of regionale kansen benutten. In dit hoofdstuk lichten we deze voorbeelden toe aan de hand van de vier categorieën beweegredenen. Meer informatie over deze voorbeelden, zoals welke patiëntgroepen hier terecht kunnen en welke faciliteiten en zorgverleners aanwezig zijn, is te vinden in Bijlage 1.

2.1 In dunbevolkte gebieden is differentiatie ontstaan om acute (ziekenhuis)zorg nabij te blijven bieden

Meerdere ziekenhuizen sloten afgelopen jaren hun SEH (gedeeltelijk) vanwege personeelstekorten en/of financiële problemen⁵. Tegelijkertijd ziet de expertgroep dat lokale overheden en (eerstelijns) zorgnetwerken juist veel belang hechten aan nabijheid van acute voorzieningen voor hun inwoners⁶. Mede hierdoor zijn voorzieningen ontstaan voor laagcomplexe acute medisch specialistische zorgvragen. Het regionale ziekenhuis waarvan de SEH gesloten is, kan de behandeling van deze laagcomplexe zorgvragen blijven leveren omdat er geen volledig geoutilleerde SEH voor nodig is⁷.

Er zijn verschillende voorbeelden van voorzieningen die spoedzorg voor laagcomplexe aandoeningen (onder andere kleine traumata, buikpijn, trombosebeen) dichtbij huis leveren:

- Spoedpoli St. Jansdal in Lelystad⁸
- Basisspoedpost en Cardiac Triage Unit Treant Zorggroep in Hoogeveen of Stadskanaal⁹

⁵ Voorbeelden zijn: Gelre ziekenhuis in Zutphen, Treant ziekenhuizen in Stadskanaal en Hoogeveen, het LageLand ziekenhuis in Zoetermeer en Amsterdam UMC locatie VUmc.

⁶ EenVandaag (2022), Regionale ziekenhuizen komen massaal in verzet als spoedeisende hulp moet sluiten.

⁷ Niet 24/7, maar overdag en in de avonden. Specifieke openingstijden verschillen per locatie.

⁸ <https://www.stjansdal.nl/locaties/zorgaanbod-lelystad/spoedpoli>.

⁹ <https://www.treant.nl/zorg/ziekenhuiszorg/specialismen-en-afdelingen/basisspoedposten>.

- Spoedpost Spijkenisse Medisch Centrum¹⁰
- Spoedpoli Sionsberg in Dokkum¹¹

Patiënten kunnen naar deze locaties verwezen worden onder de voorwaarde dat zij vooraf fysiek door een zorgverlener met verwijzingsbevoegdheid beoordeeld zijn, geen opname-indicatie hebben en vitaal niet bedreigd zijn. Daarnaast maken de zorgvoorzieningen onderscheid naar welke zorgvragen tijdens kantooruren en welke in de avond/weekenden ingestuurd kunnen worden. Dit hangt samen met de aanwezigheid van medisch specialisten in het bijbehorende ziekenhuis. De voorzieningen bieden geen acute zorg in de nacht, daarvoor moeten patiënten naar een SEH die 24/7 zorg levert. De eerste ervaringen met spoedpoli's laten zien dat patiënten met laagcomplexere zorgvragen gemiddeld binnen een uur een diagnose en behandelplan hebben¹². Dit komt mede door de kortere wachttijden in vergelijking met een normale SEH.

Spoedpoli's kunnen ook vanuit andere beweegredenen ontstaan zijn, zoals voor stroomlijning van de (acute) ziekenhuiszorg (zie §2.3). In dit geval is er naast de spoedpoli ook een SEH aanwezig.

2.2 Ziekenhuisfusies hebben tot differentiatie van acute zorg geleid, waarbij locaties verschillende profielen kregen

Tussen 2004 en 2017 hebben 28 ziekenhuisfusies plaatsgevonden, meestal op basis van strategische overwegingen¹³. Door een fusie ontstaan er vaak meerdere locaties van één ziekenhuis, waarbij de geleverde (acute) zorg per locatie kan verschillen. Gefuseerde ziekenhuizen kiezen vaak voor een verschil in portfolio van de geleverde zorg per locatie om de kwaliteit en doelmatige inzet van zorgverleners te verhogen.

Het OLVG Oost behandelt bijvoorbeeld patiënten met vaatchirurgische problematiek en het OLVG West patiënten met een traumachirurgische zorgvraag¹⁴. Hiervoor zijn acute zorgpaden per patiëntgroep ontwikkeld. Er zijn meerdere voorbeelden van middencomplexere acute zorgvragen waarvoor dit soort acute zorgpaden zijn ontwikkeld, zoals bijvoorbeeld heupfracturen. Adequate triage van de acute zorgvraag is wel van belang om patiënten meteen op de juiste locatie te presenteren en (onnodige) verplaatsingen met een ambulance te voorkomen. Het is daarbij belangrijk om rekening te houden met de beperkte diagnostische middelen van de huisarts of HAP en ambulanceverpleegkundige om deze triage uit te kunnen voeren.

2.3 Streven naar zoveel mogelijk 'first time right' en stroomlijnen van zorg heeft tot differentiatie van acute zorg geleid

Huisartsen beoordeelden in 2020 ruim 6,5 miljoen patiënten met een acute zorgvraag (Figuur 1)¹⁵. Het totaal aantal SEH-presentaties bedroeg in 2020 bijna 2 miljoen, waarvan ongeveer 40% werd doorverwezen vanuit de huisartsenzorg¹⁵. Circa 60% van de patiënten kan na diagnostiek en

¹⁰ <https://www.spijkenissemc.nl/wp-content/uploads/2019/08/spoedpoli-SP-06-082019.pdf>,

¹¹ <https://www.sionsbergnetwerkziekenhuis.nl/specialismen/spoedpolikliniek/>.

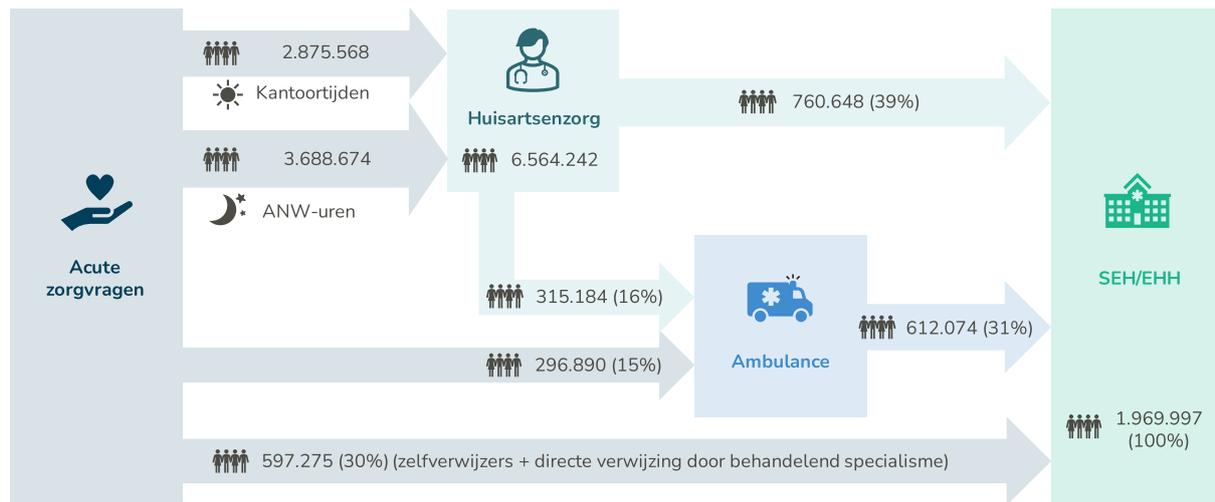
¹² Skipr (2022), Sionsberg levert spoedzorg zonder spoedeisendehulpafdeling.

¹³ A.F. Roos (2018), Mergers and competition in the Dutch healthcare sector.

¹⁴ <https://netwerkacutezorgnhfl.nl/nieuwsbrief/olvg-opent-officiële-trauma-unit/>

¹⁵ NZa – Acute zorg in de ROAZ-regio, beschikbaar gesteld voor de ROAZ-beelden.

behandeling op de SEH naar huis¹⁶. Dit komt mede door de laagcomplexe zorgvraag waarmee deze patiënten zich presenteerden en de effectieve behandelmogelijkheden die voor deze groep beschikbaar zijn. Om ervoor te zorgen dat de fysieke beoordeling en diagnostiek bij deze patiënten met laagcomplexe aandoeningen zoveel mogelijk in één keer goed ('first time right') en zo snel mogelijk gebeurt, zijn op meerdere plekken in Nederland vormen van differentiatie van acute (ziekenhuis)zorg en/of intensieve samenwerking(svormen) ontstaan. Deze richten zich erop dat zowel 'aanlopers' (patiënten zonder een verwijzing), als presentaties vanuit de HAP op de juiste plek en zo snel mogelijk worden geholpen. We lichten de verschillende voorbeelden hieronder toe.



Figuur 1. Huisartsen beoordeelden in 2020 ruim 6,5 miljoen patiënten met een acute zorgvraag. Circa 40% van alle patiënten op de SEH werd doorverwezen vanuit de huisartsenzorg en 30% bestond uit zelfverwijzers en patiënten die vanuit een behandelend specialisme direct naar de SEH werden verwezen.

2.3.1 Diagnostiek bij de huisarts of HAP

De huisartsenzorg gebruikt steeds vaker point-of-care testing (POCT)¹⁷. Voorbeelden hiervan zijn urineonderzoek en bepalingen van hemoglobine, glucose, D-dimeer en CRP. Deze tests geven de huisarts additionele informatie om een diagnose te kunnen stellen. Het helpt daarnaast bij het maken van een keuze om een patiënt wel of niet naar de SEH te verwijzen. Dit kan voorkomen dat een patiënt naar de SEH wordt verwezen waarvan achteraf blijkt dat dit niet nodig was geweest.

Er zijn ook voorbeelden waar de HAP gebruik kan maken van het laboratorium van het ziekenhuis waarbij de HAP gelokaliseerd is¹⁸. Hierdoor kan de SEH laboratoriumuitslagen meteen inzien bij doorverwezen patiënten. Ook andere apparatuur op de HAP, zoals ECG's, kunnen gekoppeld worden aan het ziekenhuissysteem, waardoor de SEH-arts of cardioloog kan meekijken als de huisarts twijfelt¹⁹.

Ook röntgendiagnostiek vindt op verschillende plekken in Nederland op aanvraag van de huisarts op de HAP plaats²⁰. Huisartsen zien regelmatig patiënten met extremiteitsletsel buiten kantooruren op

¹⁶ Raven, Wouter, et al. (2022), The association between presenting complaints and clinical outcomes in emergency department patients of different age categories.

¹⁷ R.M. Hopstaken (2015), Point-of-care testing in de huisartsenzorg.

¹⁸ <https://www.dokterdrenthe.nl/>

¹⁹ Dit gebeurt momenteel bij de samenwerking van de SEH bij Treant Zorggroep in Emmen en de HAP Dokter Drenthe in Emmen.

²⁰ IQ Scientific Center for Quality of Healthcare - Röntgendiagnostiek op de Huisartsenpost.

de HAP²¹. Doorgaans is er op de HAP echter geen mogelijkheid tot röntgendiagnostiek, waardoor een verwijzing naar de SEH volgt, waar blijkt dat de helft van de doorverwezen patiënten daadwerkelijk een fractuur heeft²². Uitbreiding naar de HAP van de mogelijkheid tot röntgendiagnostiek (röntgenfoto, maar geen MRI of CT), inclusief de beoordeling ervan, kan verwijzing naar de SEH voorkomen. Volgens een Nederlandse studie heeft toegang tot röntgendiagnostiek op de HAP meerwaarde en stelt het huisartsen in staat hun poortwachtersfunctie beter uit te voeren²³. In de studie werden op huisartsenposten zonder mogelijkheid tot röntgendiagnostiek alle patiënten met extremiteitsletsel doorverwezen naar de SEH. Op posten met volledige of gedeeltelijke toegang tot röntgendiagnostiek werd slechts circa 40% van de patiënten naar de SEH doorverwezen. Hierdoor wordt een deel van de patiënten sneller geholpen op de HAP en de SEH voor een deel ontlast.

2.3.2 Geïntegreerde HAP-SEH

Onder een geïntegreerde HAP-SEH verstaan we een HAP en SEH die als één spoedpost samenwerken. Integratie van de HAP en SEH in een ziekenhuis kan leiden tot een afname van het aantal SEH-verwijzingen en tot snellere doorlooptijden voor patiënten. Bij geïntegreerde spoedposten voert een triagist (onder verantwoordelijkheid van een huisarts) de triage uit in de ANW-uren en kijkt de SEH-arts zo nodig/naar wens mee, waarna de patiënt op de HAP zorg ontvangt of een doorverwijzing naar de SEH krijgt. De integratie zorgt ervoor dat voornamelijk zelfverwijzers op de SEH ook buiten kantooruren eerstelijnszorg kunnen ontvangen voor laagcomplex acute zorgvragen. In mei 2023 is de Spoedpost in Amsterdam Noord geopend, een versmelting van de SEH van het BovenIJ en de HAP²⁴. Deze samenwerking moet leiden tot minder administratie, minder verplaatsing van patiënten en betere medische overdracht²⁴.

2.3.3 Spoedpleinen

Verschillende ziekenhuizen openden in de afgelopen jaren spoedpleinen, waar diverse vormen van acute zorg fysiek of virtueel bij elkaar georganiseerd zijn: HAP, SEH, VVT, acute ggz en dienstapotheek. Door gezamenlijke organisatie kunnen aanbieders slimmer en intensiever samenwerken. Patiënten kunnen meteen op de juiste plek en door de juiste zorgverlener geholpen worden, wat zorgt voor minder onnodige dubbele diagnostiek.

Op een spoedplein wordt zowel laag- als hoogcomplex zorg 24/7 geleverd. Voorbeelden in Nederland waar gewerkt wordt aan een spoedplein of al een spoedplein is, zijn (niet-limitatief):

- Spoedplein CWZ in Nijmegen²⁵
- Spoedplein Elkerliek in Helmond²⁶
- Spoedplein ETZ in Tilburg²⁷

²¹ E.H. van de Lisdonk (2008), Ziekten in de huisartsenpraktijk.

²² M. Rutten (2017), Patient and care characteristics of self-referrals treated by the general practitioner cooperative at emergency-care-access-points in the Netherlands.

²³ M. Rutten (2018), Toegang tot röntgendiagnostiek op de huisartsenpost.

²⁴ Het Parool (2023), Eerste spoedpost in Amsterdam in Noord moet minder geschuif met patiënten geven.

²⁵ <https://www.cwz.nl/contact-en-locaties/locaties-en-prikposten/spoedplein-cwz/>.

²⁶ <https://ineen.nl/uit-de-praktijk/efficiëntere-spoedzorg-dankzij-helmonds-spoedplein/>.

²⁷ <https://www.etz.nl/ETZWebsite/files/2a/2a6ba831-d015-41c0-93ab-3edd44db3e0e.pdf>.

- Spoedplein Haga in Den Haag²⁸
- Spoedplein Gelre Zutphen in Zutphen²⁹
- Spoedplein JBZ in 's-Hertogenbosch³⁰
- Spoedeisende Medische Dienst Rode Kruis Ziekenhuis in Beverwijk³¹
- Spoedplein Noordwest Ziekenhuisgroep in Den Helder³²
- Spoedplein Rotterdam Noord in Rotterdam³³

Het HMC heeft daarnaast een specifieke acute afdeling voor patiënten met psychische problematiek (de Haagse SPOED)³⁴. Dit is een samenwerking tussen de SEH en de ggz-crisisdienst van Parnassia voor de opvang en veilige beoordeling van verwarde personen.

2.3.4 Scheiding van laag- en midden-/hoogcomplexere zorgvragen op de SEH

Verschillende ziekenhuizen (met grotere SEH's) scheiden laagcomplexere en midden-/hoogcomplexere zorgvragen van elkaar, waardoor de druk op de normale SEH afneemt. Zo opende het OLVG West recent een spoedpolikliniek³⁵ waardoor de doorlooptijd voor patiënten met een laagcomplexere acute zorgvraag verminderd is van enkele uren naar 45 minuten. Huisartsen kunnen tijdens kantooruren bellen met de spoedpolikliniek, waar na triage door een verpleegkundig specialist of SEH-medewerker wordt besloten of de patiënt een afspraak krijgt. In andere ziekenhuizen hebben verschillende specialismen vaak spoedplekken op poliklinieken om de ingeschatte laag complexere zorgvragen van de SEH om te leiden.

2.4 Om SEH-presentaties en acute opnames (van kwetsbare ouderen) te voorkomen is differentiatie ontstaan

In 2021 waren er op de SEH circa 280 duizend laagcomplexere acute zorgvragen en 730 duizend acute zorgvragen van kwetsbare ouderen³⁶. Het aantal kwetsbare ouderen zal in de komende jaren toenemen door de verdere vergrijzing van de bevolking. Om de toegankelijkheid van de acute (ziekenhuis)zorg te kunnen waarborgen is in de afgelopen jaren geïnvesteerd in beoordeling en behandeling thuis³⁷ en in specifieke aandacht voor de kwetsbare oudere patiënt met een (semi)acute zorgvraag.

2.4.1 Beoordeling en behandeling thuis

Een vorm van differentiatie binnen de acute (ziekenhuis)zorg om SEH-presentaties te voorkomen is beoordeling en behandeling thuis³⁷. We beschrijven hieronder de Verpleegkundig Specialist (VS) en Physician Assistant (PA) en het wijkteam acute zorg die deze zorg leveren. Er bestaan zorgcentrales

²⁸ <https://www.hagaziekenhuis.nl/specialismen/spoedplein/>.

²⁹ <https://www.gelreziekenhuizen.nl/patient/afdelingen/spoedplein-zutphen/>.

³⁰ <https://www.skipr.nl/nieuws/jbz-brengt-psychische-medische-en-sociale-zorg-samen-op-spoedplein/>.

³¹ <https://www.rkz.nl/unieke-krachtenbundeling-voor-betere-spoedzorg-in-regio-midden-kennemerland/>.

³² <https://www.nwz.nl/Over-ons/Noordwest-bouwt/Den-Helder/Spoedplein>.

³³ <https://www.franciscus.nl/spoedplein-rotterdam-noord>.

³⁴ <https://www.haaglandenmc.nl/nieuws/haagse-spoed/>, https://www.ntvg.nl/artikelen/naar-een-efficiente-spoedeisende-psihiatrie?check_logged_in=1, <https://projecten.zonmw.nl/nl/project/project-haagse-spoed>

³⁵ <https://www.olvg.nl/verwijsnieuws/olvg-opent-spoedpolikliniek-seh/>.

³⁶ Veiligheid.nl (2021), Kerncijfers LIS.

³⁷ Dit kan ook dichtbij huis betekenen.

die bij het leveren van (acute) zorg thuis kunnen ondersteunen doordat zij (IT-)oplossingen voor zorg op afstand bieden. Bijvoorbeeld Altide die 24/7 digitale oplossingen voor beeldzorg, medicatiecontroles, medicatie uitgiften en thuismonitoring biedt³⁸.

Verpleegkundig Specialist en Physician Assistant

VS'ers en PA's vanuit de ambulancedienst behandelen patiënten regelmatig in de thuissituatie en voorkomen daarmee vervoer naar het ziekenhuis. Het gaat zowel om kwetsbare oudere patiënten als om andere patiënten die beter in de thuissituatie geholpen kunnen worden. De VS of PA gaat met een rapid responder naar de patiënt en trieert deze ter plekke om de juiste zorg op de juiste plek te kunnen verlenen³⁹. Uit onderzoek door Regionale Ambulance Voorziening (RAV) Brabant Midden-West-Noord blijkt dat bij inzet van de VS of PA minder patiënten naar de SEH verwezen hoeven te worden dan bij reguliere ambulancezorg⁴⁰. De meest voorkomende klachten voor het inzetten van de VS of PA waren: flauwvallen, een val (van hoogte), traumatische letsels en verkeersongevallen.

Ook de huisartsenzorg maakt steeds meer gebruik van VS'ers en PA's, zowel binnen de huisartsenpraktijk als op de huisartsenpost. Zo kan vanuit de huisartsenpraktijk een VS of PA ouderenzorg, na een acute melding van een oudere patiënt, onderzoek doen en een behandelplan opstellen om tweedelijns zorg te voorkomen⁴¹.

Binnen de wijkverpleging is de VS of PA ook gespecialiseerd in veelvoorkomende (medische) klachten bij ouderen. Bij tijdige inschakeling van de VS of PA kan achteruitgang vroegtijdig gesignaleerd worden om een SEH-opname te voorkomen⁴². De VS of PA werkt daarbij samen met verschillende zorgverleners en kan waar nodig contact opnemen met bijvoorbeeld de huisarts of klinisch geriatr/internist-ouderengeneeskunde om een definitief behandelplan op te stellen.

Wijkteam acute zorg

Een andere vorm van beoordeling en behandeling thuis is het wijkteam acute zorg. Huisartsen, wijkverpleegkundigen en andere zorgverleners in de regio kunnen een wijkteam acute zorg oproepen voor verschillende patiëntgroepen met acute zorgvragen of ongeplande zorg in de thuissituatie⁴³. Het team kan zowel verpleegkundige zorg op het niveau van Algemeen Dagelijkse Levensverrichtingen (ADL) uitvoeren, als technische handelingen. Daarnaast kan het team bepalen wat voor zorg een patiënt nodig heeft, door eenvoudige diagnostiek en triage.

Een speciale variant van het wijkteam is het Flexible Assertive Community Treatment (FACT)-VVT-team⁴⁴. Dit team richt zich specifiek op crisissituaties door psychogeriatrische problematiek of een combinatie van psychische en lichamelijke klachten. Het doel van het team is om een patiënt in de thuissituatie te behandelen en een opname te voorkomen.

³⁸ Fusieorganisatie NAAST-ZNC: medisch service centrum dat zich bezighoudt met o.a. telemonitoring bij ouderen (<https://www.altide.nl/>)

³⁹ <https://zorgmasters.nl/kennis/eerste-lijn/pa-vs-in-ambulancedienst-voorkomt-ziekenhuisopname/>

⁴⁰ Rapportage IMPACT-studie: inzet en implementatie van de verpleegkundig specialist bij RAV Brabant Midden-West-Noord (03-11-2021).

⁴¹ <https://zorgmasters.nl/kennis/eerste-lijn/vs-in-huisartsenpraktijk-maakt-het-verschil-in-acute-ouderenzorg/>

⁴² <https://zorgmasters.nl/kennis/eerste-lijn/vs-in-de-wijk-slim-samenwerken-in-acute-ouderenzorg/>

⁴³ <https://www.cordaan.nl/toolkit-wijkkliniek>.

⁴⁴ <https://zorgcirkel.nl/verwijzers/fact-vvt/>.

2.4.2 Specifieke aandacht voor kwetsbare ouderen met een (semi)acute zorgvraag in het ziekenhuis

Oudere patiënten (ouder dan 70 jaar) vormen circa 30-40% van alle SEH-bezoeken in 2021⁴⁵. Deze groep patiënten wordt na een SEH-bezoek vaker opgenomen in het ziekenhuis dan jongere patiënten⁴, dit komt mede door de complexiteit van de (acute) zorgvraag. Om ervoor te zorgen dat oudere patiënten met een acute zorgvraag op de juiste plek en door de juiste zorgverlener worden gezien en behandeld, zijn meerdere voorzieningen ontwikkeld die we hieronder kort toelichten.

Spoodstraat ouderen

In Nederland zijn meerdere spoedstraten voor ouderen geopend. Huisartsen kunnen kwetsbare ouderen met een laagurgente zorgvraag hierheen verwijzen wanneer de zorgvraag semi-acuut is. Patiënten ondergaan meestal de volgende ochtend, maar in ieder geval binnen 72 uur, diagnostiek⁴⁶, waarna er dezelfde dag een behandelplan klaar ligt. Op de spoedstraten werken voornamelijk klinisch geriater/internisten-ouderengeneeskunde en verpleegkundig specialisten, soms in samenwerking met een specialist ouderengeneeskunde. Voorbeelden in Nederland zijn:

- Semi-acute unit geriatrie (SAUG) in het Zuyderland ziekenhuis⁴⁷ en het Dijklander ziekenhuis⁴⁸
- Spoodstraat ouderen in het St. Jansdal ziekenhuis⁴⁹
- Subacute zorgstraat voor kwetsbare ouderen in het Maasstad ziekenhuis⁵⁰

Proeftuinen wijkkliniek

De wijkkliniek voor kwetsbare ouderen is in 2018 gestart vanuit Cordaan, Amsterdam UMC en Zilveren Kruis. In de wijkkliniek ontvangen kwetsbare ouderen acute medisch-specialistische zorg in een VVT-setting, nadat zij zich met een acute zorgvraag op de SEH hebben gepresenteerd. De wijkkliniek bestaat uit een coalitie van VVT, ziekenhuis, huisartsenorganisatie en zorgverzekeraar. In de wijkkliniek ontvangen patiënten – in een passende en herstelgerichte omgeving - naast medische zorg voor de acute zorgvraag ook ondersteuning om na de opname zo fit mogelijk naar huis te gaan. Hierdoor wordt functieverlies zo veel mogelijk beperkt, waardoor doorverwijzing naar geriatrische revalidatiezorg (GRZ) of eerstelijnsverblijf (ELV) na de opname en ziekenhuisheropnames na ontslag worden verminderd. Momenteel zijn er acht proeftuinen van de wijkkliniek in Nederland actief⁵¹. De eerste resultaten uit Amsterdam laten zien dat de wijkkliniek leidt tot een afname van het aantal ziekenhuisopnames van ouderen na een SEH-bezoek, een lagere delierincidentie, vermindering van het aantal ziekenhuisheropnames en positieve patiëntervaringen⁵².

Medebehandeling geriatrie op de SEH

In verschillende ziekenhuizen vindt geriatrische medebehandeling op de SEH plaats. Door een nauwe samenwerking tussen hoofdbehandelaar en klinisch geriater/internist-ouderengeneeskunde komen

⁴⁵ VZinfo (2023), Acute zorg in 2021.

⁴⁶ Patiënten worden niet (semi)klinisch opgenomen

⁴⁷ <https://www.zuyderland.nl/social-media/semi-acute-unit-geriatrie-innovatief-in-nederland>.

⁴⁸ <https://www.dijklander.nl/over-ons/nieuws/dijklander-ziekenhuis-opent-nieuwe-unit-voor-geriatrische-patienten>.

⁴⁹ <https://www.stjansdal.nl/locaties/zorgaanbod-lelystad/kwetsbare-ouderen/spoodstraat-ouderen-in-lelystad>.

⁵⁰ <https://www.maasstadziekenhuis.nl/nieuws/2021/subacute-zorgstraat-voor-kwetsbare-ouderen-in-het-maasstad-ziekenhuis>.

⁵¹ <https://www.cordaan.nl/over-de-wijkkliniek>.

⁵² <https://www.cordaan.nl/toolkit-wijkkliniek>

oudere patiënten snel en goed in beeld. Dit leidt tot minder over- en onderbehandeling van kwetsbare ouderen op de SEH. Zo heeft het Tergooi ziekenhuis voor kwetsbare ouderen op de SEH het Geriatric Emergency Medicine (GEM) team ontwikkeld⁵³. Dit multidisciplinaire team behandelt mee bij kwetsbare ouderen op de SEH. Het team bestaat uit een klinisch geriater/internist-ouderengeneeskunde, verpleegkundig specialist, A(N)IOS geriatrie/internist-ouderengeneeskunde, SEH-verpleegkundige, transferverpleegkundige en ziekenhuisapotheker. Een pilotstudie laat zien dat inzet van het GEM-team leidde tot een kortere ligduur in het ziekenhuis, minder herpresentaties en minder opnames in het ziekenhuis waarvoor geen indicatie was⁵³.

In het Haaglanden Medisch Centrum werken standaard twee SO's op de SEH⁵⁴. De SO's beoordelen met hun expertise of een ziekenhuisopname voorkomen kan worden. Het Radboudumc maakt gebruik van een multidisciplinair overleg (MDO) waarin binnen één uur na binnenkomst op de SEH overleg plaatsvindt over kwetsbare ouderen met een acuut buikprobleem⁵⁵. In het MDO bepalen de chirurg, SEH-arts en klinisch geriater/internist-ouderengeneeskunde op basis van kwetsbaarheid van de patiënt wat voor diagnostiek en behandeling er moet worden ingezet. Dit MDO is recentelijk uitgebreid naar andere problematiek bij kwetsbare ouderen.

⁵³ <https://www.tergooi.nl/gem/>

⁵⁴ <https://www.haaglandenmc.nl/nieuws/specialisten-ouderengeneeskunde-versterken-seh-van-hmc/>

⁵⁵ <https://www.programmatvv.nl/praktijkvoorbeelden/overzicht/radboudumc-spoed-mdo-bij-acute-buikproblemen/>

3 Differentiatie kan in specifieke situaties bijdragen aan toegankelijkheid

De expertgroep verwacht dat de inzet van zorgverleners bij differentiatie in specifieke situaties doelmatig kan zijn, en daarmee bij kan dragen aan de beschikbaarheid en dus toegankelijkheid van acute zorg. In dunbevolkte gebieden is het lastig om doelmatige inzet van zorgverleners te organiseren bij differentiatie. Dit geldt ook voor beoordeling en behandeling thuis (§3.1). Bij acute zorgpaden voor specifieke patiëntgroepen in dichtbevolkte gebieden lijkt doelmatige inzet wel mogelijk. Ook denkt de expertgroep dat de investering in beoordeling en behandeling thuis van kwetsbare ouderen en de aandacht voor hen bij opvang van (semi)acute zorgvragen⁵⁶ opweegt tegen de SEH-bezoeken en acute opnames die hiermee mogelijk voorkomen worden (§3.2).

Differentiatie van acute (ziekenhuis)zorg gebeurt al op verschillende plekken in Nederland. In dit hoofdstuk beschrijven we dat differentiatie niet altijd leidt tot doelmatige inzet van schaarse zorgverleners en daarom niet altijd bijdraagt aan de toegankelijkheid van acute (ziekenhuis)zorg. Tegelijkertijd lichten we toe dat dit in specifieke situaties wel het geval is. Daarbij bespreken we ook het effect van differentiatie op het werk(plezier) en de competenties van zorgverleners.

We focussen ons in dit hoofdstuk op voorzieningen die apart van, of apart op, de SEH georganiseerd zijn. Voorbeelden uit Hoofdstuk 2 die gericht zijn op het voorkomen van onnodige dubbele diagnostiek en daarmee zoveel mogelijk 'first time right' acute zorg leveren - zoals het uitbreiden van de diagnostische mogelijkheden voor de huisarts en integratie van de HAP en SEH - dragen vaak sowieso bij aan doelmatige inzet van zorgverleners. Bij fysieke integratie van verschillende sectoren is het daarbij wel van belang om te beseffen dat de omvang van de verzorgingsgebieden per sector flink kunnen verschillen. Het netwerk van HAP's is bijvoorbeeld fijnmaziger dan het netwerk van SEH's en dit netwerk is weer fijnmaziger dan van ggz crisisdienstlocaties. Mede door deze verschillen is voor de ggz crisisdienst de SEH daarom wellicht niet altijd de meest logische fysieke locatie.

⁵⁶ in zowel dun- als dichtbevolkte gebieden.

3.1 Bij differentiatie in dunbevolkte gebieden en beoordeling en behandeling thuis is doelmatige inzet van zorgverleners lastig te organiseren

3.1.1 Differentiatie in dunbevolkte gebieden leidt vaak tot ondoelmatige inzet van zorgverleners door te lage patiëntaantallen

Wanneer een acute zorgvoorziening niet aan een volledig uitgerust ziekenhuis of SEH is gekoppeld, kan deze voorziening slechts een beperkte groep patiënten (veilig) ontvangen. De expertgroep schat in dat het inrichten van een voorziening voor laagcomplexe acute zorg gekoppeld aan een dagziekenhuis (geen acute opnamecapaciteit, OK en IC) met name geschikt is voor het behandelen van sportblessures (simpele fracturen, distorsies en oppervlakkig letsel) en overige duidelijke, afgebakende zorgvragen (zoals een trauma capitis zonder multitrauma of een (bewezen) DVT).

In dunbevolkte gebieden is het verwachte aantal patiënten dat gebruik maakt van een dergelijke voorziening voor laagcomplexe zorgvragen (buiten kantooruren) echter niet hoog genoeg om zorgverleners doelmatig in te kunnen zetten. Dit is vaak ook niet de beweegreden geweest voor het opzetten van deze voorzieningen. Dat was juist om de nabijheid van zorg in een regio te waarborgen (zie §2.1). Bij de implementatie van deze voorzieningen speelden lage patiëntaantallen waarschijnlijk een minder belangrijke rol. Nabijheid van ondoelmatige acute (ziekenhuis)zorgvoorzieningen kan overigens mogelijk in de rest van het zorgnetwerk wel tot meer doelmatige inzet van zorgverleners leiden.

Sommige laagcomplexe spoedlocaties maken onderscheid in het type patiënten dat zij kunnen ontvangen op verschillende momenten van de dag, om zo het totaal aantal patiënten dat terecht kan te vergroten. Tijdens kantooruren - wanneer de medisch specialisten aanwezig zijn in het ziekenhuis - kan de spoedlocatie complexere zorgvragen ontvangen dan in de avonduren. Deze splitsing in patiëntprofiel is momenteel zowel terug te zien bij de basisspoedposten van Treant⁹, als bij de Spoedpoli St. Jansdal in Lelystad⁸. Het is daarbij wel van belang dat er goede afspraken zijn met de verwijzers in de regio over wanneer ze welke patiënt waarheen kunnen verwijzen. Ook goede communicatie hierover richting burgers is van belang. Wanneer deze communicatie niet goed is ingericht, bestaat het risico dat patiënten niet meteen op de juiste plek gezien worden (zoveel mogelijk 'first time right') en dat de ambulance hen van de ene acute zorgvoorziening naar de andere moet vervoeren. Hierbij bestaat het risico op niet doelmatige inzet van ambulancezorg.

In de praktijk blijkt dat het definiëren van doelgroepen voor de zorgvoorziening en het inrichten van de juiste verwijzlijnen met ketenpartners veel tijd in beslag neemt. De ervaringen van het St. Jansdal in Lelystad leren dat het een aantal jaar heeft geduurd voordat het huidige profiel goed werkbaar en duidelijk was voor zowel huisartsen als medisch specialisten. Een duidelijk patiëntprofiel kan daarbij alleen patiëntgroepen omvatten die aan de voorkant duidelijk geïdentificeerd kunnen worden en waarvoor weinig tot geen risico bestaat dat een patiënt toch meer acute voorzieningen nodig heeft, zoals een acute opnamemogelijkheid. Triage van de acute klacht speelt hierbij een belangrijke rol. De expertgroep geeft aan dat veiligheid altijd voorop moet staan bij het triëren van patiënten. Daarmee komt de grens voor een laagcomplexe acute voorziening bewust aan de veilige kant te liggen en blijft een beperkte groep patiënten over. Binnen de Treant-zorggroep verlopen verwijzingen naar de

basisspoedpost via de SEH-arts, waardoor accurate triage gewaarborgd blijft⁹. Indien er twijfel is over de complexiteit van de ingangsklacht worden patiënten ‘gewoon’ naar een SEH verwezen. De expertgroep merkt op dat er daarbij altijd een foutmarge bestaat dat een patiënt niet naar de juiste zorgvoorziening wordt verwezen.

Om de doelmatige inzet van zorgverleners op een voorziening voor laagcomplexe acute zorgvragen te verhogen, denkt de expertgroep dat het nuttig kan zijn om zo'n voorziening te combineren met de HAP. Deze gecombineerde voorziening kan het brede scala aan laagcomplexe acute zorgvragen ontvangen in plaats van deze over twee voorzieningen te verdelen. De patiëntaantallen op zo'n voorziening kunnen dan hoger zijn, wat de doelmatige inzet van zorgverleners verhoogt.

Effect op (werkplezier) zorgverleners

Door de focus op laagcomplexe acute zorgvragen ontstaat het risico dat zorgverleners zich zouden vervelen en mogelijk vertrekken naar een interessantere werkplek of hun bekwaamheid niet goed kunnen onderhouden. Om dit te voorkomen is het mogelijk om het werk te combineren met werk op een reguliere, drukke SEH op een andere locatie. Binnen Treant Zorggroep worden de basisartsen die op de basisspoedpost gaan werken eerst ingewerkt op de reguliere SEH. Na goedkeuring van de SEH-arts mag een basisarts een dienst op de basisspoedpost draaien. De ervaringen bij Treant Zorggroep laten zien dat de vakbekwaamheid van het personeel (SEH-verpleegkundigen en ANIOS SEH) goed op peil blijft door de combinatie van inzet op de basisspoedpost en de SEH⁵⁷. In de praktijk betekent dit dat zorgverleners altijd op verschillende locaties werken en daarmee langere reistijden hebben. Zij zullen hier niet altijd bereid toe zijn, waardoor ze misschien een andere werkplek zoeken.

Tegelijkertijd kunnen zorgverleners de kleinschaligheid wellicht juist waarderen en kan het (gedurende de week of tijdens de loopbaan) een welkome afwisseling zijn voor SEH-personeel. Bij Treant Zorggroep blijkt dat het SEH-personeel inzet op de basisspoedpost inderdaad ervaart als een rustmoment⁵⁷. Voor een VS of PA kan het werken op een laagcomplexe spoedlocatie daarnaast een interessante carrièrestap zijn. Dit biedt loopbaanperspectief en draagt bij aan de continuïteit van de spoedzorg.

Wanneer een acute zorgvoorziening voor laagcomplexe spoedzorg gecombineerd wordt met een HAP kunnen SEH-aniossen - onder supervisie van de huisarts of SEH-arts - ook in aanraking komen met de huisartsenzorg⁵⁸. Dit vinden ze vaak interessant omdat dit kan bijdragen aan de uiteindelijke beroepskeuze van basisartsen. Huisartsen kunnen tegelijkertijd laagdrempelig contact leggen met basisartsen, wat interessant kan zijn om een eventuele nieuwe collega of opvolger voor de praktijk aan te trekken.

3.1.2 Het is door reistijd lastig om zorgverleners doelmatig in te zetten bij beoordeling en behandeling thuis

Ondanks dat de inzet van een VS of PA instroom richting de SEH kan beperken, komt deze vorm van differentiatie ook met reistijd voor de zorgverlener, waardoor deze zijn tijd niet volledig aan

⁵⁷ Presentatie Zorgvisie congres Acute Zorg – Trea Sandjer (Treant Zorggroep).

⁵⁸ <https://www.st-anna.nl/over-anna-ziekenhuis/nieuws-agenda/overzicht-nieuws/huisartsenspoedpost-anna-voortaan-ook-s-nachts-open/>.

patiëntenzorg kan besteden. Daarnaast vindt inzet van VS'ers of PA's nu met name sectoraal (en voor specifieke patiëntgroepen) plaats. Hoe specifiek de patiëntgroep die je wil bereiken door inzet van de VS of PA, hoe lager de patiëntaantallen en hoe gespecialiseerder de zorgverlener moet zijn. Zo bleek tijdens een pilot in Amsterdam-West dat er voor de inzet van een VS of PA voor kwetsbare ouderen op de HAP niet genoeg geschikte patiënten waren voor doelmatige inzet.

Zorgverleners voor beoordeling en behandeling thuis zijn vaak gespecialiseerde verpleegkundigen die op veel plekken binnen de (acute) zorgketen inzetbaar zijn. De expertgroep vraagt zich daarom af of de (inefficiënte) inzet bij beoordeling en behandeling thuis de meest doelmatige inzet van deze schaarse zorgverleners is.

Het is in ieder geval belangrijk om beoordeling en behandeling thuis, zoals ook benadrukt in de 'Implementatiewijzer PA en VS in anderhalvelijnszorg', domeinoverstijgend en integraal te organiseren, waarbij ketenpartners binnen de VVT, huisartsenzorg en ambulancezorg samenwerken⁵⁹. Gezamenlijke zorgcoördinatie is hierbij van belang om de juiste zorgverlener voor de juiste zorgvraag in te zetten.

Effect op (werkplezier) zorgverleners

Het doen van beoordelingen en het leveren van behandeling thuis kan een aantrekkelijke stap zijn in het carrièrepad, waarmee dit kan bijdragen aan het behoud van zorgverleners.

3.2 In dichtbevolkte gebieden en voor kwetsbare ouderen lijkt doelmatige inzet van zorgverleners bij differentiatie mogelijk

De expertgroep verwacht dat differentiatie van acute (ziekenhuis)zorg voor specifieke patiëntgroepen en/of in dichtbevolkte gebieden wel kan bijdragen aan toegankelijkheid omdat de inzet van schaarse zorgverleners daarbij doelmatig te organiseren is. De expertgroep benadrukt hierbij dat doelmatige inzet bij een specifieke zorgvoorziening niet op zichzelf staat, maar dat onderzocht moet worden wat de implementatie van de zorgvoorziening betekent voor de doelmatigheid van de gehele keten. Dit was geen onderdeel van de vraag van VWS aan de expertgroep en is daarmee ook geen onderdeel van dit rapport.

3.2.1 Acute zorgpaden voor specifieke patiëntgroepen kunnen bijdragen aan het verhogen van kwaliteit en in dichtbevolkte gebieden lijkt het mogelijk om zorgverleners hierbij doelmatig in te zetten

In dichtbevolkte gebieden kunnen ziekenhuizen zich specialiseren in het uitvoeren van acute zorgpaden voor specifieke patiëntgroepen met middencomplexe (acute) zorgvragen (o.a. heupfractuur, pijn op de borst en benauwdheidsklachten). Deze 'stroomlijning' kan potentieel bijdragen aan het verhogen van de kwaliteit van acute zorg en de doelmatige inzet van zorgverleners, doordat met hetzelfde aantal zorgverleners en faciliteiten meer patiënten gezien kunnen worden. De patiëntaantallen voor de specifieke zorgpaden moeten dan wel hoog genoeg zijn. Hoe groot zou verder onderzocht moeten worden.

⁵⁹ <https://anderhalvelijnszorg-zorgmasters.nl/content/>

De zorgpaden zijn gericht op patiëntgroepen die op basis van (telefonische) triage duidelijk af te bakenen zijn. Het is namelijk vanuit het oogpunt van kwaliteit en veiligheid onwenselijk om patiënten na een fysieke beoordeling of diagnostiek op de SEH te moeten verplaatsen naar een ander ziekenhuis voor de behandeling. Hierdoor komen patiënten met multimorbiditeit veelal niet in aanmerking. Overigens worden patiënten met comorbiditeit op basis van regionale afspraken soms na een SEH presentatie wel verplaatst naar een ander ziekenhuis. Redenen hiervoor zijn bijvoorbeeld dat de behandeling daar eerder kan plaatsvinden, of omdat er in het ziekenhuis van presentatie geen opnamecapaciteit is.

Bij inrichting van deze zorgpaden voor specifieke doelgroepen is het van belang om na te gaan hoe de samenhang is met de andere processen binnen het eigen ziekenhuis en met andere ziekenhuizen of overige ketenpartners. Een goed gestroomlijnd acuut zorgpad op de ene locatie kan verderop in de keten juist leiden tot ondoelmatige inzet van zorgverleners. Daarnaast is het belangrijk dat er goede afspraken zijn met ketenpartners over de patiëntgroepen en -eigenschappen die in aanmerking komen voor presentatie in het desbetreffende ziekenhuis. Dit voorkomt dat de ambulance patiënten moet verplaatsen naar andere ziekenhuizen.

Effect op (werkplezier) zorgverleners

Acute zorgpaden richten zich op specifieke patiëntgroepen met duidelijke zorgvragen. Dit betekent dat zorgverleners die op een bepaalde locatie werken veelal dezelfde problematiek zien en dezelfde behandelingen uitvoeren. Dit draagt aan de ene kant bij aan het verhogen van de kwaliteit van geleverde zorg aan deze groep patiënten. Tegelijkertijd is het ook belangrijk dat acute zorgverleners breed inzetbaar blijven en een breed scala aan acute zorgvragen kunnen behandelen. Ook kan het zijn dat voor een deel van de zorgverleners de afwisseling de acute zorg juist aantrekkelijk maakt. Bij het inrichten van acute zorgpaden moet hier aandacht voor zijn om te voorkomen dat zorgverleners uitstromen of onvoldoende bekwaam worden/blijven.

3.2.2 Investing in beoordeling en behandeling thuis van kwetsbare ouderen en specifieke aandacht voor hen bij de opvang van (semi)acute zorgvragen lijkt op te wegen tegen de tijd van zorgverleners bij SEH-bezoeken en acute opnames die hiermee voorkomen wordt

Kwetsbare ouderen vormen een belangrijk deel van de (laagurgente) acute zorgvragen. In 2019 bezochten in totaal 509.801 ouderen (van 70 jaar of ouder) de SEH één of meerdere keren, wat resulteert in een totaal van 730.538 SEH-bezoeken⁵². Dit is ongeveer 30% van het totaal aantal SEH-bezoeken⁶⁰. Het aantal kwetsbare ouderen met een acute zorgvraag neemt naar verwachting de komende jaren verder toe door vergrijzing. Onderzoek naar deze acute zorgvragen bij kwetsbare ouderen door het Amsterdam UMC toont aan dat in veel gevallen de oudere al langer bestaande klachten heeft voorafgaand aan het SEH-bezoek⁵². Bovendien heeft deze groep vaak multimorbiditeit en multiproblematiek, waarmee het een complexe doelgroep is voor artsen en verpleegkundigen in de acute zorg.

Het is belangrijk om (semi-)acute zorgvragen bij kwetsbare ouderen zo veel mogelijk te voorkomen of in de thuissituatie op te lossen. Een deel van de kwetsbare ouderen, met name met meerdere

⁶⁰ Totaal aantal SEH-bezoeken 2019 uit rapport "Zorggebruik op de spoedeisende hulp in kaart gebracht" - RIVM (2023)

ziektebeelden, komt nu soms acuut in het ziekenhuis terecht waarbij niet zozeer de aandoening zelf het probleem vormt, maar het functioneren met die aandoeningen⁶¹. Voor deze ouderen kan beoordeling en behandeling thuis of een tijdelijke (herstel)opname uitkomst bieden om het functioneren te herstellen en een SEH- en ziekenhuisopname te voorkomen⁶¹.

Uit onderzoek blijkt dat in totaal ongeveer 20% van de SEH-bezoeken bij ouderen te voorkomen is door eerder in te grijpen⁵². Zo kan het Wijkteam Acute Zorg van Zuyderland Thuiszorg in driekwart van de gevallen de acute zorgvraag direct thuis oplossen en hoeft de patiënt niet meer naar de SEH te komen⁶². Ook de inzet van het FACT-VVT team kan in veel gevallen de patiënt thuis begeleiden en behandelen in een crisissituatie waarmee het aantal oneigenlijke opnamen op de SEH afneemt⁵². Een specialistisch geriatrisch wijkteam kan verschillende acute en palliatieve zorgvragen thuis behandelen waarmee acute ziekenhuisopnames voorkomen kunnen worden⁵².

Wanneer de situatie niet levensbedreigend is, kan een semi-acute unit geriatrie (SAUG) of subacute zorgstraat, waar een behandelplan voor ouderen gemaakt wordt, voorkomen dat zij op de SEH terechtkomen. Zo wordt bij de SAUG in het Zuyderland Medisch Centrum voor 95% van de ouderen een behandelplan vastgesteld aan het einde van de dag⁵². Ook bij de spoedstraat kwetsbare ouderen in het St. Jansdal in Lelystad kan het merendeel (53%) met een ambulante vervolgtroject naar huis of voor een tijdelijk verblijf naar Getijde (een tijdelijke opnamefaciliteit voor ouderen in het St. Jansdal Ziekenhuis, ontstaan vanuit een samenwerking tussen woonzorgorganisaties Coloriet, Woonzorg Flevoland en St. Jansdal ziekenhuis⁶³, 32%) en wordt slechts 14% in het ziekenhuis in Harderwijk opgenomen⁶⁴.

Wanneer kwetsbare ouderen wel op de SEH komen, hebben zij relatief vaak atypische klachten, multiproblematiek en meer diagnostiek nodig. Ouderen liggen daardoor vaak langer op de SEH en hebben een verhoogd risico op zowel over- als onderbehandeling⁵². Het voorkomen van een SEH-bezoek kan de neerwaartse spiraal vermijden, wat een gunstig effect heeft op de hele acute zorgketen. Daarnaast is het vaak voor de oudere beter⁵². In sommige situaties is het noodzakelijk en prettig dat de SEH er ook voor kwetsbare ouderen is.

De expertgroep verwacht dat de investeringen in de opvang van (semi)acute zorgvragen voor kwetsbare ouderen kunnen opwegen tegen de kosten die anders gemaakt zouden worden voor SEH-bezoeken en acute opnames. Dit is niet zozeer voorbehouden aan dichtbevolkte gebieden. Ook in dunbevolkte gebieden denkt de expertgroep dat de investering opweegt tegen de tijd van zorgverleners op de SEH en bij de acute opname die mogelijk voorkomen wordt. De benodigde investering in beoordeling en behandeling thuis valt bovendien lager uit als sectoren deze gezamenlijk domeinoverstijgend en integraal organiseren (zie ook §3.1.2). Zo kan een wijkteam acute zorg huisbezoeken van de dienstdoende huisarts voorkomen als dit team integraal samenwerkt met de HAP⁶¹.

⁶¹ Smorenburg et al. (2023) – Vernieuwing van de acute ouderenzorg – Handvatten voor de regionale ontwikkeling van integrale acute ouderenzorg; Een kennissynthese van de onderzoekslijn Acute Ouderenzorg Amsterdam UMC en het Leernetwerk Acute Ouderenzorg.

⁶² <https://www.dejuistezorgopdejuistepiek.nl/praktijkvoorbeelden/wijkteam-acute-zorg-ontlast-spoedeisende-hulp/>

⁶³ <https://www.getijde.nl/phy>

⁶⁴ Evaluatie spoedstraat kwetsbare ouderen – St. Jansdal (Mei 2023)

Effect op (werkplezier) zorgverleners

Differentiatie van acute zorg voor ouderen leidt over het algemeen tot hoger werkplezier onder zorgverleners. Doordat geriatische specialistische zorgverleners - die beter geëquipeerd zijn om het juiste behandelplan te maken en per patiënt meer tijd hebben - zich richten op ouderen, spelen ze tijd vrij voor andere acute zorgverleners. Door atypische presentatie en multiproblematiek kost de opvang van kwetsbare ouderen niet-gespecialiseerde zorgverleners nu vaak veel tijd. Daarnaast kan de (integrale) samenwerking tussen medisch specialistische en langdurige zorg een aantrekkelijke stap zijn in het carrièrepad van zorgverleners.

Bijlage 1. Beschrijving differentiatiemogelijkheden

Zie separate bijlage.

Bijlage 2. Gebruikte afkortingen

ADL	Algemeen Dagelijkse Levensverrichtingen
AIOS	Arts In Opleiding tot Specialist
ANIOS	Arts Niet In Opleiding tot Specialist
ANW-uren	Avond, nacht en weekend-uren
CRP	C-reactief proteïne
CT	Computed tomography
CWZ	Canisius Wilhelmina Ziekenhuis
DVT	Diep veneuze thrombose
ECG	Electrocardiogram
EHH	Eerste Hart Hulp
ELV	Eerstelijnsverblijf
ETZ	Elisabeth-TweeSteden Ziekenhuis
FACT	Flexible Assertive Community Treatment
GEM	Geriatric Emergency Medicine
GGZ	Geestelijke gezondheidszorg
GRZ	Geriatrische revalidatiezorg
HAP	Huisartsenpost
HMC	Haaglanden Medisch Centrum
IC	Intensive Care
JBZ	Jeroen Bosch Ziekenhuis
MDO	Multidisciplinair overleg
MRI	Magnetic resonance imaging
OK	Operatiekamer
OLVG	Onze Lieve Vrouwe Gasthuis
PA	Physician assistant
POCT	Point-of-care testing

RAV	Regionale Ambulance Voorziening
ROAZ	Regionaal Overleg Acute Zorgketen
SAUG	Semi-acute unit geriatrie
SEH	Spoedeisende hulp
SiRM	Strategies in Regulated Markets
SO	Specialist ouderengeneeskunde
UMC	Universitair medisch centrum
VS	Verpleegkundig specialist
VVT	Verpleeg-, Verzorgingshuizen en Thuiszorg
VWS	Volksgezondheid, Welzijn en Sport