

Acute zorg: Inzichten en aanbevelingen

Aanvulling op de factsheet Spoedzorg d.d. 27-04-2023

Microsoft Word - 230427 Factsheet Acute Zorg Nanayakkara et al.docx (parlementenwetenschap.nl)

Aan: Vaste Kamercommissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Van: Prof. dr. Prabath Nanayakkara, Hoogleraar Acute Geneeskunde, Amsterdam UMC

Betreft: Rondetafelgesprek over Acute zorg

Datum: 28 maart 2024

Inleiding

In het huidige debat over de acute zorg gaat veel aandacht uit naar concentratie van (hoog complexe) spoedzorg. Vraagstukken met betrekking tot de toegankelijkheid van spoedeisende hulp kunnen echter niet los worden gezien van de inrichting van alle acute zorg in de hele keten in een (sub)regio. Het doel van acute zorg is de patiënt zo snel mogelijk op de juiste plek te hebben. De instroom van patiënten op een spoedeisende hulp (SEH) afdeling wordt namelijk mede bepaald door de organisatie en beschikbaarheid van (acute) zorg elders in de keten. Samenwerking van en met alle ketenpartners is dan ook essentieel. Het is van belang hierbij ook het onderscheid te maken tussen niet levensbedreigende en levensbedreigende acute zorg.

Inzichten

Wetenschappelijke onderbouwing

De meeste onderzoeken die focussen op concentratie van de spoedzorg hebben alleen de hoog-complexe zorgstromen onderzocht en niet het effect op de hoog volume en laag complexe zorgstromen. Daarnaast zijn de meeste onderzoeken hierover in Angelsaksische landen verricht. Wegens essentiële systeemverschillen kunnen de uitkomsten van deze onderzoeken niet zonder meer overgenomen worden. Een belangrijk voorbeeld van een dergelijk verschil is de poortwachter functie van de huisarts in het Nederlandse zorgstelsel. Hierdoor bezoeken in Nederland veel minder patiënten (per 100.000 inwoners) SEH-afdelingen vergeleken met Angelsaksische landen (bijv. slechts 20% van het aantal in het Verenigd Koninkrijk of VS). Een combinatie van verwaarlozing van de huisartsenzorg, bezuinigingen op ouderenzorg en verregaande specialisatie van zowel de ziekenhuizen als medisch(orgaan)specialisten heeft in deze landen een 'zorginfarct' veroorzaakt.

Organisatie verschillen tussen de landen

SEH afdelingen in Nederland zijn open afdelingen waarin o.a. SEH artsen, chirurgen, neurologen, internisten en verpleegkundigen gezamenlijk in teamverband zieke patiënten zien en behandelen. Dit in tegenstelling tot de Verenigde Staten of het Verenigd Koninkrijk waar SEH's gesloten afdelingen zijn. En waar SEH artsen alle patiënten behandelen en andere specialismen uitsluitend op hun verzoek aansluiten en patiënten meebehandelen. Aangezien een groot percentage van de patiënten in deze SEH's eigenlijk huisartsenzorg nodig hebben, werkt dit systeem in deze landen voor sommige zorgstromen redelijk. Patiënten waarvoor een opname nodig is, wachten echter regelmatig uren op de SEH voordat zij verdere behandeling kunnen ondergaan, mede door de late betrokkenheid van de artsen van een specifiek specialisme. Naast het veroorzaken van problemen van 'crowding' op de SEH draagt dit ook niet bij aan kwalitatief goede zorg voor deze patiënten.

Invloed concentratie/sluiting SEH voor het ziekenhuis

Bijna 33% van de opnames in een ziekenhuis komt via de SEH. Sluiting van een kleine SEH heeft daarom effecten op een ziekenhuis, bijvoorbeeld door fundamentele verandering van de samenstelling van de patiëntenpopulatie en daarmee de aard van het werk van de zorgverlener. Onderzoeken in Australië tonen aan dat hierdoor schaarste van personeel alleen maar toeneemt. Verpleegkundigen bijvoorbeeld verlaten, vanwege gebrek aan uitdagingen, dat ziekenhuis en kiezen zelfs werk in een andere sector in plaats van in een ander ziekenhuis. Concentratie van acute zorg en sluiten van SEH's is daardoor een directe bedreiging voor de haalbaarheid en kwaliteit van de zorg.

Mogelijke oplossingen kunnen gevonden worden in creatief maatwerk (passend bij de (sub)regio en populatie) zoals het sluiten van kleine SEH's in de nacht, of bijvoorbeeld het creëren van SEH's voor specifieke en geselecteerde groepen patiënten. Deze oplossingen maken gebruik van concentratie van tijdsperiodes of specifieke patiëntengroepen zodat enerzijds de kwaliteit door volume verhoogd kan worden, maar de impact op ziekenhuizen als geheel en het zorgpersoneel geminimaliseerd wordt.

Ouderen

Acute zorg voor de oudere patiënt is bij uitstek netwerkgeneeskunde waarin meerdere zorgverleners uit de keten betrokken zijn: de eerste lijn, ambulance, ziekenhuis (vaak meerdere specialisten) en het verpleeghuis. De patiënt legt een reis af langs die zorgverleners en voor goede uitkomsten is naast goede diagnostiek en behandeling, met name in de acute setting continuïteit van zorg erg belangrijk. Essentieel hierbij is het kunnen vooruitdenken ('advanced care planning'), het herkennen van laatste fase van het bestaan, een focus op zorg die kwaliteit van leven toevoegt en mogelijkheden bieden deze zorg daadwerkelijk op de juiste plek te kunnen leveren. Veel van deze zorg is gebaat bij zorgverleners die patiënten goed en langer kennen. Grotere reisafstanden hinderen de opbouw en het onderhouden van deze contacten en bemoeilijken daarnaast de ondersteuning vanuit bijvoorbeeld partners en andere naasten. Verplaatsing van de acute zorg voor

deze patiënten naar grotere en verder weg gelegen ziekenhuizen kan de zorg voor deze ouderen juist verslechteren. Van belang hierbij is te benoemen dat lang niet alle acute zorgvragen thuishoren op een SEH. Echter door tekorten in de 1^e en 1,5^e lijn eindigen vaak ouderen met een niet levensbedreigende zorgvraag op een SEH. Het aantal onnodige opnames van ouderen op de SEH door niet levensbedreigende acute zorg kan voorkomen worden door voor ouderen dichtbij in hun eigen vertrouwde omgeving de keten optimaal te organiseren.

Conclusies - aanbevelingen

De meeste patiënten (meer dan 90%) die zich melden op spoedeisende hulp (SEH) afdelingen hebben geen hoog-complexe zorgbehoefte maar hebben meer generalistische zorg nodig die binnen een netwerk gecoördineerd en integraal aangepakt wordt. Bij veel van de instromende patiënten is er sprake van een acute verergering of complicatie van een reeds bekende chronische ziekte of behandeling. Concentratie van de hoog complexe en laag volume zorg zal de kwaliteit van deze zorg wat doen toenemen, maar de kwaliteit van laag complexe en hoog volume zorg mogelijk doen verslechteren en negatieve consequenties kunnen hebben voor de beschikbaarheid van zorgpersoneel. Daarom moet de concentratie van zorg niet gezien worden als een doel op zich, maar als een middel om zorguitkomsten van de gehele ketenpopulatie te verbeteren. Passende acute zorg is netwerkzorg die regionaal georganiseerd is op basis van maatwerk.

Oplossingen kunnen gebaseerd worden op regionaal maatwerk met bijvoorbeeld selectieve concentratie van specifieke zorgstromen. Maar ook een integrale aanpak van de spoedzorg waarbij de huisartsenpost en de SEH volledig zijn geïntegreerd en alle acute zorg plaatsvindt onder één dak is een alternatief. Patiënten worden ontvangen en getrieerd via één balie, waarna zij direct doorgestuurd worden naar de juiste zorgverlener en niet onnodig op een SEH belanden.

Literatuur

1. Vaughan L, Browne J. Reconfiguring emergency and acute services: time to pause and reflect. *BMJ* 2022
2. Nimptsh U, Mansky T. Hospital volume and mortality for 25 types of inpatient treatment in German hospitals. *BMJ open* 2017
3. Van Dam, Nanayakkara P... Ongeplande herhaalbezoeken van ouderen op de SEH. *Ned Tijdschr Geneeskd.* 2023
4. van den Ende E, Nanayakkara P... Leaving the hospital on time: hospital bed utilization and reasons for discharge delay in the Netherlands. *Int J Qual Health Care.*2023
5. Schouten B, Nanayakkara P... Emergency department crowding and older patients: a nationwide retrospective cohort study. *Acute Med.* 2023.
6. Schouten B, Nanayakkara P... *et al.* Experiences and perspectives of older patients with a return visit to the emergency department within 30 days: patient journey mapping. *Eur Geriatr Med.* 2022.
7. Driesen B, Nanayakkara P... Root causes and preventability of emergency department presentations of older patients: a prospective observational study. *BMJ Open.* 2021

Bijlage I. Bijlage: Factsheet SPOEDZORG IN NEDERLAND: VAN HISTORISCHE ONTWIKKELING TOT HUIDIGE KNELPUNTEN

[Microsoft Word - 230427 Factsheet Acute Zorg Nanayakkara et al.docx \(parlementenwetenschap.nl\)](#)